

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Aspekty kvality života seniorů s demencí v domovech pro seniory

Bakalářská práce

Autor: Hana Švojkrová

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Petr Petr, PhD.

Datum odevzdání práce: 16.8.2011

Abstract

Aspect of quality of life of seniors with dementia in senior homes

The bachelor thesis “Quality of life of seniors with dementia” is divided into two sections, theoretical and practical. The theoretical section deals with changes in old age, dementia, the quality of life and aspects affecting the quality of life of senior citizens with dementia, and also with the social care provision. In the practical part the aim of the thesis was stated, as well as various hypotheses on the basis of which this research got started.

The aim of this thesis was to determine whether there is a link between the quality of life in the concept of HRQOL and the intensity of contacts with close persons in comparison with the quality of life in the world in this group of probands and whether this phenomenon is more evident in men than in women.

As methods and techniques to conduct the research, standardized questionnaires SF-36 “On the quality of life conditioned by health” and “CONTACT: index of contacts of the patient / client with other people”. The results were evaluated and processed to clear tables and graphs.

The research has shown that the quality and intensity of contacts with close people crucially affects the quality of life of the research group of seniors, especially in the P - pain and MH - mental health. It has also proved that the higher the level of the contact, the lower scores these individuals achieve in biological phenomena and the better scores in psychological and social areas. The idea that this phenomenon is more evident in men than in women was confirmed only partially, because from the total number of probands a subgroup of men was much smaller than that of females.

The recommendation for this area of social care should be to improve the awareness of changes and restrictions that dementia’s condition brings about, especially in close relatives, clients suffering from this condition. This could lead to a better understanding of these clients by their close relatives and the subsequent intensification of contacts, which would lead to a certain extent to influencing the overall health and mental condition and thus to the improvement of the clients’ quality of life.

Abstrakt

Aspekty kvality života seniorů s demencí v domovech pro seniory

Bakalářská práce „Kvalita života seniorů s demencí v domovech pro seniory“, je rozdělena do dvou částí a to teoretické a praktické. V teoretické části je pojednáváno o změnách ve stáří, demencích, kvalitě života a aspektech, které ji ovlivňují u seniorů s demencí a dále pak o poskytování sociální péče. V praktické části je pak vytyčen cíl, jednotlivé hypotézy, na podkladě kterých byl zahájen vlastní výzkum.

Cílem této práce bylo prokázat, zda existuje souvislost mezi kvalitou života v konceptu HRQOL a intenzitou kontaktu s osobami blízkými ve srovnání s kvalitou života ve světě u této skupiny probandů a dále zda je tento jev více patrný u mužů nežli u žen.

K metodám a technikám výzkumu byly využity standardizované dotazníky SF-36 „O kvalitě života podmíněné zdravím“ a „KONTAKT: index kontaktu okolí s pacientem/klientem“. Výsledky byly vyhodnoceny a zpracovány do přehledných tabulek a grafů.

Během výzkumu se prokázalo, že kvalita a intenzita kontaktu s blízkými osobami zásadně ovlivňuje kvalitu života daného souboru, zvláště v oblasti P – bolest a MH – duševní zdraví. Dále se také prokázalo, že čím vyšší je úroveň kontaktu, tím nižšího skóre tito jedinci dosahují v oblasti biologických fenoménů a naopak více skórují v oblastech psychických a sociálních. Tvzení, že tento jev je více patrný u mužů, nežli u žen se potvrdilo jen zčásti, neboť z celkového počtu probandů, byla podskupina mužů o poznání menší nežli žen.

Doporučením pro tuto oblast sociální péče by mělo být, zlepšení informovanosti o změnách a omezeních, které s sebou onemocnění demencí přináší, zvláště u osob blízkých, klientů trpících tímto onemocněním. Mohlo by to vést k lepšímu pochopení těchto klientů ze strany blízkých a následnému zintenzivnění kontaktů, což by do jisté míry vedlo k ovlivnění celkového zdravotního a psychického stavu a tím pádem i ke zlepšení jejich kvality života.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aspekty kvality života seniorů s demencí v domovech pro seniory“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 16.8.2011

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji tímto doc. MUDr. Petru Petrovi, PhD., za poskytnutí podkladů a cenných rad při vypracování mé bakalářské práce.

Obsah

Obsah	6
Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Změny psychických funkcí ve stáří	10
1.2 Vymezení pojmu demence	11
1.2.1 Dělení demencí	12
1.2.2 Vyšetřovací metody	17
1.2.3 Problémové chování osob trpících demencí	18
1.2.4 Přístupy k léčbě demence	20
1.3 Zdravotně sociální péče o seniory	21
1.3.1 Domovy pro seniory	23
1.4 Kvalita života	25
1.4.1 Aspekty ovlivňující kvalitu života seniorů s demencí	26
2 Cíl práce a hypotézy	29
2.1 Cíl práce	29
2.2 Hypotézy	29
3 Metodika	30
3.1 Metody a techniky sběru dat	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	31

4	Výsledky	32
5	Diskuse	42
6	Závěr	45
7	Literatura	47
8	Klíčová slova	50
9	Seznam příloh	51

Úvod

Při své práci se denně setkávám se seniory trpícími demencí. Chtěla bych proto poukázat, jaká úskalí přináší péče o tyto osoby v pobytových zařízeních, jako jsou domovy pro seniory. Zvláště pak, jak jednotlivé aspekty působí na kvalitu jejich života. Nejedná se jen o vliv nemocí, které s sebou stárí přináší, ale také o ztrátu styku se sociálním prostředím, které má na kvalitu života velmi významný vliv a nadále také o schopnost lidí, kteří se dostanou do styku s lidmi v této situaci, pochopit zcela jejich celkový problém a umět si s ním poradit.

Mnoho lidí z majoritní společnosti nemá o problematice stárí větší povědomí, netuší tak, do jaké míry mohou různá chronická onemocnění a zvláště onemocnění demencí ovlivnit život nejen seniora samotného, ale také jeho nejbližších. Pokud se v této situaci náhle ocitnou, nechápou co se s jejich blízkými děje a nevědí si rady, jak jim pomoci a porozumět. Velmi často se tak stává, že dochází k nedorozuměním a konfliktním situacím, které mají někdy nedozírné následky na jejich vzájemné vztahy. Tyto situace pak nadále ovlivňují veškerý život těchto mnohdy strádajících lidí.

Péče o seniory s demencí je značně psychicky náročná, je potřeba notná dávka trpělivosti a pochopení. Lidé, kteří si tuto cestu zvolili, by měli předem vědět, o jakou problematiku se jedná, měli by mít rozvinuté komunikační schopnosti, zvláště v oblasti komunikace s lidmi s psychickým onemocněním. Také by měli mít znalosti z oblasti duševní hygieny, aby se dokázali oprostit od tíživých situací, ve kterých se v péči o tyto seniory často ocitnou. To se však netýká jen lidí pečujících o takto postižené v různých institucích, ale zejména ty, kteří pečují o své blízké v domácím prostředí.

Každý z nás by si měl uvědomit, že také jednou zestárne a nikdo neví, jaké potíže mu stárí s sebou přinese. Zřejmě každý by si přál, aby v této situaci nezůstal sám, aby zde byl někdo, kdo mu podá pomocnou ruku, bude nablízku, pokud jej bude potřebovat a přijme jej takového, jaký je. Proto je nutné si uvědomit, že tato problematika se týká nás všech a ne jen osob, kteří se v této situaci již ocitli a osob jim blízkým.

1 Současný stav

V dnešní době žijeme ve společnosti, která stárne, jde o celosvětový trend a ani Česká republika zde nemá výjimečné postavení. Tato situace je způsobena obecně známými příčinami, kterými jsou především klesající porodnost, snižující se úmrtnost osob ve všech věkových kategoriích v důsledku lepší zdravotní péče, pokles kojenecké úmrtnosti, prodlužování střední délky života, atd. Pro společnost je potřebné se touto situací zabývat a přizpůsobit se jí, protože procento starých osob, se v budoucnu ještě podstatně zvýší (20). Stárnutí se nebude týkat jen populace, jako takové, ale především populace seniorů, kdy bude narůstat skupina velmi starých – 80 let a více, kteří již mají své specifické potřeby, což bude mít nemalý vliv na nárůst finančních prostředků, potřebných k zabezpečení sociálně zdravotní péče o tuto skupinu obyvatelstva (15).

Zvyšování věku dožití s sebou přináší i velmi závažný společenský problém, který je nutné řešit. Jedná se o postižení seniorů některou z forem stařecké demence, nejčastěji Alzheimerovou chorobou. Ve věkové skupině 80 – 85 let jde o více než 10% populace a v kategorii 90 – 95 let je to již 30%. Toto onemocnění není omezující jen pro osoby, které jím trpí, ale dopad má zejména na osoby, které o takto nemocné pečují. Podle evropské studie trpělo nebo trpí depresí 78% pečujících životních partnerů a 47% pečujících dospělých dětí. Z tohoto důvodu přijala vláda na svém zasedání dne 6.10.2010 doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace ve věci zpracování koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice. Jedná se zejména o analýzu současné situace lidí trpících demencí a jejich rodinných příslušníků, potřeb pro jejich zajištění včetně dostupnosti a kvality zdravotních a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Obsahem by měla být opatření v oblasti poskytování zdravotní péče, sociálních služeb, vzdělávání a výzkumu. Součástí by měla být i opatření směřující k systematické podpoře rodinných pečujících a péče v domácím prostředí. Zahrnuta by zde měla být i problematika nejen Alzheimerovy choroby, ale i dalších demencí a degenerativních onemocnění s obdobnými důsledky (16).

V současnosti se vyskytují spíše menší rodiny a zvyšuje se počet osamělých rodičů, čímž se značně redukuje okruh osob schopných poskytovat neformální péči,

přičemž se počet závislých starých osob zvyšuje. Vyšší průměrná délka života, výskyt invalidity a závislosti na péči je důvodem růstu poptávky po službách dlouhodobé péče. Obecný trend směřuje od institucionální péče k domácí a komunitní pečovatelské službě. Pro lidi ve vyšším věku je jednou z nejdůležitějších potřeb přiměřené, bezpečné a odpovídající bydlení, neboť doma tráví většinu svého času. Individuální bydlení ve vlastním bytě je také jedním z předpokladů pro zachování nezávislosti, důstojnosti a spokojenosti po co nejdelší dobu. Rizikem pro tyto osoby je odchod do pobytových zařízení sociální péče, z důvodu odloučení od rodiny a ztráty dosavadních společenských kontaktů (22).

1.1 Změny tělesných a psychických funkcí ve stáří

Ve stáří se snižuje adaptační schopnost, což se projevuje zhoršenými a pomalejšími reakcemi na veškeré změny vnitřního i vnějšího prostředí. Zhoršuje se elasticita cév a průtok krve prakticky všemi systémy. Dochází k úbytku svalové hmoty a snížení kostní denzity. Kosti jsou lomivější a ochranná funkce svalového aparátu menší, dochází tak k častějším zlomeninám. V důsledku převahy flexorů nad extenzory se mění postava. Změnami zdravotního stavu v důsledku chronických vysilujících onemocnění, patologie či významné involuce zažívacího traktu a ze sociálních příčin jsou starší lidé ohroženi podvýživou. Zhoršuje se zrak, sluch, chuť a čich. Omezena je propriocepce – část vnímání, která umožňuje identifikovat průběh a stav hybnosti. U zdravých seniorů to vše způsobuje některá omezení, která je potřeba pokud možno kompenzovat. Pomalejší myšlení a přítomnost benigní stařecké zapomnětlivosti, mohou být důsledkem přirozené involuce nervového systému. Snížená funkce ledvin, jejich filtrační i koncentrační schopnosti je jedním z důvodů citlivosti na změny vnitřního prostředí a výraznějších vedlejších účinků některých léků (5).

K významným změnám dochází i ve většině psychických funkcí, zhoršuje se pozornost celkově i schopnost rozdělit pozornost na více současně probíhajících událostí. Zpomaluje se tempo psychických pochodů a prodlužuje se reakční čas, snižuje se schopnost vybavnosti vzpomínek na nové události a zhoršuje se schopnost učení,

emoce déle doznívají, zvýrazňuje se egoismus a redukuje se zájmy. V těchto změnách však jsou interindividuální rozdíly. Dle psychologů je část těchto změn vyvolána sociálními faktory. Pokles kognitivních funkcí není psychickou poruchou, ale pravděpodobně jen výraznější pokles paměti, neprojevující se v běžných situacích. Podle některých odborníků je však riziko vzniku demence u lidí s poklesem kognitivních funkcí 2-4 násobně vyšší, než u ostatních v příslušné věkové skupině. U pacientů s lehkou kognitivní poruchou je vysoké riziko vzniku Alzheimerovy choroby, cévních mozkových příhod, úrazů a pravděpodobnost vzniku demence v nejbližších letech je 50-80 % (20). Syndrom multisenzorického postižení, je typickým stavem vysokého věku při výskytu více smyslových poruch najednou, senioři jsou v tomto případě nejvíce ohroženi pády v důsledku nestability (5). Se zhoršováním zdravotního stavu ovlivněného poly- a multimorbiditou a klesající mobilitou narůstá potřeba ošetřování druhou osobou (10). Veškeré změny ve stáří a reakce na ně jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi na jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které sám nezvládá (28).

1.2 Vymezení pojmu demence

Termín demence, zavedl pro různé choroby, vedoucí k deterioraci intelektu P. Pinel (1745-1826). V německé literatuře je tato nemoc označovaná jako „cesta od duše nebo bez duše“ (4). Existuje více definic demence, ale nejsou mezi nimi podstatné rozdíly, prakticky všechny zdůrazňují, že porucha kognitivních funkcí není vyvolaná poruchou vědomí. Tyto poruchy narušují výkon zaměstnání, každodenních činností a omezují samostatnost nemocného. Projevují se komplexními příznaky, rozdělenými na poruchy kognitivní - kognitivních funkcí, behaviorální - přidružené psychiatrické příznaky a neurologické - motorické příznaky (21).

Jde o syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku progresivního nebo chronického charakteru, narušením vyšších korových funkcí. Dochází ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace. Demenci tedy lze chápat, jako poruchu kognitivních funkcí, která má zásadní vliv na další funkce a tím i na život

pacienta. Charakteristickým rysem je především úbytek paměti a intelektu. Výsledkem procesu demence je globální deteriorace duševních schopností a narušení funkčních schopností, vedoucí ke ztrátě soběstačnosti (20).

1.2.1 Dělení demencí

Demence je možné dělit podle více způsobů, jedním z nich je rozdělení na *primární, sekundární a smíšené*.

Primární demence – jedná se o atroficko-degenerativní procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, jejich synapsí, k poruchám jejich funkce i funkce pomocných nervových buněk, k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada degenerativních dějů (6).

- **Alzheimerova choroba**, která je nejčastější a představuje kolem 60% všech demencí. Její první popis podal profesor Alois Alzheimer v roce 1906, na konferenci v Tübingenu. Nejčastěji se nemoc vyvíjí plíživě a přitom pomalu a trvale progreduje. K postižení osobnostních rysů a charakteristik dochází relativně brzy, nemocní ztrácejí etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti a stávají se překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním (20). Onemocnění vede k úbytku některých populací neuronů a v důsledku toho k mozkové atrofii, což má za následek vznik syndromu demence (6).
- **Demence s Lewyho tělísky** svůj název dostala po neurologovi a internistovi Friedrichovi Heinrichovi Lewym. Jedná se o neurovegetativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy choroby. Po Alzheimerově chorobě je pravděpodobně druhou nejčastější demencí (6). Z hlediska dlouhodobého časového horizontu jde o progresivní, postupující deterioraci kognitivních funkcí a v krátkodobém horizontu o fluktuaci psychických funkcí, zejména pozornosti a bdělosti. Často se vyskytují přidružená deliria krátkého trvání, zrakové halucinace a paranoidní bludy. Z neurologické symptomatiky pak hypertonicko-hypokinetický syndrom různé intenzity, jedná se zejména o svalovou rigiditu, bradykinezi, poruchy chůze a klidový nebo intenční tremor. Na podání

neuroleptik je zvýšená citlivost. Přítomna je výrazná porucha pozornosti a demence s poruchou paměti ve složkách vizuospacitální funkce, plynulosti myšlení a řeči (3).

- **Skupina frontotemporálních demencí** se vyznačuje predilekční atrofií frontálních laloků, často s atrofií temporálních laloků. Podobá se Pickově chorobě, ale není zde výskyt Pickových tělísek v neuronech a tzv. Pickových buněk – zduřelé neurony (3). Počátek je nenápadný, plíživý a příznaky se pomalu zhoršují. Výskyt nemoci je nejčastěji mezi 45-65 rokem věku. Typické jsou změny v chování, poruchy řeči, změny charakterových vlastností, stravovacích návyků, nekritičnost a další (6).
- K rozvoji demence dochází v některých případech **idiopatické Parkinsonovy choroby**, demencí onemocní 10-30% pacientů, trpících touto formou Parkinsonovy choroby. Klinicky tato forma představuje vzor tzv. podkorové demence, projevuje se celkovou zpomaleností a výrazně zpomalenou progresí myšlení, velmi častá je koedicience s depresí (3).
- **Demence u Huntingtonovy choroby**, jejímuž rozvoji předcházejí typické neurologické příznaky. Projevuje se poruchami polykání, bradypsychizmem a častá je deprese, která může být příznakem, který je nápadnější než první velmi diskrétní neurologické změny (20). Tato choroba je autozomálně geneticky přenosná, zakódovaná na 4. chromozomu, kde dochází k tvorbě patologického proteinu huntingtin (3).

Sekundární demence jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin, jako jsou např. traumata, infekční, metabolické, karence vitamínů, endokrinologická onemocnění, nádory apod., popsáno bylo více než 70 skupin sekundárních demencí. Z více než 20% jsou zde zastoupeny vaskulární demence, nejčastěji multiinfarktové (20).

- **Vaskulární demence** tvoří 10-20% všech demencí a její výskyt se věkem zvyšuje. Kognitivní poruchy se u tohoto typu demencí vyskytují v důsledku poškození mozku různým typem cévní patologie. Jestliže je rozsah poškození

CNS vyšší, než jsou kompenzační schopnosti mozku, objevuje se demence (20). Cévní změny v mozku jsou vrozeně podmíněné nebo získané. Nejčastější vznik vaskulární demence je u kuřáků, obézních lidí, lidí s diabetes melitus, srdečním onemocněním, změnami krevního tlaku, onemocněním krvetvorby, akutním či chronickým onemocněním dýchacích cest s následným snížením kyslíku v krvi pod normu na delší dobu nebo opakovaně a u lidí s opakovaným traumatem hlavy a mozku. Mezi rizikové faktory patří také cévní mozkové příhody, které u 13,6-31,8% pacientů do tří měsíců od jejich prodělání, rozvíjejí příznaky vaskulární demence.

S náhlým začátkem – vzniká při větších mozkových infarktech, postihujících oblasti mozku významné pro paměť, demence se rozvíjí rychle.

Multiinfarktová – vzniká při postiženích infarkty v oblasti mozkové kůry i bílé hmoty, průběh je obvykle kolísavý s četnými změnami psychického stavu. Osobnost bývá relativně dobře zachovaná, pacienti si uvědomují poruchy paměti, často bývají depresivní.

Převážně podkorová – vzniká převážně u lidí s vysokým krevním tlakem, postihuje bílou hmotu mozku a šedou hmotu v oblasti bazálních ganglií/mozkových jader, které mimo jiné regulují i hybnost, hlavně jemnou motoriku a výkonné funkce. Při výraznějším postižení bazálních ganglií se označuje jako Biswangerova choroba. U pacientů se projevuje zpomalením, poruchou výkonných funkcí, časté jsou deprese a poruchy jemné motoriky (6).

- ***Demence při amyloidové angiopatii*** patří mezi vzácnější typy vaskulárních demencí, související s Alzheimerovou chorobou, kdy se ukládá amyloid do cévní stěny, po hypertenzi je to druhá nejčastější příčina krvácení. *CADASIL/cerebrální autozomálně dominantní arteriopatie se subkortikálními infarkty a leukoencefalopatií*, projevující se demencí, depresí, ikty, migrénami, kdy vznikají hlavně podkorové infarkty a leukoencefalopatie (3).
- ***Demence při zánětlivých onemocněních CNS*** vznikají na podkladě některého infekčního onemocnění, postihující mozkovou tkáň a někdy zároveň i mozkové pleny. Těmito onemocněními jsou *Lues* – příznaky se objevují řadu let po

nákaze, *AIDS* – s demencí se zde setkáváme u populace mladšího a hlavně středního věku, ale u seniorů ji nelze vyloučit, *Lidské prionové nemoci* – neurodegenerativní onemocnění s dlouhou inkubační dobou, rychle progredující a smrtelné. Společným znakem jsou těžké změny v mozkové tkáni (6).

- ***Metabolické demence*** vznikají na podkladě exogenních nebo endogenních generalizovaných poruch metabolismu, eventuelně poruch detoxikačních schopností ledvin nebo jater. Při vzniku demence hraje podstatnou roli lokalizace a množství postižené mozkové tkáně. Systémové metabolické poruchy, vedoucí ke vzniku demence je možné rozdělit na geneticky podmíněné a geneticky nepodmíněné (3).
- ***Demence intoxikačního původu*** vznikající po otravách některými látkami, jako např. oxidem uhelnatým. Velmi častá je v naší populaci alkoholová demence, kdy dochází k těžkému úpadku osobnosti, rozvíjí se plíživě nebo do ní přechází alkoholový amnestický – Korsakovův syndrom.
- ***Farmakogenní demence***, jejich klinické příznaky mohou vyvolat některé léky, např. některá hypnotika, anxiolytika nebo některá léčiva používaná v onkologii, v převážné většině případů jde o stavy vratné a plně vyléčitelné.
- ***Posttraumatické demence*** mají oproti jiným demencím svá specifika. Souvisí s úrazem, rozvíjejí se poměrně rychle a obvykle mají stacionární charakter. Vlivem psychických problémů dochází ke zhoršení kvality života postiženého vedoucí k užívání alkoholu a jiných psychoaktivních látek.
- ***Demence při normotenzním hydrocefalu*** jejíž příznaky mohou vzniknout náhle nebo se vyvíjí postupně. Charakterizuje ji trojice příznaků – porucha chůze, inkontinence a demence. Vznikající přetlak v mozku tlačí na jednotlivé mozkové struktury a způsobuje základní příznaky nemoci.
- ***Ostatní demence*** může vyvolat několik dalších onemocnění, jako jsou nádory, lupus erythematosus nebo epilepsie (6).

Smíšené demence jsou zastoupeny přibližně z 10-15%. Řadíme sem smíšenou Alzheimerovu/vaskulární demenci, smíšenou Alzheimerovu/jinou degenerativní demenci a ostatní smíšené demence

Dalším z dělení je podle kritéria reverzibility a ireverzibility, z tohoto pohledu je patrné, jak nutná je správná diferenciální diagnostika. U potenciálně reverzibilních demencí můžeme poskytnout náležitou kauzální léčbu, odlišnou od ireverzibilních stavů a tím výrazně zlepšit stav či vyléčit nemocného (20).

Dle přítomnosti kognitivní poruchy, dělíme demenci na tři stupně:

I. lehká demence – kdy jde o mírnou poruchu orientace, poruchu výbavnosti nových událostí, poruchu řeči – dysnomie, zhoršený náhled, omezení sociálních aktivit, změny chování a nálady, nespolehlivé užívání léků, obtížné zvládání finančních záležitostí.

II. středně těžká demence – projevující se dezorientací místem i časem, poruchou řeči – dysnomie + porozumění řeči, progresí poruchy paměti, ztrátou náhledu, potížemi se zvládáním běžných denních činností, dodržováním hygieny a výskytem závažnějších behaviorálních poruch.

III. těžká demence – dochází již k těžké dezorientaci, těžké poruše staropaměti i novopaměti, těžké smíšené fatické poruše, k neschopnosti dodržet hygienu, poruše motorických stereotypů včetně chůze a k inkontinenci (24).

Dle průběhu pak lze demenci rozdělit na tři stadia:

I. počínající a mírná demence – dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, chování a sociálních funkcí, při různých činnostech je třeba nemocnému radit, ale kontrola nemusí být trvalá.

II. středně pokročilá demence – projevuje se již poruchou soběstačnosti a je nutný častý či převážný dohled.

III. pokročilá demence – pacient je odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit (4).

1.2.2 Vyšetřovací metody

Diagnóza demence se stále podceňuje, rodinou i lékaři jsou některé příznaky demence hodnoceny jako příznaky stárnutí bez klinického významu, proto jim nevěnují zaslouženou pozornost (6). Nápadné poruchy chování, bývají často prvním příznakem, který vzbudí pozornost a mohou být též prvním důvodem, který přivádí jedince k vyšetření odborníkem, neboť ve svých důsledcích jsou často příznakem, vedoucím k odhalení demence. Tyto poruchy jsou obzvlášť stresující pro příbuzné a pečovatele o nemocného s demencí a jsou součástí syndromu nazývanému BPSD – Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, který patří mezi nekognitivní projevy demence. V tomto syndromu je zahrnuto široké spektrum příznaků, jako jsou – paranoidní ladění a myšlení, popř. bludy; halucinace; poruchy v běžných činnostech; agitovanost, agresivita; poruchy rytmu spánků/bdění; změny nálad, jako jsou deprese, mánie, úzkosti a fobie. Než začneme řešit problém demence, měli bychom hned na počátku vyloučit depresi, delirium a nežádoucí účinek léků.

Geriatři v diferenciální diagnostice uznávají pravidlo „4D“: Deprese – Delirium – Drugs – Dementia/Alzheimerova typu, ostatní. Deprese je demence doprovázena až u 50% případů. Správné odlišení deprese od demence bývá obtížné, zvláště při objevení se depresivní fáze poprvé ve vyšším věku. Pro diferenciální diagnostiku je komplikované, pokud se deprese a demence objeví současně. Delirium je zcela odlišný syndrom od demence, ale může ji imitovat nebo se vyskytnout v průběhu demence, jako jeden z jejích příznaků. Vždy jde o akutní stav narušeného vědomí, je zjevná zmatenost, narušená orientace ve všech kvalitách a může být prvním varovným příznakem možného vzniku demence. U seniorů je největším problémem polypragmatie a s ním související podcenění či přehlédnutí farmakokinetických a farmakodynamických změn a také vysoké riziko lékových interakcí. Některé léky mohou exacerbovat kognitivní postižení, či příznaky demence, jsou to zejména léky s centrálním anticholinergním účinkem či centrálně inhibiční látky (21).

Anamnéza - Pacient sám si často svůj problém neuvědomuje, nepřipouští si jej a bagatelizuje a racionalizuje jej, proto je důležité, aby rodinný příslušník či pečující

osoba objektivizovali data o příznacích: době vzniku, délce trvání, průběhu onemocnění a údaje z předchorobí. Nutné je pátrat po úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocněních srdce, diabetu, poruchách metabolismu tuků, všech rizikových faktorech pro vznik vaskulární demence, léčených depresích a jiných psychických změnách, přítomnosti demence či jiné neurologické či psychické poruchy u přímých příbuzných a užívaných lécích.

Somatické vyšetření - Podrobné fyzikální vyšetření, laboratorní vyšetření krve, neurologické, a kardiologické vyšetření.

Orientační vyšetření poznávacích funkcí – S použitím různých testů paměti a dalších poznávacích funkcí. Celosvětově užívaný a nejobvyklejší je test MMSE – Mini-Mental State Examination, a často užívaný test kreslení hodin (6).

Zhodnocení funkčních schopností – Pomocí funkčních testů ADL a IADL, lze zhodnotit vliv onemocnění na funkční schopnosti a kvalifikovat závažnost postižení (24).

Zobrazovací techniky – CT mozku, magnetická rezonance, SPECT, PET - zobrazovací metody s použitím radioaktivně značených látek, zobrazující lákovou přeměnu a průtok krve mozkem a elektroencefalografické metody (6).

1.2.3 Problémové chování u demence

Chování seniorů trpících demencí bývá vnímáno jako projev onemocnění, ale je nutné si uvědomit, že ne vždy jde jen o projev choroby, člověk trpící demencí má omezenou možnost naplnit své potřeby a hledá náhradní možnosti jejich uspokojení, dobrý přístup a kvalitní péče je prevencí vzniku problémů, vždy je efektivnější problémům předcházet, než napravovat jejich následky (28). V mnohých situacích problematického chování obvykle spatřujeme člověka hledajícího bezpečí, domov, identitu, náklonnost, vědomí cíle nebo úspěch. Toto chování naznačuje nesoulad mezi potřebami osoby a schopností prostředí těmto potřebám vyhovět, což je zdrojem stresových situací. Snaha vyrovnat se s problémy, přivádí danou osobu do konfliktu s pravidly a potřebami poskytovatelů péče a všech zúčastněných. Utrpení a stres

ohrožuje důvěru této osoby v okolí, zde je na místě uvědomit si, že důvěra je jedním z nejdůležitějších nástrojů při péči o osoby s kognitivní poruchou (30).

K projevům problémového chování patří:

- **Přecházení a bloudění**, které nemusí být přímo závislé na tíži onemocnění, projevuje se často při adaptaci na nové prostředí. Může být výrazem dyskomfortu, neuspokojené potřeby, dezorientace, neklidu, stresu, hledání, nudy či osamělosti. Někdy však ani při poctivé analýze není odstranitelná příčina nalezena, člověk trpící demencí tak nachodí za den spousty metrů i kilometrů, zde je nutné mít na zřeteli zvýšený energetický výdej při zvýšené námaze a je důležité zabezpečit dostatečně energeticky vydatnou stravu. Hrozbou je, že odejde z oddělení nebo z domova. Velkým problémem je noční bloudění při narušeném rytmu noc/den.
- **Volání a křik**, je chování pro pacienta neškodné, ale je zdrojem dyskomfortu pro pečující a blízké okolí. Hlasité projevy mohou být jak výrazem spokojenosti a pohody, tak výrazem úzkosti, strachu, či dyskomfortu v důsledku nepříjemných příznaků či neuspokojených potřeb.
- **Agitovanost** lze charakterizovat, jako neklid, který zhoršuje pacientovu soběstačnost a komunikaci s okolím. Může vzniknout nežádoucím účinkem některých látek, reakcí na novou situaci nebo změnu, při únavě nebo jako reakce na situace, ze kterých má pacient strach a cítí se ohrožen.
- **Bludy** může nemocný pečující obviňovat, že mu kradou nebo schovávají věci nebo se jej snaží otrávit nebo uspat.
- **Halucinace** vyvolávají v nemocném pocit, že slyší věci nebo lidi, které ve skutečnosti vidět ani slyšet nemůže.
- **Agresivita**, která je častou reakcí na nepochopení ze strany pečujícího a pro pacienta často jediným řešením dané situace se kterou si neví rady (4).

1.2.4 Přístupy k léčbě demence

Před započítím léčby je důležité zvážit etiologii demence, její pokročilost, výskyt a závažnost BSPD, stupeň disability a přítomnost dalších nemocí, odhadnout očekávanou dobu přežití a kompliance, sociální situaci a možnosti pečovateli. V pátečních fázích je záměrem ovlivnění rizikových faktorů, včasná a přesná diagnóza a léčba směřující ke zlepšení nebo udržení kognitivního deficitu. U pokračující demence je cílem zpomalení progresu, prevence a ústup BSPD a zejména udržení soběstačnosti. V konečných fázích je pak kladen důraz na paliativní postupy při ošetrovatelské péči (24). Díky současné vědě jsou některé demence léčitelné, dokonce i plně reverzibilní, většina však vyléčitelných není, ale vhodnou léčbou lze dosáhnout zpomalení průběhu, oddálení těžkých stádií a tím pádem zlepšení kvality života postižených (6). Léčbou narušených kognitivních funkcí, exekutivních schopností, emoční reaktivity, jednání a chování jsou korigovány patologické změny osobnosti, tím pádem je zlepšována kvalita života nemocného. Tato léčba sestává ze dvou vzájemně provázaných kroků, *behaviorálních a farmakogenních*. Díky léčbě se prodlužuje období soběstačnosti, prodlužuje se doba funkčních schopností a snižuje se potřeba a náročnost ošetrovatelské péče a současně i zatížení blízkých osob (20).

Farmakoterapii lze zhruba rozdělit na **kognitivní**, která má blíže ke kauzální léčbě, příčina však u většiny demencí není objasněna, proto jsou ovlivněny především poznávací funkce a známé mechanismy, např. některé mechanismy neurodegenerace. Základními léčivy u lehkých až středních forem Alzheimerovy choroby jsou tzv. inhibitory acetylcholinesteráz, které odbourávají jeden z významných přenašečů vzruchu – acetylcholin. Dochází ke zvýšení obsahu mozkového acetylcholinu a tím ke zlepšení paměťových funkcí. V těžších stádiích je užívána látka memantin, která částečně blokuje receptory, chrání tak nervovou buňku před některými škodlivinami a zlepšuje schopnost učení. Dále jsou užívány látky likvidující volné kyslíkové radikály, např. E-vitamin, betakarotén, retinol, C-vitamin, selen a další. Pokud jsou volné kyslíkové radikály v nadbytku a organismus je nestačí odbourávat, poškozují tkáň a způsobují řadu poruch, jako jsou neurodegenerativní choroby, srdečně-cévní choroby a

řada dalších. Nootropní farmaka a příbuzné látky zlepšují mozkovou látkovou přeměnu a některé ovlivňují i mozkové cévy a krevní průtok, např. Piracetam, Pyritinol. Zkoušena je i řada dalších látek, jako např. mozkové hormony napomáhající k novotvorbě nervových buněk, některé antirevmatické léky, potlačující zánětlivou reakci v mozku a další. **Nekognitivní** farmakoterapií jsou ovlivňovány poruchy chování, změny nálad a afektů a poruchy spánku. Používána jsou antipsychotika II. generace s minimem nežádoucích účinků, antidepresiva a anxiolytika (6).

Behaviorální – nefarmakogenní přístupy, nemají tak dlouhou tradici, jako farmakoterapie a stále se vyvíjejí. Jedná se o přístupy pro zachování nebo zlepšení kognitivních funkcí; zachování nebo zlepšení soběstačnosti při běžných denních činnostech; zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence; celostní přístupy, ke zlepšení kvality života a zlepšení komunikace mezi klientem a ošetřujícím; zlepšení kvality života v terminálních stádiích nemoci; podporu pečujících rodin; adaptaci prostředí pro osoby s demencí; organizační opatření, systém péče a služeb (4). Jedním z těchto přístupů je kognitivní trénink, jehož cílem je zlepšit či udržet kognitivní schopnosti na dobré úrovni, po co nejdelší období života, což prospívá každodennímu fungování jedince. Vybudování kognitivní resilience se projevuje odoláváním změnám a jejich zvládání. Motivace starších osob pro nefarmakologickou terapii a prevenci je důležitá pro jejich aktivní život a zdravý životní styl (23).

1.3 Zdravotně sociální péče o seniory

V posledních 20. letech procházejí sociální služby řadou významných změn. Nový zákon o sociálních službách, který vstoupil v platnost 1.1.2007 přinesl do oblasti poskytování těchto služeb podstatné změny a rozvoj doposud chybějících služeb. Velký důraz je kladen na poskytování sociálních služeb podporujících život v domácím prostředí, péči v rodině, zlepšení návaznosti sociálních a zdravotních služeb a zvýšení efektivity financování dlouhodobé zdravotně sociální péče. Snahou je přiblížení života ve stáří, popř. se zdravotním postižením, podporovaného sociálními službami

normálnímu životu, roste zájem o občanská práva, práva klientů a potřeba jejich větší autonomie (22).

Na základě schváleného rozhodnutí o registraci, jsou sociální služby poskytovány fyzickými nebo právníckými osobami, které nabízejí široké spektrum služeb. Oprávnění k poskytování sociálních služeb garantuje dodržování postupů snižujících možnost poškození zdraví, ohrožení lidských práv a lidské důstojnosti uživatelů služeb. Všechny služby poskytovány na smluvním principu zákona o sociálních službách, tímto postupem je garantováno uplatnění svobodné vůle těchto osob. Záměrem je, aby se sami stali účastníky sjednání podmínek poskytované služby a nebylo o nich a jejich potřebách rozhodováno. Smlouva se sjednaným rozsahem sociálních služeb musí být po ústním projednání písemně sepsána, již před nástupem do zařízení a zahájením poskytování služby.

Důležitou oblastí v poskytování sociálních služeb jsou standardy kvality sociálních služeb, jejichž vypracování pro Českou republiku je plně v souladu s požadavky Evropské unie, principy Evropského sociálního modelu a politikou sociálního začleňování. Podle druhu a rozsahu sociálních služeb je musí každý poskytovatel rozpracovat a modifikovat své konkrétní podmínky a pro jakou cílovou skupinu, aby co nejvíce odpovídali skutečné reálné situaci a vyhovovali uživatelům služeb. Pomocí standardů je možné porovnávat efektivitu jednotlivých služeb a zařízení se stejným druhem služby (12).

V oblasti sociálních služeb vykonávají odbornou činnost pracovníci různých oborů - sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci. Pracovní pozice, kvalifikační a personální požadavky na výkon profese a povinnost celoživotního vzdělávání účastí na akreditovaných vzdělávacích akcích jsou přesně definovány sociálním zákonem.

Smyslem a cílem institucí konajících sociální práci je pozitivní změna v životě klienta. Potřeba sociální práce se seniory se objevuje až v situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory a musí být směřována k nejvíce ohroženým jedincům, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Ve zdravotnických zařízeních a v sociálních službách by mělo docházet k propojení

zdravotní péče a sociální práce. Základem sociální práce se starými klienty, je práce se vztahem a důvěrou, zejména vytvoření pocitu bezpečí jistoty a bezpečí, které patří k nejzákladnějším potřebám těchto lidí (13).

Úroveň vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami výrazně determinuje možnosti optimálního uspokojení potřeb klientů v závislosti na jejich celkové sociální situaci. Zdravotní pojišťovny, především VZP, odmítají uhradit náklady na poskytovanou ošetrovatelskou a rehabilitační péči, což výrazně ovlivňuje efektivnost sociálních služeb (29).

Již od roku 1962 ve 33 evropských zemích, prostřednictvím 148 členských organizací, působí **EURAG – Evropská federace seniorů**. Tato federace pracuje na zlepšení kvality sociální a politické životní úrovně starších lidí. Její hlavní činností je zastupování zájmů starších lidí na evropské úrovni, výměna zkušeností, koordinace aktivit a projektů, sítí iniciativ. Tato organizace je členem Platformy evropských sociálních nevládních organizací v Bruselu (2).

1.3.1 Domovy pro seniory

V domovech pro seniory jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností, zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Základní činnosti, které musí služba poskytovat:

- ubytování
- stravu
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (12).

Při poskytování péče je důležitou oblastí respektování lidské důstojnosti, která se prolíná napříč celým spektrem poskytování sociálních služeb, generacemi a dotýká se každého klienta. Důstojnost je morální a etická kategorie zdůrazňující vědomí člověka o významu osobnosti a uznání jeho práv. Můžeme ji rozdělit na interní, týkající se hodnot, které v sobě nosí každý, byly mu předávány v průběhu života a zprostředkovány vlastní zkušeností a externí, vyjadřující hodnoty, které tomuto pojmu přisuzuje daná společnost, co je z hlediska společenského důstojné a co nikoliv (5).

V českých pobytových zařízeních jsou do personálního obsazení započítáváni i pracovníci, kteří se nepodílejí na poskytování přímé péče. Na jednoho pracovníka přímé péče tak připadá 3 – 15 klientů, což v žádném případě neumožňuje pracovníkům vykonávat práci dostatečně a kvalitně a vede to u nich k demotivaci, syndromu vyhoření a fluktuaci. Také zdravotní sestry, pracující v pobytových zařízeních, kromě své odborné ošetrovatelské péče vykonávají i nekvalifikovanou a méně odbornou práci (12). Práce ošetřujících je více soustředěna na výkony, výsledky a hodnoty, než na člověka, který se tak stává objektem péče a ne partnerem podílejícím se na rozhodování o vlastní osobě (5).

Ve výkonu pomáhající profese jde o vztah mezi klientem a pracovníkem, který se dotýká nejpodstatnějších hodnot člověka a to zdraví, autonomie, osobnosti a svobody. Pracovníci musí sledovat potřeby klienta a společnosti a ne svůj zájem, při výkonu své profese se musí řídit etickým kodexem, jenž obsahuje respektování hodnoty a důstojnosti každé lidské bytosti, podporu sebeurčení klienta, podporu sociální spravedlnosti a profesní integritu (11). V rámci své profese pracovník klientovy pomáhá nebo jej kontroluje. Mezi nabízením pomoci a přebíráním kontroly je nutné rozlišovat, aby si pracovník nenamlouval, že pomáhá, když kontroluje (26).

Ošetrovatelská péče sleduje individualitu, problémy a potřeby člověka, který je chápán, jako celek a je v centru zájmu a činnosti ošetrovatelského týmu. Kvalita vzájemného vztahu ovlivňuje skutečnost, jakou měrou se klient bude podílet na interaktivním procesu. Ošetrovatelský proces je soubor specifických ošetrovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin nebo celých komunit, do nějž patří plánování

způsobů uspokojování potřeb, realizace plánu a vyhodnocení výsledků a efektivity dané péče (8).

1.4 Kvalita života

Kvalitou života se všeobecně rozumí souhrn objektivně a subjektivně posuzovaných činností a vjemů člověka v jeho každodenním životě a společenských vztazích. Změny vyvíjející se ve stáří a chronická porucha zdraví zasahují do širokého spektra sociálních aktivit a vztahů a negativně ovlivňují funkci jedinců a sociálních skupin (10). Mnohé z aspektů majících vliv na míru spokojenosti ve stáří lze předem ovlivnit a připravit se na ně, jedná se zejména o schopnost zvládat změny v životě a okolním prostředí, míru pocitu osamělosti, subjektivní zdravotní stav, intenzitu zájmových činností, vzdělání, příjem a další (5). Komplexní charakteristiku kvality života jedinců v populaci představuje zdravotní stav, se vzájemně provázanými složkami duševní, fyzické i sociální pohody, proto musí být cílem zdravotní politiky zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva (22).

Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) je pojmem shrnujícím subjektivní a přitom kvantifikované měření vnímání zdraví a chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře (19). Vysoce hodnoceným a široce využívaným v téměř všech lékařských oborech je dotazník SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím, jehož pomocí můžeme zjišťovat a hodnotit potřebu sociálních intervencí u osob s chronickým onemocněním (18). Pečlivě zkonstruované sady standardizovaných odpovědí na standardizované otázky, jsou určené ke zjišťování kvality života tak, aby stupnice odpovědí na dané otázky, nezávisely na věku a pohlaví hodnocené osoby (19). Při přijímání základních strategických rozhodnutí o léčbě a celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi/klientovi i k celé nosologické jednotce osob s chronickým onemocněním, je hodnocení kvality života jedním z rozhodujících faktorů (7).

Otázkou je, zda může být kvalita života posouzena člověkem trpícím demencí, kdy má značné obtíže s pamětí, řečí a soudností, nebo věrohodnost zástupce, při posuzování tělesné a duševní pohody nebo špatného zdravotního stavu. Dříve nebylo

věnováno mnoho pozornosti tomu, jak lidé trpící demencí vnímají kvalitu svého života, nyní je úsilí o její zlepšení soustředěno na pacienta, s využitím metody známé pod pojmem Dementia Care Mapping – „Mapování péče o pacienty trpící demencí“ (DCM), která byla vyvinuta k posouzení kvality péče soustředěné na pacienta. Jako měřítko k jejímu posouzení dosud sloužilo vyjádření pečujících, avšak studie vypracované Losgonem (1999) a Brodem (1999) dokazují, že osoby s mírnou nebo střední demencí jsou schopnější vyjádřit subjektivní sebehodnocení, než se považovalo za možné (25).

1.4.1 Aspekty ovlivňující kvalitu života seniorů s demencí

Současná situace v postoji naší společnosti vůči seniorům není uspokojivá a bezproblémová. Jedná se o nedocnění stáří a získaných zkušeností, ignoraci, zesměšňování, ponižování a nerespektování starších osob a všeho, co ke stáří patří (12). V posledních letech se objevil termín „ageismus“, což je vlastně diskriminace na základě věku a zahrnuje v sobě negativní představy o stáří. Vznikly mýty o tom, že stáří je ekonomická zátěž, staří lidé jsou všichni stejní a nemají, čím by společnosti přispěli, stáří = nemoc (9). Pod pojmem starý člověk, senior si tak většina naší společnosti vybaví nemoc, smrt, bezmoc, samotu, smutek, a mnoho jiných negativních asociací. Je však nutné si uvědomit, že stáří není nemoc, je součástí životního běhu a je velice individuální. Starý člověk své okolí může obohatit zkušenostmi svého života, svými úspěchy a neúspěchy a ukázat, jak stárnout, za předpokladu, že je v této roli zodpovědný a je mu nasloucháno (14).

Život seniorů ovlivňuje také jejich prezentace v médiích, ve smyslu ekonomické zátěže pro stát a mladou generaci, nejvíce se zde pojednává o seniorech, jako o obětech krádeží, přepadení či podvodů. Aktivní život, společenské akce pro seniory a jejich úspěchy se v médiích téměř vůbec neobjevují. Přitom média by měla sloužit, jako prostředník mezi seniory a společností, pomoci vzájemně pěstovat pochopení a toleranci a podílet se na podpoře postojů a názorů mladých generací (17).

Hlavním problémem u seniorů trpících demencí je dlouhodobý průběh nemoci s postupným zhoršováním a následným postupným snižováním jejich soběstačnosti,

v důsledku čehož se stávají závislými na pomoci druhé osoby až neschopnosti být sami. Značně problematická je komunikace s takto postiženým seniorem, který se vždy snaží sdělit něco, co má pro něj nějaký význam, záleží pak na pečovateli, aby mu porozuměl (11). V důsledku nedostatečné komunikace se může člověk cítit osamocen a izolován, ačkoli je fyzicky obklopen lidmi, proto je nutné hledat jiné formy komunikace, kterými daná osoba ještě disponuje, jedná se o verbální a nonverbální sdělení, kterým rozumí, gesty a chováním chce naopak něco sdělit. Důležité je, aby pečující uměl nonverbální komunikaci reflektovat, rozuměl jí a používal ji, což vede k usnadnění situace a zpříjemnění péče na obou stranách (4). Také většina nedorozumění s rodinnými příslušníky plyne především z jejich neznalosti změn, přicházejících s věkem. Rodinní příslušníci se tak často za chování svého blízkého stydí (17).

U většiny seniorů zásadně snižuje kvalitu života bolest. V případě seniorů trpících demencí je rozpoznání bolesti problematické, ale velmi důležité, může být signálem závažného onemocnění, které zůstává nepovšimnuto, ale může také vést k již uvedeným poruchám chování a následnému nasazení psychofarmak. Dalším specifickým problémem je inkontinence, zde je nutné dát těmto funkcím v jejich denním režimu jistý řád a pravidelnost – mikční režim a propojit je s dalšími aktivitami, aby na ně získali návyk, očekávali je a byli jim příjemné (4).

U seniorů, kteří přicházejí do pobytových zařízení, jako jsou domovy pro seniory, v relativně dobrém zdravotním i psychickém stavu se v kognitivní oblasti, chování a prožívání může projevit zátěž umístění do instituce, společně se ztrátou autonomie, soběstačnosti a soukromí. Manipulativní přístup personálu a pomoc i v situacích, kdy to není nutné, vede k postupnému vypěstování nesoběstačnosti, pasivity a syndromu naučené bezmocnosti (27). V oblasti profesionální péče chybí připravenost personálu porozumět potřebám starých lidí. Senioři si jsou vědomi nesprávného chování ze strany svých dětí i pečovatелů, nechtějí si však na ně stěžovat ze strachu, aby nebylo ještě hůře. Připadají si, že jsou na obtíž a objevují se myšlenky na smrt (9).

Za spolupráce organizací Evropské unie vznikl dokument „Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc“, jehož cílem je pozvednout hlas na ochranu starších osob a ujistit se, že jsou vyslyšeni celou

společností. Neznamená to, že v pokročilém věku dochází ke zredukování práv, povinností a odpovědnosti, ale člověk se může ocitnout ve stavu trvalé nebo dočasné bezmoci a neschopnosti chránit svá práva. Proto je snahou, aby se tato charta stala dokumentem, který odkazuje na základní principy a práva, nezbytná pro blaho všech lidí závislých na pomoci a péči jiných osob v důsledku svého věku, nemoci nebo snížené soběstačnosti (1).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce je zjistit, zda existuje souvislost mezi kvalitou života v konceptu HRQOL (Health Quality of Life), zjišťovanou pomocí dotazníku SF-36 „O kvalitě života podmíněné zdravím“ a intenzitou kontaktu s osobami blízkými, zjišťovanou pomocí dotazníku „KONTAKT: index kontaktu okolí s pacientem/klientem“, ve srovnání s kvalitou života ve světě a mezi muži a ženami (Gender Differences).

2.2 Hypotézy

H1: Kvalita života u souboru probandů závisí na intenzitě kontaktů s blízkými osobami.

H2: Tento jev je více patrný u mužů nežli u žen (Gender Differences).

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Výzkumná část práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumu, metodou dotazování formou anonymního dotazníku SF-36 „O kvalitě života podmíněné zdravím“ a dotazníku „KONTAKT: index kontaktu okolí s pacientem/klientem“ s asistovaným vyplňováním se spoluúčastí „zákonného zástupce“ nebo „kvalifikovaného ošetřujícího zdravotnického pracovníka“ a sekundární analýzou dat. Zúčastněné a nezúčastněné pozorování změn chování a psychického stavu v závislosti na intenzitě kontaktu s blízkými osobami. Otázky byly určeny seniorům trpícím demencí, žijícím v domově pro seniory.

Do dotazníku SF-36 byli zaznamenávány odpovědi dle subjektivních pocitů klientů. Ke sběru dat byla použita metodika standardizovaného dotazníku SF-36 o kvalitě života podmíněné zdravím (Health Related Quality of Life), zabývající se 8 doménami: PF – fyzické funkce, RP – fyzické omezení rolí, RE – emoční omezení rolí, SF – fyzické a emoční omezení sociálních funkcí, P – bolest, MH – duševní zdraví, EV – vitalita a GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví, vše v porovnání s Oxfordským standardem a rozdíly mezi muži a ženami. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků, většina probandů vyplnila dotazník se spoluúčastí zákonného zástupce nebo kvalifikovaného ošetřujícího zdravotnického pracovníka. Dotazníky byly vyplněny celkem u 26 respondentů, z toho u 20 žen a u 6 mužů.

V dotazníku Kontakt byla zaznamenávána frekvence kontaktu podle jednotlivých typů kontaktu. Dotazníky byly vyplňovány po předchozím souhlasu zřizovatele DpS Klatovy a DpS Újezdec a jednotlivých probandů. Předmětem pozorování bylo získání informací o změnách chování a psychického stavu při různých typech a intenzitě kontaktu s osobami blízkými.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sběr dat byl proveden v měsících leden a únor 2011 v zařízeních DpS Klatovy a DpS Újezdec, vedoucí dalšího osloveného zařízení odmítla spolupráci, z důvodu obav ze zneužití sdělených osobních údajů jejich klientů, z těchto dat byly použity pouze údaje o pohlaví a věku. Osloveným respondentům, kteří souhlasili s vyplněním dotazníku, byla nabídnuta možnost asistovaného vyplňování se spoluúčastí „zákonného zástupce“ nebo „kvalifikovaného ošetřujícího zdravotnického pracovníka“, většina respondentů této nabídky využila. Z 30-ti rozdaných dotazníků se vrátilo 26 zcela vyplněných.

Výzkumný soubor tvořili senioři, žijící v domově pro seniory, trpící lehkou až středně těžkou formou demence, s přihlédnutím k aktuálnímu stavu a schopnosti odpovědět na dané otázky. Tento soubor tvořilo 26 probandů, z toho 20 žen ve věku 65 – 101 let a 6 mužů ve věku 79 – 93 let.

4 Výsledky

Výsledky byly, přehledně zpracovány do tabulek a grafů s použitím zkratk Oxford Healthy Life Survey - evropský normál výsledků pro 8 domén HRQOL v metodě SF-36. V tabulkách (viz přílohy) a grafech, jsou použity tyto zkratky:

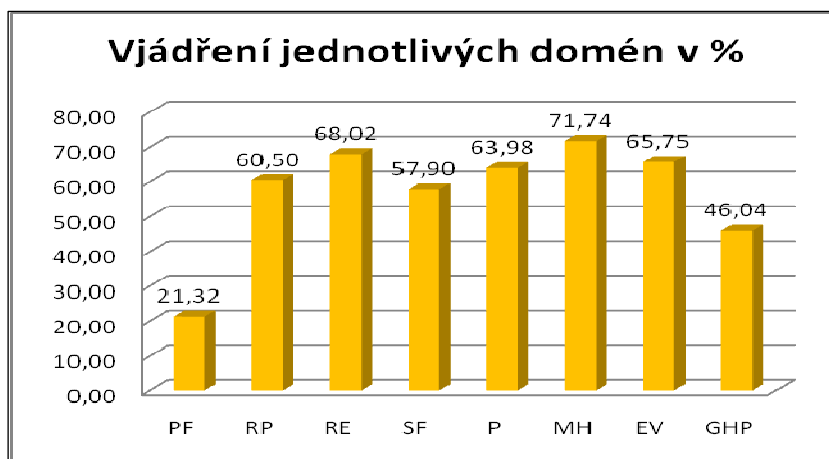
pro 8 domén: PF – Physical fiction – fyzické funkce
RP – Role limitation physical – fyzické omezení rolí
RE – Role limitation emotional – emoční omezení rolí
SF – Social functioning – fyzické a emoční omezení sociálních funkcí
P – Pain – bolest
MH – Mental health – duševní zdraví
EV – Vitality – vitalita
GHP – General health perception – všeobecné vnímání vlastního zdraví.

ostatní zkratky: n – počet respondentů
u – kritická hodnota
x – průměrné skóre
% - procentní změny sledovaných hodnot

Výsledky dotazníku SF-36 O kvalitě života podmíněné zdravím byly vyhodnoceny společně s výsledky dotazníku KONTAKT v závislosti na intenzitě kontaktu s osobami blízkými.

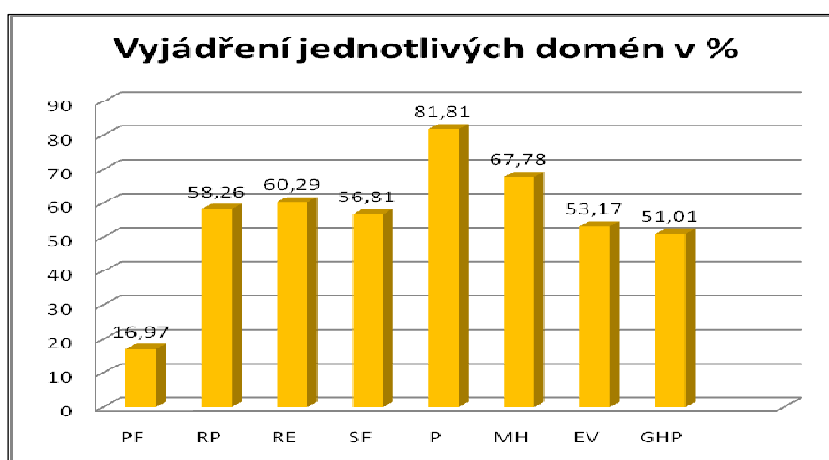
V následujících grafech jsou znázorněny výsledné hodnoty pro jednotlivé domény u jednotlivých posuzovaných podskupin.

Graf 1 – percentuální vyjádření celkového souboru seniorů v porovnání s evropským standardem Oxford



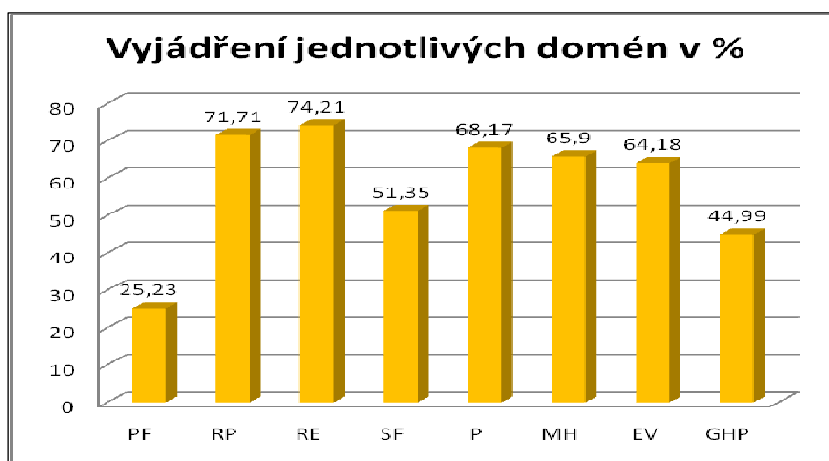
Graf 1 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru celkového souboru seniorů s evropským standardem. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 21,32%, RP – 60,5%, RE – 68,02%, SF – 57,9%, P – 63,98%, MH – 71,74%, EV – 65,75% a GHP – 46,04%. U jednotlivých domén bylo též sledováno, zda se prokáže 5% významnost, u těchto posuzovaných skupin byla prokázána ve všech doménách.

Graf 2 – percentuální vyjádření souboru seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání s evropským standardem Oxford



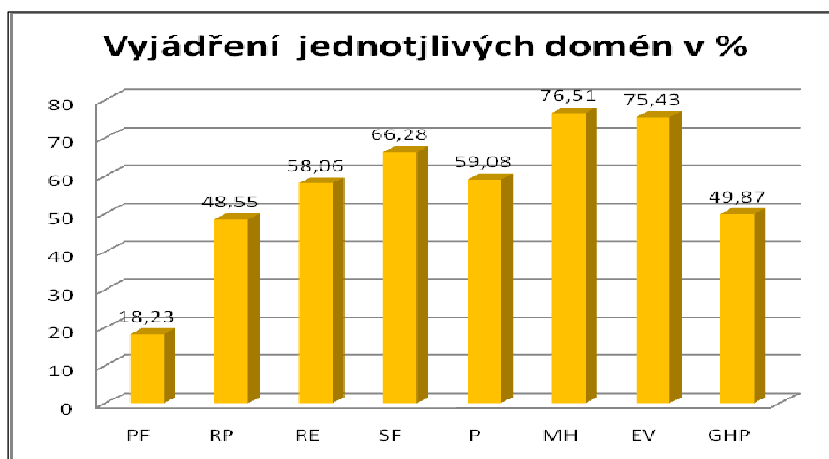
Graf 2 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru souboru s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT s evropským standardem. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 16,97%, RP – 58,26%, RE – 60,29%, SF – 56,81%, P – 81,81%, MH – 67,78%, EV – 53,17% a GHP – 51,01%. 5% významnost byla prokázána v doméně PF, u ostatních domén prokázána nebyla.

Graf 3 - percentuální vyjádření souboru seniorů s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT v porovnání s evropským standardem Oxford



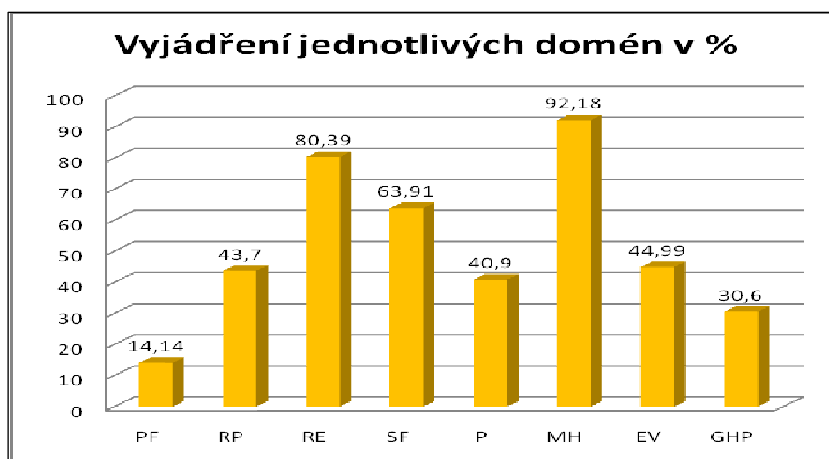
Graf 3 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru souboru s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT s evropským standardem. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 25,23%, RP – 71,71%, RE – 74,21%, SF – 51,35%, P – 68,17%, MH – 65,9%, EV – 64,18% a GHP – 44,99%. 5% významnost se zde prokázala u domén PF, SF, P, MH, EV a GHP, u domén RP a RE nebyla prokázána.

Graf 4 - percentuální vyjádření souboru seniorů s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT v porovnání s evropským standardem Oxford



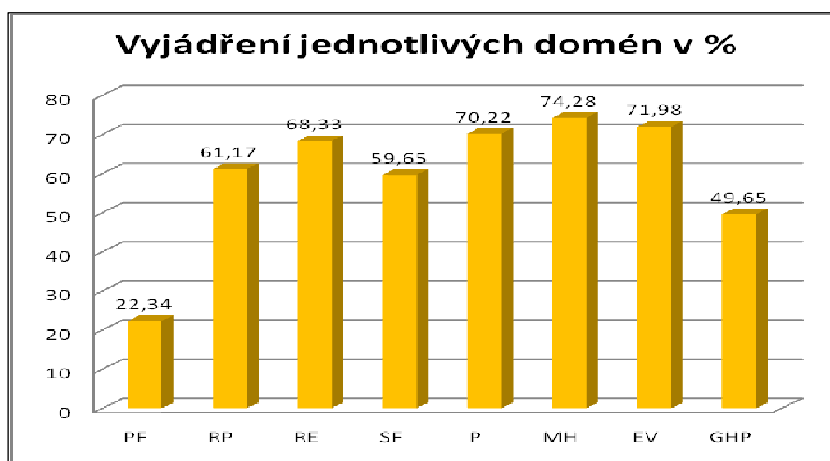
Graf 4 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru souboru s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT s evropským standardem. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 18,23%, RP – 48,55% , RE – 58,06%, SF – 66,28%, P - 59,08%, MH – 76,51%, EV – 75,43% a GHP – 49,87% v jednotlivých doménách oproti evropskému standardu Oxford. Zde nebyla 5% významnost prokázána u domény EV, u ostatních domén PF, RP, RE, SF, P, MH a GHP byla prokázána.

Graf 5 - percentuální vyjádření souboru seniorů s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT v porovnání s evropským standardem Oxford



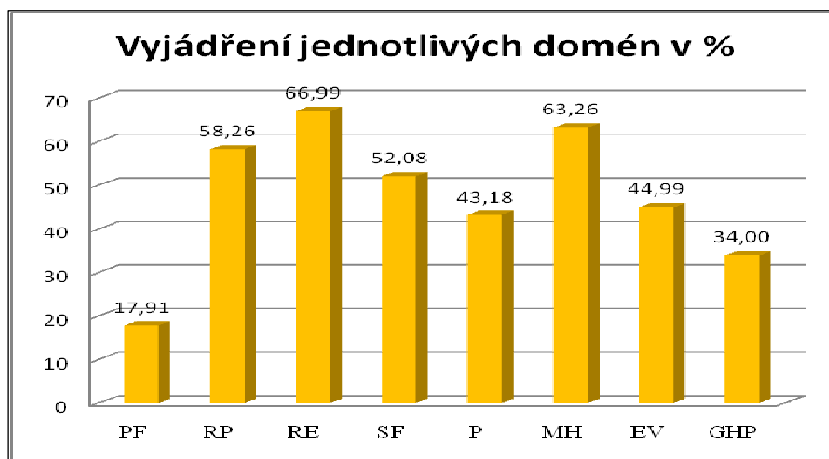
Graf 5 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru souboru s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT s evropským standardem Oxford. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 14,14%, RP – 43,7%, RE – 80,39%, SF – 63,91%, P – 40,9%, MH - 92,18%, EV – 44,99% a GHP – 30,6%. 5% významnost byla prokázána u domén PF, RE, SF, P, EV a GHP, u domén RP a MH prokázána nebyla.

Graf 6 – percentuální vyjádření souboru – ženy v porovnání s evropským standardem Oxford



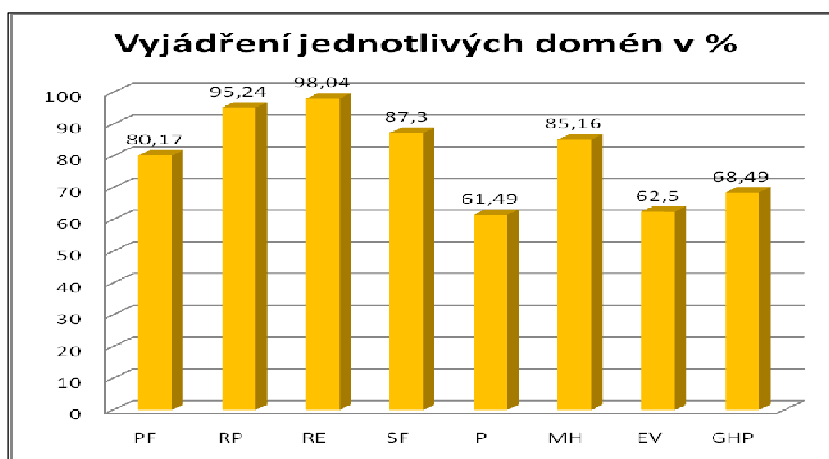
Graf 6 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru ženy s evropským standardem. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 22,34%, RP – 61,17%, RE – 68,33%, SF – 59,65%, P – 70,22%, MH – 74,28%, EV – 71,98% a GHP – 49,65%. Zde byla prokázána i 5% významnost ve všech doménách.

Graf 7 - percentuální vyjádření souboru – muži v porovnání s evropským standardem Oxford



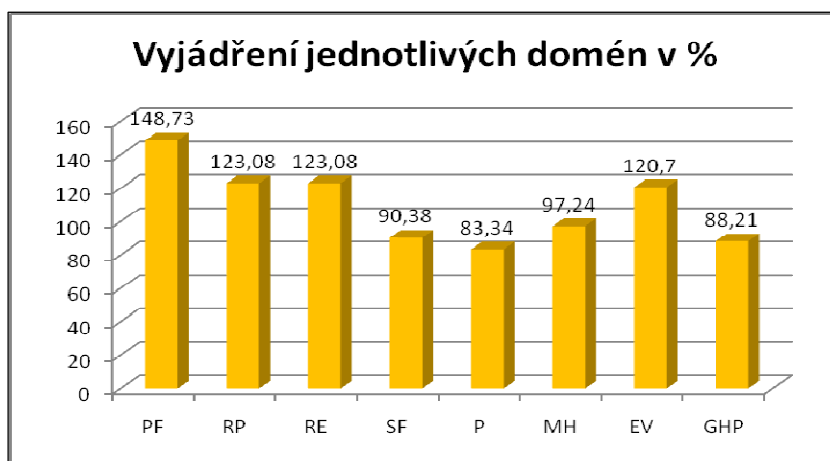
Graf 7 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru muži s evropským standardem. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 17,91%, RP – 58,26%, RE – 66,99%, SF – 52,08%, P – 43,18%, MH – 63,26%, EV – 44,99% a GHP – 34%. Co se týče 5% významnosti, ta byla prokázána v doménách PF, SF, P, MH, EV a GHP a v doménách RP a RE se neprokázala.

Graf 8 – percentuální vyjádření souboru – muži v porovnání se ženami



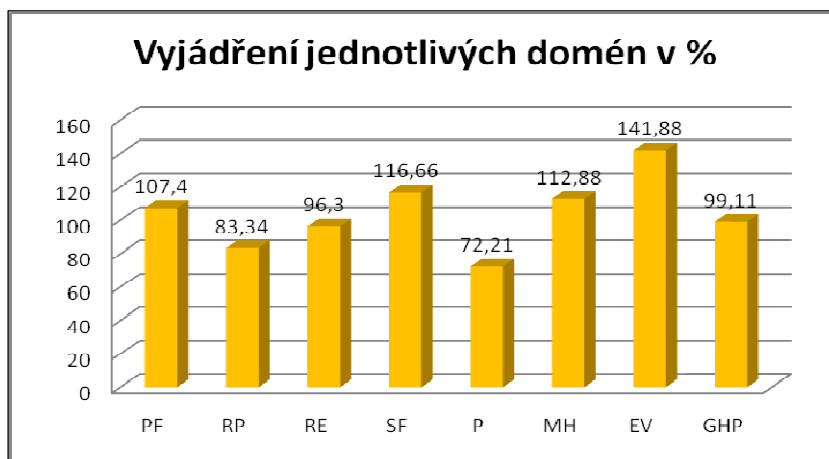
Graf 8 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru muži a ženy. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 80,17%, RP – 95,24%, RE - 98,04%, SF – 87,3%, P – 61,49%, MH – 85,16%, EV – 62,5% a GHP – 68,49%. Zde se 5% významnost prokázala pouze u domény P u ostatních domén PF, RP, RE, SF, MH, EV a GHP prokázána nebyla.

Graf 9 – percentuální vyjádření souboru senioři s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT



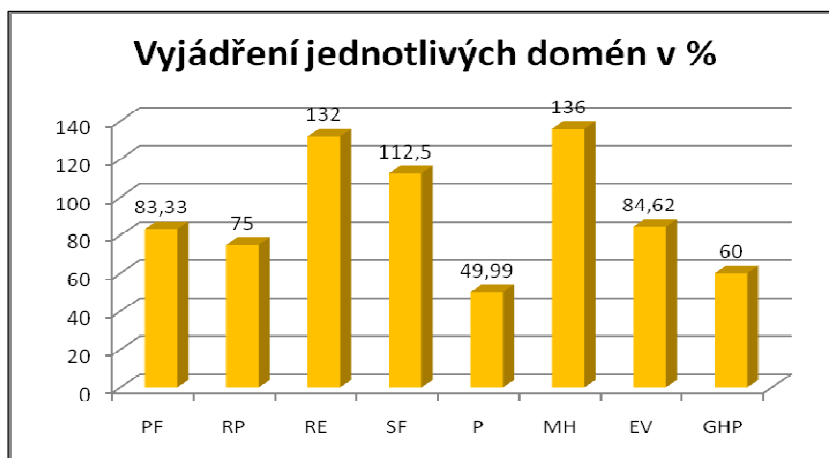
Graf 9 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru senioři s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT a senioři s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 148,73%, RP – 123,08%, RE – 123,08%, SF – 90,38%, P – 83,34% , MH – 97,24%, EV – 120,7% a GHP – 88,21%. Zde se 5% významnost neprokázala u žádné z domén.

Graf 10 – percentuální vyjádření souboru senioři s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT



Graf 10 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru senioři s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT a senioři s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 107,4%, RP – 83,34%, RE – 96,3%, SF – 116,66% , P – 72,21%, MH – 112,88%, EV – 141,88% a GHP – 99,11%. Zde se též 5% významnost neprokázala u žádné z domén.

Graf 11 – percentuální vyjádření souboru senioři s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT



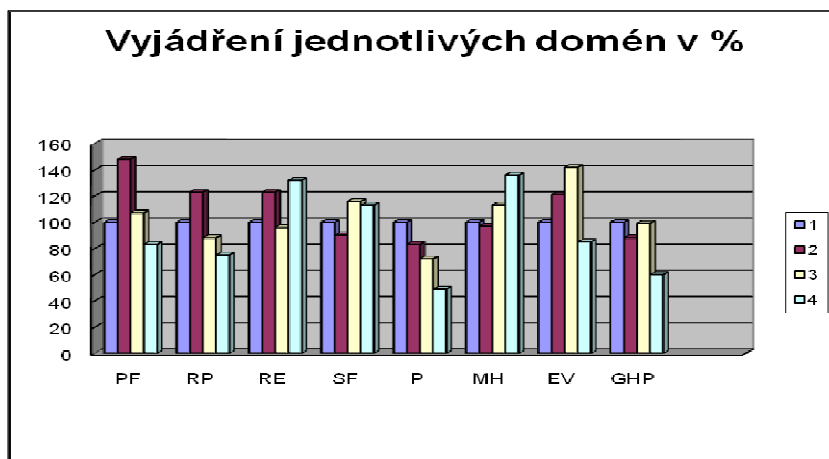
Graf 11 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT a seniorů s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT. V jednotlivých doménách bylo dosaženo hodnot: PF – 83,33%, RP – 75%, RE – 132%, SF – 112,5%, P – 49,99%, MH – 136%, EV – 84,62% a GHP – 60%. Ani zde se 5% významnost neprokázala ani u jedné z domén.

Tabulka 12 – výsledky skóre seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 2,3 a 4 dotazníku KONTAKT

	1	2	3	4
PF	100	148	107	83
RP	100	123	88	75
RE	100	123	96	132
SF	100	90	116	113
P	100	83	72	49
MH	100	97	113	136
EV	100	121	142	85
GHP	100	88	99	60

V tabulce 12 jsou vyjádřeny percentuální hodnoty v jednotlivých doménách kvality života seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 2,3 a 4 dotazníku KONTAKT. Do skupiny s koeficientem 1 byli zařazeni probandi se skóre 0 - 10, do skupiny s koeficientem 2 byli zařazeni probandi se skóre 11 – 20, do skupiny s koeficientem 3 byli zařazeni probandi se skóre 21 – 30 a do skupiny s koeficientem 4 byli zařazeni probandi se skóre 31 – 40 dotazníku KONTAKT. Do tabulky byla vložena výsledná percentuální hodnocení u jednotlivých podskupin, přičemž u podskupiny respondentů s koeficientem 1, byly u všech domén vloženy hodnoty 100%. Jsou zde tudíž patrné rozdíly v jednotlivých doménách u jednotlivých podskupin. Tyto rozdíly jsou přehledně vyjádřeny v grafu 12.

Graf 12 – percentuální vyjádření souboru senioři se skóre 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory se skóre 2, 3 a 4 dotazníku KONTAKT.



Graf 12 vyjadřuje jednotlivé domény v procentech – percentuální vyjádření poměru senioři s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT a seniorů s koeficientem 2, 3 a 4 dotazníku KONTAKT.

5 Diskuse

Kvalitou života se všeobecně rozumí souhrn objektivně a subjektivně posuzovaných činností a vjemů člověka v jeho každodenním životě a společenských vztazích. Ovlivňují ji mnohé faktory a to jak vnější tak vnitřní. V mnoha zemích jsou tyto faktory, které mají dopad na aktivity běžného denního života v různých situacích a za různých okolností systematicky studovány a široce publikovány. Mnohé z těchto studií se zabývají vztahem mezi kvalitou života a zdravotním stavem.

Kvalita života podmíněná zdravím (HRQOL) je pojmem shrnujícím subjektivní a přitom kvantifikované měření vnímání zdraví a chodu životních funkcí ve fyzické, emocionální a sociální sféře. Dotazník SF-36 „O kvalitě života podmíněné zdravím“ (který je použit v této práci), je standardizovaným dotazníkem se standardizovanými otázkami, vhodný pro hodnocení výsledků zdravotních a sociálních intervencí. V dotazníku jsou pečlivě zkonstruované sady standardizovaných odpovědí na standardizované otázky tak, aby stupnice odpovědí na dané otázky, nezávisely na věku a pohlaví hodnocené osoby.

Ve své práci jsem se zabývala kvalitou života seniorů trpících demencí, žijících v domovech pro seniory. Úroveň kvality těchto jedinců je ovlivňována mnoha zdravotními, psychickými a sociálními aspekty. Snad nejvíce je ovlivněna omezením nebo ztrátou kontaktů s blízkými osobami. Jedním z cílů této práce bylo prokázat, zda kvalita života těchto lidí je závislá na intenzitě kontaktů s blízkými osobami. K této části výzkumu byl použit dotazník „KONTAKT: index kontaktu okolí s pacientem/klientem“.

Při vyhodnocení výsledků se prokázalo, že čím vyšší je stupeň kontaktu respondenta s blízkými osobami, tím více skóruje v doméně MH – duševní zdraví, bez ohledu na stupeň tělesného postižení a nižšího skóre dosahuje v doméně P – bolest. Je tedy patrné, že čím více blízké osoby tuto situaci reflektují, tím více tyto osoby kontaktují. Vezmeme-li člověka, jako bio-psycho-sociální jednotku, je z výsledků dotazníkového šetření patrné, že respondenti s nejvyšším dosaženým skóre v oblasti kontaktu s osobami blízkými, jsou na tom dramaticky hůře ve všech biologických

dimenzích HRQOL, oproti respondentům s nejnižším dosaženým skóre v této oblasti. Jedná se o domény PF – fyzické funkce, RP – fyzické omezení rolí, P – bolest, EV – vitality a dokonce i v doméně GHP – všeobecné vnímání vlastního zdraví. V emoční a sociální sféře se pak prokázalo, že jsou na tom podstatně lépe, jedná se o domény RE – emoční omezení rolí, SF – fyzické a emoční omezení sociálních funkcí a MH – duševní zdraví. Tento jev se též prokázal při porovnání výsledků této podskupiny ve srovnání s evropským standardem Oxford. Z těchto výsledků je tedy patrné, že intenzita kontaktu s blízkými osobami podstatně ovlivňuje celkovou kvalitu života těchto jedinců. Potvrzuje se tak první hypotéza, která zní **„Kvalita života u souboru probandů závisí na intenzitě kontaktů s blízkými osobami“**.

Z vlastních zkušeností z praxe při práci se seniory, mohu potvrdit, že klienti žijící v domovech pro seniory se všeobecně obtížněji svěřují se svými potížemi ošetřujícímu personálu. Častým důvodem, jak sami uvádějí je, že nechťejí „být nikomu na obtíž“, ačkoliv jsou personálem neustále ujišťováni, že je zde zejména proto, aby zabezpečil nejen jejich pohodlí, ale také včasné řešení jejich potíže. Proto bych na tento problém nahlížela, jako na jeden z významných aspektů, ovlivňujících kvalitu života těchto osob.

U klientů, kteří jsou více kontaktováni blízkými osobami, je situace o poznání lepší, jsou ve větší psychické pohodě a pokud mají nějaký problém, svěří jej svým blízkým, kteří informace personálu předají, a vše je následně okamžitě řešeno. Otázku, proč tito klienti hůře skórují v oblasti biologické, bych si vysvětlila tím, že se více spoléhají na pomoc druhých osob, zejména osob blízkých. Tímto dle mého názoru může být ovlivněno hodnocení odpovědí v dotazníku SF-36, které k této oblasti náleží.

Naopak klienti, kontaktovaní méně a v některých případech vůbec, jsou depresivněji laděni, a jen velmi obtížně své potíže personálu svěří. Často se pak u nich objevují změny nálad, chování a také celkového zdravotního stavu. Řešení této situace je pak o poznání obtížnější, než při včasné podchycení původního problému. Zde bych otázku lepšího skóre v biologické oblasti vysvětlila vlastní snahou klienta o větší samostatnost a zejména odmítání nabízené pomoci. Myslím si však, že při tomto postoji může dojít k přeceňování vlastních sil a ke zvýšenému riziku úrazů u těchto klientů.

V porovnání výsledků u mužů a žen se prokázalo, že u mužů je tento jev více patrný, nežli u žen. Druhá hypotéza, která zní „***Tento jev je více patrný u mužů nežli u žen (Gender Differencies)***“, se však potvrzuje jen zčásti, neboť podskupina mužů v celkovém souboru, byla podstatně menší než žen. Pro nesouměrnost velikosti podsouboru mužů a žen, jsou srovnávání jen všichni muži, oproti všem ženám. Z celkově nižších skóre mužů nežli docilovaly ženy, lze usoudit, že tento jev bude pravděpodobně nastávat ve všech podskupinách probandů, vytvořených dle intenzity kontaktu s koeficientem 1,2,3 a 4.

V poměru klientů žijících v domovech pro seniory je též více žen nežli mužů. Z vlastního zúčastněného i nezúčastněného pozorování usuzuji, že muži se hůře srovnávají s vytržením z jejich přirozeného rodinného prostředí a mají větší potíže s adaptací na pobyt v domově pro seniory oproti ženám. Při svém pobytu v zařízení méně navštěvují společenské aktivity a spíše vyhledávají samotu, jsou zde však individuální rozdíly.

6 Závěr

Při příchodu seniora do domova pro seniory se podstatně mění jeho celková situace. Přichází do prostředí plného neznámých lidí, má jistá očekávání, ale také obavy. Do jaké míry se daná očekávání vyplní a obavy rozplynou, záleží na organizaci péče v daném zařízení a dále pak na úzké spolupráci celého týmu pečujících osob. V první fázi, kdy klient přichází do tohoto zařízení je důležité, jak je přijat a zejména, aby ošetřující personál od něj samotného, ale také od jeho blízkých zjistil, jaké má zvyky a zájmy. Většina zařízení se snaží tyto zvyky zachovat a nabídnout vyhovující aktivity s přihlédnutím k věku a celkovému stavu a zejména k vlastní volbě klienta. Dále je kladen důraz na zachování a upevňování kontaktu s blízkými osobami, neboť právě ony sehrávají nejen při přijetí nové situace, ale i při následném pobytu, podstatnou roli.

Cílem práce bylo prokázat, zda má intenzita kontaktu s blízkými osobami vliv na kvalitu života souboru seniorů s demencí, žijících v domovech pro seniory v porovnání s kvalitou života tohoto souboru ve světě a zda je tento jev více patrný u mužů nežli u žen. Ovlivnění kvality života v souvislosti s intenzitou kontaktu s blízkými osobami mělo být prokázáno u vzorku počtu 26 probandů, který tvořilo 20 žen a 6 mužů, žijících v domově pro seniory a trpících lehkou až střední formou demence.

Z provedeného výzkumu je patrné, že intenzita kontaktů zásadně ovlivňuje kvalitu života seniorů trpících demencí, kteří jsou z důvodu snížené schopnosti sebeobsluhy a péče o vlastní osobu umístěni v domovech pro seniory. Zvláště u seniorů s nejvyšší úrovní kontaktu s blízkými osobami se tento fenomén dramaticky prokázal, zejména v oblasti fyzických funkcí a celkového vnímání vlastního zdraví. Ve výsledném hodnocení se pak jen částečně prokázalo, že u mužů je tento jev více patrný nežli u žen. Důvodem je nepoměr počtu posuzovaných mužů oproti ženám.

Pro jednotlivá zařízení by tudíž měla být prioritou, ve spolupráci s blízkými osobami zachovat co možná nejintenzivnější kontakt s klientem. Široká veřejnost a zejména blízké osoby jejich klientů, trpících demencí, by měli být blíže seznámeni se změnami ve stáří a zvláště se změnami a omezeními, které onemocnění demencí

způsobuje, s přihlédnutím k tomu, že problematika onemocnění demencí se netýká již jen osob v seniorském věku. Tím by mohlo dojít ke zlepšení kvality života osob touto nemocí trpících a také, ke snížení rizika progresu této choroby.

První hypotéza „Kvalita života u souboru probandů závisí na intenzitě kontaktů s blízkými osobami“ byla výzkumem potvrzena.

Druhá hypotéza „Tento jev je více patrný u mužů nežli u žen (Gender Differences)“, byla potvrzena jen zčásti, pro nesouměrnost porovnávaných podsouborů mužů a žen.

Stanovený cíl práce byl splněn.

7 Literatura

1. *Evropská charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc*, Život 2008-2009. [online], [cit. 2011-03-12].
Dostupné z: <http://www.zivot90.cz/uploads/document/156.pdf>
2. EURAG – *Evropská federace seniorů*. [online], [cit. 2011-06-20].
Dostupné z: <http://eurageurope.org/eurag/>
3. FIŠAR, Z., JIRÁK, R., *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*, 1. vyd., Praha: Grada, 2001. 316 s. ISBN 80-247-0061-1.
4. HOLMEROVÁ, I., et al., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
5. HOLMEROVÁ, I. et al., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 3. vyd., Praha: EV public relations, 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
6. JIRÁK, R. et al., *Demence a jiné poruchy paměti*, Komunikace a každodenní péče, 1. vyd., Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
7. KALOVÁ, H., PETR, P., BICAN, J., *Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života handicapovaných osob. Kvalita života chronických onemocnění. Její rozdíly podmíněné pohlavím*, Folia Phoenix, 10, 2005, Supplementum 1/2005. s 20-22. ISSN 1801-1063.
8. KELNAROVÁ, J., *Tanatologie v ošetrovatelství*, 1. vyd., Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
9. KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I., *Motivační prokypři práci se seniory*, 1. vyd., Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
10. KOVAL, Š., *Antopologický rozmer epidemiologie staroby*, 1. vyd., Košice: PonT, 2001. 178 s. ISBN 80-967611-3-7.

11. MAHROVÁ, G. et al., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, 1. vyd., Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
12. MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, 1. vyd., Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
13. MATOUŠEK, O. et al., *Sociální práce v praxi*, 1.vyd., Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
14. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*, 1.vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
15. MPSV ČR., *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*, Praha 2010. ISBN 978-80-7421-021-1. [online], [cit. 2011-03-02]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob_a_pece_CR.pdf
16. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Tisková zpráva*. [online], [cit. 2011-02-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9599/07102010b.pdf>
17. PAPEŽOVÁ, E., *Je tahle země „pro starý“?*, Psychologie dnes, ročník 16, číslo 12, 2010. s. 55-57. ISSN 1212-9607.
18. PETR, P., *Dotazník SF-36 O kvalitě života podmíněné zdravím*, Kontakt č. 1, ročník 2, 2000. s. 26-30, ZSF JU České Budějovice.
19. PETR, P. et al., *Regionální standard „Kvality života podmíněné zdravím“ (HRQoL)*, Závislosti a my, 4:9, 2002. s. 23-27. ISSN 1213-8584.
20. PIDRMAN, V., *Demence*, 1.vyd., Praha: Grada, 2007. 186 s. ISBN 970-80-247-1490-5.
21. PIDRMAN. V., KOLIBÁŠ. E., *Změny jednání seniorů*, 1. vyd., Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.

22. PRŮŠA, L. et al. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*, VÚPSV, Praha, 2009. ISBN 978-80-7416-048-6. [online], [cit. 2011-04-12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9141/Analyza_potreb_socialnich_sluzeb_pro_seniory_a_ZP.pdf
23. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., STEINOVÁ, D., *Trénování paměti*, metodická příručka, 1. vyd., Praha: Psychiatrické centrum, 2009. 96 s. ISBN 978-80-87142-08-0.
24. TOPINKOVÁ, E., *Geriatric pro praxi*, 1.vyd., Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
25. TOŠNEROVÁ, T., *Mapování péče o pacienta postiženého demencí*, Sociální péče č. 3, ročník 4, 2003. s. 22-24. ISSN 1213-2330.
26. ÚLEHLA, I., *Umění pomáhat*, 2.vyd., Praha: Slon, 2007. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
27. VÁGNEROVÁ M., *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*, 1. vyd., Praha, Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5
28. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 1. vyd., Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
29. VURM, V. et al., *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci*, Kontakt 2-3, vol IV, 2002. s. 89-94.
30. ZGOLA, J. M., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, 1. vyd., Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

8 Klíčová slova

demence

domov pro seniory

hodnocení

klient

kontakt s blízkou osobou

kvalita života

senior

9 Seznam příloh

Příloha 1 – Standardizovaný dotazník SF – 36 O

Příloha 2 – Standardizovaný dotazník KONTAKT

Příloha 3 – Tabulka 1

Příloha 4 – Tabulka 2

Příloha 5 – Tabulka 3

Příloha 6 – Tabulka 4

Příloha 7 – Tabulka 5

Příloha 8 – Tabulka 6

Příloha 9 – Tabulka 7

Příloha 10 – Tabulka 8

Příloha 11 – Tabulka 9

Příloha 12 – Tabulka 10

Příloha 13 – Tabulka 11

DOTAZNÍK SF – 36 O KVALITĚ ŽIVOTA PODMÍNĚNÉ ZDRAVÍM

Návod: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

ID respondenta : Pořadové číslo:

Rok narození		
Pohlaví:	muž / žena	<i>nehodící se škrtněte</i>
Typ intervence:		<i>(položka z indikačního seznamu)</i>
/trvání nemoci		<i>vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nemoc/stav :		<i>(položka ze seznamu nemocí)vyplní Váš lékař /zdravotník</i>
Nejvyšší dosažené vzdělání	Základní-střední-vysokoškolské	<i>Nehodící se škrtněte</i>

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno číslo)

- | | |
|-------------|---|
| Výborné | 1 |
| Velmi dobré | 2 |
| Dobré | 3 |
| Dost dobré | 4 |
| Špatné | 5 |

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno číslo)

- | | |
|----------------------------------|---|
| Mnohem lepší než před rokem | 1 |
| Poněkud lepší než před rokem | 2 |
| Přibližně stejné jako před rokem | 3 |
| Poněkud horší než před rokem | 4 |
| Mnohem horší než před rokem | 5 |

3. Následující otázky se týkají činnosti, které vykonáváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nesení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez pomoci další osoby	1	2	3

4. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo při běžné denní činnosti) v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Vyskytl se u Vás některý z dále uvedených problémů při práci (nebo běžné denní činnosti) posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše tělesné nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.
(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Žádné	1
Velmi mírné	2
Mírné	3
Střední	4
Silné	5
Velmi silné	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

Vůbec ne	1
Trochu	2
Mírně	3
Poměrně dost	4
Velmi silně	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v předchozích týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v předchozích 4 týdnech –

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpan(a)	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v předchozích 4 týdnech bránily Vaše tělesné nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atp.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

Pořád	1
Většinou času	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy	5

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

	Jistě ano	Spíše ano	Nejsem si jist	Spíše ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Datum:

KONTAKT: INDEX KONTAKTU OKOLÍ S PACIENTEM

ID Respondenta = pořadové číslo:

Rodinný příslušník, či jemu na roveň – osoba blízká, kontaktuje

Typ kontaktu	Frekvence			
	Více než 1/T	1/T	1/M	méně než 1/M
1. Fysická návštěva „ u lůžka“	16	12	8	4
2. Telefonát osobní	12	9	6	3
3. Dopis	8	6	4	2
4. Telefonický vzkaz	4	3	2	1

Suma (1. – 4.) = Index KONTAKT,

Nabývá hodnot v rozmezí 1 - 40

T = Týden

M= Měsíc

Tabulka A – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů - žen, průměrný věk

Specimen:	Švojgrová, senioři		
Date:	11.4.2011		
Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	18,85	319,82	17,88
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	51,92	2063,61	45,43
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	56,41	1775,15	42,13
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	50,96	672,15	25,93
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	52,14	719,56	26,82
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	52,92	354,84	18,84
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	40,19	408,62	20,21
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	33,85	402,51	20,06
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
26	35,58	248,71	15,77

Records	Count (n)	Average Age
Summary	26	81,3
Male	6	86,2
Female	20	79,8

Tabulka A obsahuje výsledné hodnocení dotazníků celé zkoumané skupiny, průměrný věk všech probandů a průměrný věk mužů a žen. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 1.

Tabulka B – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů – žen s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT, průměrný věk

Specimen:	Švojgrová, senioři (code 1)		
Date:	11.4.2011		
Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	15,00	225,00	15,00
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	50,00	2500,00	50,00
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	50,00	2500,00	50,00
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	50,00	2500,00	50,00
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	66,67	1111,11	33,33
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	50,00	1444,00	38,00
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	32,50	1056,25	32,50
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	37,50	1406,25	37,50
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	25,00	625,00	25,00

Records	Count (n)	Average Age
Summary	2	87,0
Male	1	93,0
Female	1	81,0

Tabulka B obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny všech probandů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT. Je vyjádřen průměrný věk všech těchto probandů a průměrný věk mužů a žen v této skupině. Hodnoty tabulky byly použity pro vytvoření tabulky 2, 9, 10 a 11.

Tabulka C – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů – žen s koeficientem 2 dotazníku

KONTAKT, průměrný věk

Specimen:	Švojgrová, senioři (code 2)		
Date:	11.4.2011		
Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	22,31	313,91	17,72
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	61,54	2078,40	45,59
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	61,54	1854,04	43,06
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	45,19	325,44	18,04
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	55,56	455,84	21,35
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	48,62	139,93	11,83
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	39,23	84,02	9,17
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	33,08	213,61	14,62
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
13	36,54	251,48	15,86

Records	Count (n)	Average Age
Summary	13	77,5
Male	1	79,0
Female	12	77,4

Tabulka C obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny všech probandů s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT. Je vyjádřen průměrný věk všech těchto probandů a průměrný věk mužů a žen v této skupině. Hodnoty tabulky byly použity pro vytvoření tabulky 3, 9 a 12.

Tabulka D – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů – žen s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT, průměrný věk

Specimen:	Švojgrová, senioři (code 3)		
Date:	11.4.2011		
Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	16,11	382,10	19,55
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	41,67	1805,56	42,49
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	48,15	1755,83	41,90
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	58,33	729,17	27,00
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	48,15	987,65	31,43
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	56,44	396,25	19,91
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	46,11	737,65	27,16
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	36,67	500,00	22,36
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
9	36,11	154,32	12,42

Records	Count (n)	Average Age
Summary	9	83,9
Male	3	85,0
Female	6	83,3

Tabulka D obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny všech probandů s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT. Je vyjádřen průměrný věk všech těchto probandů a průměrný věk mužů a žen v této skupině. Hodnoty tabulky byly použity pro vytvoření tabulky 4, 10 a 12.

Tabulka E – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů – žen s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT, průměrný věk

Specimen:	Švojgrová, senioři (code 4)		
Date:	11.4.2011		
Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	12,50	6,25	2,50
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	37,50	1406,25	37,50
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	66,67	0,00	0,00
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	56,25	351,56	18,75
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	33,33	123,46	11,11
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	68,00	64,00	8,00
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	27,50	6,25	2,50
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	22,50	6,25	2,50
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
2	37,50	156,25	12,50

Records	Count (n)	Average Age
Summary	2	88,0
Male	1	90,0
Female	1	86,0

Tabulka E obsahuje výsledné hodnocení dotazníků skupiny všech probandů s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT. Je vyjádřen průměrný věk všech těchto probandů a průměrný věk mužů a žen v této skupině. Hodnoty tabulky byly použity pro vytvoření tabulky 5, 11 a 12.

Tabulka F – Vyjádření hodnot dotazníků, počet žen, průměrný věk

Specimen:	Švojgrová, senioři (F)		
Date:	11.4.2011		
Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	19,75	368,69	19,20
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	52,50	2118,75	46,03
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	56,67	1788,89	42,30
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	52,50	696,88	26,40
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	57,22	756,48	27,50
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	54,80	321,76	17,94
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	44,00	356,50	18,88
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	36,50	425,25	20,62
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
20	37,50	218,75	14,79

Records	Count (n)	Average Age
Summary	20	79,8
Male	0	
Female	20	79,8

Tabulka F obsahuje výsledné hodnocení dotazníků zkoumané skupiny žen a jejich průměrný věk. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 6 a 8.

Tabulka G – Vyjádření hodnot dotazníků, počet mužů, průměrný věk

Specimen:	Švojgrová, senioři (M)		
Date:	11.4.2011		
Number of records	PF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	15,83	145,14	12,05
	RP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	50,00	1875,00	43,30
	RE		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	55,56	1728,40	41,57
	SF		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	45,83	555,56	23,57
	P		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	35,19	222,91	14,93
	MH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	46,67	414,22	20,35
	EV		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	27,50	372,92	19,31
	GHP		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	25,00	225,00	15,00
	CH		
	Mean	SD	SD
n	x	s2	s
6	29,17	295,14	17,18

Records	Count (n)	Average Age
Summary	6	86,2
Male	6	86,2
Female	0	

Tabulka G obsahuje výsledné hodnocení dotazníků zkoumané skupiny mužů a jejich průměrný věk. Hodnoty tabulky byly využity pro vytvoření tabulky 7 a 8.

Tabulka 1 – výsledky skóre celkového souboru seniorů v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Švojgrová, senioři							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	18,85	51,92	56,41	50,96	52,14	52,92	40,19	33,85
s²	319,82	2063,61	1775,15	672,15	719,56	354,84	408,62	402,51
s	17,88	45,43	42,13	25,93	26,82	18,84	20,21	20,06
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	19,80	3,80	3,21	7,28	5,57	5,64	5,27	10,07
%	21,32	60,5	68,02	57,9	63,98	71,74	65,75	46,04
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u - kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 1 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života celkového souboru probandů v porovnání s Oxfordem. Průměrný věk všech 26 respondentů je 81,3 let, z tohoto souboru je 6 mužů v průměrném věku 86,2 let a 20 žen v průměrném věku 79,8 let.

Porovnávaná skupina se k evropskému standardu Oxford přibližuje v jednotlivých doménách takto – PF pouze z 21,32%, RP ze 60,5%, RE ze 68,02%, SF z 57,9%, P ze 63,96%, MH ze 71,74%, EV z 65,75% a GHP ze 46,04%.

Percentuální vyjádření viz graf 1.

Tabulka 2 – výsledky skóre seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Švojgrová, senioři (code 1)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	15,00	50,00	50,00	50,00	66,67	50,00	32,50	37,50
s ²	225,00	2500,00	2500,00	2500,00	1111,11	1444,00	1056,25	1406,25
s	15,00	50,00	50,00	50,00	33,33	38,00	32,50	37,50
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	6,92	1,01	0,93	1,08	0,63	0,88	1,25	1,36
%	16,97	58,26	60,29	56,81	81,81	67,78	53,17	51,01
5% významnost	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 2 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT, v porovnání s Oxfordem. Do skupiny s koeficientem 1 byli zařazeni probandi se skóre 0 – 10 dotazníku KONTAKT. Z celkového počtu probandů tuto skupinu tvořili 2 respondenti v průměrném věku 87 let, z toho 1 muž ve věku 93 let a 1 žena ve věku 81 let.

Porovnávaná skupina se k evropskému standardu Oxford přibližuje v jednotlivých doménách takto – PF pouze ze 16,97%, RP z 58,26%, RE ze 60,29%, SF z 56,81%, P z 81,81%, MH ze 67,78%, EV z 53,17% a GHP z 51,01%.

Percentuální vyjádření viz graf 2.

Tabulka 3 - výsledky skóre seniorů s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Švojgrová, senioři (code 2)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	22,31	61,54	61,54	45,19	55,56	48,62	39,23	33,08
s ²	313,91	2078,40	1854,04	325,44	455,84	139,93	84,02	213,61
s	17,72	45,59	43,06	18,04	21,35	11,83	9,17	14,62
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	13,44	1,92	1,79	8,55	4,38	7,66	8,59	9,96
%	25,23	71,71	74,21	51,35	68,17	65,9	64,18	44,99
5% významnost	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 3 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT, v porovnání s Oxfordem. Do skupiny s koeficientem 2 byli zařazeni probandi se skóre 11 – 20. Z celkového tuto skupinu tvořilo 13 respondentů v průměrném věku 77,5 let, z toho 1 muž ve věku 79 let a 12 žen v průměrném věku 77,4 let.

Porovnávaná skupina se k evropskému standardu Oxford přibližuje v jednotlivých doménách takto –PF pouze z 25,23%, RP ze 71,71%, RE ze 74,21%, SF z 51,35%, P ze 68,17%, MH ze 65,9%, EV ze 64,18% a GHP ze 44,99%.

Percentuální vyjádření viz graf 3.

Tabulka 4 - výsledky skóre seniorů s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Švojgrová, senioři (code 3)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	16,11	41,67	48,15	58,33	48,15	56,44	46,11	36,67
s ²	382,10	1805,56	1755,83	729,17	987,65	396,25	737,65	500,00
s	19,55	42,49	41,90	27,00	31,43	19,91	27,16	22,36
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	11,09	3,12	2,49	3,30	3,18	2,61	1,66	4,94
%	18,23	48,55	58,06	66,28	59,08	76,51	75,43	49,87
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 4 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT, v porovnání s Oxfordem. Do skupiny s koeficientem 3 byli zařazeni probandi se skóre 21 – 30. Z celkového počtu tuto skupinu tvořilo 9 respondentů v průměrném věku 83,9 let, z toho 3 muži v průměrném věku 85 let a 6 žen v průměrném věku 83,3 let.

Porovnávaná skupina se k evropskému standardu Oxford přibližuje v jednotlivých doménách takto – PF pouze z 18,23%, RP ze 48,55%, RE z 58,06%, SF ze 66,28%, P z 59,08%, MH ze 76,51%, EV ze 75,43% a GHP ze 49,87%.

Percentuální vyjádření viz graf 4.

Tabulka 5 - výsledky skóre seniorů s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1:	Švojgrová, senioři (code 4)							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	12,50	37,50	66,67	56,25	33,33	68,00	27,50	22,50
s ²	6,25	1406,25	0,00	351,56	123,46	64,00	6,25	6,25
s	2,50	37,50	0,00	18,75	11,11	8,00	2,50	2,50
Specimen 2:	Oxford							
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s ²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	42,69	1,82	49,01	2,40	6,13	1,02	18,90	28,63
%	14,14	43,7	80,39	63,91	40,9	92,18	44,99	30,6
5% významnost	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 5 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT, v porovnání s Oxfordem. Do skupiny s koeficientem 4 byli zařazeni probandi se skóre 31 – 40. Z celkového počtu tuto skupinu tvořili 2 respondenti v průměrném věku 88 let, z toho 1 muž ve věku 90 let a 1 žena ve věku 86 let.

Porovnávaná skupina se k evropskému standardu Oxford přibližuje v jednotlivých doménách takto – PF pouze ze 14,14%, RP ze 43,7%, RE z 80,39%, SF z 63,91%, P ze 40,9%, MH z 92,18%, EV ze 44,99% a GHP ze 30,6%.

Percentuální vyjádření viz graf 5.

Tabulka 6 – výsledky skóre ženy v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1: Švojgrová, senioři (F)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	19,75	52,50	56,67	52,50	57,22	54,80	44,00	36,50
s²	368,69	2118,75	1788,89	696,88	756,48	321,76	356,50	425,25
s	19,20	46,03	42,30	26,40	27,50	17,94	18,88	20,62
Specimen 2: Oxford								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	15,97	3,24	2,78	6,01	3,94	4,72	4,05	8,02
%	22,34	61,17	68,33	59,65	70,22	74,28	71,98	49,65
5% významnost	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 6 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů – ženy v porovnání s Oxfordem. V této skupině je 20 žen v průměrném věku 79,8 let.

Porovnávaná skupina se k evropskému standardu Oxford přibližuje v jednotlivých doménách takto – PF pouze z 22,34%, RP z 61,17%, RE ze 68,33%, SF z 59,65%, P ze 70,22%, MH ze 74,28%, EV ze 71,96% a GHP ze 49,65%.

Percentuální vyjádření viz graf 6.

Tabulka 7 - výsledky skóre mužů v porovnání s evropským standardem Oxford

Specimen 1: Švojgrová, senioři (M)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	15,83	50,00	55,56	45,83	35,19	46,67	27,50	25,00
s²	145,14	1875,00	1728,40	555,56	222,91	414,22	372,92	225,00
s	12,05	43,30	41,57	23,57	14,93	20,35	19,31	15,00
Specimen 2: Oxford								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	88,40	85,82	82,93	88,01	81,49	73,77	61,13	73,52
s²	323,28	895,90	1008,70	383,38	470,46	297,22	386,91	470,46
s	17,98	29,93	31,76	19,58	21,69	17,24	19,67	21,69
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	14,74	2,03	1,61	4,38	7,59	3,26	4,26	7,92
%	17,91	58,26	66,99	52,08	43,18	63,26	44,99	34,00
5% významnost	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 7 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů – muži v porovnání s Oxfordem. V této skupině je 6 mužů v průměrném věku 86,2 let.

Porovnávaná skupina se k evropskému standardu Oxford přibližuje v jednotlivých doménách takto – PF pouze ze 17,91%, RP z 58,26%, RE ze 66,99%, SF z 52,08%, P ze 43,18%, MH ze 63,26%, EV ze 44,99% a GHP ze 34%.

Percentuální vyjádření viz graf 7.

Tabulka 8 – výsledky skóre muži v porovnání se ženami

Specimen 1: Švojgrová, senioři (M)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	15,83	50,00	55,56	45,83	35,19	46,67	27,50	25,00
s²	145,14	1875,00	1728,40	555,56	222,91	414,22	372,92	225,00
s	12,05	43,30	41,57	23,57	14,93	20,35	19,31	15,00
Specimen 2: Švojgrová, senioři (F)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	19,75	52,50	56,67	52,50	57,22	54,80	44,00	36,50
s²	368,69	2118,75	1788,89	696,88	756,48	321,76	356,50	425,25
s	19,20	46,03	42,30	26,40	27,50	17,94	18,88	20,62
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	0,60	0,12	0,06	0,59	2,55	0,88	1,85	1,50
%	80,17	95,24	98,04	87,3	61,49	85,16	62,5	68,49
5% významnost	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	NE
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 8 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů – muži v porovnání se ženami. Jednotlivé soubory tvoří 6 mužů v průměrném věku 86,2 let a 20 žen v průměrném věku 79,8 let. Jsou zde porovnávány skupiny mezi sebou, v jednotlivých doménách bylo dosaženo percentuálního vyjádření takto: PF - 80,17%, RP - 95,24%, RE - 98,04%, SF - 87,3%, P – 61,49%, MH – 85,16%, EV – 62,5%, GHP – 68,49%.

Percentuální vyjádření viz graf 8.

**Tabulka 9 – výsledky skóre seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT
v porovnání se seniory s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT**

Specimen 1: Švoigrová, seniori (code 1)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	15,00	50,00	50,00	50,00	66,67	50,00	32,50	37,50
s²	225,00	2500,00	2500,00	2500,00	1111,11	1444,00	1056,25	1406,25
s	15,00	50,00	50,00	50,00	33,33	38,00	32,50	37,50
Specimen 2: Švoigrová, seniori (code 2)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	22,31	61,54	61,54	45,19	55,56	48,62	39,23	33,08
s²	313,91	2078,40	1854,04	325,44	455,84	139,93	84,02	213,61
s	17,72	45,59	43,06	18,04	21,35	11,83	9,17	14,62
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	0,63	0,31	0,31	0,13	0,46	0,05	0,29	0,16
%	148,73	123,08	123,08	90,38	83,34	97,24	120,7	88,21
5% významnost	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 9 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů s koeficientem 1, v porovnání se seniory s koeficientem 2 dotazníku KONTAKT. Do skupiny s koeficientem 1 byli zařazeni probandi se skóre 0 - 10 a do skupiny s koeficientem 2 byli zařazeni probandi se skóre 11 – 20 vyhodnoceného dotazníku KONTAKT. V souboru probandů s koeficientem 1 jsou 2 respondenti v průměrném věku 87 let, z toho 1 muž ve věku 93 let a 1 žena ve věku 81 let. V souboru probandů s koeficientem 2 je 13 respondentů v průměrném věku 77,5 let a z toho je 1 muž ve věku 79 let a 12 žen v průměrném věku 77,4 let.

Jsou zde porovnávány skupiny mezi sebou, v jednotlivých doménách bylo dosaženo percentuálního vyjádření takto: PF – 148,73%, RP – 123,08%, RE – 123,08%, SF – 90,38%, P – 83,34%, MH – 97,24%, EV – 120,7%, GHP – 88,21%.

Percentuální vyjádření viz graf 9.

Tabulka 10 - výsledky skóre senioři s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT

Specimen 1: Švojgrová, senioři (code 1)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	15,00	50,00	50,00	50,00	66,67	50,00	32,50	37,50
s²	225,00	2500,00	2500,00	2500,00	1111,11	1444,00	1056,25	1406,25
s	15,00	50,00	50,00	50,00	33,33	38,00	32,50	37,50
Specimen 2: Švojgrová, senioři (code 3)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	16,11	41,67	48,15	58,33	48,15	56,44	46,11	36,67
s²	382,10	1805,56	1755,83	729,17	987,65	396,25	737,65	500,00
s	19,55	42,49	41,90	27,00	31,43	19,91	27,16	22,36
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	0,09	0,22	0,05	0,23	0,72	0,23	0,55	0,03
%	107,4	83,34	96,3	116,66	72,21	112,88	141,88	99,11
5% významnost	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 10 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT. Do skupiny s koeficientem 1 byli zařazeni probandi se skóre 0 – 10 a do skupiny s koeficientem 3 byli zařazeni probandi se skóre 21 – 30 dotazníku KONTAKT. V souboru probandů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT jsou 2 respondenti v průměrném věku 87 let, z toho 1 muž ve věku 93 let a 1 žena ve věku 81 let. V souboru probandů s koeficientem 3 dotazníku KONTAKT je 9 respondentů v průměrném věku 83,9 let a z toho jsou 3 muži v průměrném věku 85 let a 6 žen v průměrném věku 83,3 let.

Jsou zde porovnávány skupiny mezi sebou, v jednotlivých doménách bylo dosaženo tohoto percentuálního vyjádření: PF – 107,4%, RP – 83,34%, RE – 96,3%, SF – 116,66%, P – 72,21%, MH – 112,88%, EV – 141,88%, GHP – 99,11%.

Percentuální vyjádření viz graf 10.

Tabulka 11 - výsledky skóre senioři s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT

Specimen 1: Švojgová, senioři (code 1)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	15,00	50,00	50,00	50,00	66,67	50,00	32,50	37,50
s ²	225,00	2500,00	2500,00	2500,00	1111,11	1444,00	1056,25	1406,25
s	15,00	50,00	50,00	50,00	33,33	38,00	32,50	37,50
Specimen 2: Švojgová, senioři (code 4)								
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
x	12,50	37,50	66,67	56,25	33,33	68,00	27,50	22,50
s ²	6,25	1406,25	0,00	351,56	123,46	64,00	6,25	6,25
s	2,50	37,50	0,00	18,75	11,11	8,00	2,50	2,50
	PF	RP	RE	SF	P	MH	EV	GHP
u	0,23	0,28	0,47	0,17	1,34	0,66	0,22	0,56
%	83,33	75	132	112,5	49,99	136	84,62	60
5%významnost	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
	Physical function	Role limitation - physical	Role limitation - emotional	Social functioning	Pain	Mental health	Vitality	General health preception

u – kritická = 2,35

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 11 jsou vyjádřeny jednotlivé domény kvality života seniorů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT v porovnání se seniory s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT. Do skupiny s koeficientem 1 byli zařazeni probandi se skóre 0 – 10 a do skupiny s koeficientem 4 byli zařazeni probandi se skóre 31 – 40 dotazníku KONTAKT. V souboru probandů s koeficientem 1 dotazníku KONTAKT jsou 2 respondenti v průměrném věku 87 let, z toho 1 muž ve věku 93 let a 1 žena ve věku 81 let. V souboru probandů s koeficientem 4 dotazníku KONTAKT jsou též 2 respondenti v průměrném věku 88 let a z toho je 1 muž ve věku 90 let a 1 žena ve věku 86 let.

Jsou zde porovnávány skupiny mezi sebou, v jednotlivých doménách bylo dosaženo percentuálního vyjádření takto: PF – 83,33%, RP - 75%, RE - 132%, SF – 112,5%, P – 49,99%, MH – 136%, EV – 84,62%, GHP – 60%.

Percentuální vyjádření viz graf 11.