

Komplexní hodnocení seniorů v zařízeních dlouhodobé péče

JAROŠOVÁ, D.¹, ŠINDELOVÁ, K.^{1,2}, TOPINKOVÁ, E.²

¹Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Děkan: doc. MUDr. Arnošt Martínek, CSc.

²Geriatrická klinika 1. LF a VFN

Přednostka: prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

SOUHRN

Cíl: Cílem práce bylo zhodnotit zdravotní stav seniorů hospitalizovaných v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) se zaměřením na jejich funkční schopnosti a psychické zdraví.

Metodika: Pro komplexní hodnocení vzorku 97 pacientů (29 mužů a 68 žen, průměrný věk 80,9 let) byl použit standardizovaný interRAI LTCF formulář v. 09, který byl vyvinut pro zařízení dlouhodobé péče. Šetření bylo realizováno v říjnu 2009 v LDN Ostrava a LDN Odry. Statistická analýza dat byla realizována Chi² testem ($\alpha = 0,05$).

Výsledky: Polymorbidita se vyskytovala u 21 seniorů (průměr 2,7 onemocnění u jednoho pacienta), nejčastějším onemocněním byla ICHS, nejčastějším zdravotním problémem únava. Seniori závislí v základních sebeobslužných činnostech ($p = 0,04$) udávali častější výskyt bolesti a současně byly u nich potvrzeny indikátory možné deprese, úzkosti nebo smutné nálady ($p = 0,006$). Poruchy psychických funkcí byly zjištěny u více než poloviny sledovaných pacientů, byla potvrzena souvislost mezi poruchami paměti a indikátory deprese a úzkosti ($p = 0,006$; $p = 0,031$; $p = 0,040$).

Závěr: Komplexní geriatrické hodnocení v minimalizované standardizované formě (interRAI LTCF) je metoda konstruována především pro praktické použití, lze ji využít i pro výzkumné studie.

Klíčová slova: seniori, léčebna dlouhodobě nemocných, komplexní hodnocení, interRAI LTCF

SUMMARY

Jarošová, D., Šindelová, K., Topinková, E.: Comprehensive assessment of elderly in long-term care institutions

Aim: The aim of this study was to assess the health status of elderly patients admitted to long-term care institutions, focusing on their functional ability and mental health.

Methods: For a comprehensive review of a sample of 97 patients (29 men and 68 women, average age 80.9 years) a standardized interRAI LTCF v. 09 form was used, which was developed for long-term care institutions. The survey was implemented in October 2009 in a long-term care institution in Ostrava and a long-term care institution in Odry. Statistical data analysis was carried by Chi² test ($\alpha = 0.05$).

Results: Polymorbidity occurred in 21 of the elderly (average of 2.7 diseases in one patient), the most frequent disease was coronary artery disease, and the most common health problem was fatigue. Elderly patients who are dependent on basic self-service activities ($p = 0.040$) reported more frequent pain and at the same time confirmed indicators of possible depression, anxiety or sad moods ($p = 0.006$). Psychological disorders were found in more than half of the patients, a connection between memory impairment and indicators of depression and anxiety ($p = 0.006$, $p = 0.031$, $p = 0.040$) was confirmed.

Conclusion: Comprehensive geriatric assessment in a minimized standardized form (interRAI LTCF) is a method designed especially for practical use; it can also be used for research studies.

Key words: elderly, long-term care institution, comprehensive assessment, interRAI LTCF

Prakt. Léč. 2012, No. 7, pp. 396–400

Úvod

Pacienti vyššího věku hospitalizovaní v LDN jsou považováni za skupinu křehkých seniorů zejména z hlediska specifických rysů nemocnosti (polymorbidita, polypragmatie, disabilita) a zvláštností klinického obrazu chorob ve stáří. Geriatrické syndromy se projevují nejčastěji v oblasti somatické (poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilita, pády a úrazy, inkontinence moči a stolice,

poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy/tekutin, dehydrace), psychické (demence, deprese, delirium, poruchy chování, poruchy adaptace) a sociální (ztráta soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolace) (4). Tito nemocní jsou ohroženi nepříznivým vývojem zdravotního stavu i v následujících letech, a proto je nezbytné provádět komplexní geriatrické hodnocení zdravotního stavu, fyzických, mentálních a psychosociálních funkcí, podle jehož výstupů jsou navrho-

vány preventivní, léčebné i sociální opatření s maximálním přínosem pro seniory.

Vyšetřování hospitalizovaných seniorů však bývá obvykle zaměřeno na stanovení diagnóz podle jednotlivých orgánů či orgánových systémů. Výsledkem je pak skutečnost, že nemocný má v dokumentaci o pobytu ve zdravotnickém zařízení uveden dlouhý výčet chorob jako nozologických jednotek a nebývají zmiňovány a řešeny zásadní problémy, jako je např. povaha kognitivních poruch, pádů, pohybové posti-

žení, míra soběstačnosti, malnutrice, důvod a rozsah užívání opěrných pomůcek, atd. (4). Přestože omezení funkce a stupeň disability, je daleko významnějším faktorem ovlivňujícím kvalitu života nemocného seniora než konkrétní chronické onemocnění, bývá funkční hledisko uplatňované v běžné praxi minimálně.

Před více než 20 lety prokázaly některé americké a britské studie, že tradičně chápáné klinické vyšetření nemocného seniora nedostatečně diagnostikuje jeho komplexní zdravotní a sociální potřeby a že k jejich odhalení je třeba najít novou komplexnější metodu (15). V geriatrické medicíně se proto začal uplatňovat nový přístup, nazvaný *komplexní geriatrické hodnocení* (Comprehensive Geriatric Assessment – CGA), pro který se u nás vžil název *funkční geriatrické vyšetření* (FGV) a svým způsobem se stal myšlenkovým i pracovním jádrem geriatricie (4).

Komplexní hodnocení potřeb seniorů pokrývá čtyři hlavní oblasti:

1. hodnocení zdravotního stavu (choroby, zdravotní problémy, medikace, léčba a rehabilitace),
2. hodnocení funkčního stavu (základní a instrumentální sebeobslužné činnosti, komunikační schopnosti, kontinence, mobilita),
3. hodnocení duševního zdraví (kognitivní funkce, afektivní funkce, poruchy chování),
4. hodnocení sociální situace (sociální aktivity, kontakty, poskytované služby, bydlení, pečující, rodina, ekonomická situace) (13).

Všechny tyto hlavní oblasti hodnocení jsou efektivně zakomponovány ve standardizovaném hodnotícím nástroji interRAI LTCF verze 09 (Resident Assessment Instrument for Long Term Care Facility – nástroj pro hodnocení pacienta v zařízení dlouhodobé péče), který byl použit také pro hodnocení seniorů v naší studii. InterRAI LTCF nástroj je vyvinutý v návaznosti na dříve dostupné nástroje (MDS 1.0 a 2.0 – minimální soubor údajů), které představují redukovanou formu CGA (1). Výsledky hodnocení jsou využívány k určení individuálních potřeb a navrhování preventivních, léčebných i sociálních opatření, za účelem zlepšit zdravotní a funkční stav pacienta, zpomalit nástup zdravotního postižení a omezit jeho rozsah, zlepšit celkovou kvalitu života, zabránit neefektivním a nepotřebným službám (13).

Minimalizovaná metoda interRAI LTCF je konstruována především pro praktické použití, ale lze ji využít jako podklad pro výzkumné studie. Mohou ji provádět pracovníci různých klinických odborností, především však lékaři, sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a sociální pracovníci (7).

Cíl

Cílem studie bylo zhodnotit zdravotní stav seniorů starších 65 let hospitalizovaných v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) se zaměřením na jejich funkční schopnosti a psychické zdraví.

Stanovili jsme tři základní výzkumné otázky:

- Jaký je zdravotní stav a zdravotní problémy seniorů-pacientů v LDN?
- Jaké jsou psychické problémy seniorů-pacientů v LDN?
- Jaký je funkční stav seniorů-pacientů v LDN?

Soubor

Výzkumný soubor byl sestaven z 97 pacientů (29 mužů a 68 žen) starších 65 let (průměrný věk 80,9 let) hospitalizovaných ve dvou LDN v Ostravě a Odrách. Tento výzkumný vzorek byl částí celorepublikového souboru 500 pacientů zkoumaných v rámci mezinárodního projektu SHELTER (Services and Health for Elderly in Long Term Care). Vstupní kritéria byla definována řešitelem projektu za ČR (prof. MUDr. Eva Topinková, CSc., Geriatrická klinika 1. LF UK). Výzkum byl schválen etickými komisemi Městské nemocnice v Ostravě a Městské nemocnice v Odrách. Všichni pacienti zapojeni do studie byli informováni o povaze projektu, zachování anonymity a o důvěrnosti osobních a citlivých údajů (informovaný souhlas).

Metodika

Pro sběr a záznam dat byl použit interRAI LTCF formulář verze 09 pro hodnocení pacientů v zařízeních dlouhodobé péče. Tento nástroj byl vyvinut v návaznosti na dříve dostupné nástroje (MDS 1.0 a 2.0 – Minimum Data Set verze 1. a 2.) mezinárodní skupinou odborníků interRAI pracující pro CMS (Centres for Medicare and Medicaid Services) a je používán v mnoha zemích světa (7). InterRAI LTCF formulář je komplexní, standardizovaný nástroj k posuzování potřeb, schopností a preferencí pacientů v zařízeních dlouhodobé péče, který byl v rámci projektu ověřován k používání komplexního geriatrického hodnocení seniorů v zařízeních dlouhodobé péče. Byl navržen tak, aby byl kompatibilní s dalšími mezinárodně používanými interRAI nástroji pro domácí péči, komunitní péči pro mentálně postižené, ústavní péči pro mentálně postižené, akutní péči, paliativní péči a postakutní péči.

Kompatibilita vyšetřovacích nástrojů a jejich jednotlivých částí zlepšuje návaznost péče při přesouvání pacienta mezi jednotlivými typy péče a podporuje individualizovaný přístup orientovaný na

pacienta. Vyšetřovací dotazník umožňuje poskytovateli zdravotní péče zhodnotit klíčové oblasti funkčního, duševního a fyzického zdraví pacienta, sociální zázemí a využívání služeb (7).

Sběr dat probíhal v obou zařízeních v říjnu 2009. Hodnocení seniorů a následně vyplňování formulářů interRAI LTCF 09 prováděli členové řešitelského týmu, kteří byli vyškoleni v komplexním hodnocení seniorů v zařízeních dlouhodobé péče podle interRAI metodiky. Hodnocení jednoho pacienta v LDN trvalo přibližně 30 minut. Data a zjištěné informace byly vpisovány přímo do standardizovaného formuláře.

Data byla zpracována v MS Excel s použitím statistických funkcí a vyhodnocena za spolupráce se statistikem LF OU. Pro statistická testování byl základní soubor rozdělen do čtyř skupin podle věku (65–79 let, 80 a více let) a podle pohlaví (muži, ženy). Podrobné charakteristiky souboru byly zjišťovány stanovením relativních a absolutních četností sledovaných prvků a proměnných. χ^2 testem byly zjišťovány statisticky významné rozdíly mezi definovanými kategoriemi jednotlivých skupin. Testy byly posuzovány na hladině významnosti $p \leq 0,05$.

Výsledky

V souboru 97 pacientů byl průměrný počet onemocnění 2,7 (SD 1,5) na jednoho pacienta. Polymorbidita (4 a více společně se vyskytující onemocnění) se vyskytovala téměř u třetiny pacientů (22 %) a byla častější u žen (24 %). Nejčetnějším onemocněním u sledovaných pacientů byla ischemická choroba srdeční ($n = 75$), dále Alzheimerova demence ($n = 32$), diabetes mellitus ($n = 31$) a cévní mozkové příhody ($n = 25$).

Při hodnocení seniorů v LDN byl sledován výskyt subjektivních a objektivních zdravotních problémů a potíží za poslední tři dny před šetřením. Nejčastějším problémem byla únava (50 %), která omezovala pacienta v dokončení každodenních činností. Dalším četným problémem byla nejistá chuze a závratě (40 %).

Šetření zdravotních problémů seniorů bylo zaměřeno především na bolest jako významný subjektivní problém, nejčastější projev onemocnění a indikátor kvality péče. Sledována byla frekvence bolesti za poslední 3 dny před šetřením. Bolest udávalo celkem 17 % mužů a 38 % žen v souboru. Každodenní epizody bolesti byly zaznamenány u 22 osob a ve větším počtu trpěli bolestí pacienti ve věku 65–79 let (28 %). Statisticky významný rozdíl byl prokázán pouze mezi bolestí a ADL úrovní ($p = 0,040$). U seniorů závislých v základních sebeobslužných činnostech

byl prokázán signifikantně vyšší výskyt bolesti vzhledem k nezávislým seniorům.

Ve studii jsme sledovali také výskyt **pádů** za poslední 3 měsíce. Minimálně jedenkrát upadlo 46 pacientů, z toho mezi 31.–90. dnem hospitalizace upadlo alespoň jedenkrát 30 z nich. Častěji padali muži (59 %) než ženy (43 %) a pacienti starší 80 let (49 %).

Posouzení psychických funkcí slouží k odhalení častých psychopatologií ve stáří. Pacienti v souboru byli hodnoceni lékařem a zdravotnickými pracovníky při příjmovém vyšetření a v průběhu pobytu v zařízeních. Šetření bylo zaměřeno na **poruchy paměti**. U více než poloviny pacientů se vyskytly poruchy krátkodobé paměti (65 %) a z toho častěji u pacientů starších 80 let (77 %), dále poruchy dlouhodobé (41 %) a procedurální (42 %) paměti, které byly také častěji diagnostikovány u pacientů starších 80 let (48 %). Zjistili jsme také, že poměrně vysoký počet seniorů (68 %) měl potíže při samostatném rozhodování se v běžném životě a z toho opět častěji senioři starší 80 let (74 %).

U souboru byly dále hodnoceny stavy zmatenosti s cílem zaznamenat chování, které může být projevem deliria. **Delirium** je často vyvoláno léčitelným problémem, jako je infekce nebo nežádoucí účinek léků. Posuzovala se změna chování u pacientů za poslední 3 dny – projevy poruchy pozornosti (epizody obtížného soustředění, roztržité myšlení), poruchy řeči (projev roztržité, dezorganizovaný, přeskakuje v řeči, zabíhavé a nesouvislé myšlení) a kolísání psychických funkcí v průběhu dne. Tyto projevy byly zaznamenány u 41 pacientů v souboru a nejčastěji se objevovaly poruchy pozornosti (35 %).

U seniorů byly dále hodnoceny standardně definované indikátory možné **deprese**, úzkosti nebo smutné nálady za poslední 3 dny. Indikátory depresivního ladění, úzkosti či smutné nálady se vyskytovaly u více než poloviny seniorů (58 %) a častěji u žen (60 %) než u mužů (55 %). Pacienti nejčastěji vyjadřovali neopodstatněný strach včetně neverbálních projevů např. strach z opuštěnosti, osamocení, ze společnosti, intenzivní strach z konkrétních předmětů nebo situací. χ^2 testem byly potvrzeny signifikantní vztahy mezi indikátory možné deprese, úzkosti nebo smutné nálady a poruchami paměti. U pacientů s poruchou krátkodobé paměti se indikátory možné deprese, úzkosti nebo smutné nálady vyskytovaly častěji než u pacientů bez poruchy krátkodobé paměti ($p = 0,031$). Totéž bylo zjištěno u pacientů s poruchou dlouhodobé paměti ($p = 0,006$) a procedurální paměti ($p = 0,040$). Všechny ostatní testované proměnné (věk, pohlaví, rodinný stav, změny v zapojení se do společenského života,

poruchy chování) neměly statisticky prokazatelný vliv na indikátory možné deprese, úzkosti nebo smutné nálady (tab. 1).

Základní sebeobslužné činnosti (ADL) byly hodnoceny u pacientů za poslední 3 dny a byly skórovány 6 stupni závislosti (od 0 – zcela nezávislý po 6 – úplně závislý). V rámci sebeobslužných činností byl nejvyšší počet pacientů nesoběstačných v koupání (sprchování nebo koupání ve vaně), kdy 34 seniorů bylo v této oblasti zcela závislých na pomoci druhých osob. Další problematickou oblastí bylo oblékání dolní části těla (denní oblečení, spodní prádlo, včetně protéz, ortéz, pásků, kalhot, sukně, obouvání, zapínání). Tato aktivita činila největší potíže 30 seniorům v souboru, kteří nebyli schopni bez pomoci jiné osoby tuto činnost provádět. Nejvíce pacientů ($n = 45$) pak bylo na druhé straně zcela soběstačných v pohyblivosti na lůžku (změny polohy, otáčení, posazování) a v příjmu potravy ($n = 38$).

V tabulce 2 jsou prezentovány výsledky statistické analýzy χ^2 testem, který byl použit pro porovnávání funkčního stavu (ADL) a vybraných charakteristik souboru. Vzhledem k nerovnoměrnému rozložení dat byly sloučeny ADL četnostní hodnoty skórování do dvou základních: 1 = nezávislý nebo s malou a občasnou pomocí (41 %) a 2 = závislý nebo s velkou a stálou pomocí (59 %). Signifikantní vztahy byly nalezeny mezi mírou soběstačnosti v ADL činnostech a indikátory možné deprese, úzkosti nebo smutné nálady, kdy

častější výskyt indikátorů možné deprese, úzkosti nebo smutné nálady byl u pacientů zcela závislých nebo s velkou a stálou pomocí ($p = 0,006$). Snížená soběstačnost u seniorů našeho souboru se projevovala také změnami v sociální integraci. U těchto klientů bylo prokázáno signifikantní omezení v zapojení se do společenského života ($p = 0,008$). Výskyt pádů statisticky významně souvisel s úrovní ADL ($p = 0,012$). Za zmínku stojí uvést zajímavý signifikantní rozdíl, kdy pacienti nezávislí nebo s malou a občasnou pomocí v sebeobslužných činnostech přijímali více služeb rehabilitace ($p = 0,007$) a nácviku soběstačnosti – ergoterapie ($p = 0,025$) než pacienti závislí nebo s velkou a stálou pomocí (tab. 2).

Diskuze

Cílem našeho šetření bylo zhodnotit standardizovaným nástrojem interRAI LTCF v 09 zdravotní, funkční a psychický stav pacientů starších 65 let hospitalizovaných ve dvou léčebnách dlouhodobě nemocných (Ostrava a Odry). Výzkumný vzorek byl součástí celorepublikového souboru 500 pacientů zkoumaných v rámci mezinárodního projektu SHELTER – Services and Health for Elderly in Long Term Care (11).

Zdravotní stav a zdravotní problémy seniorů v LDN

Při hodnocení zdravotního stavu senio-

Tab. 1 Indikátory možné deprese a vybrané charakteristiky souboru (χ^2 test)

indikátory možné deprese a vybrané charakteristiky	χ^2 (p)
věk	0,622
pohlaví	0,639
změny v zapojení se do společenského života	0,613
rodinný stav	0,814
poruchy chování	0,062
poruchy krátkodobé paměti	0,031
poruchy dlouhodobé paměti	0,006
poruchy procedurální paměti	0,040
poruchy situační paměti	0,218

p - statistická významnost ($\alpha=0,05$)

Tab. 2 ADL úroveň a vybrané charakteristiky souboru (χ^2 test)

ADL a vybrané charakteristiky	χ^2 (p)
věk	0,947
pohlaví	0,357
indikátory deprese, úzkosti nebo smutné nálady	0,006
bolest	0,040
pády	0,012
změny v zapojení se do společenského života	0,008
nácvik soběstačnosti - ergoterapie	0,025
rehabilitace	0,007
fyzikální terapie	0,689

p - statistická významnost ($\alpha=0,05$)

rů v souboru se vycházelo z objektivních a subjektivních nálezů (onemocnění, objektivní a subjektivní zdravotní problémy). Polymorbidita byla zaznamenána téměř u třetiny pacientů a její výskyt byl častější u žen a takřka procentuálně shodný v obou věkových kategoriích, nejčastěji onemocněním byla ischemická choroba srdeční a Alzheimerova demence. Podle statistických dat jsou sice tato onemocnění zaznamenána s nízkou prevalencí mezi chronickými chorobami u osob nad 60 let věku (19), ale na druhé straně je doložen společensky významný problém častého výskytu Alzheimerovy demence u osob vyššího věku (13). Zdravotní stav byl u seniorů posuzován na základě objektivních a subjektivních nálezů zdravotních problémů. Nejčastějším zdravotním problémem byla únava, která omezovala více než polovinu pacientů v sebeobslužných a denních činnostech.

Bolest patří mezi nejčastější projevy onemocnění, a bývá tak častým významným zdravotním problémem a zároveň indikátorem kvality péče. Pacient má základní lidské právo, a to netrpět bolestí, a z toho vyplývající právo včasné a odborné léčby bolesti (13). Bolest seniorů bývá především chronická, označována podle různých autorů (např. 13, 18) také jako geriatrická, přetrvává déle než 3 měsíce, její charakter a intenzita často kolísají. Je chápána také jako nemoc – komplex somatických a psychosociálních změn – která má zvláště ve stáří podíl na vzniku depresivní symptomatologie a snížení úrovně sebekvědy (9). U našich pacientů se bolest vyskytovala u poloviny pacientů, z toho denní příhody bolesti měla téměř třetina z nich. Toto zjištění se shoduje s literárními zdroji, které uvádí 45–80% výskyt bolesti v institucích následné péče (10). V porovnání s výsledky výzkumné studie AD HOC (Aged in Home Care), kde se bolest vyskytovala u třetiny sledovaných pacientů (8), je podle našich měření výskyt bolesti pacientů hospitalizovaných LDN podstatně vyšší. I přesto, že ženy a pacienti mladší věkové kategorie udávali častější bolesti, tyto rozdíly nebyly signifikantní. Statisticky významné rozdíly jsme potvrdili pouze ve vztahu bolesti a hodnot ADL, kdy seniorky závisly v sebeobslužných a denních činnostech udávaly vyšší výskyt bolesti vzhledem k seniorům soběstačným.

Pády ve stáří jsou závažným zdravotně sociálním problémem. Alespoň jedenkrát za rok upadne více než 30 % osob starších 65 let (5). Seniorky padají nejvíce v dlouhodobé ústavní péči (40–60 %), v akutní nemocniční péči a v domácím prostředí je to výrazně méně (20 %) (3). Obávanou komplikací pádů jsou především zlomeniny, jejichž pravděpodobnost zvyšuje častá osteoporóza. Hrozí však i jiná poranění,

např. prochladnutí při nemožnosti vstát, úzkost, deprese, omezování životních aktivit, ztráta soběstačnosti (5). V souboru našich pacientů upadlo alespoň jedenkrát za poslední 3 měsíce sledování 47 % osob. V porovnání s výsledky výzkumné studie AD HOC, ve které byly zmapovány za stejnou délku sledovaného období pády u 37 % seniorů (6), dokazují nálezy našeho šetření vyšší výskyt pádů pacientů hospitalizovaných v LDN. Stejně jako v domácím prostředí, padali nejvíce ženy a pacienti starší 80 let.

Psychické problémy seniorů v LDN

Posouzení psychických funkcí slouží k odhalení častých psychopatologií ve stáří. Nenápadné změny, které nemusí být zachyceny při běžném kontaktu se seniorem, mohou signalizovat rozvoj afektivní poruchy, kognitivní poruchy nebo počínající demenci. Poruchy krátkodobé paměti, které jsou citlivým indikátorem demence, byly zaznamenány u více než poloviny sledovaných seniorů, častěji u starších 80 let. Ve stejném rozsahu byly u pacientů zaznamenány problémy při samotném rozhodování se v běžném životě. Naše nálezy potvrzují výstupy šetření v domácím prostředí a v domovech pro seniory, kde byly zaznamenány poruchy paměti u 40–55 % seniorů (16, 17).

Delirium představuje u starších hospitalizovaných osob život ohrožující stav a také častou duševní poruchu. Ve zdravotnických a sociálních zařízeních se u seniorů podle různých zdrojů (12, 13) vyskytuje delirium od 10 % po 44 %, nejčastěji na akutních a chirurgických odděleních. Výsledky našeho šetření dokazují, že s projevy deliria se setkáváme také často v LDN, kdy jsme změny pozornosti, řeči a psychických funkcí zachytili u téměř u poloviny seniorů.

Nejčastější afektivní poruchou ve stáří je deprese. Porucha nálady je klinicky významný problém, který je spojený s horším přizpůsobením se životu v zařízení, s horšením fyzických funkcí, s odmítáním péče, neschopností účastnit se každodenních činností, izolací, zvýšeným rizikem somatických onemocnění, kognitivní poruchou a zvýšenou citlivostí k fyzické bolesti. Deprese zůstává často nerozpoznána a tudíž neadekvátně léčena, přestože je dnes k dispozici účinná léčba (7). V souboru byly hodnoceny standardně definované indikátory možné deprese, úzkosti nebo smutné nálady u pacientů s výskytem za poslední tři dny. Naši pacienti (častěji ženy) vyjadřovali neopodstatněný strach včetně neverbálních projevů např. strach z opuštěnosti, osamocení, ze společnosti, intenzivní strach z konkrétních předmětů nebo situací. Depresivní ladění, úzkost, smutnou náladu jsme zaznamenali u více

než poloviny seniorů v souboru, což bylo více než u seniorů v domácí péči v rámci výzkumu AD HOC (14). Prokázali jsme také, že existuje statisticky významný vztah mezi indikátory deprese a poruchami paměti (krátkodobé, dlouhodobé a procedurální).

Funkční stav seniorů v LDN

Soběstačnost je schopnost samostatně uspokojovat obvyklé potřeby člověka v daném konkrétním prostředí. Podílejí se na ní dva faktory – funkční zdatnost (tělesná i psychická, včetně potřebných dovedností a znalostí) a náročnost prostředí (4). Vyžaduje-li jedinec podporu, dohled nebo pomoc druhé osoby, jedná se o funkční omezení a o určitý stupeň závislosti. Tento stav zpravidla pocítují seniorky podstatně hůře než samotnou chorobu, která funkční omezení (disabilitu) způsobila. Zdravotní problémy a obtíže se tak prolínají s problémy psychosociálními, což vede k významnému ovlivnění kvality života člověka (15).

Soběstačnost seniorů je posuzována základním testem aktivit běžného všedního života ADL (Activities of daily living). Koncept hodnocení ADL vychází z přesvědčení, že u pacientů (zejména se závažnou disabilitou) není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, např. rozsahu pohybu či samotné svalové síly. Rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti, aktivity a participace. Proto se také hovoří o ucelené rehabilitaci, která není zaměřena na poruchu, nýbrž na znevýhodnění, na tělesné a sociální fungování (4). K nejdůležitějším aspektům funkční zdatnosti starého člověka patří úroveň soběstačnosti a nezávislosti v základních sebeobslužných činnostech (najedení, transfer, oblékání, použití toalety, denní hygiena, koupání, chůze) a v instrumentálních sebeobslužných činnostech (příprava jídla, domácí práce, nakupování, telefonování, užívání léků, hospodaření s penězi, cestování). V našem šetření vyžadovalo nejvíce seniorky asistenci nebo pomoc druhé osoby při koupání (sprchování nebo koupání ve vaně) – třetina z nich byla v této oblasti zcela závislá na pomoci druhé osoby. Další problematickou oblastí bylo oblékání dolní části těla (denní oblečení, spodní prádlo, včetně protéz, ortéz, pásků, kalhot, sukně, obouvání, zapínání), kdy opět 30 seniorů nebylo schopno bez pomoci jiné osoby tuto činnost provádět. Nejvíce pacientů si pak udrželo plnou soběstačnost a nezávislost v pohyblivosti na lůžku (změny polohy, otáčení, posazování) a v příjmu potravy. Celkově podle stupně závislosti převažovali pacienti zcela závislí nebo vyžadující stálou a velkou pomoc (59 %). Naše zjištění potvrzují

názory různých autorů a závěry výzkumných studií prezentujících převahu nesoběstačných seniorů v LDN a domácí péči (15, 2). Funkční stav našich seniorů byl signifikantně ovlivňován mírou soběstačnosti a indikátory deprese, kdy se symptomy deprese vyskytovaly častěji u nesoběstačných pacientů závislých na pomoci druhých. Snížená soběstačnost seniorů se projevovala také změnami v sociální integraci projevující se omezením v zapojení se do společenského života.

Závěr

Pro komplexní hodnocení seniorů hospitalizovaných v LDN byl použit hodnotící formulář interRAI LTCF v. 09. Tento nástroj je standardizovaný a dobře použitelný k posuzování zdravotních potřeb, funkčních schopností a preferencí pacientů a následně pro komplexní a účelné plánování zdravotní, ošetrovatelské a sociální péče v zařízeních dlouhodobé péče (1). Výsledky našeho šetření ukazují, že minimalizovaná standardizovaná forma interRAI LTCF je vhodným nástrojem pro podrobné posuzování pacientů v ústavních zařízeních dlouhodobé péče, který mohou používat pracovníci různých klinických odborností – lékaři, sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a sociální pracovníci.

Literatura

1. **InterRAI organization** [online]. InterRAI c2006 [cit. 2011-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.interrai.org>>.
2. **Jarošová, D.** Funkční hodnocení (ADL, IADL) seniorů v domácí péči. *Prakt. lék.* 2005, 85, 11, s. 447–450.
3. **Jurásková, D.** Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR. *Čes. Ger. Rev.* 2007, 5, 1, s. 33–40.
4. **Kalvach, Z. a kol.** Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
5. **Kalvach, Z. a kol.** Pády ve stáří. Praha: Státní zdravotnický ústav, 1999. 11 s. ISBN 80-7071-139-6.
6. **Klán, J., Topinková, E.** Pády a jejich rizikové faktory ve stáří. *Čes. Ger. Rev.* 2003, 1, 2, s. 38–43.
7. **Morris, J., N. a kol.** InterRAI manuál pro hodnocení klienta v zařízení dlouhodobé péče (LTCF). Formulář a návod k používání interRAI LTCF, verze 09. InterRAI, 2009. 119 s.
8. **Onderková, A.** Vztah dekadence k sociální roli seniora. In: Malinková, M. (ed.). Sborník příspěvků z konference zdravotní a sociální problematika seniorů v České republice. Brno: NCO NZO, 2007. s. 7-9. ISBN 978-80-7013-465-8.
9. **Prachalová, E.** Léčba a ošetrovatelská péče u pacientů s bolestí. Hradec Králové: Nadační fond pro léčbu a výzkum plicních a přídružených onemocnění, 2003-2005. 87 s. ISBN 80-239-6053-9.
10. **Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J.** Bolest. Praha: Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-903750-0-6.
11. **SHELTER study** [online]. SHELTER c2009 [cit. 2011-04-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.shelter-elderly.eu/italian/index.php?iExpand1=0>>.
12. **Šlapák J., Dítětová K., Weber P., Krbec M.** Delirantní stavy u pacientů vyššího věku po implantaci totální náhrady kolenního či kyčelního kloubu. *Čes. Ger. Rev.* 2006, 4, 3, s. 172-177.
13. **Topinková, E.** Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
14. **Topinková, E., Klevetová, D., Ficková, D., Klán, J.** Mezinárodní výzkumný projekt v ČR je zaměřen na domácí péči (2. část). *Sociální péče*, 2003, 4, 2, s. 18–19.
15. **Topinková, E., Neuwirth, J.** Funkční geriatrické vyšetření – komplexní pohled na starého člověka. *Sanquis*, 2002, 4, 20, s. 19.
16. **Topinková, E.** Delirium ve stáří, jeho rozpoznání, prognóza a léčebné schopnosti. *Čes. Ger. Rev.* 2003, 1, 4, s. 32–39.
17. **Vaňková, H., Jurásková, B., Holmerová, I.** Prevalence kognitivních poruch v domovech pro seniory. *Čes. Ger. Rev.* 2008, 6, 4, s. 232–234.
18. **Vondráčková, D.** Léčení bolesti u starých lidí. *Čes. Ger. Rev.* 2004, 2, č. 1, s. 28–35.
19. **Zavázalová, H., Zikmundová, K., Zaremba, V., Holmerová, I.** Zdravotní stav osob středního vyššího věku. *Čes. Ger. Rev.* 2003, 1, 4, s. 45–49.
20. **Zeleníková, R., Žiaková, K., Jarošová, D.** Výsledky vybraných validizačních studií ošetrovatelské diagnózy Akútna bolesť. *Bolest* 2010, 13, s. 182–188.

doc. PhDr. Darja Jarošová, PhD.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Syllabova 19

703 00 Ostrava-Zábřeh

E-mail: darja.jarosova@osu.cz



ČESKÁ SPOLEČNOST ALERGOLOGIE A KLINICKÉ IMUNOLOGIE

Pozvánka na společnou pracovní schůzi České společnosti alergologie a klinické imunologie a České imunologické společnosti, která se koná ve čtvrtek dne 13. září 2012 od 13.00 hodin Kongresovém sále Nemocnice Na Homolce v Praze

Imunologie reprodukce

Koordinují: Bronislava Novotná a Zdenka Ulčová-Gallová

- Program:**
1. Jindřich Madar: **Imunologie reprodukce a poruchy plodnosti** (30 minut)
 2. Libor Hradecký, Zdenka Ulčová-Gallová: **Preeklampsia a některé její imunologické zvláštnosti** (30 minut)
 3. Alice Mocková, Zdenka Ulčová-Gallová: **Matky s antifosfolipidovými protilátkami a jejich dítě** (30 minut)
 4. Bronislava Novotná: **Imunologické novinky u alergických a astmatických žen v reprodukci** (30 minut)

Diskuse

Prof. RNDr. Blanka Říhová, DrSc.
předseda ČIS

Doc. MUDr. Vít Petří, CSc.
předseda ČSAKI

Čtěte informace o dění v ČSAKI na www.csaki.cz