

Možnosti identifikace poruch sebestěče u seniorů a jejich kompenzace

Mgr. Eva Smičková, DiS.

2. interní klinika, FN Olomouc

Domácí prostředí sehrává významnou roli v udržení soběstačnosti seniora po co nejdelší dobu. Hlavní význam pro zachování soběstačnosti je kladen na uchování pohybu a psychosociálního rozvoje osobnosti. Není-li jedinec schopen z různých důvodů zvládat běžné aktivity denního života a naplňovat své základní potřeby v domácím prostředí, stává se jedincem nesoběstačným, až závislým na okolí. Nezbytné je co nejrychlejší odhalení nebo předcházení tohoto stavu a zajištění takové péče, která bude vyhovovat konkrétní osobě a umožní jí vést co nejvyšší život v domácím prostředí či v prostředí, nejvhodnějším vzhledem k jeho zdravotnímu stavu.

Klíčová slova: senior, porucha sebestěče, hodnocení sebestěče, kompenzace.

Ability to identity disorders in the elderly self-care and compensation

Home environment is important element of keeping self sufficiency of senior as long as possible. To the most significant moments in maintaining self sufficiency belongs keeping motion ability and psychosocial development of personality. If an individual is not able to manage common activities of everyday life and satisfy his basic needs in home environment for any reasons, he becomes self insufficient or even dependent. Detection at an early phase or prevention such a state, providing care which corresponds with particular needs and enables high-quality life in home environment or in environment most appropriate considering one's health condition, is essential.

Key words: senior, failure of self care, evaluation of self care, compensation.

Med. praxi 2011; 8(9): 391–393

Populační stárnutí patří k jednomu z významných demografických trendů současné doby, které se stává celosvětově diskutovaným problémem jednadvacátého století.

Senioři představují rizikovou skupinu populace, a to především pro častou **polymorbiditu, atypickou symptomatologii** onemocnění a **stařeckou křehkost (frailty)**, která patří k základním charakteristikám geriatrických pacientů. Samotný proces stárnutí s sebou přináší úbytek kognitivních funkcí různé intenzity a různé rychlosti nástupu, z oblasti fyzické je typické snížení fyzické síly a výkonnosti, zhoršení funkcí jednotlivých orgánů vlivem faktorů genetických a faktorů vnějšího prostředí. Výkonnost, zdatnost, odolnost k zátěži a svalová síla klesají nejen v důsledku stárnutí, ale často i v důsledku nečinnosti seniora, což vede k svalovým atrofiím. Senzorickými poruchami jsou zhoršení sluchu, snížení zrakové ostrosti, snížení chuťových a čichových smyslů, zhoršení vnímání tělesné teploty a tlaku na kůži. Porucha v nutrici, mimo předešlých, zároveň zhoršuje celkovou funkční zdatnost seniora. Disabilita seniora bývá příčinou mnohých nepříznivých následků, kterými jsou časté pády, závislost nemocného na péči a hospitalizaci, tím spojená vyšší spotřeba zdravotnické péče a vyšší mortalita.

Pojem „sebestěče“ je samostatné vykonávání denních aktivit k zajištění a udržení určitého

stavu materiálních věcí a podmínek k zachování života, kterými jsou stravování, oblékání, výživa a vyprazdňování. Zdravotně podmíněné požadavky sebestěče vzniknou tehdy, dojde-li ke změně, deviaci od normálního zdravotního stavu. Tento stav může být vyvolán nemocí, úrazem, nepohodou, omezením aj. (1).

Cílem péče o seniora je zajistit vysoce profesionální odbornou, ale i lidskou péči a pokusit se udržet starého člověka co nejdéle soběstačným. Pobyt seniora v nemocnici jej velice ovlivní po stránce fyzické (riziko imobilizačního syndromu, hospitalizmu), i psychické (omezení sociálních kontaktů, neefektivní plnění rolí aj.). Zdravotnický personál, který pečuje o tyto nemocné, musí znát všechna rizika hospitalizace seniorů a měl by jim, pokud je to možné, předcházet.

Součástí příjmu nemocného seniora na oddělení je nezbytné posouzení psychické a fyzické soběstačnosti, a to pomocí rozhovoru, který provádíme s nemocným samotným, či jeho rodinou, nejbližšími, v ničím nerušeném prostředí. Během rozhovoru si všímáme, jak se senior pohybuje (samostatně nebo pomocí kompenzačních pomůcek), upravenosti seniora, posoudíme případné smyslové poruchy a jejich kompenzace aj. Významnými pomůckami k zhodnocení úrovně sebestěče nemocného jsou **testovací škály**.

Mezi nejčastěji používané testovací škály zahrnujeme posuzování základních (**ADL** test – Activities of Daily Living) a instrumentálních (**IADL** test – Instrumental Activities of Daily Living) činností denního života, kognitivních schopností, mobility, zraku a sluchu, vyprazdňování, výživového stavu a faktorů prostředí. V závěru funkčního vyšetření je kategorizován problém jako funkční, zdravotní nebo problém vyžadující pomoc a je stanoven plán komplexní péče o seniora. Tento plán zahrnuje úpravu prostředí seniora, vybavení a pomůcky pro pomoc a asistenci, doporučení vhodných zdravotních a sociálních služeb pečovateli.

Soběstačnost nemocného lze posoudit i následujícími dotazníky:

- dotazník funkčního stavu **FAQ-CZ** (Functional Activities Questionnaire)
- dotazník soběstačnosti **DAD-CZ** (Disability Assessment for Dementia)
- Bristolská škála aktivit denního života **BADLS-CZ** (Bristol Activities of Daily Living Scale) (2)

Úroveň kognitivních schopností můžeme posuzovat dle dosaženého vzdělání a profese klienta. Je třeba zohlednit věk nemocného, a to zejména u osob starších 85 let (2). Z funkčních neuropsychologických testů je vhodné

u rizikových nemocných v ordinaci praktického lékaře provádět min. jednou za rok MMSE podle Folsteina (Mini-Mental State Examination) nebo alespoň zkrácený desetibodový test mentálních funkcí (3). **MMSE** patří k nejpoužívanějším metodě ke zjištění celkových globálních kognitivních funkcí. Dalším testem je **clock test** (test kreslení hodin), kdy úkolem testované osoby je nakreslit ciferník a čísla na hodinách a umístit ručičky tak, aby ukazovaly požadovaný čas. Tato zkouška postihuje několik kognitivních funkcí současně – prostorovou paměť, zrakově-motorickou koordinaci, exekutivní funkce, sémantickou paměť a schopnost plánování a soustředění (2).

Rozšířením MMSE testu o další položky vychází **Addenbrookský kognitivní test**, který posoudí podrobněji a větší počet kognitivních funkcí. Lze jej využít k vyhledávání časných stadií kognitivních poruch, a to i mírné kognitivní poruchy (2). V ČR méně používaným testem je tzv.

Montrealský kognitivní test.

Zajímáme se také o **sociální zázemí nemocného**, o kvalitu a vybavení bytu seniora (včetně vybavení kompenzačními pomůckami), vzdálenost a dostupnost komunitních služeb apod. Ověřujeme si, jak dosud klient zvládal aktivity denního života nebo využíval některé sociální či zdravotní služby a v jakém rozsahu (např. pečovatelskou službu, domácí péči).

Zhodnocením soběstačnosti seniora odhalíme nedostatky, které můžeme během hospitalizace, nebo v domácím prostředí napravit. Jedná se o trénování činností, úpravu pomůcek a prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje, ale také přiměřené vybavení seniora kompenzačními pomůckami.

Sebeobslužné aktivity dělíme na základní (bazální), kam řadíme oblékání, schopnost najíst se, kontinenci moče a stolice, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu (přesun z lůžka na židli dle ADL), a na instrumentální sebeobslužné aktivity, které nemocnému umožňují žít nezávisle ve své komunitě. Zde zahrnujeme například nakupování, běžné domácí práce, přípravu jídla aj.

Základním trendem by měla být snaha udržet seniory co nejdéle v jejich přirozeném prostředí s vytvořením takových podmínek a služeb, které by saturovaly jejich specifické potřeby. Rodinní pečovatelé by měli vědět o všech dostupných kompenzačních pomůckách pro seniory, ale i o službách a zařízeních, které mohou být nápomocny v péči o nemocného. Jedná se o formu zdravotních nebo sociálních služeb. Pomoc starému člověku v rodině vyžaduje její velkou soudržnost, odhodlání, sílu a schopnost

pečovat. Pečující k tomu potřebují dostatek vhodných informací, pomůcek a také pomoc profesionálů, kteří se domácí péčí zabývají.

Kompenzačními pomůckami jsou označovány pomůcky, přístroje a zařízení, jež pomáhají zmírnit důsledek porušené funkce nebo kompenzují funkci zcela vyřazenou. V současnosti jsou dobře promyšlené, cenově dostupné a pro seniory představují důležitou oporu.

Prostředky pro zlepšení kvality života seniorů s disabilitou, můžeme rozdělit následovně:

- prostředky zdravotnické techniky
- prostředky pro zlepšení lokomoce a soběstačnosti pacientů

Technické kompenzační pomůcky:

- implantáty stávající se součástí těla (do těla vložené, např. endoprotézy)
- pomůcky nahrazující částečně či úplně ztracenou funkci nebo část těla (těla se dotýkající), např. protézy, podpůrné aparáty, epitézy, brýle, sluchadla, vozíky, pomůcky k soběstačnosti (5)
- rehabilitační pomůcky (od těla vzdálené), např. automobil, se speciální úpravou řízení, komunikační systémy, robotizované systémy umožňující sebeobsluhu, pomůcky resocializační a pomůcky k vybavení či bezbariérové úpravy (5)

Pomůcky dostupné na našem trhu, je možné nalézt v katalogích zdravotních pojišťoven, kde je zpravidla uvedena cena pomůcky, její částečné, úplné nebo žádné hrazení, specializace lékaře, který pomůcku může předepsat a časové omezení používání pomůcky.

Prostředky pro zlepšení lokomoce a soběstačnosti pacientů:

- **pomůcky ortopedicko-protetické**, sériově vyráběné. Patří sem např. ortézy – stabilizují instabilitu kloubů jejich fixací, korzety – indikované pro kloubní artrózu, artritidu. Umožňují funkci jako je sed, stoj, chůze, zvedání břemen apod., ortézy pro pooperační a poúrazové stavy v oblastech končetin – zajištění rigidní fixace a imobilizace, břišní ortézy – pooperační stavy nebo pro zpevnění břicha jako podpora břišního lisu, trupové ortézy – po operacích, při bolestivých stavech páteře. Protézy lze vyrobit individuálně nemocnému na míru protetikem, který se zabývá rovněž i jejich úpravou protetických pomůcek (5)

■ **vozíky pro zdravotně postižené**, mechanické nebo elektrické. Vozík je určen pro nemocné, kteří mají zachovanou motoriku horních končetin a funkci trupového svalstva. Při jeho indikaci je nezbytné, aby si jej nemocný mohl vyzkoušet a byl seznámen s jeho používáním (5). K překonání jedno i víceramenných schodišť v objektu slouží tzv. schodolezy, určeny pro osoby na mechanických vozících

■ **tříkolka (vícestopé kolo)**, vhodná pro seniory s horší stabilitou, motorikou

■ **hole a berle**. Běžné jsou hole vycházkové, nastavitelné, skládací, hůl tří nebo čtyřbodová. Berle rozlišujeme podlažní a předloketní, tzv. francouzské. Nezbytné je vyzkoušení berle a naučení seniora správné chůze o berlích (5). Pro zajištění lepší stability je vhodné použití protiskluzových nástavců

■ **chodítka** jsou k dispozici ve variantách tří nebo čtyřbodová, pevná nebo nastavitelná, kloubová, skládací, popř. s kolečky. Pro seniory jsou nejvhodnější čtyřkolová skládací, s nastavitelnou rukojetí, sedátkem a košíkem. Může obsahovat rovněž podnos a sloužit tak k servírování jídel (5)

■ **pomůcky k hygieně** jsou velice důležité z hlediska bezpečnosti seniora a zlepšení jeho soběstačnosti. Koupelna by měla být vybavena záchytnými madly, protiskluzovými podložkami, sedačkou do vany, nástavci na hygienické pomůcky. V dosahu WC umístěna rovněž madla, dostupný je rovněž nástavec na WC, a to zejména pro seniory po implantaci kyčelního kloubu apod. S ohledem na potenciální problém nemocného jsou vhodnými pomůckami při inkontinenci seniora pleny, kalhotky či vložky. Důležité jsou rovněž pomůcky pro kolostomiky, ileostomiky a urostomiky, poskytující kompletní sortiment jednoduchých a dvoudílných pomůcek v různých tvarech, velikostech a barvách, které se odlišují konstrukčním provedením a uzamykacím systémem. Firmy dodávají pestrou škálu prostředků na čištění, ošetřování a ochranu kůže a různé doplňky (pásky, pohlcovače pachů, irigační soupravy, vkládací kroužky)

■ **zvedáky** dělíme na hydraulické, vodní hydrolyft, elektrické, mechanické – pojízdné, elektrický – vanový. K dispozici je různá škála příslušenství, např. opěrky zad, bezpečnostní kurt aj. (5)

■ **polohovací postel** pro těžce postiženého seniora ve formě mechanické, elektrické,

Tabulka 1. Barthelův test základních všedních činností (ADL)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
08.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
Hodnocení	Závislost		Body
		Vysoce závislý	0–40 bodů
		Závislost středního stupně	45–60 bodů
		Lehká závislost	65–95 bodů
		Nezávislý	96–100 bodů

opět s různorodou škálou příslušenství – postranice, hrazda s rukojetí, pracovní či jídelní plocha, antidekubitální matrace a podložky

■ **Ortopedická obuv** určena pro nemocné, kteří mají problémy s chůzí na základě postižení dolní končetiny, zejména při jejím zkrácení. Je možné indikovat také obuv pooperační, pro diabetiky, profylaktickou s různými druhy podpatěnek, či ortopedických vložek (5)

Cílem ošetrovatelské péče v oblasti sebedě-
če je udržení stávajících schopností seniora a do-
sažení co nejvyšší nezávislosti klienta. Úkolem
ošetřujícího personálu, příp. rodiny, není pouze
kompenzovat jeho deficit, ale cíleně jej vést
k soběstačnosti. Sestra nemocnému pomáhá
v činnostech, které není schopen zvládnout sám,
motivuje ho a podporuje v získání ztracených
schopností. Velmi důležité je zajištění příjemné-
ho a bezpečného prostředí. Seniori s porušený-

mi kognitivními a percepčními funkcemi by měli
při vedení k sebeobsluze dodržovat pravidelný
denní režim, používat jen jednoduché výrazy,
pokyny dávat postupně, aby nedošlo k přetě-
žování nemocného. Je nutné mít na paměti, že
nemocní v seniorském věku se mnohem dříve
unaví. Svůj význam má i správná komunikace
s těmito nemocnými. Při seznamování s kom-
penzačními pomůckami poskytnout nemocné-
mu dostatek času na manipulaci s nimi. Důležitá
je rovněž i zpětná vazba, která nám poskytne
informace o pochopení pomůcky seniorem.

Využívání kompenzačních pomůcek by
mělo vést k podpoře samostatnosti seniora
a důsledkem by mohlo být také zvýšení jeho
sebevědomí. Bude-li efektivně hodnocena bo-
lest a další potíže nemocného před nácvikem
sebeobslužných aktivit, mělo by dojít ke zvýšení
motivace k činnostem a lepším výsledkům v pro-
váděných činnostech a aktivitách.

Závěr

Pojem sebedě-
ní aktivity jedince, které vedou k uspokojení jeho
základních biologických potřeb. Úkolem ošetro-
vatelského personálu, ale i rodiny, je co nejefek-
tivnější kompenzace deficitu seniora a pocho-
pení možností využití podpůrných mechanismů
a pomocných osob.

Literatura

1. Bekel G, halmo R. Teorie deficitu sebedě-
mouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004; 60s. ISBN
80–244–0794–9.

2. Bartoš A, hasalíková M. Poznejte demenci správně a včas –
příručka pro klinickou praxi. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010;
181s. ISBN 978–80–204–2282–8.

3. Weber P. Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a se-
stru v ambulanci. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2000; 151s. ISBN
80–7013–314–7.

4. Jarošová D. Úvod do komunitního ošetrovatelství. 1. vyd. Pra-
ha: Grada Publishing, 2007;100s. ISBN 978–80–247–2150–7.

5. Lippertová-Grunerová M. Neurorehabilitace. 1. vyd. Praha:
Galén, 2005; 350s. ISBN 80–7262–317–6.

6. Barthelův test základních všedních činností (ADL).

Článek přijat redakcí: 9. 6. 2011
Článek přijat k publikaci: 30. 6. 2011

Mgr. Eva Smičková, DiS.
Interní klinika, FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
sevule@seznam.cz