

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultura

**Využití testů hodnocení aktivit denního života ke zkvalitnění péče u
seniorů**

Diplomová práce

(magisterská)

Autor: Bc. Martina Vernerová, Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Olomouc 2015

Jméno a příjmení autorky: Bc. Martina Vernerová

Název diplomové práce: Využití testů hodnocení aktivit denního života ke zkvalitnění péče u seniorů.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2015

Abstrakt: Tato diplomová práce pojednává o problematice seniorské populace a je zaměřena na jejich pohybovou aktivitu. S ní je spojené subjektivní vnímání kvality života a schopnosti sebeobsluhy. Tyto ukazatele jsem monitorovala u skupiny 10 seniorů z domova důchodců v Šumperku, kteří každodenně navštěvují léčebnou tělesnou výchovu, která trvá 30 minut. Spolupráce s klienty trvala po dobu 15 měsíců, kdy probíhala 3 měření v rozmezí 5 měsíců. Věková hranice klientů se pohybuje mezi 60 - 87 roky. K testování byl využit Senior Fitness Test, WHOQOL-OLD (českou verzi dotazníku), Barthel index (hodnocení personálního ADL), Mini-mental state examination (MMSE). K bližšímu zhodnocení pohybové aktivity, kvality života a soběstačnosti jsem vybrala 4 klienty, u kterých jsem zpracovala kazuistiky. Výsledky všech měření jsem zpracovala a více je rozpracovávám v kapitole 4 Výsledky a diskuze.

Klíčová slova: stáří, kvalita života, pohybová aktivita, Senior Fitness Test, WHOQOL-OLD, ergoterapie

Souhlasím s půjčováním diplomové práce v rámci knihovních služeb.

Author's First Name and surname: Bc. Martina Vernerová

Title of the master thesis: The usage of daily activities evaluation tests for improving the quality of Elderly Care.

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of presentation: 2015

Abstract: This thesis concerns itself with elderly people issues and is focused on their movement activities. Those are just the activities with which subjective perception of quality of life, as well as the human self-care capabilities are closely related to. I have monitored these indicators within the group of 10 elderly people of Šumperk retirement home. Age of clients was ranging between 60 - 87 years. Senior Fitness Test, WHOQOL-OLD (Czech edition questionnaire), Bathel index (ADL personal rating), Mini-mental state examination (MMSE) were used for testing all 10 elderly people. Four of them were chosen for close-up quality of life, movement activity and self care assessment followed by individual casuistry report. The results of all measurements are closely described in chapter 4: Results and discussion.

Keywords: senior, quality of life, physical activity, Senior Fitness Test, WHOQOL-OLD, occupational therapy

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D., že jsem použila pouze ty zdroje, které uvádím v referenčním seznamu.

V Olomouci dne 30. 4. 2015

.....

Bc. Martina Vernerová

Poděkování

Touto cestou děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D. za odborné vedení, poskytnutí odborných rad a pracovníkům Domova důchodců Šumperk p. o., za ochotu a rady při zpracování diplomové práce.

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 9 |
| 1 Přehled poznatků | 11 |
| 1. 1 Stárnutí, stáří | 11 |
| 1. 1. 1 Charakteristika stáří | 11 |
| 1. 1. 2 Dělení stáří | 11 |
| 1. 1. 3 Stárnutí a involuční změny | 13 |
| 1. 2 Kvalita života | 14 |
| 1. 2. 1 Objektivní a subjektivní kvalita života | 16 |
| 1. 2. 2 Kvalita života seniorů | 17 |
| 1. 2. 3 Dotazník kvality života WHOQOL - OLD česká verze | 18 |
| 1. 3 Pohybová aktivita seniorů | 18 |
| 1. 3. 1 Pohybová aktivita | 18 |
| 1. 3. 2 Význam pohybové aktivity seniorů | 19 |
| 1. 3. 3 Zásady výběru pohybových aktivit | 21 |
| 1. 3. 3. 1 Hodnocení zdatnosti seniorů | 23 |
| 1. 4 Ergoterapie | 24 |
| 1. 4. 1 Definice ergoterapie | 24 |
| 1. 4. 2 Dělení ergoterapie | 25 |
| 1. 4. 3 Cíle ergoterapie | 26 |
| 1. 4. 4 Hodnocení v ergoterapii | 27 |
| 1. 4. 4. 1 Anamnézy | 28 |
| 1. 4. 4. 2 Hodnocení aktivit denního života a kognitivních funkcí | 28 |
| 1. 4. 5 Ergoterapie v geriatрии | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 1. 4. 5. 1 Ergoterapeutická intervence v geriatrici | 30 |
| 1. 5 Sociální služby | 31 |
| 1. 5. 1 Rozsah a formy sociálních služeb | 31 |
| 1. 5. 2 Zařízení sociálních služeb | 32 |
| 2 Cíle a výzkumné otázky | 34 |
| 3 Metodika | 35 |
| 3. 1 Výzkumný soubor | 35 |
| 3. 2 Průběh a organizace výzkumu | 35 |
| 3. 3 Použité metody | 36 |
| 3. 3. 1 Dotazník subjektivní kvality života | 36 |
| 3. 3. 2 Dotazník IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) | 36 |
| 3. 3. 3 Senior fitness test | 38 |
| 3. 3. 4 Hodnocení personálních a instrumentálních ADL | 41 |
| 3. 3. 5 Mini - Mental State Examination | 41 |
| 4 Výsledky a diskuze | 43 |
| 4.1 Souhrnné výsledky | 43 |
| 4. 1. 1 Senior Fitness Test | 43 |
| 4. 1. 2 Dotazník IPAQ | 50 |
| 4. 1. 3 Dotazník subjektivní kvality života WHOQOL - OLD česká verze | 52 |
| 4. 1. 4 Mini-Mental State Examination | 58 |
| 4. 1. 5 Barthel index | 60 |
| 4. 1. 6 Hodnocení instrumentálních aktivit denního života | 61 |
| 4.2 Kazuistiky klientů | 63 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 4. 2. 1 Kazuistika č. 1 | 63 |
| 4. 2. 2 Kazuistika č. 2 | 67 |
| 4. 2. 3 Kazuistika č. 3 | 71 |
| 4. 2. 4 Kazuistika č. 4 | 76 |
| Závěry | 81 |
| Souhrn | 83 |
| Summay | 85 |
| Referenční seznam | 87 |
| Internetové zdroje | 90 |
| Přílohy | 91 |

ÚVOD

„Stáří se vplíží, aniž to tušíš.“ *Decimus Iunius Iuvenalis*

„Dokud žiješ, uč se! Nečekej, že moudrost s sebou přinese stáří.“ *Solón*

Stáří je pro člověka velmi důležitá životní etapa. Víme, že v tomto období převažují involuční procesy v organismu nad evolučními. Ty se projevují u každého člověka jinak a nastupují v jiném okamžiku. Na hranici stáří každý z autorů nahlíží jinak, nedá se přesně určit. Jeden z autorů uvádí, že hranice stáří je určena biologickým věkem, jiný kalendářním. Stárnutí je individuální záležitost každého jedince. Stáří bývá často zátěžovým, náročným obdobím pro člověka. Jak přijmeme stáří a vyrovnáme s tímto dějem, záleží jen na každém z nás.

Téma, které jsem si pro svoji diplomovou práci vybrala, zní - Využití testů hodnocení aktivit denního života ke zkvalitnění péče u seniorů. Toto téma jsem si vybrala, protože mě zajímá problematika seniorského věku a zkvalitnění péče v této etapě života. V rámci své diplomové práce bych chtěla čtenáře blíže seznámit s problematikou stáří, faktory, které ovlivňují přirozené stárnutí každého člověka a jak se u každého z jedince individuálně projevují. Ráda bych také přiblížila, co to je ergoterapie a její možné využití v geriatrici. Dále se zabývám subjektivní kvalitou života, která se v geriatrici a gerontologii stává stále častěji důležitým ukazatelem.

V teoretické části diplomové práce se zabývám specifícností životní etapy a charakteristikou stáří a stárnutí. Zaměřuje se také na vlivy, které proces stárnutí ovlivňují, případně urychlují. V praktické části diplomové práce se věnuji práci s klienty seniorského věku a jejich problémům ve všedním životě. Prvotně se zaměřuji na zjištění jejich návyků k pohybové aktivitě, soběstačnosti v oblasti osobní hygieny, oblékání, lokomoce, sebe sycení a další. K těmto zjištěním využiji standardizované testy jako je Barthel index - pro hodnocení personálních ADL, Hodnocení instrumentálních aktivit denního života (Krivošíková, 2011; Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová & Sucharda, 2004),

zkrácenou verzi dotazníku International Physical Activity Questionnaire (Sigmund, Sigmundová, Mitáš, Chmelík, Vašíčková & Frömel, 2009).

Cílem diplomové práce je podat informace o oblastech vztahujících se ke zvolenému tématu a hlavně se zaměřit na problematiku, jak seniorům zpříjemnit stáří a zkvalitnit jejich péči.

1 Přehled poznatků

1.1 Stárnutí, stáří

1.1.1 Charakteristika stáří

Dle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2004) je stáří poslední vývojovou etapou lidského života, která uzavírá a završuje lidský život. „Stáří je označení pozdní fáze ontogeneze, přirozeného průběhu života“ (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda et al., 2004, 47). Jak uvádějí autoři Kalvach a kol. (2004) a Čevela, Kalvach a Čeledová (2012) je stárnutí projevem a důsledkem involučních změn na úrovni funkčních i morfologických, které probíhají u každého jedince různou rychlostí a variabilitou. Podrobněji se této problematice věnuji v kapitole 1. 1. 3 - Stárnutí a involuční změny.

„Starý organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i vnějšího prostředí, ztrácí své adaptační schopnosti a snadno i při mírných podmínkách dochází jak ke zhoršení funkce orgánů, tak organismu jako celku“ (Topinková, 2005, 8).

„Proces stárnutí je vysoce individuální, je nutné brát v úvahu i rozdíly mezi příslušníky stejných věkových skupin. Mezi hlavní zdroje těchto rozdílů patří genetická výbava, onemocnění, různé křivky stárnutí fyziologického a biologického systému. Dále pak životní styl, chování člověka a samozřejmě pohlaví, prostředí, vzdělání a socioekonomický status“ (Macháčková, Bunc, Vaňková, Holmerová & Valenta, 2007, 429).

1.1.2 Dělení stáří

„Průběh lidského života bývá různým způsobem periodizován. Jednotlivých kategorizací existuje velké množství. Jednotné vymezení a periodizace stáří jsou velmi obtížnými, neboť všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné“ (Kozáková & Müller, 2006, 9).

Dle autorů Kozákové a Müllera (2006) se při periodizaci lidského života nejčastěji vychází z kalendářního vymezení věku.

„Nejběžnějším měřítkem stárnutí je chronologický věk. Světová zdravotnická organizace stanovila následující věkové členění:

- 45-59 let střední věk, zralý věk
- 60-74 let vyšší (starší) věk, rané stáří
- 75-89 let pokročilý (stařecký) věk, vlastní stáří, senium
- 90 a více let dlouhověkost“ (Hátlová, 2010, 10).

Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová a Sucharda (2004) uvádějí nejčastější dělení kalendářního věku:

- 65-74 let: mladí senioři
- 75-84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři

Příčiny a projevy dle Kalvacha a kol. (2004) jsou mnohočetné a individuální a nastupují v různém věku, vzájemná provázanost a rozpornost jsou příčinami obtížného vymezení, členění seniorského věku. Proto obvykle autoři rozlišují věk kalendářní, sociální, biologický.

Kalendářní věk

Jak uvádí Čevela a kol. (2012) kalendářní věk, stáří je dáno dosažením určitého věku biologického stárnutí či průběhu života. Dle Kalvacha a kol. (2004) je jednoznačně vymežitelný, však nepostihuje individuální rozdíly mezi jedinci. Také uvádí posunování věkové hranice, doba dožití a průběžně se také zvyšuje zdravotní a funkční stav stárnoucí generace.

Biologické stáří

„Je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince. Jeho exaktní vymezení se však nedaří a není shoda ani o tom, co by mělo vyjadřovat“ (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda et al., 2004, 48).

Dle Čevely a kol. (2012) biologické stáří nemá přesná kritéria, jde o soubor nezvratných změn, které se projevují zvýšeným rizikem onemocnění, úmrtí, funkčním deficitem. Také se projevují změnami v postojích, chování, chůzi,

chrupu, ve vrásčení pokožky, ale také senior může subjektivně vnímat snížení výkonnosti a životní perspektivy.

Sociální stáří

Začátkem sociální stáří se považuje odchod do důchodu, nárok na starobní důchod (Čevela a kol., 2012; Kalvach a kol., 2004).

„Je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potenciálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, jakými jsou penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnanost, odchod dětí z orientační rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv a aspirací, přijetí role penzisty a starého člověka, obvykle v souvislosti s funkčními deficity a různou mírou znevýhodnění“ (Čevela a kol., 2012, 26).

1.1.3 Stárnutí a involuční změny

„Stárnutí (involuce) je univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Projevy involuce jsou variabilní, vysoce individuální a věkový nástup změny funkce se liší i mezi orgánovými systémy. Jde o složitý komplex dějů, které se vzájemně prolínají a podmiňují na úrovni molekulární, subcelulární, celulární, orgánové i celostí“ (Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004, 67). „Jde o proces disociovaný, dezintegrováný a asynchronní, který je zčásti geneticky kódován, zčásti rozvíjen náhodnými jevy, chybami, poruchami“ (Kalvach et al., 2004, 20).

Hátlová (2010) uvádí, že primární a sekundární stárnutí se prolínají a jejichž výsledkem jsou biologické, psychické, sociální i duchovní změny. Dále uvádí vliv změny vzhledu, snížení fyzické výkonnosti na sebevědomí a sebehodnocení jedince. S tím související změna chování a sociálního postavení ve společnosti.

Kubínková, Křížová (1997) uvádějí změny na hybném systému, kdy dochází k úbytku svalové hmoty, k přetěžování kloubů, k snížení hybnosti, ze které

vyplívá snížená psychická aktivita, snížený rozsah pohybu, snížení výkonnosti, ostrosti smyslů, vážnou koordinaci pohybů. U lidí seniorského věku se snižuje kvalita vnímání, poznávání, paměti. Roste u nich emoční labilita. Na nervovém systému dochází k slábnutí reflexů, třesu, poruchám spánku. Nastává pokles srdečního výkonu (nastává dušnost), objevují se křečové žíly, bércové vředy, typickým příznakem je také úbytek sensorických schopností. Dochází ke zhoršení zrakového vnímání, zhoršení sluchu, snížení chuťových a čichových vjemů, zhoršení hmatu, jemné motoriky. Dle Venglářové (2007) stáří doprovázejí změny tělesné, psychické, sociální.

Tabulka 1. Změny ve stáří

| Tělesné změny | Psychické změny | Sociální změny |
|-------------------------|------------------------------|-----------------------|
| změny vzhledu | zhoršení paměti | odchod do penze |
| úbytek svalové hmoty | obtížnější osvojování nového | změna životního stylu |
| změny termoregulace | nedůvěřivost | stěhování |
| změny činnosti smyslů | snížená sebedůvěra | ztráty blízkých lidí |
| degenerativní změny | sugestibilita | osamělost |
| kardiopulmonální změny | emoční labilita | finanční obtíže |
| změny trávicího systému | změny vnímání | |
| změny vylučování moči | zhoršení úsudku | |
| změny sexuální aktivit | | |

1. 2 Kvalita života

Kvalita života je široce vnímaný termín, kterým se zabývají různé vědní obory, například psychologie, etika, sociologie, ekonomika, teologie, sociální ekologie, medicína, patologie, filozofie a dalších (Dvořáčková & Kajanová, 2012; Heřmanová, 2012; Dragomiercká & Prajsová, 2009). Nahlíží také na materiální, psychologické, sociální a duchovní podmínky jednotlivce pro jeho šťastný a zdravý život (Šubrt, 2008). Kvalita života vyjadřuje kvalitativní a kvantitativní přístupy, do kterých se zařazuje životní prostředí, nemoci, zdraví, bydlení, volný čas, mezilidské vztahy (Lužný, 2013). Celý koncept kvality života

je abstraktní, široký koncept ovlivněn mnoha faktory, které na člověka působí dlouhodobě a někdy záporně (Šubrt, 2008).

„Definování kvality života, jakož i stanovení jednotlivých indikátorů této kvality je interdisciplinární problém a jeho řešení vyžaduje integraci a syntézu hledisek z oblasti filozofie, sociologie, ekonomie, politologie, ekologie etiky, psychologie a dalších vědeckých disciplín“ (Dvořáčková, 2012, 57).

Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu života jako „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Křivohlavý, 2011, 124).

„Kvalita života se obvykle popisuje v pojmech, jako je soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinných, partnerských a dalších mezilidských vztazích a další“ (Svobodová in Šubrt, 2008,131). Křivohlavý (in Hnilicová, 2004) zdůrazňuje, že jsme spíše zvyklí mluvit o kvantitě, ne o kvalitě života. Slovo kvalita je odvozeno z latinského slova qualis, ve významu kdo to je, případně jaké to je. V českém jazyce nás kořen slova kdo, vede k typu slov jako kýž, kýžený, tj. žádoucí stav. Svobodová (in Heřmanová, 2006) uvádí, že u konkrétního jedince je kvalita života určena významem, rozsahem a naplňováním určitých domén v životě. Hlavně jsou zdůrazňovány jeho možnosti, příležitosti, omezení, které člověk v životě zažívá a jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím.

Křivohlavý (2002) ve své knize hovoří o kvalitě života v rovinách: makro-rovina, mezo-rovina, osobní (personální) rovina, fyzická (tělesná) existence.

- makro-rovina - řeší otázky velkých společenských skupiny, např. dané země. V této rovině se kvalita života dostává do popředí politických úvah, ohledně hladomoru, chudoby a dalších.
- mezo-rovina - řeší otázky malých společenských skupin (škola, nemocnice, domov seniorů a další). V této rovině nejde pouze o respekt k morní hodnotě člověka, ale také o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů, hodnot.

- osobní (personální) rovina - je jednou z nejjednodušších rovin kvality života, zajímá se o život jednotlivce, individua. Zde jde o stanovení kvality života a o subjektivní hodnocení.
- fyzická (tělesná) existence – v této rovině vstupuje do popředí fyzická existence člověka a jeho pozorovatelné chování druhých, které lze objektivně měřit a porovnávat.

„Na úrovni života jednotlivce bývá idea k.ž. stavěna proti tzv. konzumnímu životnímu stylu, s jeho preferencí vlastnictví spotřebních předmětů, které samo o sobě (podle kritiků konzumentství) nemůže člověka plně uspokojit a nahradit mu redukování či absenci uspokojování jiných potřeb, zejm. duchovního charakteru. V této souvislosti k.ž. představuje něco, co překračuje čistě materiální potřeby, které je možné uspokojit prostřednictvím zboží, a vztahuje se k tzv. post-materiálním hodnotám“ (Maříková, Petrušek & Vodáková, 1996, 557).

1. 2. 1 Objektivní a subjektivní kvalita života

Kvalita života představuje multidimenzionální, široký a nejednoznačně definovaný termín. Lze říci, že kvalita života má dvě dimenze, je tvořena dvěma základními aspekty – subjektivním a objektivním. Subjektivní aspekt, dimenze zahrnuje subjektivní pohodu, psychickou pohodu a všeobecnou spokojenost se životem. Objektivní aspekt, dimenze znamená naplnění požadavků, a to sociálních, materiálních podmínek života, fyzického zdraví jedince (Dvořáčková, 2012; Kařmárové, 2013; Mareš, 2014; Oduškové, 2009).

Dle Heřmanové (2012) objektivní kvalitou života rozumíme konkrétní, měřitelné životní podmínky, dosažení životní úroveň jednotlivce nebo skupiny. Mezi faktory ovlivňující objektivní kvalitu života uvádí například průměrnou mzdu, dostupnost služeb, zdravotní péče a bydlení, možnost vzdělávání a další. Subjektivní kvalita života ovlivňuje věk a s tím spojení životní zkušenosti, úroveň vzdělanosti, typ profese. Velkou úlohu zde také hraje typ osobnosti, osobní zkušenost.

1. 2. 2 Kvalita života seniorů

V geriatrii a gerontologii je kvalita života důležitým ukazatelem. U seniorů nestačí hodnotit pouze jejich objektivní zdravotní stav, protože kvalita zdraví výrazně souvisí s kvalitou života, ale nelze je ztotožňovat (Němček, 2011). V posledních letech v péči o seniory dominuje snaha o zvýšení kvality života. „Udržet dobrou kvalitu života, nezávislost na okolí, zvládnání běžných denních aktivit, ale také udržet mentální funkce pomáhá seniorům pohybová aktivita“ (Wittmannová, 2007, 31). Dle Slepíčky, Slepíčkové (2014) je u seniorů uznáván přínos sportování pro dlouhodobou samostatnost, zpomalení degenerativních změn a vše přispívá k dobré kvalitě života.

Kvalita života seniorů bývá vnímána jako schopnost soběstačnosti, vést nezávislý život, funkční schopnosti mají velký vliv na kvalitu života seniorů (Dragomirecká & Prajsová, 2009).

Světová zdravotnická organizace předpokládá, že kvalita života je ovlivněna 6 oblastmi (doménami) s různým počtem indikátorů v každé z nich. U starších lidí mají jednotlivé domény svá specifika, rozdílnosti v závislosti podmínek života, stavu společnosti, charakteristice osoby a zdravotním stavu. Jednotlivé oblasti podílející se na kvalitě života (Němček, 2011): tělesné zdraví, psychické zdraví, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita.

Většina definic vymezující kvalit života se snaží o výčet nejzávažnějších faktorů, které se na utváření kvality života jedince podílejí. Můžeme hovořit o skupině faktorů (oblastí), které mají přímý či nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj. Jedná se o zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální oblasti. Další skupina faktorů, které mají vliv na kvalitu života jedince, je zcela konkrétní a specifická. Jde např. o věk, pohlaví, rodinou situaci, polymorbiditu, dosažené vzdělání, hodnotový žebříček jednotlivce, ekonomickou situaci, kulturu apod. Nejčastěji zdůrazňovaný faktor ovlivňující kvalitu života (zejména u seniorské populace) je zdraví. Kvalita života je podmíněna mnoha dalšími okolnostmi a v současné době je kladen stále větší důraz na subjektivní spokojenost (Dvořáková, 2012, 76).

1. 2. 3 Dotazník kvality života WHOQOL-OLD

Nejběžněji je kvalita života zjišťována dotazníkovou metodou či strukturovanými rozhovory (Ondušková, 2009). Dle Heřmanové (2012) evaluační nástroje jsou již dnes dostatečně propracovány a snaží se podchytit objektivní stav fyzického zdraví člověka, tak jejich spokojenost se svým zdravím.

Od poloviny 90. let se měřením a validizací instrumentů kvality života zabývá Psychiatrické centrum v Praze. Během mezinárodního projektu „Měření kvality života u seniorů a její vztah k zdravému stárnutí“ v letech 2001-2004 byl vytvořen dotazník kvality života pro starší populaci, nazvaný WHOQOL-OLD (Ondušková, 2009; Dragomirecká & Prajsová, 2009). Tento dotazník je rozdělený do 6 domén, které vymezují kvalitu života, které mohou být vnímány rozdílně u každého jedince (Dvořáčková & Kajanová, 2012). Zahrnují fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, intimitu, postoj ke smrti.

1. 3 Pohybová aktivita seniorů

1. 3. 1 Pohybová aktivita

Podle Peráčkové (in Němček, 2011, 108), „Pohyb je základní potřebou každého živého tvora. Nejen zdravotní stav vliv na pociťování životní pohody, ale pociťování životní pohody ovlivňuje jiné zdraví-orientované chování. Pohybová aktivita má preventivní funkci a podporuje zlepšování kvalita života člověka“.

Jak uvádí ve své publikaci Štílec (2003) život se projevuje pohybem. S pohybem souvisejí příjemné a negativní prožitky. Do pozitivních, příjemných se zařazuje uvolnění, radost z pohybu, do negativních únava, bolest, slabost. „Nejen příjemné, ale i negativní prožitky spojené s pohybem, mají pro člověk svůj význam“ (Štílec, 2003, 26). Každá pohybová aktivita má svoji úlohu ve zdraví člověk, jeho spokojenosti a v kvalitě života. PA můžeme ovlivnit rovnováhu, předcházet nemocím, vysokému krevnímu tlaku, onemocnění

srdce, cévním mozkovým příhodám, depresím, pomáhá při prevenci pádů a zlomenin. Přispívá ke zkrácení doby rekonvalescence (Nemček, 2011; Wittmannová, 2007).

1. 3. 2 Pohybová aktivita seniorů

„Proces stárnutí je přirozený, fyziologický jev. Rychlost a jeho důsledky nejsou jen otázkou biologickou, či genetickou determinovanou, ale jsou také závislé na kvalitě životního prostředí a zejména způsobu života jedince“ (Wittmannová, 2007, 31).

„Pro populaci seniorů je obecně uznáván přínos sportování pro dlouhodobou pohybovou samostatnost, zpomalení degenerativních změn, což nesporně podmiňuje kvalitu života. Nicméně není možné hodnotit sportování seniorů jen z hlediska jeho tělesných účinků, neboť jakákoliv pohybová aktivita se týká celé osobnosti člověka, tudíž i její psychosociální dimenze“ (Slepička & Slepičková, 2014, 51).

Wittmannová (2007) uvádí zdravotní pozitivita, které pohybová aktivita podporuje. Mezi pozitiva zařazuje zlepšení kardiorepirační výkonnosti, nervosvalové funkce, kontrolu tělesné hmotnosti, snížení deprese, zvýšení sebejistoty a sociálního uplatnění. Dle Uhlíře (2008) hlavním cílem u cvičení seniorů se zaměřuje na osobní fyzickou a psychickou zdatnost, nezaměřuje se na sportovní výkony, ale na schopnosti pohybu k vykonávání běžných denních činností, udržení soběstačnosti, sebevědomí a kvality života.

„Než dojde k pohybové intervenci u seniorů, je třeba si uvědomit některá specifika seniorského věku a zejména omezení či změny na organismu seniora“ (Wittmannová, 2007, 31). Daňová a Novotná (in Wittmannová, 2007) uvádějí, že musíme vzít v úvahu častou polymorbiditu (současný výskyt více onemocnění) a polypragmazií (více užívaných léků), které mohou v seniorském věku způsobit celkový pokles fyzické, psychické výkonnosti.

Dle Macháčové a kol. (2007) nedostatečná pohybová aktivita a preference sedavého způsobu života vedou ke zhoršení tělesného stavu, který u seniorské populace způsobuje předčasnou ztrátu soběstačnosti a podstatně zhoršuje kvalitu života.

Kalvach (2004) hodnotí funkční klasifikaci dle Spirdusové, autorka člení skupiny seniorů do jednotlivých kategorií, kde vystihuje rozdílné problémy a potřeby jednotlivců (Spirduso, Francis & MacRae, 2005, 264; Spirduso, 1995, 339).

Tabulka 2. Přehled funkčních kategorií (nejen) seniorů

| Kategorie | Úroveň aktivity | Charakteristika | Zdravotnické a sociální potřeby |
|----------------------------------|--|---|---|
| elitní | náročné ADL (AADL) | tolerance extrémní zátěže | veteraniády, tréninková zátěž |
| zdatní (fit) | náročné ADL (AADL) | pravidelná pohybová aktivita, sport, dobrá kondice | žádná omezení, kondiční programy |
| nezávislí (independent) | instrumentální ADL (IADL) bez problémů za běžných podmínek | zvládají vše, ale bez rezerv, sedavý způsob života, snadná dekompenzace | rekondiční programy |
| křehčí (frail) | instrumentální ADL (IADL) s problémy | hraničně zvládají, občasná pomoc, nezvládnou zátěž | podpora rodiny, pečovatelské služby |
| závislí (dependent) | IADL nezvládnou, problémy s bazálními ADL | omezená mobilita, často nevycházejí z bytu, dopomoc i v ADL | pravidelná pomoc rodiny a/nebo pečovatelské služby |
| zcela závislí (stally dependent) | nezvládnou ani bazální ADL | upoutání na lůžko či do křesla, nezvládnou sebeobsahu | ošetřovatelská péče, bazální ošetřovatelství, mytí, krmení, prevence dekubitů |

1. 3. 3 Zásady výběru pohybových aktivit

Dadřová a Novotná (in Wittmannová, 2007) uvádějí, v pohybové aktivitě seniorů musíme vycházet z jejich pohybových zkušeností. Cvičební jednotku uzpůsobujeme klientům podle předchozí zkušenosti s pohybovou aktivitou a klientům bez předchozí zkušenosti, kteří spíše vedli pasivní životní styl.

„S určitým stupněm omezení fyzické i psychické výkonnosti je třeba počítat u všech stárnoucích lidí. Stárání postihuje celý pohybový aparát. Nejdříve dochází k omezování pohyblivosti, následuje pokles rychlosti a obratnosti a nakonec i síly a vytrvalosti“ (Štílec, 2003, 11).

Kolář (2009, 604) uvádí že „udržení mobility prostřednictvím pohybových aktivit vede ke zlepšení pocitu zdraví a kvality života. Pozitivní působení pohybu na organismus závisí na vhodném výběru pohybových činností“. Výběr vhodné pohybové aktivity musí být podřízen zdravotnímu stavu pacienta, věku, pohlaví a předešlým pohybovým zkušenostem a zdatnosti jedince (Kolář, 2009).

Výběr pohybové aktivity je podřízen zdravotnímu stavu jedince. U jedinců staršího věku musíme respektovat diagnózu současného stavu a při zahájení pohybové aktivity vycházíme z anamnézy, subjektivního vnímání obtíží seniora a z objektivního vyšetření stanovíme vhodnou formu aktivity, intenzitu, formu, délku zatížení. Všechny jedince poučíme ohledně ukončení pohybové aktivity při obtížích z nadměrné aktivity (kontrola subjektivních obtíží – zrychlené dýchání, zvýšené tepová frekvence, zčervenání, apod.) (Kolář, 2009).

„Za důležité považujeme otestování zdatnosti jedince porovnáním výsledku s věkovou normou. Na základě tohoto vyšetření pak stanovíme limit bezpečné tepové frekvence a formou tréninku. Pro ordinaci pohybových aktivit a intenzitu zátěže klademe spíše důraz na celkové hodnocení zdatnosti, mobility a funkčnosti pohybového systému než na vlastní věk jedince“ (Kolář, 2009, 604).

Další faktor, na který se při sestavování pohybové jednotky seniorů obracíme, jsou pohlavní rozdíly, které jsou součástí lidského života. Do těchto rozdílů mezi pohlavím můžeme zařadit osteoporózu, kterou trpí více ženy. I přesto do pohybových aktivit žen zařazujeme cviky podporující stimulaci kostí a cvičení s adekvátní zátěží (Kolář, 2009).

Dle Koláře (2009, 604) „zdatnost organismu i pohybové zkušenosti se nejlépe získávají v raném věku, mívají trvalejší charakter. Ti jedinci, kteří sportovali po celý život, se daleko lépe vyrovnávají se zátěží i během stárnutí než ti, kteří začínají s tělesnou aktivitou v pozdějším věku“.

Kolář (2009) uvádí, že před zahájením každého pohybového programu se klient podrobí internímu vyšetření s podrobnou anamnézou, zátěžovému testu se záznamem EKG a měřením tlaku krve, vyšetření hybného systému s vyšetřením pohybových stereotypů. Pohybové programy dělí podle zaměření na individuální a skupinová cvičení, programy chůze a plavání, programy domácího cvičení, rekondiční pobyty. Skupina pohybové aktivity je často různorodá a ideální skupina je do 15 lidí, kdy se vhodné zařazovat rozcvičení, kde se aktivuje celý kloubní a svalový systém, které člověka připraví na běžné denní činnosti.

„Kolář (2009, 604) uvádí zásady provádění pohybových aktivit:

- seznámit jedince s metodikou a technikou prováděných aktivit (především základní lokomoce jako chůze),
- každý by měl znát limit intenzity zátěže (tepová frekvence, Borgova škála dušnosti),
- každý ve starším věku by měl být vyšetřen zátěžovým testem u lékaře,
- důsledně požadovat postupnost zatížení, včetně rozcvičení (důraz na základní polohy, držení těla),
- zajistit regenerační fázi cvičení (relaxace, klid, klidové hodnoty tepové frekvence (TF) a tlak krve musí být v normě)“.

Cvičební jednotka u seniorů se zaměřuje na vyrovnávací proces, může obsahovat vyrovnávací cvičení, která jsou orientována na uvolňování kloubů, protahování svalů. Následně se zařazují dynamická posilovací cvičení, nácvik pohybových stereotypů. Při výběru dáváme přednost cvičení cvikům, které nejsou náročné na udržení vzpřímené polohy těla, cvičí se v nejnižších cvičebních polohách, které senior lépe snáší. Podle pohybových možností a zkušeností můžeme do cvičební jednotky zařazovat i cvičení ve vyšších

polohách. Pohyby provádíme v pomalejším tempu, klademe důraz na zlepšení vzpřímeného držení těla, správné dýchání. Veškerá cvičení prokládáme relaxací a uvolněním (Kolář, 2009).

Zásady při cvičení uvádějí autoři Štilec (2003), Kolář (2009), které by se měly u každého seniora dodržovat a zohledňovat individuálnost jedince. Štilec (2003) uvádí principy zatěžování staršího organismu, kde se zaměřuje na vyváženost aerobního zatížení s důrazem na prožití aktivity doprovázené hudbou, pohybové zaměření a cvičební prostředky, nevhodné a nebezpečné cviky a polohy, intenzitu cvičebního programu od nízké po střední intenzitu, doporučení pro řízení cvičební jednotky.

Obecná doporučení pro vedení pohybových programů seniorů dle Štilce (2003): zhodnocení zdravotního stavu a podstoupení zdravotní prohlídky oběhového a pohybového aparátu, znalost fyziologických a psychických změn stárnoucího organismu, zatížení musí odpovídat zdravotnímu a výkonnostní úrovni jedinců, nové prvky zařazovat postupně a upevňovat zvládnuté cvičení, dbát na soulad dechové frekvence s cvičením, motivovat, povzbuzovat a opravovat.

1. 3. 3. 1 Hodnocení zdatnosti seniorů

K hodnocení pohybové aktivity u skupiny seniorů jsme využili testovou baterii Senior Fitness Test (dále SFT). „SFT byl vytvořen pro potřeby jednoduchého stanovení jednotlivých komponent funkční tělesné zdatnosti, potřebných pro zachování mobility a celkové funkčnosti u seniorské populace“ (Macháčová, Bunc, Vaňková, Holmerová & Veleta, 2007, 249). SFT je vhodný k hodnocení funkční zdatnosti seniorů, k posouzení seniorů ve věku od 60 až 90+ let. Přednosti tohoto testu jsou komplexnost, použitelnost v terénních podmínkách, jednoduchost (Macháčová, Bunc, Vaňková, Holmerová & Veleta, 2007; Rikli & Jones, 2001).

K vytvoření testové baterie „předcházelo stanovení jednotlivých komponent funkční tělesné zdatnosti (Macháčová, Bunc, Vaňková, Holmerová & Veleta, 2007, 249), které můžeme vidět v tabulce (Rikli & Jones, 2001).

Tabulka 3. Přehled funkčních schopností

| Funkční rámec schopností | | |
|---|---|---|
| Komponenty funkční tělesné zdatnosti | Činnosti | Aktivity běžného života |
| svalová síla/vytrvalos aerobní vytrvalost flexibilita motorické schopnosti - hbitost - rychlost - rovnováha složení těla | chůze zdolávání schodů vstávání ze židle zvedání/dosahování ohýbání/klekání běhání | osobní péče nakupování/pochůzky domácí práce zahradničení sportování cestování |

1. 4 Ergoterapie

1. 4. 1 Definice ergoterapie

„Ergoterapie je léčebná metoda používána v rehabilitaci tělesně, duševně, nebo smyslově postižených osob, kterou vede ergoterapeut (ka) na doporučení lékaře. Jde o využití práce nebo různých jiných, např. výtvarných činností přiměřeným způsobem vzhledem ke stavu pacienta, kterého v rehabilitaci častěji nazýváme rehabilitant“ (Pfeiffer, 2001, 5).

Výraz ergoterapie vznikl složením řeckých slov ergon = práce a therapia = léčení, terapie. V českém jazyce se ustálil výraz ergoterapie, ačkoli je i dnes často zaměňován za původní název léčba prací. Tento starší termín pro ergoterapii však nelze považovat za výstižný, proto se odborníci přiklánějí k používání termínu ergoterapie (Krivošíková, 2011,13).

„V anglosaské literatuře se používá pro ergoterapii pojmu occupational therapy. V angličtině znamená to occupy zaměstnat se, zabývat se něčím, nebo se něčemu věnovat či být činný. Anglické slovo occupation znamená v ergoterapeutické terminologii „zaměstnávání“ nebo „činnost, které se člověk věnuje“ (Krivošíková, 2011, 13).

1. 4. 2 Dělení ergoterapie

Pfeiffer uvádí (2001, 5), dělení ergoterapie na:

- ergoterapii cílenou na postiženou oblast
- ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti
- ergoterapii před pracovním začleněním (předpracovní rehabilitace)
- ergoterapii k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice

Ergoterapie cílená na postiženou oblast - zařazují se sem pohybové poruchy, které mohou, nemusí způsobit disabilitu. Pokud se podaří poruchu ergoterapií odstranit, vrátí se život rehalibitanta do původní kvality a další rehabilitace nebude potřebná.

Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti - zde se zaměřujeme na stavy po akutních fázích onemocnění, po úraze, kdy tato porucha působí postiženému problémy v soběstačnosti, nezávislosti. Pokud se nám nepodaří problémy odstranit nebo zlepšit pohyblivost, dochází k závislosti na technických pomůckách nebo druhé osobě.

Ergoterapie před pracovním začleněním - také se nazývá ergodiagnostika. V poslední době se stává významnou a dostává se na první místa v ergoterapii, dokonce i v rehabilitaci. „ Jde o to, že moderní společnost se velice snaží, aby každý občan v produktivním věku měl přístup k placené pracovní činnosti. Práce je nejen zdrojem příjmů a společenské produktivity, ale také přináší člověku pocit užitečnosti a lidské důstojnosti.

V ergoterapii kondiční, autorky Kubínová, Křížová (1997) popisují hlavní úkol odpoutat pozornost od sebe sama, svých problémů a nepříznivého vlivu nemoci. Program se sestavuje podle zájmů klientů, přiměřený zdravotnímu stavu a věku. Jde zde o udržení duševní pohody a o navázání přátelských styků v kolektivu. V kondiční ergoterapii se používají techniky práce s papírem, s hlínou, s látkou, vyšívání, a také čtení knih, sledování televize, hraní společenských her. Také se zde využívají sportovní aktivity a hry. Ve sportovních činnostech Pfeiffer (2001) vidí dobré naplnění volného času.

„Léčebný (ergoterapeutický) program se vypracovává pro každého rehabilitanta individuálně. Ergoterapie má velmi povzbudivý účinek na udržení nebo znovuzískání ztracených sil a sebedůvěry, odpoutává pozornost od onemocnění a zbavuje nemocného často velmi tíživých myšlenek. Pomáhá nalézt způsoby, jako obejít trvalé nebo dlouhodobé postižení zdraví, a jak nahradit nebo kompenzovat porušené struktury nebo funkce orgánů, snížení aktivity postiženého člověka anebo jak snížit omezení účasti na sociálním životě“ (Pfeiffer, 2001, 5).

1. 4. 3 Cíle ergoterapie

Hlavními cíli ergoterapie podle Krivošíkové (2011, 19) jsou:

- zhodnotit chování a působení jedince v oblastech výkonu zaměstnávání a v jednotlivých složkách výkonu zaměstnávání (např. senzomotorických, kognitivních nebo psychosociálních),
- maximálně rozvíjet a podporovat zdraví každého jedince a vycházet přitom jedna z jeho vlastních potřeb a dále z požadavků jeho nejbližšího okolí,
- rozvíjet, zlepšovat, podporovat nebo udržet normální funkční výkon jedince v průběhu celého jeho života,
- zabránit vzniku dysfunkce, napravovat nebo minimalizovat jeho dysfunkční výkon v průběhu celého jeho života.

Dle Krivošíkové (2011) závisejí na spolupráci a motivaci, protože na prvním místě v ergoterapii je umožnit pacientovi provádět činnosti, které považuje za důležité pro svůj život. „Specifické cíle ergoterapie dále závisejí na výběru, individuálních možnostech a preferencích jedince a také na nárocích prostředí, ve kterém jedinec žije“ (Krivošíková, 2001, 20).

Jak uvádí Krivošíková (2011) činnosti ergoterapeuta mohou mít různé cíle a různé zdůvodnění, proč se zaměřujeme na určitou oblast.

- ergoterapie zaměřená na nácvik všedních denních činností (ADL),
- ergoterapie zaměřená na nácvik pracovních dovedností,
- ergoterapie zaměřená na zaměstnávání,
- ergoterapie funkční,
- ergoterapie zaměřená na poradenství.

1. 4. 4 Hodnocení v ergoterapii

„Ergoterapeut používá vlastní diagnostické metody a prostředky, pomocí kterých blíže specifikuje pacientův problém a limitace ve výkonu běžných denních činností“ (Dąbrowská, 2013, 9).

Účelem ergoterapeutického vyšetření je poznat pacientův zdravotní stav, kondici a úroveň vykonávání aktivit denního života (ADL). Vyšetření můžeme dělit na vstupní, průběžné a výstupní. Cílem vstupního vyšetření zjistit informace o dovednostech, schopnostech, problémech či omezeních v jednotlivých oblastech ADL (sebesycení, oblékání, osobní hygiena a další) a navrhnou plán terapie, v průběžném vyšetření je cílem zjistit změny, které v průběhu terapie nastaly. Ve výstupním vyšetření ergoterapeut hodnotí, zda bylo dosaženo zadaného cíle a případně navržení dalších postupů (Dąbrowská, 2013).

1. 4. 4. 1 Anamnézy

Součástí ergoterapeutického vyšetření je také anamnestický sběr dat, kterým získává soubor informací k bližší analýze klientova zdravotního stavu, možnosti sebeobsluhy (Dąbrowská, 2013; Kubínková & Křížová, 1997).

Rozlišujeme anamnézy (Dąbrowská, 2013):

- nynější onemocnění - zaměřuje se na nynější obtíže, bolesti, symptomy,
- osobní anamnéza - zde se zaměřujeme na úrazy, operace, nemoci, které byli prodělány
- rodinná anamnéza - zde se informujeme o onemocnění v rodině, dědičného vlivu na určité choroby,
- pracovní anamnéza - tato oblast je velice důležitá, soustředíme se na pracovní podmínky, rizika, náplň práce, pracovní polohu a prostředí,
- farmakologická anamnéza - podává informace o užívaných lécích,
- sociální anamnéza - tato oblast se zaměřuje na životní podmínky klienta, kde a s kým bydlí, architektonické bariéry, u starších lidí dosažitelnost případné pomoci,
- alergologická anamnéza - zahrnuje alergie a alergeny,
- zájmy a záliby - zde se ergoterapeut zaměřuje na zájmy klientů, podle nich navrhuje vhodné aktivity a činnosti.

1. 4. 4. 2 Hodnocení aktivit denního života a kognitivních funkcí

Hodnocení aktivit denního života (ADL) patří mezi hlavní oblast zájmu, pro jejich důležitost v dosažení nezávislého života jedince v jeho osobním i domácím prostředí. Většina ergoterapeutů chápe koncept ADL jako soubor činností, které souvisí se soběstačností člověka. Aktivity denního života se dělí na personální a instrumentální. Do personálních ADL se zařazují činnosti jako příjem potravy, osobní hygiena, použití WC, koupání, oblékání, přesuny, chůze, mobilita na lůžku, pohyblivost na mechanickém/elektrickém vozíku. Instrumentální ADL souvisí se schopností člověka zvládat běžné denní činnosti, jako nakupování, plánování a příprava jídla, úklid, praní, použití dopravních prostředků, telefonování, práce s penězi, použití počítače či mobilního telefonu.

Pro ergoterapeutické hodnocení aktivit denního života využíváme Index Barthelové, který je jeden z nejznámějších a nejrozšířenějších pro hodnocení personálních ADL (Křivošiková, 2011). K hodnocení instrumentálních ADL jsem využila rozšířenou verzi. Verze k hodnocení I-ADL podle Lowtona a Brodyové se využívá zejména u hodnocení geriatrických klientů (Křivošiková, 2011; Kalvach, 2004).

Pro zhodnocení mentálního stavu a kognitivních funkcí jsem u klientů využila Mini Mental State Examination (MMSE, též označovaný jako Folsteinův test) a Test kreslení hodin, testy se využívají v gerontopsychiatrii. MMSE je pomocný nástroj k vyšetření poruch kognitivních funkcí a záchytu demence. První část testu se zaměřujeme na orientaci, krátkodobou paměť, pozornost. Druhá část testu ověřuje schopnost pojmenovat objekty, pochopení a provedení psané a verbální instrukce (Kolář et al., 2009). Test kreslení hodin komplexně ukazuje stav kognitivních funkcí, jako je paměť sémantická, prostorová orientace a exekutivní funkce. MMSE a Test kreslení hodin jsou součástí komplexního testu ACE – Addenbrooke's Cognitive Examination (Křivošiková, 2011).

1. 4. 5 Ergoterapie v geriatрии

„Staří lidé potřebují ergoterapii v konkrétních životních situacích. Především při akutních nebo chronických nemocech“ (Kubínová & Křížová, 1997, 66).

Kubínová, Křížová (1997) uvádějí nemoci v oblastech neurologie, ortopedie, gerontopsychiatrie a vnitřního lékařství, které mohou vést ke ztrátě samostatnosti a omezení soběstačnosti až ke ztrátě schopností v osobním životě.

Mezi cíle ergoterapie v geriatрии podle Kubínové, Křížové (1997) patří působení proti izolaci a závislosti. Co nejdelší udržení, podpoření či znovu získání jeho nezávislosti. Psychické, duševní i tělesné schopnosti by ergoterapie měla podporovat a probouzet u klienta zájem o nové zkušenosti a dovednosti. Klientova terapie by měla být stanovena společně s ohledem na jeho zkušenosti, aktuálních zdravotním stavu a jeho zájmu. V geriatrické praxi

jde ergoterapii o zachování, obnovu, zlepšení soběstačnosti (Kalvach, 2004; Čeledová et al., 2014).

1. 4. 5. 1 Ergoterapeutická intervence v geriatрии

Dle Kubínové, Křížové (1997) se ergoterapeutická intervence v geriatрии zaměřuje na soběstačnost seniora v oblastech osobní péče (oblékání, umývání), na vyzkoušení a používání potřebných pomůcek a cílenou terapii, kde se dají využít prvky podle Bobatha. Ergoterapeut se s geriatrickými klienty nejčastěji může setkat ve stacionářích, v domovech pro seniory či docházet ke klientům do domácího prostředí.

„Soběstačnost u seniorů je ekvivalentem průceschopnosti osob se zdravotním postižením v mladším věku, neboť od průceschopnosti a soběstačnosti se odvíjí naplňování obvyklých sociálních rolí a sociální fungování“ (Kalvach, 2004, 423).

Ergoterapeut se v geriatрии především orientuje a zaměřuje na oblasti aktivit denního života (bazálních - ADL, instrumentálních - IADL), rozvíjení funkčního potenciálu ve sférách dovedností, náhradních činností (Kalvach, 2004; Lupienská, 2012). Hodnocení aktivit denního života (ADL) velice důležité. „Pro ergoterapeuty jsou ADL hlavní oblastí zájmu pro jejich důležitost v dosažení nezávislosti člověka v jeho osobním i domácím prostředí“ (Krivošíková, 2011, 321). ADL je chápán jako soubor činností, které ovlivňují a souvisejí se soběstačností člověka (Krivošíková, 2011; Kolář et al., 2009).

Dle Kalvacha (2004) mezi hlavní aktivity, na které se ergoterapeut v geriatрии zaměřuje:

- hodnocení aktivit každodenního života ADL a IADI,
- nácvik a upevnění v oblasti každodenních činností v rozsahu ADL, IADL se zřetelem na přirozené prostředí,
- výběr a nácvik používání vhodných kompenzačních pomůcek,
- aktivity zaměřené na jemnou motoriku a koordinaci pohybů,
- kognitivní rehabilitace.

1. 5 Sociální služby

Mahrová, Venglářová et al. (2008) uvádějí, že „systém sociálních služeb by měl zahrnovat co největší pestrost služeb, které jsou cíleně mířeny na skupinu potřebných klientů“. Služby by měly být propojeny, navzájem navazující jedna na druhou a co nejvíce odpovídat potřebám klientů. Cílem sociálních služeb je vytvořit systém, který ve všech sférách přispívá ke zlepšení kvality života (Mahrová, Venglářová & kol., 2008).

Sociální služba je specializovanou činností, které má člověku pomoci řešit jeho nepříznivou sociální situaci (Mahrová, Venglářová & kol., 2008). Mahrová, Venglářová poukazují na to, že poskytnutá sociální služba má člověka podporovat, motivovat k řešení jeho vzniklé nepříznivé sociální situace. Sociální služby zahrnují tři základní oblasti, které upravuje Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V širším pojetí jsou sociální služby určeny osobám společensky znevýhodněným. Cílem je zlepšit kvalitu života či maximální možné začlenění do společnosti. Autorky Hrozenská a Dvořáčková (2013); Dvořáčková (2012) uvádějí, že není možné od sebe oddělovat zdravotní a sociální péči o seniory. V praxi často zdravotní problémy doprovázejí sociální a naopak.

Cílem sociálních služeb je mimo jiné podporovat rozvoj nebo zachovat stávající soběstačnost klienta, umožnit mu návrat do domácího prostředí, snížení sociálních a zdravotních rizik (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

1. 5. 1 Rozsah a formy sociálních služeb

Rozsah, forma pomoci a podpory poskytované sociálními službami musejí zachovávat lidskou důstojnost. Veškerá pomoc musí vycházet z individuálních potřeb každého klienta, měla by působit aktivně, podporovat rozvoj samostatnosti, motivovat k činnostem, které nepovedou k setrvání či prohlubování nepříznivé sociální situace, posilovat jejich sociální začlenění (Holczirová, Dvořáčková, 2013; Dvořáčková, 2012; Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Formy poskytovaných sociálních služeb lze rozdělit na služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantními službami rozumíme takovou službu, za kterou osoba dochází nebo je doprovázena do zařízení sociálních služeb, terénní služby jsou poskytované v přirozeném prostředí klienta. Výběr konkrétní služby, formy, pomoc je daný mírou závislosti klienta, resp. jeho mírou soběstačnosti a aktuálním stavem seniora (Mahrová, Venglářová & kol., 2008; Hrozenková, Dvořáčková, 2013; Čevela, Kalvach & Čeledová, 2012; Dvořáčková, 2012).

Sociální služby poskytují pomoc při zvládnání úkonů při péči o vlastní osobu, dopomoc při osobní hygieně, při poskytnutí stravy, zajištění stravy, při chodu domácnosti, výchově, vzdělávání a aktivizační činnosti, při poskytnutí ubytování (Holczerová, Dvořáčková, 2013; www.mpsv.cz/cs/18661).

1. 5. 2 Zařízení sociálních služeb

Příkladem zařízení v sociálních službách, které nalezneme v Zákonu o sociálních službách 108/2006 Sb., uvádějí je také autoři Čevela, Kalvach a Čeledová (2012), Mahrová, Venglářová a kol., (2008).

- Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti klientů,
- sociální rehabilitace se zaměřuje na nácvik potřebných dovedností osob se zdravotním znevýhodněním s cílem dosáhnout co v nejvyšší míře soběstačnosti,
- osobní asistence je služba v přirozeném prostředí klienta, který vyžaduje pomoc jiné osoby,
- odlehčovací služby mohou být ambulantní či pobytové, které jsou poskytovány osobám se zdravotním znevýhodněním, postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje dopomoc druhé osoby,
- centra denních služeb poskytují ambulantní služby s cílem posílit samostatnost a soběstačnost,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobou

pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením,

- domovy pro seniory poskytují pobytové služby seniorům, jejich situace vyžaduje dopomoc druhé osoby,
- azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu klientům v nepříznivé sociální situaci,
- chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba.

Více se zaměřuji na domovy pro seniory, které nahradily domovy důchodců. V tomto typu sociálního zařízení jsem prováděla praktické měření. Domovy pro seniory jsou typickým pobytovým zařízením, která poskytují dlouhodobou službu osobám, které mají sníženou míru soběstačnosti z důvodu věku či pravidelně dopomoci druhé osoby. Služba zahrnuje pomoc při zvládnání běžných denních činností (ADL), dopomoc při osobní hygieně, poskytuje dlouhodobé ubytování, stravování, zprostředkovává kontakt se společností, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů klientů. Tato služba se poskytuje za úplatu (Hrozenská, Dvořáčková, 2013; Kalvach, Čeledová, Holmerová, Jiráček, Zavázalová & Wija, 2011; www.mpsv.cz/cs/18661).

2 Cíle a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zhodnotit tělesnou zdatnost, míru soběstačnosti a s tím spojené subjektivní vnímání kvality života osob seniorského věku žijících v domově pro seniory. Věkové rozmezí skupiny je 60 - 90 let. Sledujeme skupinu 10 klientů žijících Domově důchodců Šumperk p. o.

Výsledky budou prezentovány na popisu výsledků celého souboru a konkrétní příklady práce se seniory jsou uváděny v podrobněji zpracovaných kazuistikách.

Pomocí zmonitorování tělesné zdatnosti, sebeobsluhy standardizovanými testy v časovém rozmezí pěti měsíců si chceme odpovědět na výzkumné otázky.

1. Vede pravidelně prováděná pohybová aktivita ke zlepšení či udržení ukazatelů tělesné zdatnosti dle Senior Fitness Testu?
2. Je vhodné využití české verze dotazníku pohybové aktivity IPAQ u seniorů žijících v domově pro seniory ke stanovení intenzity PA?
3. Vede pravidelná pohybová aktivita k udržení úrovně soběstačnosti u seniorské populace hodnocené dle Barthel indexu a I - ADL?
4. Jak se projeví přidání pohybové aktivity nad rámec pravidelně prováděné u vybraných jedinců?
5. Změní-li se či zůstane nezměněná schopnost soběstačnosti po přidané pohybové aktivitě?
6. Odráží se pohybová aktivity či přidání aktivity na zlepšení kvality života ve vybraných oblastech?

3 Metodika

3. 1 Výzkumný soubor

Pro svoji diplomovou práci jsem si zvolila cílovou skupinu 10 klientů seniorského věku (7 žen, 3 muži) žijících v domově pro seniory Šumperk ve věku od 60 - 87 let. Všichni tito klienti pravidelně každý den navštěvují 30 minutou léčebnou tělesnou výchovu, 2x týdně ergoterapeutickou dílnu. Sběr dat probíhal v rozmezí 5 měsíců od září 2013 do července 2014. Ve výzkumné části diplomové práce se zabývám pohybovou aktivitou a jejím vlivem na subjektivní hodnocení kvality života a soběstačnosti klientů. Klienti byli vybráni dle různých parametrů (například pohlaví, věk, funkční mobilita, soběstačnost).

Tabula 4. Charakteristika vybrané skupiny

| Pohlaví | Počet klientů | Maximální věk | Minimální věk | Průměrný věk | Směrodatná odchylka |
|---------|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------------|
| Muži | 3 | 79 | 68 | 72,3 | 7 |
| Ženy | 7 | 87 | 60 | 70,4 | 10,23 |

3. 2 Průběh a organizace výzkumu

Pro výzkumnou část diplomové práce byla vybrána skupina seniorů z domova pro seniory Šumperk, kteří pravidelně vykonávají pohybovou aktivitu. Každého měření jsem se osobně účastnila ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutkou či sociální pracovnící, podle povahy testu. Vlastní měření všech testů probíhalo v různých etapách, Senior Fitness Test (SFT) (Rikli & Jones, 2001) jsem prováděla 3x v rozmezí 5 měsíců (září 2013, únor, červenec 2014), krátkou verzi dotazníku International Physical Activity Questionnaire (IPAQ; Sigmund, Sigmundová, Mitáš, Chmelík, Vašíčková & Frömel, 2009) jsem klientů předkládala na začátku spolupráce, u 4 vybraných klientů jsem dotazník předkládala na začátku a na konci naší spolupráce. Testy hodnotící

personální a instrumentální aktivity denního života, Mini-Mental State Examination jsem u klientů hodnotila v průběhu spolupráce jednou, nepředpokládala jsem zhoršení stavu jak v oblasti sebeobsluhy, v oblasti mentálních a kognitivních funkcí. Test subjektivní kvality života WHOQOL-OLD jsem předložila klientům na začátku spolupráce a u 4 klientů, které více rozpracovávám v kazuistikách klientů, jsem předkládala na začátku a konci spolupráce.

3. 3 Použité metody

3. 3. 1 Dotazník subjektivní kvality života WHOQOL-OLD

Dotazník kvality života WHOQOL-OLD je rozdělený do 6 domén, a to fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, smrt a umírání, blízké vztahy. Každá z těchto domén má 4 položky. Celkem dotazník obsahuje 24 položek. Tyto domény mohou být vnímány rozdílně u každého jedince, pozitivně i negativně. (Dvořáčková & Kajanová, 2012; Dragomirecká & Prajsová, 2009). Na každou otázku klient odpovídá samostatně a hodnotí ji doby od 1 do 5, přitom 1 - vůbec ne, 2 - trochu, 3 - středně, 4 - hodně a 5 - maximálně. Klienti hodnotí například jak zhoršení smyslových schopností, samostatné rozhodování, spokojenost s tím čeho klient dosáhnul, obavy ze smrti ovlivňují jejich kvalitu života.

3. 3. 2 Dotazník IPAQ

Dotazník IPAQ byl vytvořen ke sledování, hodnocení pohybové aktivity dospělých osob mezi 15 - 69 roky. V této oblasti se dají využít dvě verze, které dotazník umožňuje - krátkou a dlouhou.

Úroveň pohybové aktivity klientů byla zjišťována pomocí standardizovaného dotazníku pohybové aktivity International Physical Activity Questionnaire, jeho zkrácené verze (IPAQ; Sigmund, Sigmundová, Mitáš, Chmelík, Vašíčková & Frömel, 2009). Krátká verze dotazníku IPAQ se klientů dotazuje na tři specifické

druhy aktivit - chůze, středně zatěžující a intenzivní PA, sezení. Z dotazníku lze získat kontinuální a kategorické ukazatele pohybové aktivity, je doporučeno uvádět kontinuální ukazatele jako je medián minut/týdně či MET-minut/týdně.

U kontinuálních proměnných může být objem pohybové aktivity vypočítán z odhadu energetické náročnosti vykonávané činnosti v jednotkách MET. Pro získání MET-minuty vynásobíme MET skóre a dobou trvání aktivity v minutách a tím ji získáme, výsledkem MET-minuta odpovídá pro 60 kg vážícího jedince. Výsledky se dají uvádět v MET-minuty/den či MET-minuty/týden. Celkové skóre se vypočítá pro chůzi, středně zatěžující i intenzivní pohybovou aktivitu.

U kategoriálních proměnných se pro zařazení do určité skupiny dělí podle kritérií, obecně přijímaná jsou zdravotní doporučení pohybové aktivity a její pravidelné provádění. Analýza IPAQ zahrnuje objem aktivit a počet dní, kdy se aktivity vykonávají. Pro hodnocení populace podle různé úrovně pohybové aktivity byly vytvořeny kategorie: nízká, střední, vysoká.

- vysoká intenzita – charakterizuje vyšší úroveň vykonávané pohybové aktivity. Neexistuje přesné stanovení pohybové aktivity, které přináší největší zdravotní efekt, proto IPAQ navrhnul novou hodnotu, která odpovídá minimálně 1 hodině denně nad rámec vykonávající pohybové aktivity, alespoň středně zatěžující nebo půl hodiny intenzivní.
- střední intenzita – do této kategorie se zařazují jedinci provádějící pohybovou aktivitu na určité úrovni, která odpovídá třiceti minutám středně zatěžující pohybové aktivity ve většině dnů.
- nízká intenzita – v této kategorii se nacházejí všichni jedinci, kteří nesplňují 2 předešlé kategorie.

Hodnoty MET a jeho výpočet MET-min – tyto hodnoty jsou dány pro zaměstnání, přesuny – pohybová aktivita při dopravě, pro domácí práce, údržbu domácnosti a péči o rodinu, volnočasovou pohybovou aktivitu – rekreaci a sport. Zahrnuje také celkové skóre pro chůzi, středně zatěžující a intenzivní pohybovou aktivitu.

- **Arm curl test** (flexe v lokti)
 Test zaměřený na sílu horních končetin.
Pomůcky: rovná židle, stopky, závaží 2,5 kg.
Postup: Účastník sedí na židli (lehce posunut na dominantní stranu), chodidla rovně na podlaze. Závaží drží dole v extendované paži. Na pokyn začne pacient po dobu 30 sekund provádět flexe v lokti (se současnou supinací). Paže se během testu nehýbe. Po několika zkušebních kontrolních pohybech začíná vlastní test. Výsledkem je počet provedených flexí.
- **2-minute step test** (chůze 2 minuty)
 Test zaměřený na aerobní vytrvalost.
Pomůcky: stopky, páska na označení.
Postup: Účastník stojí rovně u stěny a k označení místa zvedání nohou použijeme pásku, označíme střed mezi čéškou a lopatou kosti kyčelní. Po dobu dvou 2 minut střídavě zvedá kolena do výšky označené na stěně. Během testu je povolen odpočinek, přidržení o židli či stěnu. Jako celkový počet se počítají kroky, které se dotknou pásky během stanoveného času (počítáno pravé koleno).
- **Chair sit-and-reach test** (hloubka předklonu)
 Test zaměřený na flexibilitu kyčelního kloubu.
Pomůcky: židle, pravítko.
Postup: Účastník se posadí na okraj židle. Preferovaná noha je natažená v koleni, opřená patou o zem. Druhá noha je ohnutá v koleni přibližně do 90°. Účastník se ohýbá směrem k natažené noze, dokud to je to možné, v této pozici pacient setrvává 2 sekundy. Hodnoty při nedosahu jsou záporné, dotyku nulové, přesahu plusové.
- **Back scratch test** (dotyk prstů za zády)
 Test je zaměřený na flexibilitu ramenního kloubu.
Pomůcky: metr.

Postup: Účastník je ve vzpřímené poloze s jednou rukou vzpaženou skrčmo s dlaní na zádech a druhou rukou zapaženou skrčmo se hřbetem ruky na zádech. Výsledkem tohoto testu je vzdálenost v centimetrech mezi prostředníčky.

- **8-foot up-and-go test** (chůze okolo mety)

Test zaměřený na obratnosti, rovnováhu.

Pomůcky: kužel, stopky, pásmo, židle.

Postup: Ve vzdálenosti 2,5 m postavíme kužel. Účastník se posadí na rovnou židli, chodidla má na zemi, ruce opřené o kolena. Na pokyn co nejrychleji vstane se židle, co nejrychleji (podle svých možností) obejde metu a posadí se zpět na židli. Test se provádí 2x po sobě a zaznamenává se nejrychlejší čas v sekundách. K testu je možno využít pomůcky pro chůzi, které má účastník k běžnému pohybu.

Obrázek 1. Optimální hodnoty pro ženy dle Senior Fitness Test (Rikli & Jonese, 2001, 87)

| | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90-94 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Chair stand test (# of stands) | 12-17 | 11-16 | 10-15 | 10-15 | 9-14 | 8-13 | 4-11 |
| Arm curl test (# of reps) | 13-19 | 12-18 | 12-17 | 11-17 | 10-16 | 10-15 | 8-13 |
| 6-minute walk test** (# of yd) | 545-660 | 500-635 | 480-615 | 435-585 | 385-540 | 340-510 | 275-440 |
| 2-minute step test (# of steps) | 75-107 | 73-107 | 68-101 | 68-100 | 60-90 | 55-85 | 44-72 |
| Chair sit-and-reach test† (in. +/-) | -0.5-+5.0 | -0.5-+4.5 | -1.0-+4.0 | -1.5-+3.5 | -2.0-+3.0 | -2.5-+2.5 | -4.5-+1.0 |
| Back scratch test† (in. +/-) | -3.0-+1.5 | -3.5-+1.5 | -4.0-+1.0 | -5.0-+0.5 | -5.5-+0.0 | -7.0-+1.0 | -8.0-+1.0 |
| 8-foot up-and-go test (sec) | 6.0-4.4 | 6.4-4.8 | 7.1-4.9 | 7.4-5.2 | 8.7-5.7 | 9.6-6.2 | 11.5-7.3 |

Obrázek 2. Optimální hodnoty pro muže dle Senior Fitness Test (Rikli & Jones, 2001, 87)

| | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90-94 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Chair stand test (# of stands) | 14-19 | 12-18 | 12-17 | 11-17 | 10-15 | 8-14 | 7-12 |
| Arm curl test (# of reps) | 16-22 | 15-21 | 14-21 | 13-19 | 13-19 | 11-17 | 10-14 |
| 6-minute walk test** (# of yd) | 610-735 | 560-700 | 545-680 | 470-640 | 445-605 | 380-570 | 305-500 |
| 2-minute step test (# of steps) | 87-115 | 86-116 | 80-110 | 73-109 | 71-103 | 59-91 | 52-86 |
| Chair sit-and-reach test† (in. +/-) | -2.5-+4.0 | -3.0-+3.0 | -3.0-+3.0 | -4.0-+2.0 | -5.5-+1.5 | -5.5-+0.5 | -6.5-0.5 |
| Back scratch test† (in. +/-) | -6.5-+0.0 | -7.5-1.0 | -8.0-1.0 | -9.0-2.0 | -9.5-2.0 | -9.5-3.0 | -10.5-4.0 |
| 8-foot up-and-go test (sec) | 5.6-3.8 | 5.9-4.3 | 6.2-4.4 | 7.2-4.6 | 7.6-5.2 | 8.9-5.5 | 10.0-6.2 |

3. 3. 4 Hodnocení personálních a instrumentálních ADL

Index Barthelové obsahuje 10 položek, které se hodnotí dle stupně požadované asistence, např. u činností příjem potravy, osobní hygieny, koupání, použití toalety a další. Hodnocení jde od 0 do 100 bodů, 0 - 40 vysoce závislý, 41 - 60 závislost středního stupně, 61 - 95 závislost lehčího stupně, 100 bodů nezávislý (Krivošíková, 2011; Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová & Weber, 2008).

Test k hodnocení instrumentálních ADL obsahuje 8 hodnotících položek, například telefonování, vaření, nakupování, domácí práce. Hodnocení jde od 0 do 80 bodů, kdy je klient zcela nezávislý (Krivošíková, 2011).

3. 3. 5 Mini - Mental State Examination

Test obsahuje 10 úkolů a otázek. Maximální bodové ohodnocení testu je 30 bodů (normální stav), 25-26 bodů hraniční nález (možnost demence), 10-24 bodů patologický nález (demence mírného až středního stupně); 6 bodů

demence středního až těžkého stupně; 0-6 bodů demence těžkého stupně (Křivošíková, 2001; Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Holmerová & Weber, 2008).

4 VÝSLEDKY A DISKUSE

4.1 Souhrnné výsledky

V kapitole souhrnné výsledky se zaměřuji na popis celého souboru 10 klientů ve všech testovaných oblastech.

4. 1. 1 Senior Fitness Test

1. Chair stand test (sed-vztyk ze židle)

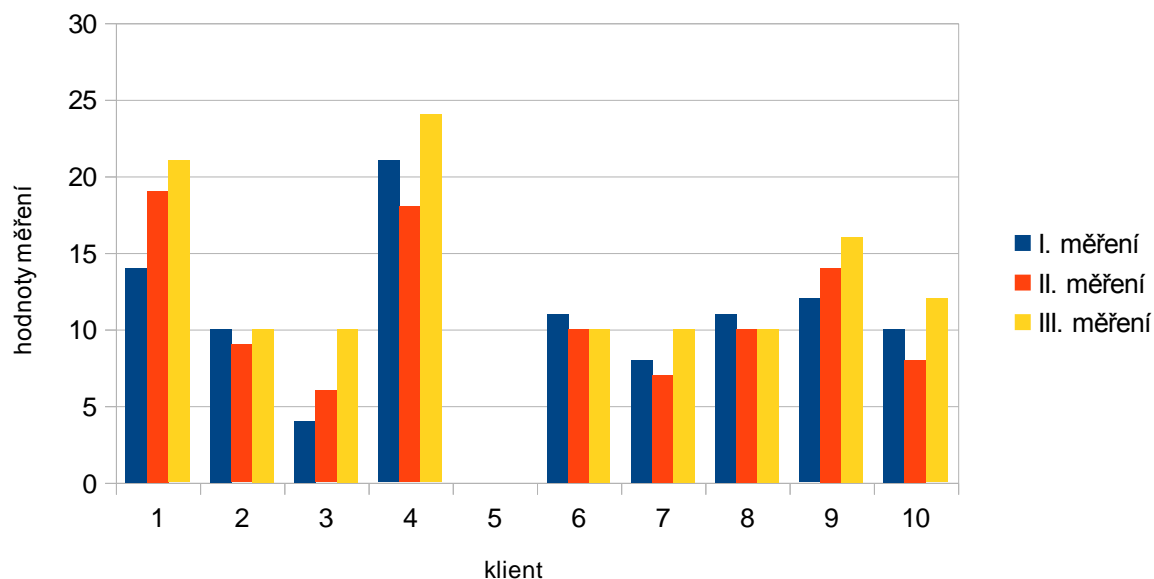
Tento test provedlo 9 klientů, klient 5 tento test neprovedl z důvodu celodenního pohybu na invalidním vozíku a bez pomoci druhé osoby stoj samostatně nezvládá. Dle orientačních norem manuálu Senior Fitness Test (R. E. Rikli & C. J.Jones, 2001) se klienti pohybují v normě. U klienta 3 vidíme hodnoty pod normou, i přesto jsou u klienta zvyšující se tendence výsledků. U klientů 1, 3, 4, 9, 10 vidíme zvyšující se tendence v každém měření. Setrvalý stav je u klientů 2, 6, 7, 8.

Tabulka 5. Změny výsledků v průběžném testování

| Klient | I. měření | II. měření | III. měření | norma | průměr |
|--------|-----------|------------|-------------|---------|--------|
| 1. | 14 | 19 | 21 | 10 - 15 | 16,6 |
| 2. | 10 | 9 | 10 | 12 - 17 | 9,6 |
| 3. | 4 | 6 | 10 | 10 - 15 | 6,6 |
| 4. | 21 | 18 | 24 | 11 - 17 | 21 |
| 5. | x | x | x | x | x |
| 6. | 11 | 10 | 10 | 12 - 17 | 10,3 |
| 7. | 8 | 7 | 10 | 8 - 13 | 8,3 |
| 8. | 11 | 10 | 10 | 10 - 15 | 10,3 |
| 9. | 12 | 14 | 16 | 12 - 17 | 14 |
| 10. | 10 | 8 | 12 | 11 - 16 | 10 |

Vysvětlivky: průměr třech měření

Graf 1. Jednotlivé výsledky chair stand test



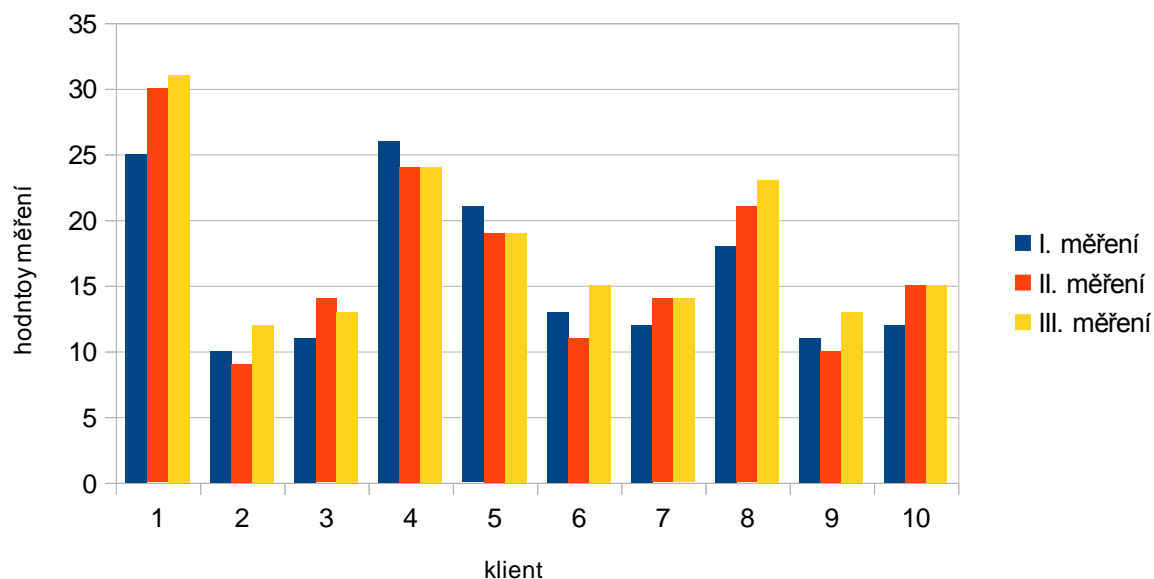
2. Arm curl test (flexe v lokti)

V této oblasti Senior Fitness testu se všichni klienti zúčastnili. Z tabulky 6 můžeme vyčíst, že se klient 1, 4, 8 pohybuje dle orientačních norem v pásmu nadprůměru, které si udrželi v každém z 3 měření, ještě zde vidíme u klienta 1 a 8 stoupající tendence měření. V pásmu normy se pohybuje klient 3, 5, 6, 7, 9 a 10. Klient 2 jak můžeme vyčíst z tabulky, se pohybuje v pásmu pod normou.

Tabulka 6. Změny výsledků v průběžném testování arm curl test

| Klient | I. měření | II. měření | III. měření | norma | průměr |
|--------|-----------|------------|-------------|---------|--------|
| 1. | 25 | 30 | 31 | 11 - 17 | 28,6 |
| 2. | 10 | 9 | 12 | 13 - 19 | 10,3 |
| 3. | 11 | 14 | 13 | 11 - 17 | 12,6 |
| 4. | 26 | 24 | 24 | 13 - 19 | 24,6 |
| 5. | 21 | 19 | 19 | 15 - 21 | 19,6 |
| 6. | 13 | 11 | 15 | 13 - 19 | 13 |
| 7. | 12 | 14 | 14 | 10 - 15 | 13,3 |
| 8. | 18 | 21 | 23 | 13 - 19 | 20,6 |
| 9. | 11 | 10 | 13 | 13 - 19 | 11,3 |
| 10. | 12 | 15 | 15 | 12 - 18 | 14 |

Graf 2. Jednotlivé výsledky arm curl test.



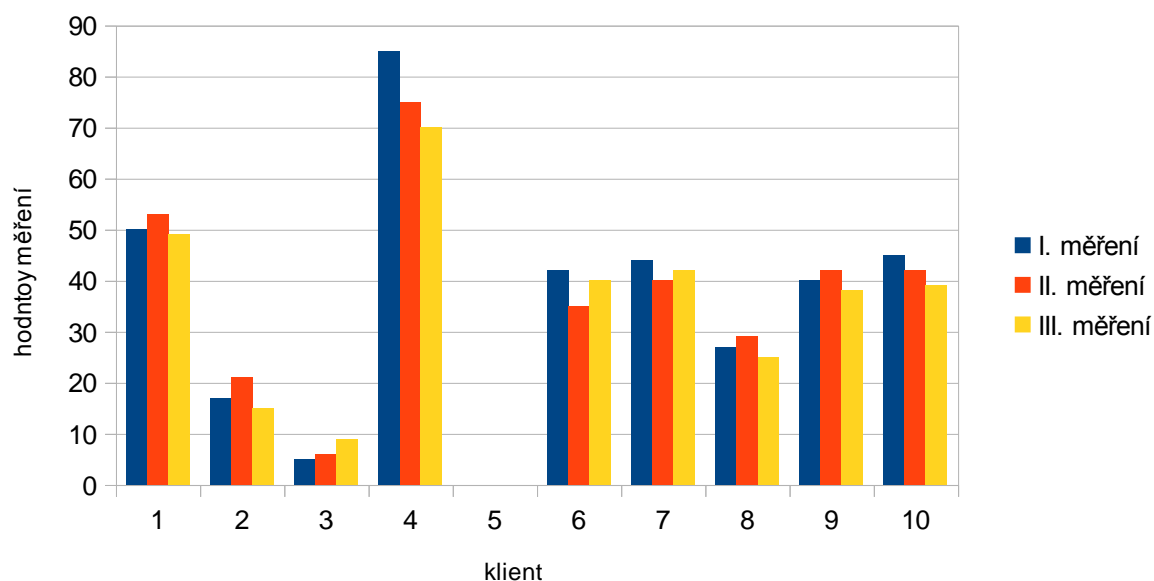
3. 2-minutes step test (chůze 2 minuty)

Této oblasti Senior Fitness Testu se účastnilo 9 klientů a z toho se klient 1, 2, 6, 7, 8, 9 a 10 pohybuje pod normou a v setrvalém stavu. Klient 3 se pohybuje výrazně pod normou z důvodu snížené mobility a chůze na krátké vzdálenosti s chodítkem. Klient 4 se pohybuje v normě dle orientačních hodnot s klesající tendencí, na klienta má vliv změny v počasí a bolest kolenních kloubů, i přes tyto vlivy je klient velice aktivní a samostatně mobilní bez pomůcek. Klient 5 tuto činnost neprováděl z důvodu celodenního pohybu na invalidním vozíku.

Tabulka 7. Změny výsledků v průběžném testování 2-minutes step test

| Klient | I. měření | II. měření | III. měření | norma | průměr |
|--------|-----------|------------|-------------|--------|--------|
| 1. | 50 | 53 | 49 | 68-100 | 50,6 |
| 2. | 17 | 21 | 15 | 75-107 | 17,6 |
| 3. | 5 | 6 | 9 | 68-100 | 6,6 |
| 4. | 85 | 75 | 70 | 73-109 | 74,3 |
| 5. | x | x | x | x | x |
| 6. | 42 | 35 | 40 | 75-107 | 39 |
| 7. | 44 | 40 | 42 | 55-85 | 42 |
| 8. | 27 | 29 | 25 | 71-103 | 27 |
| 9. | 40 | 42 | 38 | 75-107 | 40 |
| 10. | 45 | 42 | 39 | 73-107 | 42 |

Graf 3. Výsledky testu 2-minutes step test



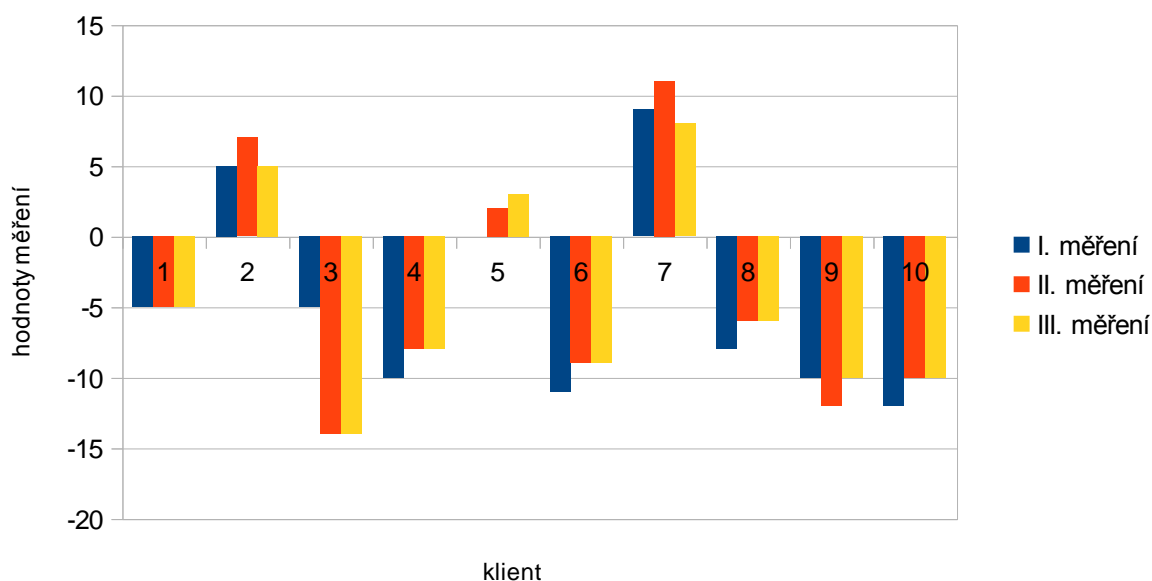
4. Chair sit-and-reach test (hloubka předklonu)

Klient 2 a 5 dle orientačních norem manuálu Senior Fitness Test (R. E. Rikli & C. J. Jones, 2001) se pohybuje v normě se setrvalým stavem, klient 7 se pohybuje nad normou. Sedm klientů (1, 3, 4, 6, 8, 9, 10) se pohybuje pod normou v setrvalém stavu.

Tabulka 8. Změny výsledků v průběžném testování chair sit-adn-reach test

| Klient | I. měření | II. měření | III. měření | norma | průměr |
|--------|-----------|------------|-------------|--------------|--------|
| 1. | -5 | -5 | -5 | -1,5 - + 3,5 | -5 |
| 2. | 5 | 7 | 5 | -0,5 - + 5,0 | 5,6 |
| 3. | -5 | -14 | -14 | -1,5 - + 3,5 | -11 |
| 4. | -10 | -8 | -8 | -4,0 - + 2,0 | -8,6 |
| 5. | 0 | 2 | 3 | -3,0 - + 3,0 | 1,6 |
| 6. | -11 | -9 | -9 | -0,5 - +5,0 | -9,6 |
| 7. | 9 | 11 | 8 | -2,5 - + 2,5 | 9,3 |
| 8. | -8 | -6 | -6 | -5,5 - + 1,5 | -6,6 |
| 9. | -10 | -12 | -10 | -0,5 - + 5,0 | -7,3 |
| 10. | -12 | -10 | -10 | -0,5 - + 4,5 | -10,6 |

Graf 4. Výsledky testu chair sit-adn-reach test



Vysvětlivky: záporné hodnoty - nedosah, kladné hodnoty - přesah

5. Back scratch test (dotyk prstů za zády)

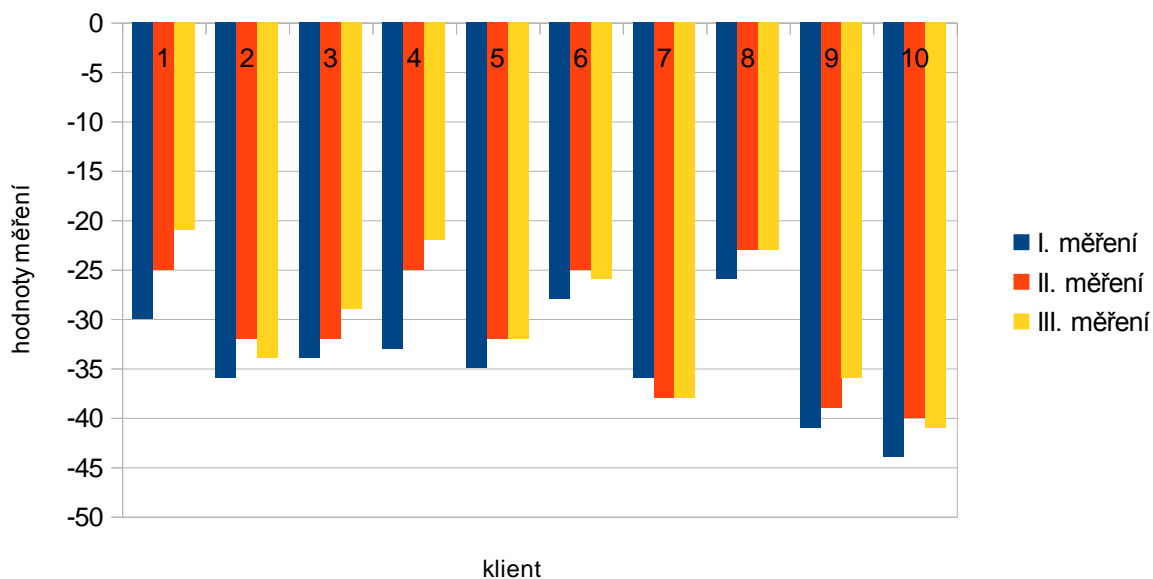
Tuto část SFT provedlo všech 10 klientů. Z tabulky 9 můžeme vidět výsledky klientů, kteří se pohybují pod normou. U klienta 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9 a 10 můžeme vidět zvyšující se tendence, i když jsou stále v záporných hodnotách pod normou. U klienta 7 vidíme stále snižující se výsledky.

Tabulka 9. Výsledky testu back scratch test ve 3 měřeních

| Klient | I. měření | II. měření | III. měření | norma | průměr |
|--------|-----------|------------|-------------|--------------|--------|
| 1. | -30 | -25 | -21 | -5,0 - + 0,5 | -25,3 |
| 2. | -36 | -32 | -34 | -3,0 - +1,5 | -34 |
| 3. | -34 | -32 | -29 | -5,0 - +0,5 | -31,6 |
| 4. | -33 | -25 | -22 | -9,0 - -2,0 | -26,6 |
| 5. | -35 | -32 | -32 | -7,5 - -1,0 | -33 |
| 6. | -28 | -25 | -26 | -3,0 - + 1,5 | -26,3 |
| 7. | -36 | -38 | -38 | -7,0 - -1,0 | -37,3 |
| 8. | -26 | -23 | -23 | -9,5 - -2,0 | -24 |
| 9. | -41 | -39 | -36 | -3,0 - +1,5 | -38,6 |
| 10. | -44 | -40 | -41 | -3,5 - +1,5 | -41,6 |

Vysvětlivky: záporné hodnoty - nedosah

Graf 5. Porovnání výsledků



6. 8-fott up-and-go test (chůze okolo mety)

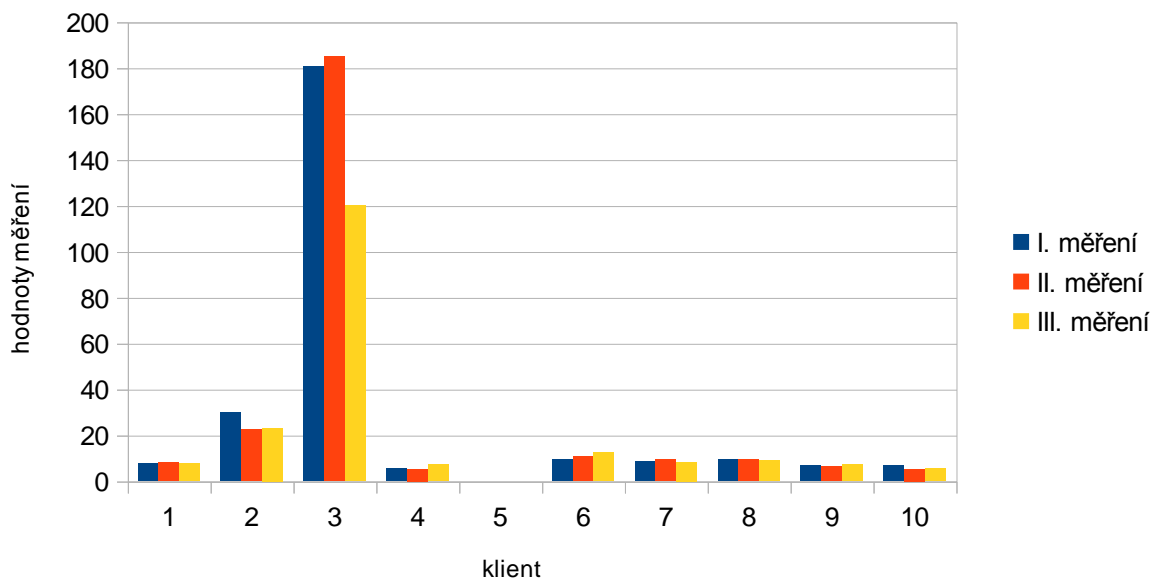
V této oblasti se klienti pohybují dle orientačních norem manuálu SFT (R. E. Rikli & C. J. Jones, 2001) se klienti pohybují v úrovni normy (1, 4, 7, 9 a 10), pod

normou (2, 3, 6, 8), klient 3 se pohybuje nejvýrazněji pod normou z důvodu pohybu na invalidním vozíku většinu dne, na krátké vzdálenosti zvládá chůzi s chodítkem či o 2 francouzských berlích. Klient 5 se testu neúčastnil, protože se celý den pohybuje na invalidním vozíku.

Tabulka 10. Změny výsledků v průběžném testování 8-fott up-and-go test

| Klient | I. měření | II. měření | III. měření | norma | průměr |
|--------|-----------|------------|-------------|---------|--------|
| 1. | 7,74 | 8,2 | 7,5 | 7,4-5,2 | 7,8 |
| 2. | 30 | 22,49 | 23,1 | 6,0-4,4 | 25,19 |
| 3. | 180,52 | 185 | 120 | 7,4-5,2 | 161,84 |
| 4. | 5,58 | 5,3 | 7,3 | 7,2-4,6 | 6,06 |
| 5. | x | x | x | x | x |
| 6. | 9,4 | 10,8 | 12,5 | 6,0-4,4 | 10,9 |
| 7. | 8,5 | 9,55 | 8,3 | 9,6-6,2 | 8,78 |
| 8. | 9,48 | 9,25 | 9 | 7,6-5,2 | 9,24 |
| 9. | 6,59 | 6,3 | 7,2 | 6,0-4,4 | 6,69 |
| 10. | 6,81 | 5,3 | 5,5 | 6,4-4,8 | 5,87 |

Graf 6. Výsledky testu 8-fott up-and-go test v sekundách



V souhrnných výsledcích Senior Fitness Testu měřených po 5 měsících je znázorněné v tabulkách a grafech, zda klienti dosáhli normy, výsledků nad normu či pod ní. Ve 4 testovaných oblastech z 6 uváděných se klienti zařadili do uváděné normy, či těsně pod normu dle orientačních norem manuálu Senior Fitness Test (R. E. Rikli & C. J. Jones, 2001). Ve dvou testovaných oblastech, které se zaměřují na flexibilitu, klienti dosáhli pod normu. Z výsledků vyplývá, že je nutné se na tuto oblast ve zdravotní tělesné výchově a pohybových aktivitách také zaměřit a rozvíjet ji.

4. 1. 2 Dotazník IPAQ

Každému z klientů byla předložena krátká verze dotazníku IPAQ, jehož vyplňování jsem se zúčastnila. Hodnocení intenzivní, střední intenzity pohybové aktivity a hodnocení chůze bylo počítáno v posledních sedmi dnech. Pro celkové zhodnocení pohybové aktivity klientů byl hodnocen čas trvání převeden na jednotku MET-min/týden a dle vzorce (více metodika) jsem spočítala u každého klienta, následně jsem je zařadila do jedné ze tří skupin, a to nízká (do 600 MET min/týdně), střední (do 1500 MET min/týdně), vysoká intenzita (nad 1500 MET min/týdně) pohybové aktivity. Dle vyhodnocení se klienti zařadili do jedné ze skupiny intenzit - nízká, střední, vysoká.

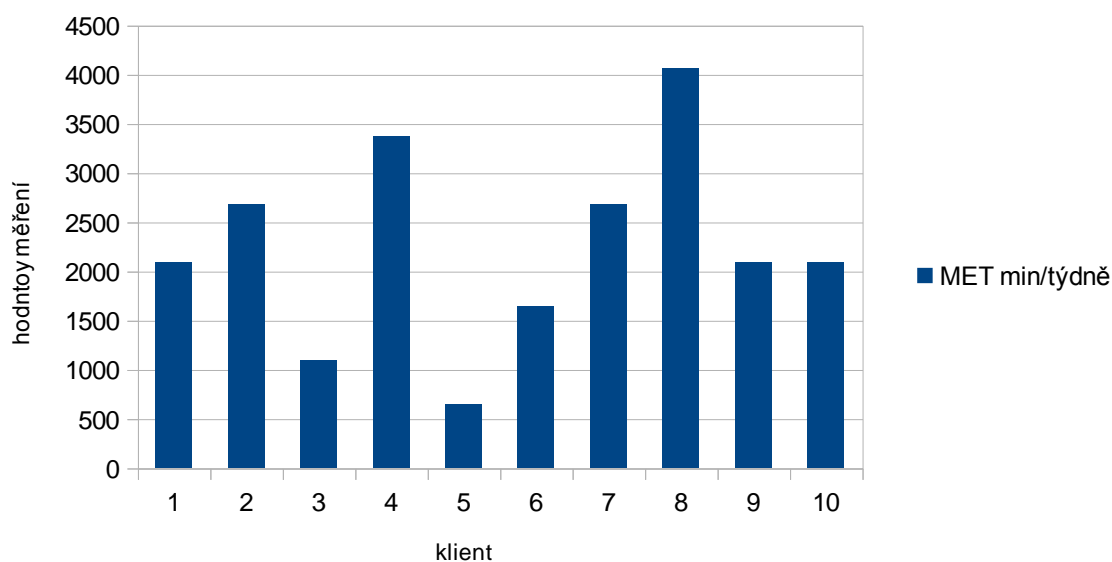
V tabulce 11 vidíme celkové zhodnocení 10 klientů v MET min/týdně a zařazení do kategorie intenzit. Z deseti klientů se zařadili do střední intenzity pohybové aktivity 2 klienti a do vysoké intenzity 8 klientů. Klient 3 se během dne na delší vzdálenosti pohybuje na invalidním vozíku, krátké vzdálenosti zvládá pomocí chodítka. Klient 5 se celodenně pohybuje na invalidním vozíku. Na první pohled dosahují klienti nezvykle vysokých hodnot, jak poukazuje Prachařová (2013) ve své práci na vysokou úroveň pohybové aktivity, ke které mohlo dojít z nepochopení zadaných otázek či neporozumění vysvětlení. I přes možné zkreslení výsledků jsou klienti aktivní a zapojují se do všech činností, které jsou jim nabízeny. U 4 vybraných klientů jsem dotazník IPAQ předkládala na začátku a na konci spolupráce. Ve výsledcích se neprojeví výrazné změny, jak vidíme v tabulce 11. Na shodných výsledcích se podílí udržování pohybové aktivity a

soběstačnosti a také zapojení do pohybových aktivit nad rámec vykonávané pohybové aktivity, kterou jsem klientů s fyzioterapeutem navrhla. Každý z klientů přidanou aktivitu vykonával dle svých aktuálních možností. Většina ji snášela dobře a nadále v ní pokračují (více kapitola 4. 2 Kazuistiky klientů).

Tabulka 11. Celkové výsledky IPAQ

| Klient | MET min/týdně | intenzita |
|--------|---------------|-----------|
| 1 | 2085 / | vysoká |
| 2 | 2679 / | vysoká |
| 3 | 1095 / | střední |
| 4 | 3372 / | vysoká |
| 5 | 640 | střední |
| 6 | 1640 | vysoká |
| 7 | 2679 | vysoká |
| 8 | 4065 | vysoká |
| 9 | 2085 | vysoká |
| 10 | 2085 | vysoká |

Graf 7. Grafické znázornění MET min/týdně



4. 1. 3 Dotazník subjektivní kvality života WHOQOL - OLD česká verze

Dotazník byl 10 klientů předkládán individuálně a v soukromí. Hodnocení jednotlivých domén bylo zcela na každém z 10 klientů. Souhrnné výsledky vidíme v tabulkách 13 až 18 a grafické znázornění jednotlivých domén u každého klienta (graf 8 - 13). Všechny testované domény jsou zhodnoceny dle populačních norem, které uvádějí Dragomirecká a Prajsová (2009, 41).

Tabulka 12. Intervaly populačních norem WHOQOL-OLD domén

| Domény | SDT* | rozšířený | interval NORMY | | | mírně zvýšená KŽ |
|-------------------|------|------------------|----------------|--------|---------------|------------------|
| | | mírně snížená KŽ | spodní hranice | průměr | horní hranice | |
| Fungování smyslů | 0,94 | 2,6 | 3,1 | 3,58 | 4,0 | 4,5 |
| Nezávislost | 0,78 | 2,9 | 3,3 | 3,66 | 4,1 | 4,4 |
| Naplnění | 0,62 | 2,8 | 3,1 | 3,45 | 3,8 | 4,1 |
| Sociální zapojení | 0,74 | 2,8 | 3,1 | 3,5 | 3,9 | 4,2 |
| Smrt a umírání | 1,01 | 2,2 | 2,7 | 3,19 | 3,7 | 4,2 |
| Blízké vztahy | 0,79 | 2,8 | 3,2 | 3,57 | 4,0 | 4,4 |

Poznámka: rozpětí škál u domén je 1 - 5, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. * Standardní odchylka

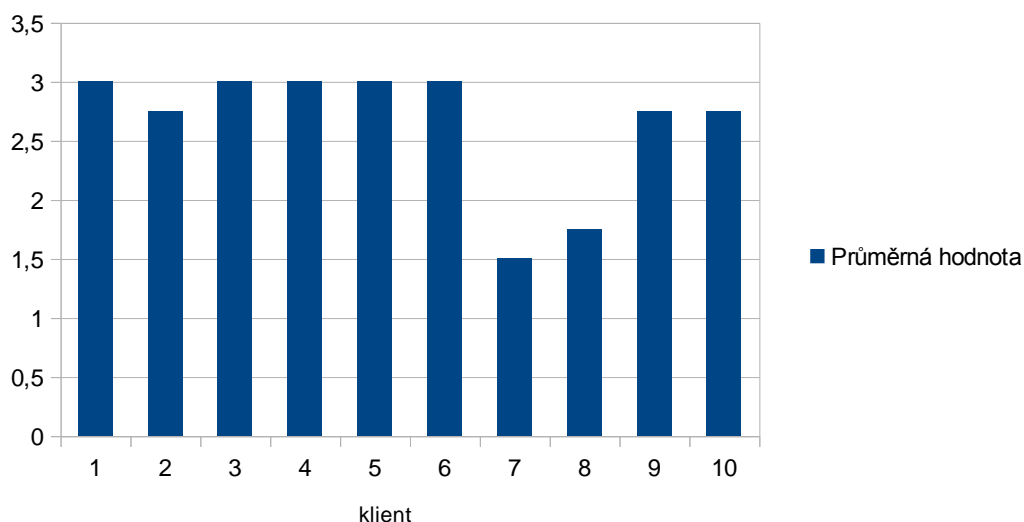
V doméně Fungování smyslů jak můžeme vidět v tabulce 13. Klienti 1, 3, 4, 5 a 6 pohybují v normě, dle subjektivního hodnocení zhoršení fungování smyslů neovlivňuje jejich dosavadní život. Klientům 2, 9 a 10 zhoršení fungování smyslů mírně ovlivňuje kvalitu života, klienti uvedli, že jim lehce zneprjemňuje život nošení brýlí na čtení. Klient 7 a 8 vnímá tuto oblast na obtěžující, výrazně jim zhoršení zraku, sluchu ovlivňuje kvalitu života a zařazují se do nízké kvality života.

Tabulka 13. Doména F25 Fungování smyslů

| Klient | Průměrná hodnota | Úroveň kvality života |
|--------|------------------|-----------------------|
| 1 | 3 | norma |
| 2 | 2,75 | mírně snížena KŽ |
| 3 | 3 | norma |
| 4 | 3 | norma |
| 5 | 3 | norma |
| 6 | 3 | norma |
| 7 | 1,5 | nízká KŽ |
| 8 | 1,75 | nízká KŽ |
| 9 | 2,75 | mírně snížena KŽ |
| 10 | 2,75 | mírně snížena KŽ |

Vysvětlivky: KŽ - kvalita života

Graf 8. Doména F25



V doméně Nezávislost, se klient 1 zařadil do nízké úrovně kvality života, chtěl by mít větší možnost rozhodovat. Klient 7 se zařadil do skupiny mírně snížené kvality života, klienti 2, 6, 8, 9 a 10 pohybují v normě a jsou spokojeni v oblastech rozhodování. Klienti 4 a 5 jsou v doméně nezávislosti spokojeni a zařadily se do zvýšené úrovně kvality života. Klient 3, jak vidíme v tabulce 14 je v doméně Nezávislosti velice spokojený, průměrem bodovaných oblastí se zařadil do vysoké úrovně kvality života. Dle subjektivního názoru má možnost

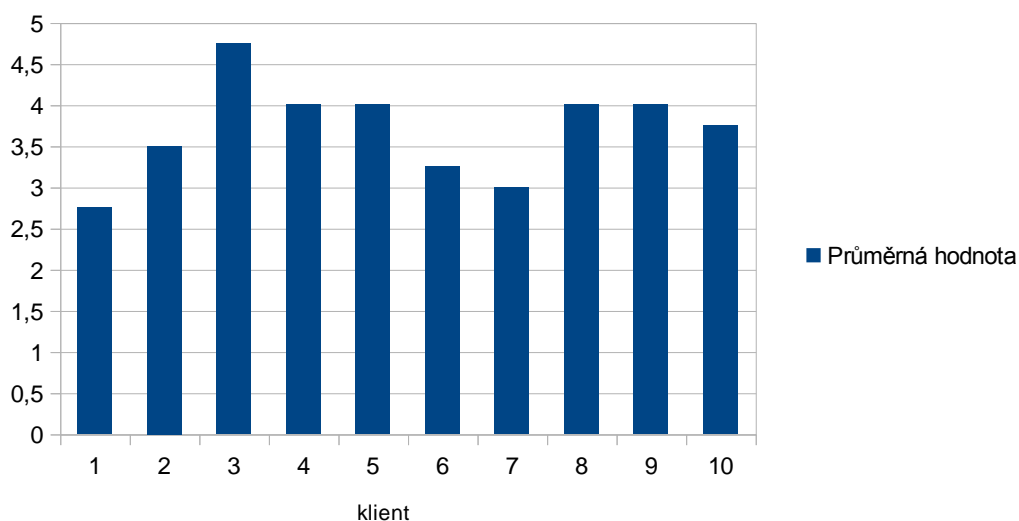
samostatného rozhodování o svém životě, jak ze strany rodiny, tak ze strany zaměstnanců domova pro seniory, nesetkal se s odmítnutím svých rozhodnutí.

Tabulka 14. Doména F26 Nezávislost

| Klient | Průměrná hodnota | Úroveň kvality života |
|--------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2,75 | nízká KŽ |
| 2 | 3,5 | norma |
| 3 | 4,75 | vysoká KŽ |
| 4 | 4 | zvýšená KŽ |
| 5 | 4 | zvýšená KŽ |
| 6 | 3,25 | norma |
| 7 | 3 | mírně snížena KŽ |
| 8 | 4 | norma |
| 9 | 4 | norma |
| 10 | 3,75 | norma |

Vysvětlivky: KŽ - kvalita života

Graf 9. Doména F26



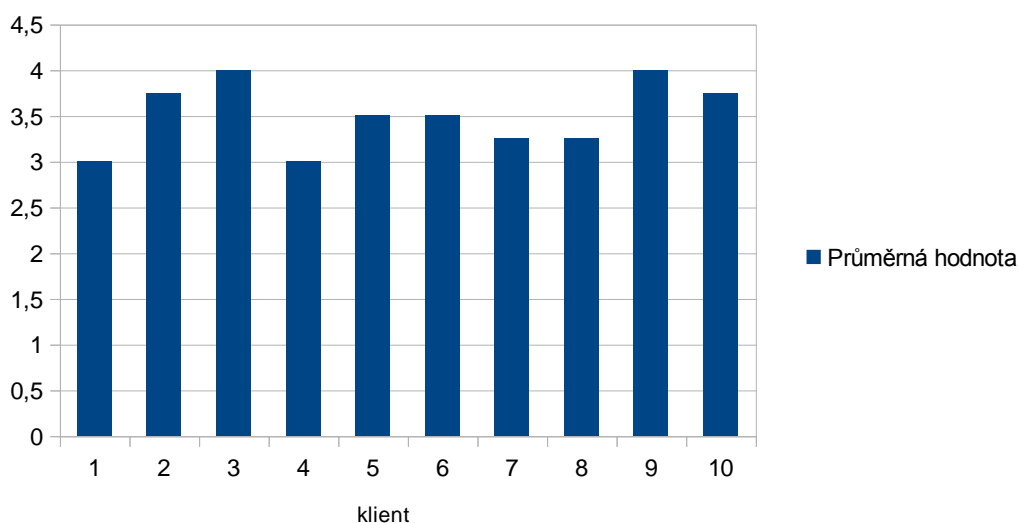
V doméně Naplnění se klienti pohybují ve dvou úrovních kvality života. V normě a mírně zvýšené kvalitě života. Klient 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 a 10 se pohybují v normě, jsou spokojeni, s tím čeho v životě dosáhli. Jak můžeme vidět v tabulce 15, tak 2 klienti (3 a 10) jsou v úrovni mírně zvýšené KŽ, v oblastech spokojenosti s tím, čeho v životě dosáhli, uváděli spokojenost s rodinou, vnoučaty a těším se na jejich návštěvy.

Tabulka 15. Doména F27 Naplnění

| Klient | Průměrná hodnota | Úroveň kvality života |
|--------|------------------|-----------------------|
| 1 | 3 | norma |
| 2 | 3,75 | norma |
| 3 | 4 | mírné zvýšení KŽ |
| 4 | 3 | norma |
| 5 | 3,5 | norma |
| 6 | 3,5 | norma |
| 7 | 3,25 | norma |
| 8 | 3,25 | norma |
| 9 | 4 | mírné zvýšení KŽ |
| 10 | 3,75 | norma |

Vysvětlivky: KŽ - kvalita života

Graf 10. Doména F27



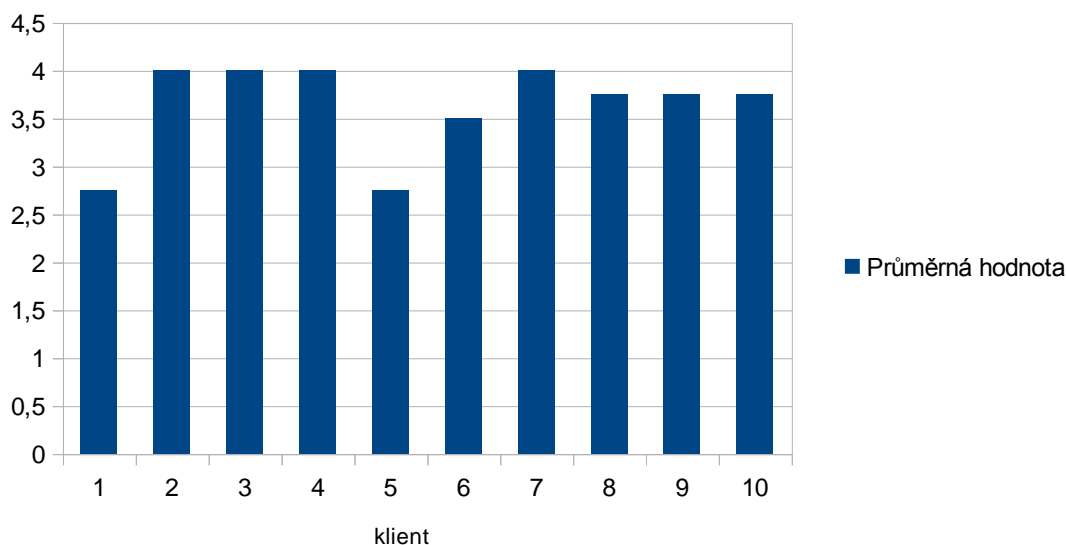
V doméně Sociálního zapojení se klienti pohybují ve dvou úrovních kvality života. V normě a mírně snížené kvalitě života. Klient 2, 3, 4, 6, 8, 9 a 10 se pohybují v normě, dle subjektivního hodnocení se v této doméně klienti cítí spokojeni na účasti společenských aktivitách (zpívánky, filmový večer a předčítání knih a další). Tři klienti (1, 5 a 7) se zařadili na úroveň mírně snížené kvality života, jak můžeme vidět v tabulce 16 a grafu 11.

Tabulka 16. Doména F28 Sociální zapojení

| Klient | Průměrná hodnota | Úroveň kvality života |
|--------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2,75 | mírné snížení KŽ |
| 2 | 4 | norma |
| 3 | 4 | norma |
| 4 | 4 | norma |
| 5 | 2,75 | mírné snížení KŽ |
| 6 | 3,5 | norma |
| 7 | 4 | mírné zvýšení KŽ |
| 8 | 3,75 | norma |
| 9 | 3,75 | norma |
| 10 | 3,75 | norma |

Vysvětlivky: KŽ - kvalita života

Graf 11. Doména F28 Sociální zapojení



Při rozhovoru a vyplňování odpovědí v doméně Smrt a umírání se klienti necítili dobře, hodnotili otázky, zda se znepokojují tím, jak zemřou; nakolik se obávají ztráty kontroly v souvislosti se smrtí; jako moc se bojíte bolesti při umírání. Vyplňování této části zabralo klientům nejvíce času, i přesto se klienti 1, 5, 6, 7, 9 a 10 zařadili do normy a nad touto oblastí moc nepřemýšlí a dle jejich slov, si užívají každého dne. Klient 8 se zařadit do úrovně mírně snížené KŽ a otázek týkajících se smrti obává více a klienti 2, 3 a 4 v této oblasti mají

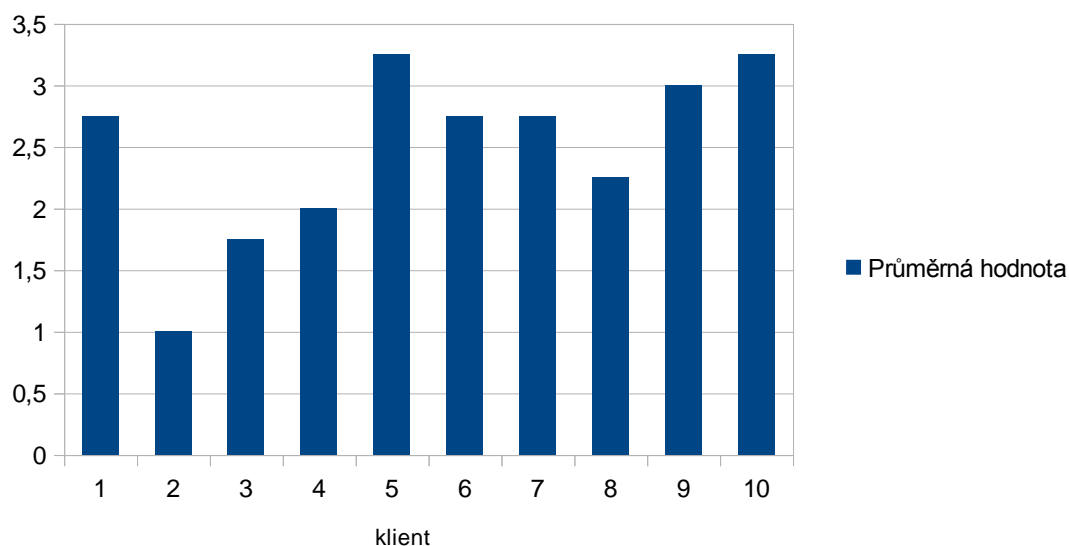
dle normy nízkou kvalitu života, na otázku smrti přemýšlejí a otevřeně hovořili o obavách, co je čeká v následujících letech. Zhodnocení výsledků můžeme vidět v tabulce 17.

Tabulka 17. Doména F29 Smrt a umírání

| Klient | Průměrná hodnota | Úroveň kvality života |
|--------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2,75 | norma |
| 2 | 1 | nízká KŽ |
| 3 | 1,75 | nízká KŽ |
| 4 | 2 | nízká KŽ |
| 5 | 3,25 | norma |
| 6 | 2,75 | norma |
| 7 | 2,75 | norma |
| 8 | 2,25 | mírně snížená KŽ |
| 9 | 3 | norma |
| 10 | 3,25 | norma |

Vysvětlivky: KŽ - kvalita života

Graf 12. Doména F29 Smrt a umírání



V doméně Blízkých vrahů se také klienti pohybují ve dvou úrovních kvality života. V normě a nízké kvalitě života. Klient 1, 2 a 8 se dle svých výsledků zařadily do oblasti nízké kvality života. Dle mého hodnocení mělo na odpovědi těchto klientů velký vliv nedostatečné množství návštěv ze strany rodiny. Klienti si postesklí, že by návštěvy uvítali častěji i s možností návštěv u rodiny v jejich

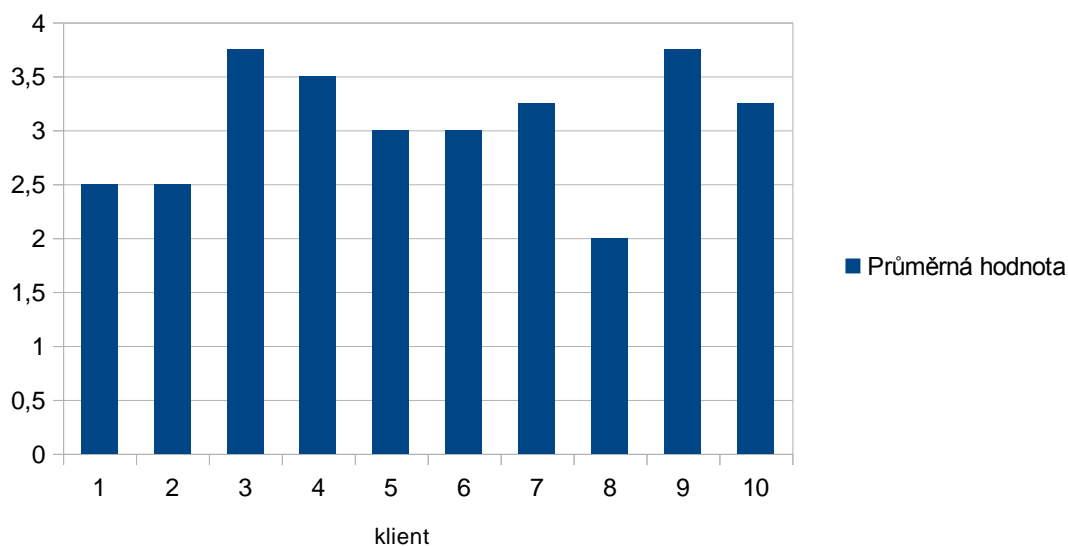
domácím prostředí. Klienti 3, 4, 5, 6, 7, 9 a 10 se v této oblasti cítí dobře a zařazují se do normy, i přesto by uvítali více návštěv rodiny a možnosti trávení volného času s vnoučaty.

Tabulka 18. Doména F30 Blízké vztahy

| Klient | Průměrná hodnota | Úroveň kvality života |
|--------|------------------|-----------------------|
| 1 | 2,5 | nízká KŽ |
| 2 | 2,5 | nízká KŽ |
| 3 | 3,75 | norma |
| 4 | 3,5 | norma |
| 5 | 3 | norma |
| 6 | 3 | norma |
| 7 | 3,25 | norma |
| 8 | 2 | nízká KŽ |
| 9 | 3,75 | norma |
| 10 | 3,25 | norma |

Vysvětlivky: KŽ - kvalita života

Graf 13. Doména F30 Blízké vztahy



4. 1. 4 Mini-Mental State Examination

Orientační hranice v hodnocení se pohybuje v rozmezí od 30 – 5 bodů. Klienti 1, 3, 4 a 8 se pohybují v pásmu normy, z rozhovoru jsem neshledala problém s oblastí kognitivních funkcí. Klienti byli orientovaní osobou, místem i

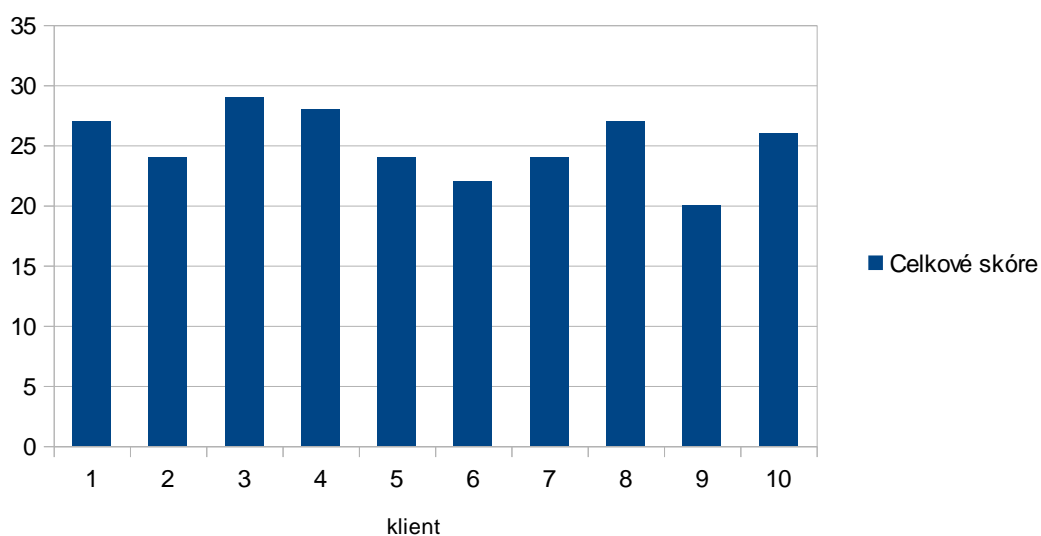
časem. Klient 10 se pohybuje na hranici normy a hraničního stavu, klienti 2, 5, 6, 7 a 9. se pohybují v pásmu mírného až středně těžkého stupně, na jejich výsledky mohly mít vliv různé faktory, nepochopení překládané otázky, neobratnost v početních operacích a zhoršené vybavování z paměti důsledkem pokročilejšího věku.

Tabulka 19. Celkové zhodnocení MMSE

| Položky | Klient | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Orientace | 9 | 9 | 10 | 10 | 8 | 7 | 8 | 10 | 7 | 10 |
| Zapamatování | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Pozornost | 4 | 2 | 4 | 5 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 |
| Paměť | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| Pojmenování | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Opakování | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Třístup. rozkaz | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| Čtení | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Psaní | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Obkreslování | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Celkové skóre | 27 | 24 | 29 | 28 | 24 | 22 | 24 | 27 | 20 | 26 |

Vysvětlivky: položky - oblasti testu MMSE (více přílohy)

Graf 14. Souhrnné výsledky Mini-Mental State Examination



4. 1. 5 Barthel index

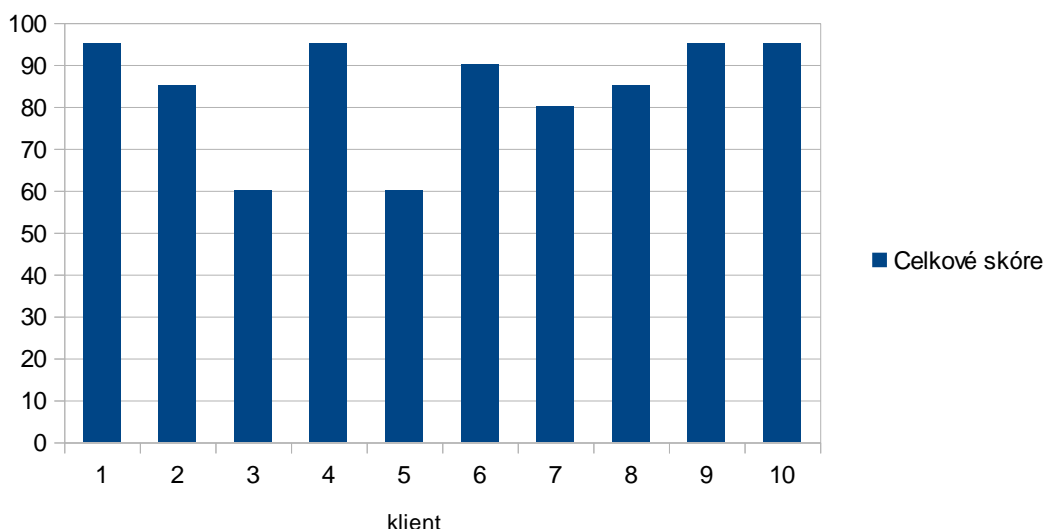
V hodnocení personálních aktivit denního života se klienti pohybují ve vysokých hodnotách. Klient 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9 a 10 se pohybuje v pásmu lehké závislosti, většinu aktivit zvládá bez pomoci druhé osoby. Klient 3 a 5 se pohybuje na vyšší hranici závislosti středního stupně, tito klienti potřebují častější dopomoc druhé osoby. Na výsledky v oblasti personálních aktivit denního života má vliv u seniorů jejich pokročilejší věk a časté problémy s pohybovým aparátem a možnost využití dopomoci druhé osoby například při koupání, i když by tuto oblast klient zvládnul samostatně.

Tabulka 20. Celkové zhodnocení Barthel indexu

| Položky | Klient | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Najedení, napití | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 5 | 10 | 10 | 10 |
| Oblékání | 10 | 10 | 5 | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 | 10 |
| Koupání | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Osobní hygiena | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Kontinence moči | 5 | 10 | 5 | 10 | 5 | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 |
| Kontinence stolice | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 | 10 | 10 | 5 | 10 | 10 |
| Použití WC | 10 | 10 | 5 | 10 | 5 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Přesun lůžko-židle | 15 | 15 | 10 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Chůze po rovině | 15 | 10 | 5 | 15 | 5 | 15 | 10 | 15 | 15 | 15 |
| Chůze po schodech | 10 | 5 | 0 | 5 | 0 | 5 | 5 | 10 | 10 | 10 |
| Celkové skóre | 95 | 85 | 60 | 95 | 60 | 90 | 80 | 85 | 95 | 95 |

Vysvětlivky: položky - oblasti testu (více přílohy)

Graf 15. Celkové hodnocení personálních ADL



4. 1. 6 Hodnocení instrumentálních aktivit denního života (I-ADL)

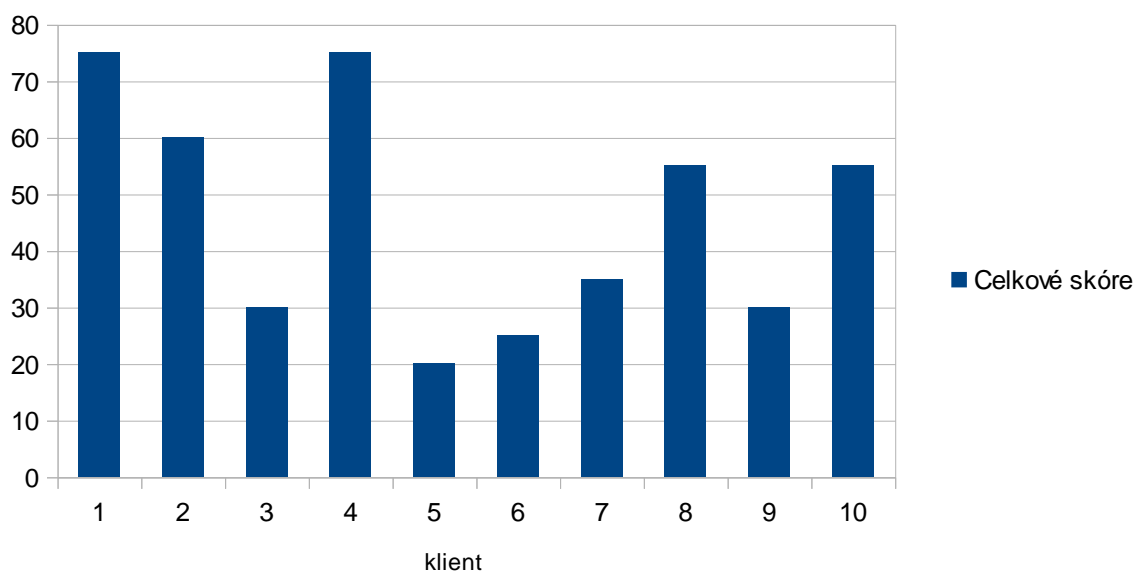
V hodnocení instrumentálního ADL se klienti pohybují ve dvou hodnocených pásmech. Ve vyšším hodnocení vidíme klienty 1, 2, 4, 8 a 10, kteří jsou částečně nesoběstační v instrumentálních aktivitách denního života. Klienti 3, 5, 6, 7 a 9 se pohybují v pásmu nesoběstačnosti v instrumentálních aktivitách denního života, na těchto výsledcích se podílejí různé faktory, např. celodenní pohyb na invalidním vozíku, nemoci pohybového aparátu a další. Na nižší výsledky má u klientů žijících v domově pro seniory vliv kontrola ze strany personálu a zajištění služeb, které klientů usnadňují život. Senioři mají možnost si nechat v rámci služeb prát, uklízet bytovou jednotku, nakoupit a o finance se všem klientů stará sociální pracovnice, u některých klientů rodina, seniorům zůstává „kapesné“ na osobní potřebu.

Tabulka 21. Celkové zhodnocení I - ADL

| Položky | Klient | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Jízda dopravním prostředkem | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 |
| Nákup potravin | 10 | 10 | 5 | 10 | 0 | 5 | 0 | 10 | 10 | 10 |
| Uvaření | 5 | 5 | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 |
| Domácí práce | 10 | 5 | 0 | 10 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Vyprání osobního prádla | 10 | 5 | 5 | 10 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 10 |
| Telefonování | 10 | 10 | 10 | 10 | 5 | 5 | 5 | 10 | 5 | 10 |
| Užívání léků | 10 | 10 | 5 | 10 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 |
| Odeslání peněz | 10 | 10 | 0 | 10 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 |
| Celkové skóre | 75 | 60 | 30 | 75 | 20 | 25 | 35 | 55 | 30 | 55 |

Vysvětlivky: položky - oblasti testu (více přílohy)

Graf 16. Celkové zhodnocení I-ADL



4. 2 Kazuistiky klientů

4. 2. 1 Kazuistika č. 1

Klientka souhlasila s uvedením informací o svém zdravotním stavu, v plném rozsahu, v této diplomové práci. Vlastní vyplněný informovaný souhlas stejně jako já, autorka práce.

Osobní údaje

- Jméno: klientka 1
- Pohlaví: žena
- Věk: 83 let
- Stav: vdova

Vstupní vyšetření klientky

Vstupní vyšetření jsem prováděla v září 2013 v Domově důchodců Šumperk p. o. K vyšetření klientky jsem použila testy pro hodnocení personálních ADL, instrumentálních ADL, MMSE, WHOQOL-OLD, Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě IPAQ (krátká česká verze), Senior Fitness Test.

Anamnézy

Osobní anamnéza

Klientka se narodila v roce 1932. Klientka během dětství neprodělala žádné vážné nemoci. Klienta v 2003 proděl mozkovou příhodu a do té doby má problémy s mobilitou, bezprostředně po příhodě se pohybovala pomocí 1 francouzské berle, postupem času přecházela na 2 francouzské berle, chodítko a v současné době se klientka pohybuje na invalidním vozíku, částečně s chodítkem na kratší vzdálenosti. V roce 1994 jí byla operována kyčel a nahrazena umělým kloubem.

Rodinná anamnéza

Matka a otec zemřeli na stáří. Klientka má 2 sourozence, 2 děti (syn, dcera) a tři vnoučata. V roce 2008 ovdověla, manžel zemřel na akutní zápal plic.

Školní a pracovní anamnéza

Klientka nastoupila na ZŠ v roce 1939 v Šumperku. Po ukončení ZŠ nastoupila na střední odborné učiliště, obor prodavačka. V oboru střídavě pracovala do narození dětí.

Sociální anamnéza

Roku 1939 se klientka s rodiči a sourozenci přestěhovala do Šumperka, kde stále žije. V roce 2008 po smrti manžela žila klientka sama v rodinném domě, až do zhoršení zdravotního stavu po prodělané mozkové příhodě v roce 2003. V roce 2011 nastoupila do Domova důchodců Šumperk p. o.

Farmakologická anamnéza

Klientka bere léky na hypertenzi, na bolavé klouby si klientka maže Veral.

Alergická anamnéza

Neuvádí žádnou alergii.

Funkční mobilita

Klientka je na lůžku mobilní, samostatná. Sed je aktivní, stabilní, který tvoří většinu klientčina dne. Do stáje zvládá samostatně dopomoci chodítka, na krátké vzdálenosti chodí pomoci chodítka či 2 francouzských berlí. Mobilita v komunitě je částečně samostatná, po oddělení se pohybuje samostatně na invalidním vozíku, na pokoji s chodítkem. Po areálu domova důchodců odkázána na pomoc druhé osoby.

Hodnocení aktivit denního života, kognitivních a mentálních funkcí

V hodnocení personálních aktivit denního života dle Barthle indexu dosáhla klientka 60 bodů (závislost lehčího stupně). V instrumentálních aktivitách denního života (I-ADL) se klientka pohybuje v rozmezí 30 bodů, což ukazuje závislost v I-ADL a nutné dopomoci druhé osoby. Kognitivní funkce dle orientačního vyšetření testem MMSE se pohybuje klientka v pásmu normálního stavu a dosáhla 29 bodů.

Zájmy

Klientka po přechodu do Domova důchodců Šumperk p. o., se na prostředí, personál a chod celého zařízení adaptovala dobře. Díky své imobilitě je klientka limitována v aktivitách, které by chtěla vykonávat a má ráda, například procházky přírodou, scházení se s přítelkyněmi. Mezi oblíbené činnosti, které vykonává ve volném čase je čtení, poslouchání hudby, luštění křížovek, pěstování balkónových květin. Dle možnosti se 2x týdně zapojuje do řízené činnosti aktivizační pracovníci v dílně, kde vyrábí korálkové šperky, papírové květiny a další, navštěvuje reminiscence, hudební kroužek.

Kvalita života

Klientka vyplňovala na začátku i na konci spolupráce dotazník subjektivní kvality života – WHOQOL-OLD českou verzi, kde hodnotila 24 oblastí života v doménách fungování smyslů, nezávislosti, naplnění, sociálního zapojení, smrti a umírání, blízkých vztahů. Klientka se ve všech hodnocených oblastech zařadila svými výsledky do normy jak v testování před zahájením i po ukončení spolupráce. Na velice podobné výsledky mělo vliv udržování pohybových aktivit a aktivit denního života, neprodělání závažného onemocnění. Více o hodnocení v kapitole 4. 1. 3.

Tabulka 22. Souhrnné výsledky před zahájením a po ukončení spolupráce

| domény | F25 | F26 | F27 | F28 | F29 | F30 |
|---------------|------|------|------|------|------|-----|
| průměr IX/13 | 3 | 2,75 | 3 | 2,75 | 2,75 | 2,5 |
| průměr VII/14 | 2,75 | 3 | 3,75 | 3,5 | 3 | 2,5 |

Pohybová aktivita

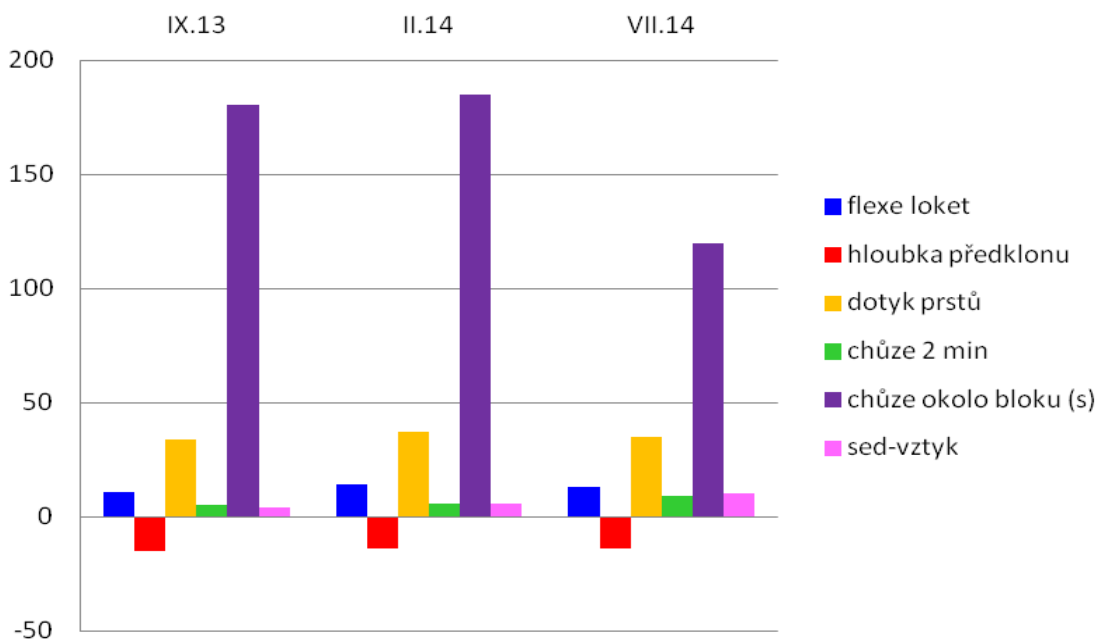
V grafu jsou znázorněny výsledky testu Senior fitness test. Měření byla prováděna v časovém rozmezí 5 měsíců. Mezi obdobími klientka vykonávala běžnou pohybovou aktivitu, kterou vykonává pravidelně během týdne. Každodenně navštěvuje 30 minutovou individuální léčebnou TV zaměřenou na rozvoj soběstačnosti, nácvik chůze v chodítku. Po areálu, do dílny se klientka

pohybuje na invalidním vozíku, po pokoji, na wc a koupelny chodí pomocí chodítka.

Tabulka 23. Hodnoty SFT

| | flexe loket | hloubka předklonu | dotyk prstů | chůze 2 min | chůze okolo bloku (s) | sed-vztyk |
|--------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------------|-----------|
| IX.13 | 11 | -15 | 34 | 5 | 180,52 | 4 |
| II.14 | 14 | -14 | 37 | 6 | 185 | 6 |
| VII.14 | 13 | -14 | 35 | 9 | 120 | 10 |

Graf 17. Rozdíl ve výsledcích klientky SFT v měsíci září 2013, únor a červenec 2014.



Výsledky ve 3 průběžných měřeních byly velice podobné, výrazně se nezměnily. Na prováděné aktivity v Senior Fitness Testu měl největší vliv zdravotní stav klientky, trpí výrazným omezením pohybového aparátu, díky prodělané mozkové příhodě, postupem času se klientce horšila samostatná mobilita a nyní je částečně závislá na jízdě na invalidním vozíku. Nejvíce klientce dělaly problém chůze okolo mety, sed-vztyk, 2 minutová chůze, ve všech těchto testech klientka používala chodítka.

Pohybová aktivita, kterou klientka pravidelně provádí je přiměřená věku a habitu. U klientky po konzultaci s fyzioterapeutem jsme přidali pohybovou aktivitu, kterou běžné nevykonává. Stanovili jsme, že klientka bude co nejčastěji, podle svých možností chodit s chodítkem na všechny připravovaná jídla, s návštěvami. U klientky se objevovala subjektivně zvýšená únava ze začátku přidání nové aktivity, postupně se klientka adaptovala a cítila se mobilnější, soběstačnější v každodenních činnostech a péče o sebe sama. Pohybová aktivita byla přiměřená a vhodně zvolena.

4. 2. 2 Kazuistika č. 2

Klientka souhlasila s uvedením informací o svém zdravotním stavu, v plném rozsahu, v této diplomové práci. Vlastní vyplněný informovaný souhlas stejně jako já, autorka práce.

Osobní údaje

- Jméno: klientka 2
- Pohlaví: žena
- Věk: 60 let
- Stav: rozvedená

Vstupní vyšetření klientky

Vstupní vyšetření jsem prováděla v září 2013 v Domově důchodců Šumperk p. o. K vyšetření klientky jsem použila testy pro hodnocení personálních ADL, instrumentálních ADL, MMSE, WHOQOL-OLD, Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě IPAQ (krátká česká verze), Senior Fitness Test.

Anamnézy

Osobní anamnéza

Klientka se narodila v roce 1955. Klientka během dětství neprodělala žádné vážné nemoci. Klientka má 2 děti, 5 vnoučat. V roce 1999 se klientka rozvedla s manželem. V současné době klientka trpí chronickou ICHS, obezitou, zaléčenou epilepsií, valgózním postavením kolen.

Rodinná anamnéza

Matka klientky zemřela přirozenou smrtí ve vyšším věku, otec zemřel na vážný infarkt myokardu. Klientka má 3 sourozence, kteří se pravidelně navštěvují.

Školní a pracovní anamnéza

Klientka nastoupila na ZŠ v roce 1962. Po ukončení ZŠ vystudovala učňovský obor dámská krejčová, kterému se věnovala do starobního důchodu, s přestávkami během mateřské dovolené.

Sociální anamnéza

Klientka žila s rodinou v Šumperku, kde nyní stále žije. V roce 2000 nastoupila po prodělané mozkové příhodě do Domova důchodců Šumperk p. o., kde v současné době bydlí. Rodina klientku pravidelně navštěvuje.

Farmakologická anamnéza

V současné době klientka užívá antiepileptika, na bolest kloubů Fasnum gel, Sortis na hyperlipidémii.

Alergická anamnéza

Neuvádí žádnou alergii.

Funkční mobilita

Klientka je na lůžku mobilní, samostatná a aktivně mění pozice. Sed je aktivní, stabilní. Do stoje zvládá samostatně s 2 francouzskými berlemi, chůze

samostatná, mírně nestabilní v pomalejším tempu s 2 francouzskými berlemi. Mobilita v komunitě je samostatná, po domově důchodců a okolním prostředí orientovaná. Vzhledem ke svému věku se klientka hůře předklání, kleká si a přenášení těžších břemen dokáže po malém prostoru.

Hodnocení aktivit denního života, kognitivních a mentálních funkcí

V hodnocení personálních aktivit denního života dle Barthle indexu dosáhla klientka 85 bodů (závislost lehčího stupně). V instrumentálních aktivitách denního života (I-ADL) se klientka pohybuje v rozmezí 60 bodů, což ukazuje částečnou závislost v I-ADL a dopomoci druhé osoby. Kognitivní funkce dle orientačního vyšetření testem MMSE se pohybuje klientka na hranici demence mírného až středního stupně, dosáhla 24 bodů.

Zájmy

Klientka se na chod domova důchodců velmi dobře adaptovala. Zapojuje se do různých kolektivních akcí v rámci domova důchodců i mimo něj (výlety, sportovní akce, souboje v kuželkách, zpívánky, ...). Dva dny v týdnu chodí klientka do dílen, vedené aktivizační pracovníci, kde vyrábí šperky z korálků, celoroční výzdobu, pletené košíčky a mnoho dalších věcí. Ve dnech volna klientka ráda poslouchá hudbu, sleduje televizi, čte knížky a setkává se s přáteli.

Kvalita života

Klientka vyplňovala na začátku i na konci spolupráce dotazník subjektivní kvality života – WHOQOL-OLD českou verzí, kde hodnotila 24 oblastí života v doménách fungování smyslů, nezávislosti, naplnění, sociálního zapojení, smrti a umírání, blízkých vztahů. Klientka se v hodnocených oblastech zařadila svými výsledky do normy až snížené kvality života. V tabulce 24 můžeme vidět, že v oblasti týkající se smrti a umírání se klientka zařadila do nízké úrovně kvality života. Z otázek týkajících smrti a umírání má klientka obavy. V tabulce také vidíme podobnost výsledků, na které mělo vliv udržování svého standardu jak v pohybové aktivitě, tak míře soběstačnosti.

Tabulka 24. Souhrnné výsledky před zahájením a po ukončení spolupráce

| domény | F25 | F26 | F27 | F28 | F29 | F30 |
|---------------|------|-----|------|-----|------|-----|
| průměr IX/13 | 2,75 | 3,5 | 3,75 | 4 | 1 | 2,5 |
| průměr VII/14 | 2,75 | 4 | 4 | 3,5 | 1,75 | 2,8 |

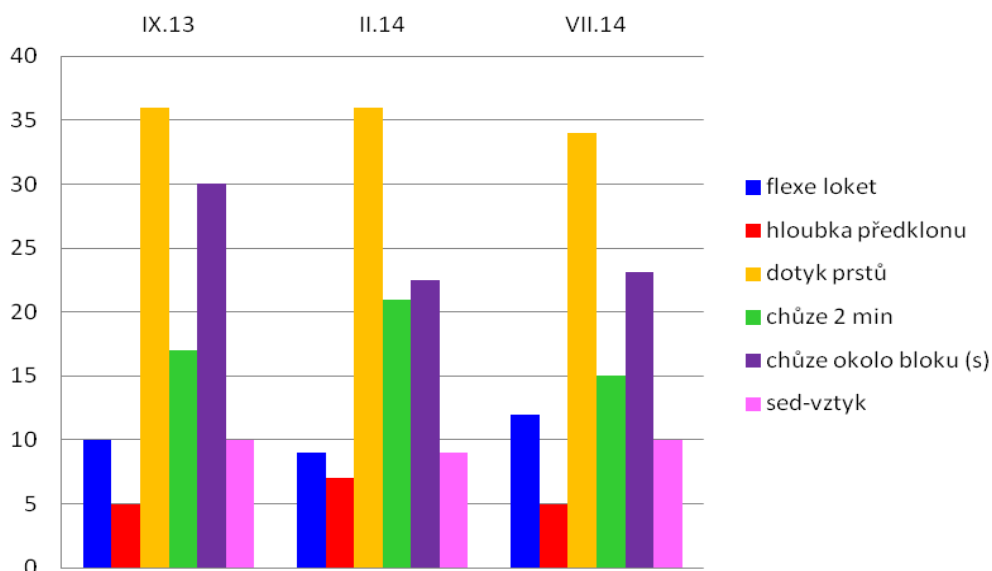
Pohybová aktivita

V grafu jsou znázorněny výsledky testu Senior fitness test. Měření byla prováděna v časovém rozmezí 5 měsíců. Mezi obdobími klientka vykonávala běžnou pohybovou aktivitu, kterou vykonává pravidelně během týdne. Každodenně navštěvuje 30 minutovou léčebnou TV, 3x týdně pravidelně navštěvuje ergoterapeutickou dílnu, v letních, jarních měsících se prochází po zahradě a okolí domova.

Tabulka 25. Hodnoty SFT

| | flexe loket | hloubka předklonu | dotyk prstů | chůze 2 min | chůze okolo bloku (s) | sed-vztyk |
|--------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------------|-----------|
| IX.13 | 10 | 5 | 36 | 17 | 30 | 10 |
| II.14 | 9 | 7 | 36 | 21 | 22,49 | 9 |
| VII.14 | 12 | 5 | 34 | 15 | 23,1 | 10 |

Graf 18. Rozdíl ve výsledcích klientky SFT v měsíci září 2013, únor a červenec 2014



Výsledky ve 3 průběžných měřeních se zásadně nelišily. Prováděné aktivity byly výrazně ovlivněné funkčním stavem klientky (chůzí o 2 FH, valgozitou kolen, kyfoskoliosou). Tyto limity se projevíly v úkolech sed-vztyk, chůze 2 minuty, chůze okolo bloku. Přes tyto obtíže se klientka snažila vykonávat co nejlépe a v nejvyšším tempu. Nynější pohybová aktivita je přiměřená věku a habitu klientky. Po domluvě s klientkou a fyzioterapeutem jsme přidali pohybovou aktivitu spojenou s vykonáváním každodenních činností. Domluvili jsme se, že klientka bude každodenně docházet do jídelny na připravované jídlo, které se v jídelně podává 3x denně, svačiny každý z klientů dostává na pokoj. Jenda cesta tam i zpět klientce trvá přibližně 15 minut. Tuto činnost jsem zvolila z důvodu hypomobility klientky a chůzi o 2 FB. Přidání nové aktivity klientka snášela dobře. Subjektivně se klientka cítila dobře, pochvalovala si zlepšení sociálních kontaktů v komunitě, zvýšení soběstačnosti, nezávislosti na druhé osobě.

4. 2. 3 Kazuistika č. 3

Klientka souhlasila s uvedením informací o svém zdravotním stavu, v plném rozsahu, v této diplomové práci. Vlastní vyplněný informovaný souhlas stejně jako já, autorka práce.

Osobní údaje

- Jméno: klientka 3
- Pohlaví: žena
- Věk: 77 let
- Stav: vdova

Vstupní vyšetření klientky

Vstupní vyšetření jsem prováděla v září 2013 v Domově důchodců Šumperk p. o. K vyšetření klientky jsem použila testy pro hodnocení personálních ADL,

instrumentálních ADL, MMSE, WHOQOL-OLD, Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě IPAQ (krátká česká verze), Senior Fitness Test.

Anamnézy

Osobní anamnéza

Klientka se narodila v roce 1938. V roce 1945 se s matkou a sourozenci se přestěhovala do ČR, kde nastoupila v roce 1947 na základní školu. Klientka během dětství neprodělala žádné vážné nemoci. Po narození syna klientka prodělala zánět těla děložního, následně byla klientce diagnostikováno rané stádium rakovina, úspěšně prošla léčbou. V současné době má diagnostikovanou ischemickou chorobu srdeční, hypertenzi, hyperlipidémie.

Rodinná anamnéza

Matka klientky zemřela po gynekologických potížích v 85 letech. O otci si klientka nepamatuje bližší informace, do ČR s rodinou nepřicestoval. Klientka má 2 sourozence, jednoho syna a jedno vnouče.

Školní a pracovní anamnéza

Klientka nastoupila na ZŠ v roce 1947 po příjezdu do České republiky (bylo jí 9 let). Po ukončení ZŠ se A. T. chystala na učňovský obor - švadlena. Ke studiu nedošlo a klientka začala pracovat s matkou v lese. Po narození syna pracovala jako skladnice a nyní je ve starobním důchodu.

Sociální anamnéza

Klientka se s rodinou různě stěhovala po celé ČR a od roku 1990 žije v Šumperku. V roce 2003 ovdověla a žila u syna. Pro vytíženost rodiny se rozhodla, že se od syna odstěhuje a od 1. 7. 2003 žije v Domově důchodců Šumperk p. o. Na návštěvy rodina dochází i s vnoučetem.

Farmakologická anamnéza

Klientka v současné době užívá Sortis (na hyperlipidémii), léky na vysoký krevní tlak, proti průjmům Smectu, Imodium a na klouby si občasně maže Fatum gel.

Alergická anamnéza

Neuvádí žádnou alergii.

Funkční mobilita

Klientka je na lůžku mobilní, samostatná a aktivně mění pozice. Sed je aktivní, stabilní. Do stoje zvládá samostatně bez opory o pomůcku. Chůze je samostatná, stabilní bez pomůcky k mobilitě jak v interiéru, tak ve venkovním prostředí. Klientka je v komunitě samostatná, po domově důchodců a okolním prostředí orientovaná. Jezdí sama nakupovat MHD do města.

Hodnocení aktivit denního života, kognitivních a mentálních funkcí

V hodnocení personálních aktivit denního života dle Barthle indexu dosáhla klientka 95 bodů (závislost lehčího stupně). V instrumentálních aktivitách denního života (I-ADL) se klientka pohybuje v rozmezí 75 bodů, což ukazuje částečnou závislost v I-ADL. Kognitivní funkce dle orientačního vyšetření testem MMSE se pohybuje klientka v pásmu normálního stavu a dosáhla 27 bodů.

Zájmy

Klientka po nastěhování do Domova důchodců Šumperk p. o. se na prostředí velmi dobře adaptovala. Ráda čte, poslouchá hudbu, plete, dívá se na TV (hl. večerní zprávy), pěstuje květiny. Zapojuje se do různých akcí pořádaných DD (výlety, sportovní akce, souboje v kuželkách, zpívánky, ...). Dva dny v týdnu chodí klientka do dílen vedenou aktivizační pracovnící, kde tká koberečky, vyrábění šperků, celoroční výzdobu, pletené košíčky a mnoho dalších, jak pro sebe, tak i na prodejní výstavu. Po areálu domova roznáší poštu a stará se o zelen (venku i uvnitř).

Kvalita života

Klientka vyplňovala na začátku i na konci spolupráce dotazník subjektivní kvality života – WHOQOL-OLD českou verzí, kde hodnotila 24 oblastí života v doménách fungování smyslů, nezávislosti, naplnění, sociálního zapojení, smrti a umírání, blízkých vztahů. Klientka se v hodnocených oblastech zařadila svými výsledky do všech oblastí úrovně kvality života. Z 6 hodnocených domén, se ve 3 zhodnocených zařadila do normy, v jedné z domén se zařadila do zvýšené kvality života a v oblasti smrti a umírání dle norem, se klientka pohybuje v nízké kvalitě života. Z této kapitoly života má klientka, dle jejich vlastních slov strach a obává se z bolesti a prohlubované smrti.

Tabulka 26. Souhrnné výsledky před zahájením a po ukončení spolupráce

| domény | F25 | F26 | F27 | F28 | F29 | F30 |
|---------------|-----|------|------|-----|------|------|
| průměr IX/13 | 3 | 4,75 | 4 | 4 | 1,75 | 3,75 |
| průměr VII/14 | 3,5 | 4,75 | 3,75 | 3,5 | 2 | 4 |

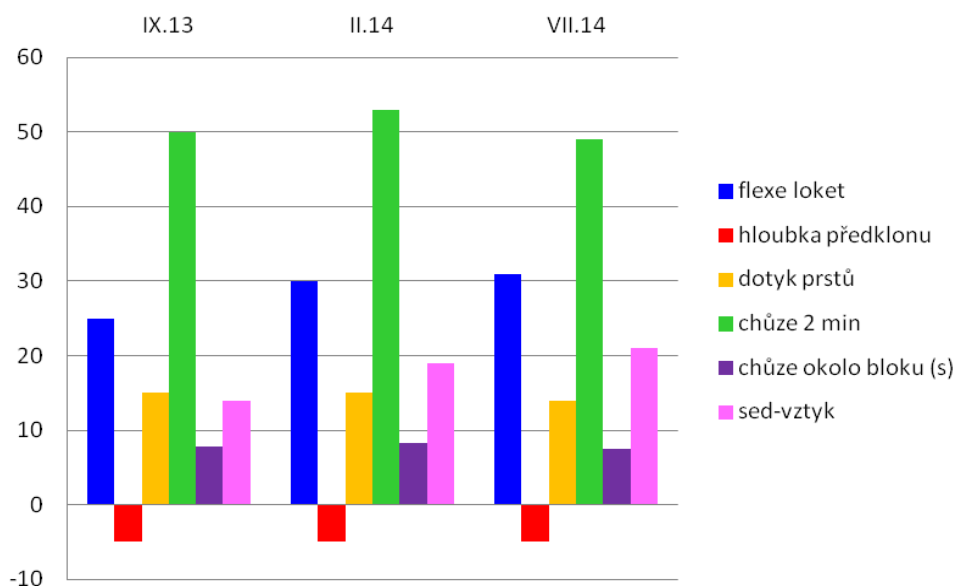
Pohybová aktivita

V grafu jsou znázorněny výsledky testu Senior fitness test. Měření byla prováděna v časovém rozmezí 5 měsíců. Mezi obdobími klientka vykonávala běžnou pohybovou aktivitu, kterou vykonává pravidelně během týdne. Každodenně navštěvuje 30 minutovou léčebnou TV, roznáší poštu po celém zařízení, pravidelně navštěvuje ergoterapeutickou dílnu, v letních, jarních měsících se stará o zahradu a zeleň v areálu.

Tabulka 27. Hodnoty SFT

| | flexe loket | hloubka předklonu | dotyk prstů | chůze 2 min | chůze okolo bloku (s) | sed-vztyk |
|--------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------------|-----------|
| IX.13 | 25 | -5 | 15 | 50 | 7,74 | 14 |
| II.14 | 30 | -5 | 15 | 53 | 8,2 | 19 |
| VII.14 | 31 | -5 | 14 | 49 | 7,5 | 21 |

Graf 19. Rozdíl ve výsledcích klientky SFT v měsíci září 2013, únor a červenec 2014.



Výsledky ve 3 průběžných měřeních se zásadně nelišily. Na prováděné aktivity mělo největší vliv měnící se počasí. Klienta trpí artrózou v kolenních kloubech, bolest ji limitovala nejvíce v úkolech sed-vztyk ze židle, chůze 2 minuty, u kterých se snažila bolest překovat a pracovat co v nejvyšším tempu.

Pohybová aktivita je přiměřená věku a habitu klientky. Přidání nové pohybové aktivity u klientky proběhlo při druhém měření v únoru 2014. Přidaná aktivita spočívala v docházení 2x týdně do turistického kroužku mimo areál domova pro seniory. Přidání nových aktivit klientka snášela různě. Určité dny byla klientka více či méně unavená a měla častější potřebu přes den spát. Ve dnech kroužku se klientka cítila unavenější a večer chodívala dříve spát než obvykle. Přidaná aktivita nebyla pro klientu vhodná a po domluvě byla zrušena. Klientka se vrátila, do svého standardu, a je byla spokojená, aktivnější, nadále se věnovala aktivitám, které byla zvyklá vykonávat každý den.

4. 2. 4 Kazuistika č. 4

Klient souhlasil s uvedením informací o svém zdravotním stavu, v plném rozsahu, v této diplomové práci. Vlastní vyplněný informovaný souhlas stejně jako já, autorka práce.

Osobní údaje

- Jméno: klient 4
- Pohlaví: muž
- Věk: 79 let
- Stav: vdovec

Vstupní vyšetření klientky

Vstupní vyšetření jsem prováděla v září 2013 v Domově důchodců Šumperk p. o. K vyšetření klientky jsem použila testy pro hodnocení personálních ADL, instrumentálních ADL, MMSE, WHOQOL-OLD, Mezinárodní dotazník k pohybové aktivitě IPAQ (krátká česká verze), Senior Fitness Test.

Anamnézy

Osobní anamnéza

Klient se narodil v roce 1936. Klient během dětství neprodělal žádné vážné nemoci, v rodině se vyskytují nemoci jako infarkt myokardu, diabetes mellitus I. stupně. Klient prodělal infarkt myokardu v roce 2010. Trpí obezitou, bolestmi kloubů a hypertenzí.

Rodinná anamnéza

Matka klienta zemřela na stáří v 86 letech, otec zemřel na prodělaný infarkt myokardu v 84 letech. Klient má 3 sourozence, 2 syny, 3 vnoučata a 4 pravnoučata. Manželka zemřela v roce 2008 v 69 letech.

Školní a pracovní anamnéza

Klient nastoupil na ZŠ v roce 1942, po ukončení ZŠ klient nastoupil na

učiliště, obor strojírenský zámečnický. Po ukončení studia klient pracoval na různých pozicích, jak v oboru, tak mimo něj. Po narození dětí pracovat až do důchodu na zemědělském statku.

Sociální anamnéza

Klientka se s rodinou stěhoval za prací, od roku 2003 žije s rodinou v Šumperku. V roce 2008 ovdověl. V roce 2009 žije klient v Domově důchodců Šumperk p. o. Pravidelně klienta navštěvuje celá rodina.

Farmakologická anamnéza

Klientka v současné době užívá léky na hypertenzi a na bolest kloubů používá Dolminu.

Alergická anamnéza

Neuvádí žádnou alergii.

Funkční mobilita

Klient je na lůžku mobilní, samostatný a aktivně mění polohy. Sed je aktivní, stabilní. Do stoje zvládá samostatně bez opory. Chůze je samostatná, stabilní bez pomůcek ve vnitřním i venkovním prostředí. Mobilita v komunitě je samostatná, po domově a okolním prostředí orientován, samostatný. Zvládá jízdu MHD, nastoupí a vystoupí z auta.

Hodnocení aktivit denního života, kognitivních a mentálních funkcí

V hodnocení personálních aktivit denního života dle Barthle indexu dosáhl klient 100 bodů (zcela nezávislý). V instrumentálních aktivitách denního života (I-ADL) se klient pohybuje v rozmezí 75 bodů, což ukazuje částečnou závislost v I-ADL. Kognitivní funkce dle orientačního vyšetření testem MMSE se pohybuje klient v pásmu normálního stavu a dosáhl 28 bodů.

Zájmy

Klient po přestěhování do Domova důchodců Šumperk p. o. se na prostředí velmi dobře adaptoval a přizpůsobil se chodu zařízení. Rád čte, poslouchá

hudbu, dívá se na TV. Hlavním klientovým zájmem je hra na klávesy. Klient se zapojuje do všech akcí, které se na domově pořádají, hraje na různých akcích, narozeninových oslavách a dalších. Pět dní v týdnu klient navštěvuje skupinu léčebného tělocviku po 30 minutách, každý den chodí minimálně 2 hodiny. Dva dny v týdnu navštěvuje dílny vedené aktivizační pracovnící, kde se zapojuje do přípravy výzdoby areálu, pletení košíků, drátenictví a dalších činností. Při každé příležitosti jezdí na pořádané zájezdy, navštěvuje syny a vnoučata. Klient je v této oblasti velice aktivní.

Kvalita života

Klient vyplňoval na začátku i na konci spolupráce dotazník subjektivní kvality života – WHOQOL-OLD českou verzí, kde hodnotil 24 oblastí života v doménách fungování smyslů, nezávislosti, naplnění, sociálního zapojení, smrti a umírání, blízkých vztahů. Klient se svými výsledky v hodnocených oblastech zařadil do úrovně normy, mírně zvýšené a snížené kvality života. Z 6 hodnocených domén, se ve 4 zhodnocených zařadil do normy, v oblasti sociálního zapojení je klient v mírně zvýšené kvalitě života, v této oblasti je spokojený, jak se zapojením do akcí pořádaných v domově pro seniory, tak v činnostech každodenního života. V oblasti smrt a umírání dle norem, se klient zařadil do nízké kvality života. Na položené otázky v této oblasti klient odpovídal s obavami, co ho v budoucnosti čeká, zda bude jeho smrt bolestivá či ne.

Tabulka 28. Souhrnné výsledky před zahájením a po ukončení spolupráce

| domény | F25 | F26 | F27 | F28 | F29 | F30 |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| průměr IX/13 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3,5 |
| průměr VII/14 | 2,75 | 3,75 | 3,5 | 4 | 1,75 | 3,25 |

Pohybová aktivita

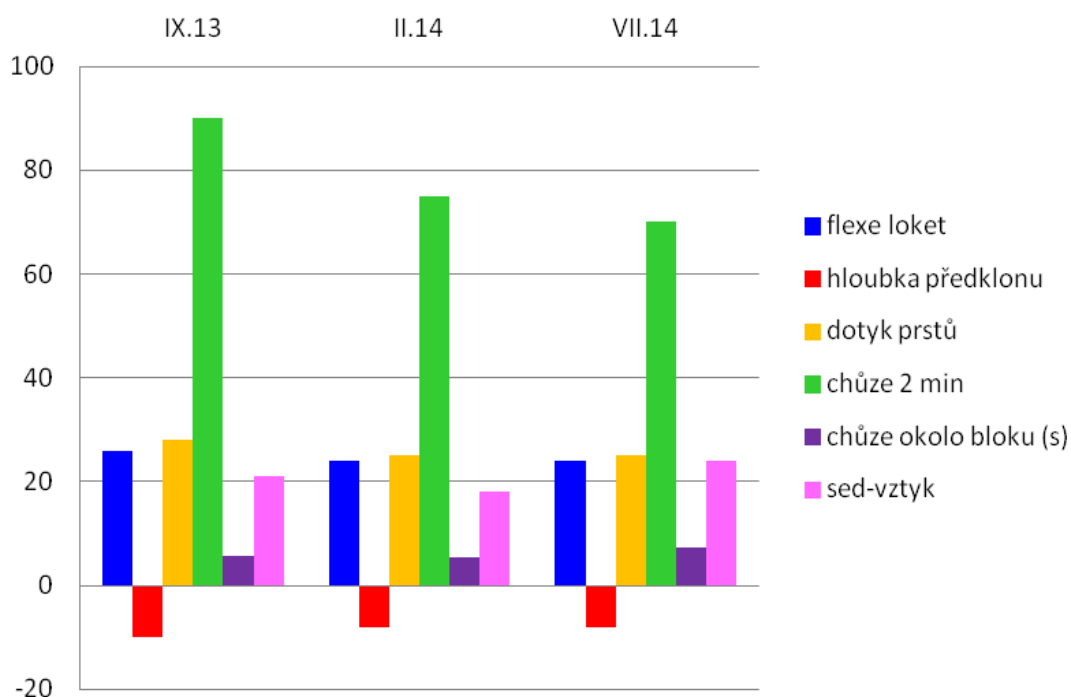
V grafu jsou znázorněny výsledky testu Senior fitness test. Měření byla prováděna v časovém rozmezí 5 měsíců. Mezi obdobími klient vykonával běžnou pohybovou aktivitu, kterou vykonává pravidelně během týdne (30 minutové cvičení 5x za týden, chůze, návštěva dílen, v letních měsících

procházky po zahradě a okolí domova).

Tabulka 29. Výsledky SFT

| | flexe loket | hloubka předklonu | dotyk prstů | chůze 2 min | chůze okolo bloku (s) | sed-vztyk |
|--------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-----------------------|-----------|
| IX.13 | 26 | -10 | 28 | 90 | 5,58 | 21 |
| II.14 | 24 | -8 | 25 | 75 | 5,3 | 18 |
| VII.14 | 24 | -8 | 25 | 70 | 7,3 | 24 |

Graf 20. Rozdíl ve výsledcích klienta SFT v měsíci září 2013, únor a červenec 2014.



Výsledky ve 3 průběžných měřeních se zásadně nelišily. Klient se snažil zadané úkoly provádět soustavně bez přestávek, mezi úkolem sed-vztyk klient občas odpočíval. Klient prodělal infarkt myokardu, klient se občasně zadýchává při vyšší zátěži. Nejvíce byl limitován v úkolech sed-vztyk ze židle, chůze 2 minuty na místě.

Pohybová aktivita je přiměřená věku a habitu klienta. Po domluvě s klientem

a fyzioterapeutem, jsme přidali pohybovou aktivitu nad rámec běžně prováděných aktivit. Domluvili jsme se na každodenní nepřetržité 20 minutové chůzi v tempu, které bylo přiměřené klientovi (při chůzi se klient nesmí zadýchávat, při setkání s ostatními promluvit bez problému) ve vnitřním a vnějším prostředí. Přidání nové aktivity klient snášel dobře. Chůze je přirozenou aktivitou, která klientovi nevadila, byl s ní spokojen. U klienta se objevovala subjektivně zvýšená únava během dní v závislosti na změněných klimatických podmínkách (tzv. bio zátěž). Pohybová aktivita byla přiměřená a vhodně zvolena.

Závěry

Hlavním cílem diplomové práce bylo zhodnotit tělesnou zdatnost, míru soběstačnosti a s tím spojené subjektivní vnímání kvality života seniorů žijících v domově pro seniory. Skupina zahrnovala 10 klientů obou pohlaví ve věkovém rozmezí 60 - 90 let, kteří pravidelně navštěvují léčebnou tělesnou výchovu (30 minut / 5 dní v týdnu), ergoterapeutické dílny a další pořádané aktivity. Pomocí testové baterie Senior Fitness Test (Rikli & Jones, 2001) jsme porovnali tělesnou zdatnost ve 3 měřeních v pětiměsíčních intervalech.

Na položené výzkumné otázky můžeme odpovědět:

1. Vede pravidelně prováděná pohybová aktivita ke zlepšení či udržení ukazatelů tělesné zdatnosti dle Senior Fitness Testu?

Pravidelná pohybová aktivita vedla u 10 seniorů k udržení či mírnému zlepšení tělesné zdatnosti. V každém z 3 měření se u většiny klientů projevovaly zvyšující se tendence.

2. Je vhodné využití české verze dotazníku pohybové aktivity IPAQ u seniorů žijících v domově pro seniory ke stanovení intenzity?

Použití dotazníku IPAQ u seniorské populace je vhodné za určení zásad, která mohou vést k podrobnějším a přesnějším informacím vedoucích k zařazení do kategorie intenzit. U seniorů žijících v domově pro seniory doporučuji vyplňování individuálně či v menších skupinkách, aby nedošlo k nepochopení zadaných otázek, také je vhodné během vyplňování kontrolovat zodpovězené otázky. Individuální vyplňování dotazníku je časově náročnější, ale dostaneme přesnější informace k následnému výpočtu a zařazení jedinců do kategorie intenzit.

3. Vede pravidelná pohybová aktivita k udržení úrovně soběstačnosti u seniorské populace hodnocení dle Barthel indexu a I - ADL?

Pravidelně prováděná pohybová aktivita vede k udržení vysoké úrovně soběstačnosti v personálních aktivitách denního života, jako je oblékání,

sebesycení, osobní hygiena, koupání, použití WC bez dopomoci druhé osoby. Z tabulky 14. Celkové zhodnocení Barthel indexu můžeme vidět, že 8 klientů dosáhlo vysokého hodnocení, 2 klienti dosáhli nižšího ohodnocení z důvodu zhoršené mobility. V oblasti instrumentálních aktivit denního života (I-ADL) také přispívá pohybová aktivita k udržení soběstačnosti v oblastech nákupu, jízdy dopravním prostředkem, telefonování a další. Na této oblasti se také podílí stav kognitivních a mentálních funkcí, které nalezneme v tabulce 13, které byly hodnoceny testem Mini-Mental State Examination.

4. Jak se projeví přidání pohybové aktivity nad rámec pravidelně prováděné u vybraných jedinců?

Přidání pohybové aktivity bylo u vybraných jedinců individuální a u každého se projevila různorodě. Přidána pohybová aktivita byla u 4 vybraných jedinců. U každého jedince se ukázaly individuální projevy jak v dobrém, tak horším slova smyslu. U 3 ze 4 klientů po navýšení pohybové aktivity došlo k pozitivním projevům. U jedné klienty přidaná pohybová aktivita nad rámec působila subjektivní zvýšení únavy.

5. Změní-li se či zůstane nezměněná schopnost soběstačnosti po přidané pohybové aktivitě u vybraných jedinců?

Po přidání pohybové aktivity nad rámec prováděné aktivity se míra soběstačnosti v aktivitách denního života u 2 vybraných klientů nezměnila, u 2 klientů došlo ke zvýšení aktivity v oblastech osobní hygieny a mobility v komunitě, kdy klienti samostatně docházeli na 3 jídla denně do hlavní jídelny, začali se procházet po zahradě v areálu.

6. Odráží se pohybová aktivita či přidání aktivity na zlepšení kvality života ve vybraných oblastech?

V předkládaném Dotazníku kvality života WHOQOL - OLD česká verze se pohybová aktivita projevuje především v doménách F26 Nezávislost, F28 Sociální zapojení a F30 Blízké vztahy. Ve všech těchto uváděných oblastech má pohybová aktivita nezastupitelnou roli. Přiměřená pohybová aktivita má velký vliv na udržení kvality života a schopnosti vést nezávislý život.

Souhrn

Cílem diplomové práce bylo vyhodnotit tělesnou zdatnost, míru soběstačnosti a s tím spojené subjektivní vnímání kvality života seniorů žijících v domově pro seniory. Ve stáří dochází k fyzickým i psychickým změnám, které následně ovlivňují jeho život a s tím spojené vnímání kvality života.

První část práce je věnována základním pojmům, obecné charakteristice stáří a popisu jednotlivých metod, které byly v práci využity. Teoretické poznatky byly shromážděny na základě prostudování odborné literatury a publikací, které se týkají dané problematiky.

Druhá část práce je zaměřena na přímou práci s klienty. Na zpracování jejich anonymních informací, metodické postupy a výsledky tří měření v rozmezí 5 měsíců. K testování klientů byl využit Senior Fitness Test, WHOQOL-OLD (česká verze dotazníku), Barthel index, Mini-mental state examination. Testování bylo prováděno se skupinou 10 seniorů, kteří pravidelně navštěvují tělesnou léčebnou výchovu v rámci zařízení, cvičení probíhá 5 dní týdně 30 minut denně.

Závěrečné zhodnocení výsledků všech prováděných testů sloužilo k informování jednotlivých klientů a zaměstnanců o jejich úrovni tělesné zdatnosti, míře soběstačnosti a subjektivním nahlížení na kvalitu života. Z celkových výsledků vyplynulo, že skupina 10 seniorů je díky pravidelně prováděné pohybové aktivitě soběstačná ve většině oblastí personálních aktivit denního života. Dále se ukázalo, že přiměřená pohybová aktivita, samostatnost a soběstačnost příznivě ovlivňuje kvalitu života. Z hodnocených dotazníků se ukázalo, že tělesná zdatnost, kondice a zdraví pozitivně ovlivňují soběstačnost a kvalitu života v každém věku. U seniorské populace ukazatele jako přiměřená pohybová aktivita, dobré zdraví z velké části ovlivňují jejich soběstačnost v aktivitách denního života a možnost vést nezávislý život bez nutné dopomoci druhých osob i v zařízeních sociální péče.

Limit diplomové práce vidím v malém vzorku testovaných klientů (10 seniorů), které jsme se zaměstnanci Domova důchodců Šumperk p. o. vybrali ve všech věkových kategoriích. Přínos diplomové práce do praxe je zhodnocení pohybové aktivity a její působení na kvalitu života a míru soběstačnosti seniorů

žijících v domovech pro seniory. Zhodnocením všech testovaných oblastí přispělo ke zlepšení míry soběstačnosti vybraných klientů a navržené pohybové aktivity dle subjektivního hodnocení klientů snášeli dobře a nadále ji budou vykonávat.

Summary

The aim of this diploma thesis was to evaluate the level of physical fitness, self-sufficiency and consequently the subjective perception of quality of life by the elderly living in the Homes for the Elderly.

The first section of the thesis focuses on the elementary terms, general characteristics of senescence and description of the particular methods, which were used to produce the thesis. The theoretical findings were gathered from scholarly literature and publications, which are concerned with the chosen topic.

The second section of the thesis is devoted to the direct work with the clients, processing their anonymous information, methodical procedures and the results of three measurements five months apart. The Senior Fitness Test was used to test the clients, as well as WHOQOL-OLD (the Czech version of the questionnaire), Barthel index and Mini-mental state examination. The testing was conducted with a group of 10 elderly people, who regularly participate in a physical health education course ran by the facility, the exercise takes place five times a week for thirty minutes.

The final assessment of the results of all conducted tests was instrumental towards informing the individual clients and employees about the client's level of physical fitness, self-sufficiency and their subjective perception of their quality of life. The results indicate, that a group of 10 elderly people is, due to the regular exercise, self-sufficient in most of the areas of their personal life. The results further illustrate, that an appropriate physical activity, self-sufficiency and self-reliance positively affect the quality of life. The evaluated questionnaires also display, that physical fitness, condition and good health positively affect self-sufficiency and quality of life regardless the age. The factors, like adequate physical activity and good health of the elderly population, largely affect their self-sufficiency in the activities of daily life and the possibility of living independently of the other person's assistance, even in the social-care institutions.

Limit of this diploma thesis is in a small number of tested participants (10 seniors). These participants were selected together with employee of Nursing

home Šumperk p. o. across all age categories. The contribution of diploma thesis is evaluation of the physical activity and its influence on quality of live and self-sufficiency rate of seniors living in nursing homes. The evaluation of all tested parameters contributed to the improvement of self-sufficiency of selected clients. Proposed physical activities were subjectively well tolerated by clients and they going to continue to practise.

Referenční seznam

- Čeledová, L., Čevela, R., Bienertová, J. (2014). *Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči na základě funkčního hodnocení stavu seniora*. *Geriatric a Gerontologie*, 3(2), 82-87.
- Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada
- Dąbrowská, M. (2013). *Ergoterapie v klinických oborech pro studenty se specifickými potřebami 1*. Ostravská univerzita v Ostravě
- Dragomerická, E., Prajsová, J. (2009). *WHOQOL-OLD*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Dragomirecká, P., Šelepová, P. (2004). *Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum*. In Hnilicová, H., *Kvalita života-Sborník příspěvků z konference* (pp. 91-101). Kostelec nad Čenými lesy: SV, s.r.o.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada.
- Dvořáčková, D., Kajanová, A. (2012). *Vybrané aspekty kvality života seniorů z dotazníku WHOQOL-OLD - smrt, umírání a blízké vztahy*. *Kontakt*: 14/3, 331- 339.
- Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén.
- Hátlová, B. (2010). *Psychologie seniorského věku [Učební texty]*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Pedagogická fakulta.
- Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické vydavatelství (SLON).
- Holčerová, V., Dvořáčková, D. (2013). *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada
- Hrozenská, M., Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada.
- Jelínková, J., Krivošíková, M., Šajtarová, L. (2009). *Ergoterapie*. Praha: Portál.
- Kalvach, Z. et al (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- Kalvach, Z., Čeledová, L., Holmerová, I., Jiráček, R., Zavázalová, H., Wija, P. et al. (2011). *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada.

- Kačmárová, M. (2013). *Subjektívne hodnotená kvalita života seniorov: kvalitatívne a kvantitatívne postupy jej zisťovania*. *Československá psychologie*, 57 (1), 42-51. ProQuest
- Kolář, P. et al (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén
- Kubínková, D., Křížová, A. (1997). *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2004). *Kvalita života*. In Hnilicová, H., *Kvalita života-Sborník příspěvků z konference* (pp. 9-20). Kostelec nad Čenými lesy: SV, s.r.o.
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada
- Macháčová, K., Bunc, V., Vaňková, H., Holmerová, I., Veleta, P. (2007). *Zkušenosti s hodnocením tělesné zdatnosti seniorů metodou „Senior fitness test“*. *Česká geriatrická revue*, 5(4), 248-253.
- Mareš, J. (2014). *Problémy se zjišťováním kvality života seniorů*. *Praktický lékař*, 94(1), 22-31.
- Maříková, H., Petrussek, M., Vodáková, A. a kol. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Němček, D. (2011). *Kvalita života seniorov a pohybová aktivita jako jej súčasť*. Prešov: Michal Vaško
- Ondušková, J. (2009). *Měření kvality života u seniorů*. *Česká geriatrická revue*, 7 (1), 36-39.
- Pfeiffer, J. (2001). *Ergoterapie*. Praha: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK Praha.
- Rikli, R. E., Jones, C. J. (2001). *Senior fitness test manual*. Champaign: Human Kinetics
- Roslawski, A. (2005). *Jak zůstat fit ve stáří*. Brno: Computer Press.
- Slepička, P., Slepičková, I. (2014). *Vnímané zdraví a motivace k pohybové aktivitě u seniorů*. *Kontakt*: 16/1, 50-57.
- Spirduso, WW. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Spirduso, WW., Francis, K. L., MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.

- Štílec, M. (2003). *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum.
- Šubrt, J. a kol. (2008). *Soudobá sociologie III (Diagnóza soudobých společností)*. Praha: Karolinum.
- Uhlíř, P. (2008). *Pohybová cvičení seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada.
- Votava, J. a kol. (2003). *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum.
- Wittmannová, J. (2007). *Aktivní v každém věku*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Internetové zdroje

<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/ergoterapie-v-geriatrii>

<http://skolajecna.cz/soss/wp-content/uploads/2011/02/mini-mental-test.pdf>

www.mpsv.cz/cs/18661

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1 Informovaný souhlas

Příloha 2 Dotazník pohybové aktivity IPAQ-přední strana

Příloha 3 Dotazník pohybové aktivity IPAQ-zadní strana

Příloha 4 Dotazník kvality života WHOQOL-OLD

Příloha 5 Dotazník kvality života WHOQOL-OLD I.

Příloha 6 Index soběstačnosti dle Barthelové

Příloha 7 Hodnocení instrumentálních ADL

Příloha 8 MMSE

Informovaný souhlas

Studie: Využití testů hodnocení aktivit denního života ke zkvalitnění péče u seniorů žijících v domově důchodců (pracovní název).

Jméno: _____

Datum narození: _____

Účastník/zákonný zástupce byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl jsem podrobně instruován o cíli studie, o jejích postupech a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností.
3. Porozuměl jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. S mojí účastí ve studii není spojeno poskytnutí žádné odměny.
6. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Datum:

Bc. Martina Vernerová
Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
(vedoucí práce)

Podpis účastníka/ zákonného zástupce:

Hlavní řešitel projektu

MEZINÁRODNÍ DOTAZNÍK K POHYBOVÉ AKTIVITĚ

Zajímáme se o pohybovou aktivitu, kterou vykonáváte jako součást Vašeho každodenního života. V otázkách se Vás budeme ptát na čas, který jste strávili pohybovou aktivitou **v posledních 7 dnech**. Prosíme Vás o zodpovězení všech otázek, i když se nepovažujete za pohybově aktivního člověka. Zamyslete se prosím nad aktivitami, které provádíte v zaměstnání, jako součást domácích prací, na zahradě, při přemísťování se z místa na místo a ve vašem volném čase při rekreaci, cvičení či sportu.

Zamyslete se nad **intenzivní pohybovou aktivitou** (tělesně náročná), kterou jste prováděl/a **v posledních 7 dnech**. **Intenzivní pohybová aktivita** se vyznačuje těžkou tělesnou námahou a zadýcháním (výrazně rychlejší a těžší dýchání než normálně). Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.

1. V kolika dnech, během posledních 7 dnů, jste prováděl/a **intenzivní pohybovou aktivitu**, například zvedání těžkých břemen, kopání (rytí), aerobik nebo rychlou jízdu na kole?

_____ dnů v týdnu

Neprovádím žádnou intenzivní pohybovou aktivitu → **Přejděte k otázce 3**

2. Kolik času jste obvykle strávil/a při **intenzivní pohybové aktivitě** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Zamyslete se nad veškerou **středně zatěžující pohybovou aktivitou**, kterou jste prováděl/a **v posledních 7 dnech**. **Středně zatěžující pohybová aktivita** se vyznačuje střední tělesnou námahou, při níž dýcháte trochu více než normálně. Berte v úvahu pouze tu pohybovou aktivitu, která trvala nepřetržitě alespoň 10 minut.

3. V kolika dnech, během **posledních 7 dnů**, jste prováděl/a **středně zatěžující** pohybovou aktivitu, například nošení lehčích břemen, jízdu na kole běžnou rychlostí nebo čtyřhru v tenise? Nezapomínejte chůzi.

_____ dnů v týdnu

Neprovádím žádnou středně zatěžující pohybovou aktivitu → **Přejděte k otázce 5**

4. Kolik času jste obvykle strávil/a při **středně zatěžující pohybové aktivitě** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Zamyslete se nad časem, který jste za **posledních 7 dnů** strávil/a chůzí. Zahrňte chůzi v zaměstnání, v rámci školní docházky i doma, přesuny (cestování) chůzí z místa na místo, ale i jinou chůzi, kterou vykonáváte výhradně pro rekreaci, sport, cvičení nebo vyplnění volného času.

5. V kolika dnech, během **posledních 7 dnů**, jste **chodil/a** nepřetržitě alespoň 10 minut?

_____ dnů v týdnu

Nechodil(a) jsem → **Přejděte k otázce 7**

6. Kolik času jste obvykle strávil/a **chůzí** v jednom z těchto dnů (v průměru za jeden den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

Poslední otázka této části se týká času, který jste strávil/a **sezením v pracovních dnech**, během **posledních 7 dnů**. Zahrňte čas strávený sezením v zaměstnání, v rámci školní docházky, doma, při plnění domácích úkolů a během volného času. Zahrňte také čas strávený sezením u stolu, na návštěvě přátel, u čtení nebo také sezením či ležením při sledování televize.

Příloha 3

7. Kolik času **denně** jste obvykle strávili/a **sezením v pracovních dnech** (v průměru za jeden pracovní den)?

_____ hodin denně

_____ minut denně

Nevím/ Nejsem si jistý(á)

DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY

1. Pohlaví: ___ Muž
___ Žena

2. Kolik vám bylo let při vašich posledních narozeninách?

___ Let
___ Nevím/Nejsem si jistý/á
___ Odmítám odpovědět

3. Kolik let školní docházky máte ukončeno (včetně základní školy)?

___ Let
___ Nevím/Nejsem si jistý/á
___ Odmítám odpovědět

4. Máte v současné době placené zaměstnání?

___ Ano
___ Ne → Přejděte k otázce č. 6
___ Nevím/Nejsem si jistý/á → Přejděte k otázce č. 6
___ Odmítám odpovědět → Přejděte k otázce č. 6

5. Pokud ano, kolik hodin týdně pracujete ve všech zaměstnáních?

___ Hodin týdně
___ Nevím/Nejsem si jistý/á
___ Odmítám odpovědět

6. Kam zařadíte místo, kde žijete?

___ Velké město (> 100 000 obyvatel)
___ Středně velké město (30 000 - 100 000 obyvatel)
___ Menší město (1 000 - 29 999 obyvatel)
___ Malá obec/vesnice (< 1 000 obyvatel)
___ Nevím/Nejsem si jistý/á
___ Odmítám odpovědět

Doplňující údaje

Výška (cm):

Hmotnost (kg):

Bydliště: okres obec Národnost:

Způsob bydlení (dům-D, bytový dům-B): Kuřák (ano-A, ne-N):

Způsob života (sám-S, v rodině-R, v rodině s dětmi do 18 let-RD): Máte psa (ano-A, ne-N):

Materiální podmínky: mám k dispozici (ano-A, ne-N) kolo auto chatu, chalupu

Organizovanost (pravidelná účast v organizované pohybové aktivitě po většinu roku-organizuje osoba nebo instituce, ne-N, 1x, 2x, více krát - týdně):

Sportovní činnost, kterou během roku nejčastěji provozujete

kteřou byste nejraději provozoval/a

Neprovozují žádnou sportovní aktivitu

Děkujeme Vám za pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníku.

WHOQOL-OLD

7. (F29.3) Nakolik se obáváte ztráty kontroly v souvislosti se smrtí?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. (F29.4) Jak moc se bojíte umírání?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. (F29.5) Jak moc se bojíte bolesti při umírání?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech, např. chodit ven tak, jak byste rád/a. Pokud jste mohl/a provádět tyto činnosti v plném rozsahu, zakroužkujte číslo u slova „zcela“. Pokud jste je vůbec nemohl/a provádět, zakroužkujte číslo u výrazu „vůbec ne“. Pokud chcete naznačit, že Vaše odpověď leží někde mezi „vůbec ne“ a „zcela“, zakroužkujete jedno z čísel, které leží mezi nimi. Otázky se vztahují k posledním dvěma týdnům.

10. (F25.4) Do jaké míry ovlivňují potíže se smysly (např. sluch, chuť, hmat, zrak, čich) Vaši komunikaci s ostatními lidmi?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. (F26.3) Do jaké míry se můžete věnovat věcem, které byste rád/a dělal/a?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. (F27.3) Jste spokojen/a se svými možnostmi nadále v životě něčeho dosáhnout?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

20. (F25.2) Jak byste hodnotil/a to, jak vám slouží smysly (například sluch, zrak, chuť, čich, hmat)?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázky se týkají Vašich **velmi blízkých (intimních) vztahů**, které máte. Uvažujte, prosím, o těchto otázkách ve vztahu ke svému partnerovi nebo jinému blízkému člověku, se kterým sdílíte blízkost více než s kýmkoliv jiným ve svém životě.

21. (F30.2) Jak velký význam má ve Vašem životě přátelství?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

22. (F30.3) Kolik je ve Vašem životě lásky?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

23. (F30.4) Máte příležitost někoho milovat?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

24. (F30.7) Máte příležitost být někým milován/a?

| | | | | |
|----------|--------|---------|-------|-----------|
| vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Chcete k dotazníku něco dodat?

Děkujeme vám za spolupráci

INDEX SOBĚSTAČNOSTI DLE BARTHELOVÉ

PACIENT _____ ROČNÍK _____ DATUM _____

| HODNOCENÝ ASPEKT | POPIS | BODOVACÍ SKÓRE |
|-------------------------|--------------------------|----------------|
| 1. NAJEDENÍ, NAPITÍ | SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI | 10 |
| | S POMOCÍ | 5 |
| | NEPROVEDE | 0 |
| 2. OBLÉKÁNÍ | SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI | 10 |
| | S POMOCÍ | 5 |
| | NEPROVEDE | 0 |
| 3. KOUPÁNÍ | SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI | 10 |
| | S POMOCÍ | 5 |
| | NEPROVEDE | 0 |
| 4. OSOBNÍ HYGIENA | SAMOSTATNĚ NEBO S POMOCÍ | 5 |
| | NEPROVEDE | 0 |
| 5. KONTINENCE MOČI | PLNĚ KONTINENTNÍ | 10 |
| | OBČAS INKONTINENTNÍ | 5 |
| | INKONTINENTNÍ | 0 |
| 6. KONTINENCE STOLICE | PLNĚ KONTINENTNÍ | 10 |
| | OBČAS INKONTINENTNÍ | 5 |
| | INKONTINENTNÍ | 0 |
| 7. POUŽITÍ WC | SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI | 10 |
| | S POMOCÍ | 5 |
| | NEPROVEDE | 0 |
| 8. PŘESUN LŮŽKO - ŽIDLE | SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI | 15 |
| | S MALOU POMOCÍ | 10 |
| | VYDRŽÍ SEDĚT | 5 |
| | NEPROVEDE | 0 |
| 9. CHŮZE PO ROVINĚ | SAMOSTATNĚ NAD 50 M | 15 |
| | S POMOCÍ 50 M | 10 |
| | NA VOZÍKU 50 M | 5 |
| | NEPROVEDE | 0 |
| 10. CHŮZE PO SCHODECH | SAMOSTATNĚ BEZ POMOCI | 10 |
| | S POMOCÍ | 5 |
| | NEPROVEDE | 0 |

| HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI DLE BARTHELOVÉ | |
|--|----------------------------|
| 0 - 40 BODŮ | VYSOCE ZÁVISLÝ |
| 45 - 60 BODŮ | ZÁVISLOST STŘEDNÍHO STUPNĚ |
| 65 - 95 BODŮ | LEHKÁ ZÁVISLOST |
| 100 BODŮ | NEZÁVISLÝ |

| Test instrumentálních všedních činností IADL | | |
|---|--|-------------------|
| Činnost | Hodnocení | Bod. skóre |
| 1. Telefonování | Vyhledá samostatně číslo, vytočí je | 10 |
| | Zná několik čísel, odpovídá na zavolání | 5 |
| | Nedokáže použít telefon | 0 |
| 2. Transport | Cestuje samostatně dopravním prostředkem | 10 |
| | Cestuje, je-li doprovázen | 5 |
| | Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod. | 0 |
| 3. Nakupování | Dojde samostatně nakoupit | 10 |
| | Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby | 5 |
| | Neschopen bez podstatné pomoci | 0 |
| 4. Vaření | Uvaří samostatně celé jídlo | 10 |
| | Jídlo ohřeje | 5 |
| | Jídlo musí být připraveno druhou osobou | 0 |
| 5. Domácí péče | Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací | 10 |
| | Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu | 5 |
| | Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní | 0 |
| 6. Práce kolem domu | Provádí samostatně a pravidelně | 10 |
| | Provede pod dohledem | 5 |
| | Vyžaduje pomoc, neprovede | 0 |
| 7. Užívání léků | Samostatně v určenou dobu správnou dávku, | 10 |
| | Zná názvy léků | 5 |
| | Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty | 0 |
| 8. Finance | Léky musí být podávány druhou osobou | |
| | Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje | 10 |
| | Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi | 5 |
| | Neschopen bez pomoci zacházet s penězi | 0 |
| <p>Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:</p> <p>0 – 40 bodů: závislý v IADL</p> <p>45 – 75 bodů: částečně závislý v IADL</p> <p>80 bodů: nezávislý v IADL</p> | | |

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION - ZÁZNAMOVÝ LIST

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Jméno / rok narození | | Datum vyšetření | | | | | | | | |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | |
| | | den | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | měsíc | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | rok | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

1. ORIENTACE

| | | | | | | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Jaký den v týdnu je dnes? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Kolikátého je dnes? Jaké je dnes datum? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Který měsíc v roce je nyní? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Který rok je nyní? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Jaké je nyní roční období? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ve kterém státě jsme? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ve kterém okrese jsme? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ve kterém městě jsme? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Jak se jmenuje tato nemocnice (zdravotnické zařízení)? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ve kterém poschodí se nacházíme? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

2. ZAPAMATOVÁNÍ

| | | | | | | | | | |
|--|---------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Bezprostřední reprodukce tří předmětů: | citron | lopata | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | klíč | šátek | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | babička | váza | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

| | | | | | | | | | |
|--|-----|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Opakované odečítání čísla 7 od čísla 100 | 100 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| nebo hláskování slova POKRM pozpátku | 93 | M | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 86 | R | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 79 | K | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 72 | O | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 65 | P | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4. PAMĚŤ, VÝBAVNOST

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Reprodukce tří předmětů z bodu 2: | lopata | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | šátek | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | váza | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5. POJMENOVÁNÍ

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ukažte náramkové hodinky: | 'Co je to?' | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ukažte tužku: | 'Co je to?' | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

6. OPAKOVÁNÍ

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Opakování věty: | 'Žádné kdyby anebo ale'. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|-----------------|--------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|