

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Eva Kukuczková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Eva Kukuczková

Hospitalismus u seniorů v nemocnici

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Olomouc 2012

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

Hospitalismus u seniorů v nemocnici

Název práce v AJ:

Hospitalism in seniors in the hospital

Datum zadání: 2011-27-01

Datum odevzdání: 2012-30-04

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Eva Kukuczková

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jan Chrastina

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce podává přehled dosud publikovaných dostupných poznatků a informací na základě stanovených cílů. Cíle práce jsou zaměřeny na rizikové skupiny seniorů v nemocnici, příčiny vzniku geriatrických syndromů a jejich komplikací a také na intervence vedoucí ke zmírnění komplikací vzniklých během hospitalizace seniora. Informace obsažené v této práci byly vyhledány s pomocí databází EBSCO, ProQuest a systému časopiseckých publikačních výstupů vydavatelství SOLEN. Použity byly i česká recenzovaná periodika Kontakt, Ošetřovatelství a porodní asistence, Medicína pro praxi a další. Práce je členěná do tří kapitol, které pojednávají o seniorovi jako častém pacientovi v nemocniční péči, příčinách vzniku

geriatrických syndromů a intervencích v ošetrovatelské péči o seniora v nemocnici.

Abstrakt v AJ:

This overview thesis gives an overview of published understanding and information based on set of objectives. Objectives of thesis are focusing on high-risk groups of older people in the hospital, the cause of geriatric syndromes and their complications and interventions leading to reduction of complications arising during hospitalization of seniors. The information contained in this thesis were searched using EBSCO, ProQuest and Solen system. Also periodicals Czech Contact, Nursing and Midwifery, Medical Practice and other were used. The thesis is divided into three chapters that are dealing with seniors as a frequent patients, the causes of geriatric syndromes and interventions in nursing care for elderly people in the hospital.

Klíčová slova v ČJ:

senior, hospitalizace, hospitalismus, dlouhodobá péče, zranitelnost, vulnerabilita, křehkost, stáří, ADL, AIDL, adaptace, důstojnost, autonomie, geriatrický pacient, gerontologické ošetrovatelství

Klíčová slova v AJ:

senior, hospitalization, hospitalism, long term care, vulnerability, frailty, elderly, old age, ADL, AIDL, adaptation, dignity, autonomy, geriatric patient, gerontological nursing

Rozsah: 41 s.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2012

.....

podpis

Děkuji Mgr. et Bc. Janu Chrastinovi za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady při zpracování této bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 SENIOR JAKO ČASTÝ PACIENT V NEMOCNIČNÍ PÉČI.....	11
1.1 Senior – jako geriatrický pacient	11
1.2 Geriatrické syndromy u seniorů	13
1.3 Křehký senior	15
1.4 Vulnerabilita geriatricky křehkých seniorů	17
2 PŘÍČINY VZNIKU GERIATRICKÝCH SYNDROMŮ A NÁSLEDNÉHO HOSPITALISMU	19
2.1 Senior a adaptace na nemoc v nemocničním prostředí.....	19
2.2 Autonomie seniora během pobytu v nemocnici.....	21
2.3 Soběstačnost seniora.....	23
2.3.1 Seberealizace během pobytu v nemocnici.....	26
2.3.2 Sociální izolace hospitalizovaného seniora	26
3 NÁVRHY MOŽNÝCH INTERVENČÍ V PÉČI O GERIATRICKÉHO SENIORA.....	28
3.1 Zachování důstojnosti a autonomie seniora během hospitalizace v nemocnici	28
3.2 Intervence zaměřené na podporu soběstačnosti seniora	31
DISKUZE A ZÁVĚR	33
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ..	39

ÚVOD

Autorka přehledové bakalářské práce s názvem Hospitalismus u seniorů v nemocnici se v práci zaměřuje na rizikové skupiny seniorů, které jsou během hospitalizace ohroženy geriatrickými syndromy a jejich následnými komplikacemi v průběhu hospitalizace. Práce rovněž obsahuje i informace zaměřené na možné intervence, které eliminují vznik těchto komplikací (a následného fenoménu hospitalismu). Téma hospitalismu je v posledních letech velmi často diskutovanou oblastí a současně problematikou, a to zejména vzhledem k neustále rostoucímu počtu populace starší 65 let věku (a četností hospitalizací). Hospitalizovaný senior je nejčastěji ohrožen geriatrickými syndromy, geriatrickou křehkostí a vulnerabilitou právě během hospitalizace v nemocničním prostředí. Dekompensace zdravotního stavu, změna prostředí a s ní spojené stresové situace jsou jedny z mnoha příčin, které seniora ohrožují. Hospitalismus je pak následkem kumulace těchto komplikací, vzniklých během hospitalizace seniora v nemocnici.

ZKOUMANÝ PROBLÉM:

Přehledová bakalářská práce je zaměřena na problematiku zabývající se hospitalizovaným geriatrickým pacientem a komplikacemi, které se mohou objevit v průběhu poskytování nemocniční péče. Hlavní otázkou této přehledové bakalářské práce je: *„Jaké byly publikovány poznatky (v českém a anglickém jazyce) o problematice hospitalizace geriatrického pacienta v nemocnici?“*

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Na základě vymezení popisovaného problému a formulace hlavní otázky byly stanoveny tři hlavní cíle a dílčí cíle formulované ke každému cíli zvlášť.

A: Jaké byly dosud publikovány informace o rizikových skupinách seniorů ohrožených hospitalismem?

B: Jaké byly dosud publikovány informace o příčinách vzniku geriatrických syndromů u seniorů v nemocnici?

C: Jaké byly dosud publikovány informace o intervencích, které eliminují vznik komplikací během dlouhodobé hospitalizace seniora v nemocnici?

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

Dílčí cíle k formulované otázce A/:

Cíl 1. Předložit poznatky o věkové hranici a charakteristice definující geriatrického pacienta.

Cíl 2. Předložit poznatky o publikovaných informacích týkajících se geriatrické křehkosti.

Cíl 3. Předložit poznatky o publikovaných informacích vztahujících se k problematice vulnerability seniorů.

Dílčí cíle k formulované otázce B/:

Cíl 1. Předložit poznatky o faktorech, které ovlivňují adaptaci seniora na nemocniční prostředí.

Cíl 2. Předložit informace o respektování autonomie a důstojnosti seniorů během hospitalizace.

Cíl 3. Předložit publikované poznatky o příčinách vedoucích ke snížení nebo ztrátě soběstačnosti seniora při pobytu v nemocnici.

Dílčí cíle k formulované otázce C/:

Cíl 1. Předložit návrhy možných intervencí zaměřených na zachování důstojnosti a autonomie seniora během hospitalizace.

Cíl 2. Předložit návrhy možných intervencí zaměřených na podporu soběstačnosti seniora během hospitalizace.

Vyhledávací strategie byla užita dle formulovaných kritérií pro vyhledávání a následné užití dohledaných publikačních výstupů. Samotná kritéria pro vyhledávání byla následující: byly použity články,

kteře byly publikovány v českém a anglickém jazyce v časovém rozmezí let 2000–2011 (včetně) na základě kombinace těchto klíčových slov:

„senior, hospitalizace, hospitalismus, dlouhodobá péče, zranitelnost, vulnerabilita, křehkost, stáří, ADL, AIDL, adaptace, důstojnost, autonomie, geriatrický pacient, gerontologické ošetřovatelství“ v českém jazyce, a *„senior, hospitalization, hospitalism, long term care, vulnerability, frailty, elderly, old age, ADL, AIDL, adaptation, dignity, autonomy, geriatric patient, gerontological nursing“* v jazyce anglickém.

V českých recenzovaných odborných periodikách Ošetřovatelství a porodní asistence, Kontakt, Interní medicína, Medicína pro praxi, Psychiatrie pro praxi a Vnitřní lékařství bylo dohledáno 20 článků. Z celkového počtu 20 článků bylo použito 15 článků pro tvorbu a naplnění jednotlivých cílů práce. Ostatní z dohledaných článků byly vyřazeny z důvodu duplicity nebo jejich obsahu – nedostatečně splňoval požadavky pro tvorbu jednotlivých cílů (studie zaměřené na domovy pro seniory, komunitní péči, odlišná nemocniční pracoviště aj.). Ze zahraničních periodik v anglickém jazyce bylo prostřednictvím databáze EBSCO a ProQuest dohledáno 63 článků. Pro bakalářskou práci bylo použito 28 článků. Ostatní dohledané články použity nebyly, protože se zaměřovaly na jinou cílovou skupinu respondentů nebo obsahovaly informace odlišné od tématu práce. Dále jsou v práci uvedeny informace získané z elektronických zdrojů Státního zdravotnického ústavu České republiky (dále jen „SZÚ ČR“) a Světové zdravotnické organizace (dále jen „WHO“). Souhrnně bylo nalezeno 83 článků na základě výše uvedených klíčových slov. Pro tvorbu bylo užito celkem 43 článků, jedna Zdravotnická ročenka SZÚ ČR, dva dokumenty obsahující statistické údaje z elektronického zdroje SZÚ ČR a dokument WHO. Rešerše byla autorkou realizována průběžně, a to v časovém období od listopadu 2011 do března 2012.

Zkoumaný problém, stejně jako vymezení cílů práce a otázek, byl vymezen na základě studia (analýzy a komparace) dostupných publikačních titulů, tzv. vstupní literatury. Ta byla tvořena těmito tituly:

KALVACH, J. et al. *Geriatrické syndromy geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

VENGLÁROVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007, 97 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

1 SENIOR JAKO ČASTÝ PACIENT V NEMOCNIČNÍ PÉČI

Stále častěji se vyskytují mezi hospitalizovanými pacienty také senioři. S touto věkovou kategorií se pojí přidružená polymorbidita, zhoršená funkčnost orgánových soustav, geriatrické syndromy, komplikující léčbu a prodlužující dobu hospitalizace nutnou k vyléčení pacienta. V této kapitole, zaměřené na nemocné hospitalizované seniory jsou prezentovány skupiny seniorů, které jsou považovány za náchylnější pro vznik geriatrických syndromů a následného hospitalismu. Velkým mezníkem v péči o seniory se stalo postupné definování pojmů, jakými jsou kupř. geriatrická křehkost (frailty), zranitelnost (vulnerabilita) a s nimi spojené geriatrické syndromy. Četnost výskytu těchto rizikových skupin se s narůstajícím počtem obyvatel v seniorském věku neustále zvyšuje. Pro ošetřující personál je proto nutné znát rizikové faktory, kterými se tyto skupiny seniorů vyznačují. Dostatečná znalost a schopnost identifikovat tyto rizikové faktory u seniorů může pomoci zamezit vzniku komplikací, které mohou nastat u seniora během hospitalizace. Současně tak lze omezit dobu hospitalizace pouze na dobu nezbytně nutnou. Tím umožníme pacientovi – seniorovi rychlejší návrat do domácího prostředí, jenž je pro něj zároveň prostředím přirozeným.

1.1 Senior – jako geriatrický pacient

Věková hranice vymezující období stáří se v nejvyspělejších zemích světa odvíjí od věkové hranice 65 let a výše, a to s odkazem na Světovou zdravotnickou organizaci (dále jen „WHO“). Nicméně WHO připouští možnou neshodu věku kalendářního s věkem biologickým (WHO, 2003). Kalvach et al., uvádí věkovou hranici 65 let. Od věkové hranice 65 let lze nemocného seniora také považovat

za geriatrického pacienta. Ve vyspělých zemích je však tato hranice posunuta až na hranici 75 let věku. Tento věk je charakterizován poklesem potenciálu zdraví, věkově podmíněnými chorobami a polymorbiditou, které činí seniory zranitelnějšími. K pochopení situace geriatrického pacienta je nezbytné porozumět povaze, podobě a projevům jejich zranitelnosti (Kalvach et al., 2008, s. 25). Podle Kalvacha a Onderkové je však nutno rozdělit stáří na kalendářní a biologické. Důvodem pro toto dělení je fakt, že někteří jedinci jsou na svůj věk neobvykle fyzicky i psychicky zdatní, na rozdíl od svých vrstevníků - progerických seniorů. Oba autoři se shodují na věkové hranici 65 let, která udává stáří. Dokonce i dlouhověkost zaznamenala posun na časové přímce z 90 let na 100 let věku (Kalvach, Onderková, 2006, s. 8). Údaje prezentované ve Zdravotnické ročence České republiky za rok 2010 udávají zastoupení seniorské populace ve věku 65 let ve výši 15,5% z celkového počtu obyvatel 10 532 770 osob, což odpovídá přibližně 1,6 milionu obyvatel (ÚZIS ČR, 2011, s. 13). Přitom podíl dětské populace ve věku mladší 15 let činil pouhých 14,4% z celkového počtu obyvatel k 31. 12. 2010. Významným ukazatelem stále se prodlužující délky života je i údaj o počtu seniorů starších 85 let života. V roce 2010 se počet těchto obyvatel pohyboval kolem 155 tisíc, tedy o 9 tisíc obyvatel více, než v roce předchozím (ÚZIS ČR, 2011, s. 13). Stále se prodlužující délka života, lepší lékařská péče a její dostupnost přispívají k nárůstu počtu seniorů, kteří se tak dožívají vyššího věku. S vyšším věkem je spojená polymorbidita, jež často následně směřuje k možným hospitalizacím. Pro nelékařský zdravotnický personál v nemocnicích (a také jiných institucích) je proto nutno znát specifika geriatrického režimu s ohledem na zranitelnost geriatrických pacientů a zaměřit se tak na prevenci geriatrického hospitalismu (Kalvach, Onderková, 2006, s. 14 – 15). Výraznou tendencí se zvyšuje počet hospitalizací u věkové kategorie 50 let a více (tzv. kategorie 50+), která je výrazně ohrožena onemocněními oběhové soustavy, chorobami postihující kosterní a svalové soustavy a rovněž se navýšil výskyt novotvarů (Hospitalizování v nemocnicích ČR 2010,

2011, s. 11 – 12). Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky zveřejnil zprávu o Nemocnicích v České republice za první pololetí roku 2011, ve které uvádí mírný pokles průměrné využitelnosti lůžek na ošetrovatelských jednotkách následné péče, ale zároveň nárůst průměrné ošetrovací doby na těchto jednotkách (Aktuálních informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 56, 2011, s. 3). Jarošová, Vrublová a Dušová doplňují, že cílem ošetrovatelské péče zaměřené na geriatrické pacienty, trpící chronickými chorobami, je udržet co nejvyšší funkční nezávislost, snížit nemocnost, pokusit se o zvýšení kvality života seniorů a podpořit pozitivní změny v jejich chování. Pro splnění těchto cílů nutná odbornost všeobecných sester v péči o geriatrického pacienta, která má určitá specifika na rozdíl od jiných klinických oborů (Jarošová, Vrublová, Dušová, 2005, s. 231).

1.2 Geriatrické syndromy u seniorů

Anpalahan a Gibson ve své publikaci uvádějí, že u seniorů se vyskytuje zvýšené riziko vzniku nežádoucích projevů hospitalizace. Dochází ke ztrátě funkčnosti a vlastní nezávislosti seniora. Prodlužuje se délka pobytu v nemocnici a zvyšují se i náklady na léčbu pacienta. Poukazují na nutnost rozpoznání rizikových faktorů, které mohou prodloužit dobu hospitalizace a zaměřit se na eliminaci jejich vzniku. Včasnou prevencí se zkrátí doba hospitalizace nutná pro efektivní léčbu. Ve své studii se výše uvedení autoři zaměřují na geriatrické syndromy, jejichž prvotní projevy je možné rozpoznat do 24 hodin od přijetí do nemocnice (Anpalahan, Gibson 2008, s. 17). Studie pracovala se zkoumaným souborem osob s celkovým počtem 200 pacientů. Z tohoto počtu bylo 54 pacientů s příznaky geriatrických syndromů, druhá skupina bez příznaků geriatrických syndromů (četala 56 pacientů). Ostatní účastníci výzkumu (z celkového počtu zkoumaných 200 osob) byli rozděleni do dalších skupin. Z počtu 20 pacientů, kteří byli propuštěni do 48 hodin od počátku hospitalizace, byli klasifikováni

pouze 2 z nich podle klasifikace geriatrických syndromů (Anpalahan, Gibson 2008, s. 16 – 22). Kalvach a Onderková rovněž prezentují geriatrické syndromy formou multimorbidity a dalších komplexních příčin. Řadí mezi ně např. malnutrici, svalovou atrofií, úbytek tělesné hmotnosti a jiné. Geriatrické syndromy tak činí soubor chorob pacienta a obtíží vyplývající z aktuální situační pozice seniora. Mezi ně se tak řadí syndrom instability, syndrom dekonvice a hypomobility, syndrom imobility, syndrom anorexie a malnutrice, syndrom psychické alterace, a syndrom inkontinence, syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu, syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace a syndrom terminální geriatrické detonace (Kalvach, Onderková, 2006 s. 27 – 30). Mezi příčiny přispívající ke vzniku geriatrických syndromů řadí Rockwood et al., také sníženou mobilitu, ohrožující hlavně křehké seniory. Tento autorský kolektiv taktéž zdůrazňuje nutnost sledovat celkový klinický stav seniora (Rockwood et al., 2008, s. 1213). Geriatrické syndromy je nutno chápat jako jednotný komplex příznaků, které však nemají etiologii, a proto je žádoucí se zaměřit na jejich komplexní léčbu. Cílem této léčby je udržet stávající stav a zabránit progresi stavu, s tím, že léčba umožňuje zachování sociálních vazeb, soběstačnosti a navrácení do původního prostředí (Weber et al., 2011). Sasaki definuje geriatrické syndromy jako multifaktoriální onemocnění, jenž je neodmyslitelně spojená s věkem pacienta. Poukazuje také na fakt, že tyto syndromy vznikají i na základě multifaktoriální léčby a cíle medicíny vyléčit všechny nemoci. I s rizikem vysokého zatížení pacienta a vysokých nákladů na léčbu. Poukazuje také na stále se zvyšující počet pacientů trpících geriatrickým syndromem, a to třikrát za posledních 50 let (Sasaki, 2008, s. 1 – 3). Inouye et al. v přehledové studii shrnují kritéria vymezující geriatrické syndromy na základě systematického přehledu (sestaveného z publikačních zdrojů databáze PubMed a klíčových slov „rizikový faktor“ a „prediktor“). Dohledané články, obsahující uvedená klíčová slova autoři postupně analyzovali, roztřídili a našli společné faktory pro jednotlivé geriatrické syndromy. Studie

se shodují v rizikových faktorech, jako jsou multimorbidita, věk jedince nad 65 let, inkontinence, kognitivní poruchy nebo demence, pády v anamnéze, snížená pohyblivost, hospitalizace aj. (Inouye et al., 2007, s. 780 – 783). Lee ve své studii zaměřené na problematiku a přítomnost chronických onemocnění a jejich souvislostí s geriatrickým syndromem u pacientů starší 65 let uvádí, že spolu s multimorbiditou je spojená také zhoršená funkčnost pacienta a celkově větší nárok na zdravotní péči (Lee, 2009, s. 511 – 516).

1.3 Křehký senior

Specifika geriatrické klinické problematiky rozdělili autoři Kalvach a Holmerová do tří okruhů. První z nich tvoří tzv. „choroby ve stáří“, které se vyskytují i v mladším věku života jedince, přesto se v seniorské populaci manifestují jinými příznaky. Druhý okruh je zaměřen na „choroby stáří“, jejichž prevalence a incidence je typická pouze pro tento věk. Třetím okruhem pak je geriatrická křehkost úzce spojená s geriatrickými syndromy a funkčními deficity. Geriatrická křehkost tak může být definovaná jako „funkční pokles zdraví související s věkem a jím podmíněnou sníženou odolností, schopností adaptace a zdatností jedince“ (Kalvach, Holmerová, 2008, s. 67). S křehkostí geriatrického pacienta souvisí i nepříznivá prognóza stavu, vyšší riziko vzniku infekce, ztráta soběstačnosti, riziko úrazů a zvýšení výskytu mortality u této skupiny seniorů. Křehkost však nemůžeme chápat jako multimorbiditu, (protože ta je jednou z etiologických složek křehkosti) a ani jako disabilitu, neboť je disabilita důsledkem geriatrické křehkosti (Kalvach, Holmerová, 2008, s. 66 - 67). Definice popisující geriatrické syndromy používají ve svých charakteristikách tohoto pojmu slovní spojení „křehký senior“ nebo „geriatrická křehkost“ (frailty). Fillit a Butler označují geriatrickou křehkost jako jeden komplexní problém vyskytující se v období stáří. Poukazují hlavně na malý zájem o psychologické aspekty křehkosti. Projevy lítosti, smutku a deprese

u křehkého seniora často komplikují jeho fyzickou indispozici. Sociální izolace a osamělost rovněž mají negativní dopady na stav seniora. Tyto faktory narušující psychickou pohodu a činí tak seniora vnímavějším a zranitelnějším (Fillit, Butler, 2009, s. 348 – 349). Health a Praitl ve své přehledové publikaci zaměřili na pochopení významu geriatrické křehkosti a jejího významu v ošetrovatelské péči. Popisují křehkost seniorů jako stav ohrožující blahobyt, fungování a zdraví jedince. Poukazuje také na situační prekurzory, které je možno rozpoznat dříve, než se samotná křehkost seniora projeví a způsobí komplikace zdravotního stavu (Health et Praitl, 2009, s. 50 – 51). Kalvach et al., považují za významnou formulaci pěti fenotypů (znaků) podle Fried et al., při definování geriatrické křehkosti. Uvedený autorský kolektiv ve své knižní publikaci charakterizuje geriatrickou křehkost jako úbytek hmotnosti, vnímání únavy a vyčerpanost, svalovou slabost podle kritéria hand – grip, pomalou chůzi a snížení úrovně pohybové aktivity. Podmínkou definování křehkosti podle autora Fried je nutnost přítomnosti nejméně tří základních znaků z pěti jmenovaných (Kalvach et al. 2008, s. 118 – 119). Křehkost u seniorů v domácí péči se podle článku Webera vyskytuje přibližně u 6 % u seniorů ve věku 65 let. U hospitalizovaných seniorů je podle informací autora procento značně vyšší. Uvádí také, že s postupně narůstajícím věkem se křehkost prohlubuje. Jejimi projevy tak bývají únava, špatná tolerance zátěže u seniora, pády a zvýšená vulnerabilita vůči stresorům, způsobují komplikace během hospitalizace, prodloužení doby pobytu v nemocnici a rovněž zvýšení rizika mortality (Weber, 2011). Clegg a Young považují křehkost seniora za pokles ve fyziologickém systému, který nastane v důsledku působení i menšího stresoru. Stresor způsobí zranitelnost ovlivňující zdravotní stav samotného seniora. Poukazují také na využití modelu křehkosti dle autora Fried (The Fried Frailty model), který je zaměřený na 5 fenotypů (domén) křehkosti. Shodují se však, že domény křehkosti podle The Fried Frailty modelu jsou vhodnější pro výzkumné studie než pro klinickou praxi (Clegg, Young, 2011, s. 72 – 74). Rockwood et al., ve své studii

zaměřené na sníženou mobilitu u křehkých seniorů využívá nástroje The Hierarchic Assessment of Balance and Mobility (HABAM). Jde o nástroj zaměřený na rovnováhu (stabilitu), přesun a pohyblivost seniora. Tyto tři položky hodnotí ošetřující personál každodenně po celou dobu hospitalizace klienta. Rockwood ve své studii (zkoumaný soubor byl tvořen 167 pacienty) udává u 80 % respondentů snížení pohyblivosti. Většina účastníků studie náležela do kategorie geriatrické křehkosti s indexem 0,25. V závěru dodává informaci o spolehlivosti testu HABAM, který byl ve studii použit (Rockwood et al., 2008, s. 1214 – 1215).

1.4 Vulnerabilita geriatricky křehkých seniorů

Spolu s geriatrickou křehkostí se pojí i zranitelnost seniora. Často bývají oba pojmy spojovány v jeden, a vulnerabilita seniora může být interpretována jako geriatrická křehkost. Zranitelnost seniora (také vulnerabilita) může být zdravotníky chápána jako tendence nebo sklon k psychické či fyzické zranitelnosti, kterou jedinec získá po dobu dlouhodobě působící frustrace, chronického onemocnění, hospitalizace, zvýšené potřeby zdravotní péče aj. (Kalvach et al., 2008, s. 117 - 118). Rothman a Brown uvádějí jako hlavní ukazatel zranitelnosti seniora jeho disabilitu a poruchu funkčního stavu. Preferují hodnocení funkční schopnosti stavu seniora podle ADL (Activity of daily living) nebo IADLS (Instrumental activities of daily living) v průběhu hospitalizace, kdy většinou dochází k zhoršení funkční schopnosti seniora (Rothman, Brown, 2008, s. 16 – 17). Autoři Krucoff et al., ve svém článku, popisujícím zranitelnost seniorů se zaměřili na kondiční cvičení formou jógy, která má seniorům pomoci zlepšit jejich zdravotní stav a předejít tak možným komplikacím (které zranitelnou skupinu seniorů ohrožují). Na základě nastudované literatury sledují výsledky cvičení jógy u seniorů ve věku 65 let a výše, kteří trpí lehčí nebo závažnější formou disability a ve své anamnéze mají jedno nebo více onemocnění interního

či chirurgického původu (kupř. hypertenze, diabetes mellitus, osteoartritida, aj). Ukázalo se, že cvičení jógy je vhodné ke zlepšení disability a ke kompenzaci stávajícího onemocnění u seniorů, kteří zatím nevyžadovali kvůli svému zdravotnímu stavu hospitalizaci. Tím potvrdili nutnost vytvářet aktivity ke stabilizaci disability i mimo nemocnici (Krucoff et al. 2009, s. 899 – 904). Kombinace zvýšené tendence ke stresovým situacím spolu s geriatrickou křehkostí může být faktorem pro výskyt kardiovaskulárních onemocnění u seniorů. Ve studiích zaměřených na starší populaci, publikovaných za posledních třicet let se stále více vyskytuje spojení křehkosti, vulnerability a kardiovaskulárních chorob (Afilao et al., 2009, s. 1616 – 1617). Na základě neupokojivých výsledků amerických studií orientovaných na kvalitu poskytované péče, Arora et al., realizovala studii zaměřenou na provádění, hodnocení kvality péče o zranitelné seniory v nemocnici pomocí Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE) a QIs (soubor ukazatelů kvality péče poskytované hospitalizovanému seniorovi). Upozorňuje dále na nutnost posuzování kvality péče u seniorů z důvodu omezení rizika vzniku deliria, poklesu funkční schopnosti, prodlužování doby nutné pro hospitalizaci a snížení rizika úmrtnosti. Výsledky studie poukazují na různé odlišnosti v kvalitě poskytované péče prostřednictvím ACOVE podle oblastí péče. Tím autorský kolektiv naznačuje i nutnost hlubšího vzdělávání zdravotnických pracovníků v posuzování a poskytování kvalitní péče (Arora et al., 2007, s. 1705 – 1710). Vliv správného posuzování zranitelných seniorů prostřednictvím hodnotícího testu ACOVE a QIS zkoumala taktéž Arora et al. (2010). Zaměřila se na to, jak se odráží kvalita péče o zranitelné seniory v souvislosti s jejich propuštěním do domácího prostředí a úmrtnosti po jejich dimisi. Kvalita péče se na úmrtnosti odrážela tím, že u seniorů s poskytovanou kvalitou péče dle standardu, klesá riziko úmrtnosti do 1 roku po propuštění příjemce péče z nemocniční péče. Připouští však, že zvýšením kvality péče o zranitelné seniory může klesnout riziko úmrtnosti během jejich hospitalizace (Arora et al., 2010, s. 1642 – 1647).

2 PŘÍČINY VZNIKU GERIATRICKÝCH SYNDROMŮ A NÁSLEDNÉHO HOSPITALISMU

Druhá kapitola přehledové bakalářské práce je zaměřena na rizikové oblasti seniora během období hospitalizace. Adaptace, autonomie a soběstačnost jsou nejvíce ohrožené „oblasti“ u hospitalizovaného seniora. Hospitalizace narušuje u seniorů denní rytmus, který mají po řadu let uzpůsobený svým potřebám a požadavkům. Pobyt v nemocnici omezuje seniory v činnostech, které pravidelně vykonávají během svého volného času. Hospitalizace pro ně samotné a zároveň všechny hospitalizované pacienty znamená nutnost přizpůsobit se režimu, který nemocnice a léčba vyžaduje. Nezřídka dochází k omezení potřeb seberealizace, zvláště u dlouhodobých hospitalizací a u seniorů ke špatné adaptaci na nemocniční prostředí, případně nastane nežádoucí snížení funkčního stavu. Kromě toho, že se senior musí vyrovnat se změnou prostředí, je rovněž nucen přijmout své onemocnění a přizpůsobit se požadavkům, které jsou kladeny na léčbu nemoci. Sociální izolace seniora je taktéž predispozicí pro sníženou adaptaci, ohrožuje autonomii seniora a zároveň negativně ovlivňuje soběstačnost hospitalizovaného seniora).

2.1 Senior a adaptace na nemoc v nemocničním prostředí

Jednou z příčin hospitalismu u seniorů je nevhodná či neefektivní adaptace na nemoc a nemocniční prostředí. Proces adaptace probíhá u každého jedince jinak a nikdy ne stejným způsobem. Hlavní roli v procesu adaptace hraje zátěž, které je nemocný jedinec vystaven. Ať už se jedná o zátěž fyzickou, nebo psychickou (Kalvach et al., 2008 s. 294). Na základě studia vstupní literatury se v publikacích zaměřených na vnímání nemoci opakovaně objevovala sdělení,

ze kterých vyplývá souvislost mezi vnímáním nemoci a jeho dopadem na celkový zdravotní stav pacienta a adaptaci na změnu prostředí, tedy nemocnici. Hospitalizace vyžaduje nutnost podřídit se požadavkům nemocnice a jejímu řádu, potažmo léčbě onemocnění samotného. Pacient se ocitá ve společnosti nemocných jedinců a je společensky a psychicky podřízen režimu nemocnice. Nejen změna prostředí, ale i vědomí, že pacient trpí nemocí, která ho může ohrozit na životě, podnítl u pacienta vyvolání pocitů strachu, úzkosti, beznaděje, jejichž důsledkem se zvyšuje riziko nepřiměřená adaptace (Gulášová, 2005, s. 239 – 245). Maladaptační syndrom, jako projev geriatrického hospitalismu, je podle Kalvacha charakterizován velikostí stresové síly, která na pacienta působí a také na psychické odolnosti, schopnosti adaptace samotného pacienta (Kalvach, 2008, s. 294). Tím, že hospitalizace je samotným rizikem pro pokles funkčních schopností a mechanismů pacienta, s ní rovněž souvisí i riziko mortality u hospitalizovaných pacientů. Špatná schopnost adaptace seniora (také syndrom maladaptace) se projeví i časově prohloubenou křehkostí. Neméně významný je výskyt úzkosti, deprese a demence u hospitalizovaných pacientů (Kalvach, Holmerová, 2008, s. 67). Pacient je schopen dobře maskovat svou úzkost, projevy demence a deprese prostřednictvím somatických potíží. Eliminace těchto faktorů může být účinná včasným rozpoznáním faktorů a zvýšením kvality poskytované péče o ohrožené seniory (Drástová, Krombholz, 2006, s. 241 – 242). Duševní a fyzické zdraví mezi sebou inklinují navzájem. Úzkost a deprese mohou být jedním ze způsobů adaptace na nové prostředí, jak uvádí australská studie (Bryant, Jackson a Ames, 2010). Vzhledem k rostoucímu počtu skupiny seniorů a četnosti jejich hospitalizace autoři studie Bryant, Jackson a Ames navrhují hlubší prozkoumání souvislostí psychického a fyzického zdraví u seniorů (Bryant, Jackson a Ames 2010, s. 146 – 151). Důvod, proč je pacient hospitalizován, je dalším významným faktorem, který ovlivní průběh adaptace. Australská studie uvádí, že senioři hospitalizováni s traumatickou zlomeninou měli přidružené komplikace vzniklé

během hospitalizace podle typu zranění a věku. Mortalita se v této studii pohybovala kolem 5 %, ale výskyt komplikací za dobu hospitalizace se pohybovala kolem 36 %. Mezi nejčastější komplikace patřily iatrogenní poškození pacienta, imobilita a svalová atrofie z důvodu upoutání na lůžko aj. Studie také doporučovala co možná nejrychlejší překlád pacienta z jednotek intenzivní péče na standardní oddělení z důvodu minimalizace těchto komplikací (Aitken et al., 2010, s. 442 – 449).

2.2 Autonomie seniora během pobytu v nemocnici

Autonomie hospitalizovaného seniora se podle autora Jacelon skládá z fyzického atributu nezávislosti a z psychologického atributu kontroly činnosti (Jacelon, 2004, s. 552). Autonomii také pojímá jako jednu ze tří složek osobní identity pacienta – zdraví, autonomie a důstojnosti. U seniorů bývá autonomie často opomíjená a nerespektovaná. Naopak respektování jednotlivých složek osobní integrity se podílí na zlepšení výstupů hospitalizace. Důležitým faktorem pro respektování integrity seniora je znalost oblasti integrity seniora a rovněž schopnost rozpoznat patologii atributů osobní integrity seniora (Jacelon, 2004, s. 549 – 557). Anderberg et al. se v analýze pojmu důstojnosti zaměřila na studium literatury obsahující tento pojem, a s pomocí databází (pro vyhledávání adekvátních zdrojů) se pokusila objasnit termín „důstojnost u seniorů“. Uvádí, že respektování a zachování důstojnosti je v péči o geriatrické pacienty velice důležité. Zachování korekcí ve vztahu pacient – zdravotnický personál je pro etické principy péče nezbytné pro respektování autonomie seniora rovněž důležité (Anderberg et al., 2007, s. 635 – 643). Důstojnost a její nerespektování (nebo případná ztráta) vede u seniorů ke ztrátě autonomie. Demence či stavy po cévní mozkové příhodě rovněž přispívají ke ztrátě důstojnosti a navozují i situace, které znemožňují vyjádřit vůli pacienta jako projev vlastní autonomie. Krajčík ve svém článku uvádí koncepcce zaměřené na respektování

lidské důstojnost a jejich využívání v praxi. Současně dodává, že dodržování lidských práv a konceptů důstojnosti umožní navýšit kvalitu péče o seniory bez zvýšení nákladů na péči (Krajčík, 2005, s. 33 – 36). Ideální stav pacientovy autonomie nastává tehdy, když on sám kontroluje a rozhoduje o činnostech týkajících se jeho osoby. Autorský kolektiv taktéž uvádí definici autonomie jako „konkrétní lidské činnosti v sociálním světě“ (Agich, 2003). Významnou roli u autonomie seniora hraje všeobecná sestra. Právě registrovaná sestra je s pacientem nejčastěji v kontaktu a způsob komunikace mezi registrovanou sestrou a pacientem se odráží v autonomii seniora. Podpora autonomie u seniora ze strany všeobecné sestry podle Moser et al., vede k navrácení co možná nejvyšší úrovně soběstačnosti a zamezení pacientovi situovat se do pasivní role, kdy bez jakýchkoliv připomínek respektuje všeobecnou sestru a výkon jejich ošetrovatelských činností. Autorský kolektiv analyzoval dostupnou literaturu zaměřenou na pojetí autonomie pacienta z etického a ošetrovatelského hlediska. Dochází k závěru nejednotných definic a postupů vedoucích k zachování pacientovy autonomie (Moser et al. 2006, s. 357 – 365). Samostatnou kapitolou je autonomie u pacientů s chronickým onemocněním, u kterých Naik et al., poukazují na výhody využití dvousložkové autonomie pacienta. V tomto případě pacient operuje jak s autonomií výkonnou (autonomie akce), tak s autonomií rozhodování. Tímto způsobem se pacient více zapojí do procesu léčby a jeho nastavení tak více odpovídá potřebám pacienta (Naik et al., 2009, s. 23 – 30). Autonomie je tak jednou z důležitých lidských potřeb ovlivňovat, řídit a zvládat svůj vlastní způsob života dle svých představ a pravidel. Bohužel je zvláště u seniorů často ohrožována. Autonomii seniorů často ovlivňují vnitřní faktory související se snížením mentálních i fyzických funkcí, stejně tak vnější faktory. Ty se odvíjejí především od prostředí, ve kterém se senior momentálně nachází. Součástí zdravotnické etiky zaměřené na autonomii, je i trojice principů nonmaleficence, beneficence a justice, které přispívají značnou měrou k respektování autonomie

seniorů. Bužgová dále uvádí několik příkladů pravidel autonomního chování dle Nallepa (Nallep, 2003), které je vhodné použít v dlouhodobé péči o seniora. Rovněž klade důraz na mobilizaci všech možných dostupných a vhodných prostředků k udržení stávající autonomie, popř. jejímu následnému rozvoji Bužgová, 2007, s. 65 – 69).

2.3 Soběstačnost seniora

Jedním z projevů geriatrické křehkosti je snížení soběstačnosti seniora. Omezení soběstačnosti seniora (ve smyslu autonomního zvládnání aktivit běžného dne) může nastat ve sféře instrumentálních aktivit denního života, které nevyžadují potřebu péče druhé osoby, anebo se objeví limitace v základních aktivitách denního života. Tato možná varianta vyžaduje péči (a pomoc, podporu) druhé osoby. Holmerová et al., uvádí, že v současné době se zdravotničtí pracovníci spíše přiklání k hodnocení soběstačnosti pacienta v oblasti denních aktivit dle Barthelové – škály základních aktivit denního života ADL (Activities of Daily Living). Autorský kolektiv rovněž zmiňuje využití škál jako je např. škála instrumentální aktivit denního života IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale), škála stupně postižení instrumentálních aktivit denního života FDS (Functional Dementia Scale) anebo škála hodnotící funkční nezávislost FIM (Functional Independence Measure). Poslední, jak uvádějí autorky, je využívána spíše v medicínské oblasti zaměřené na rehabilitaci. Shodují se však na tom, že není podstatné, jakou škálu pro posouzení soběstačnosti pacienta použijeme. Využití škál podává ucelenější obraz pacienta, než soubor diagnóz pacienta ve zdravotnické dokumentaci (Holmerová et al., 2006, s. 180 – 183). U seniorů může docházet i k situacím, kdy se senior více obává ztráty soběstačnosti, než nemoci, která limituje jeho zdraví. Poledníková, Slámková a Baráthová definují soběstačnost jako míru schopnosti člověka plnit (vykonávat) běžné aktivity denního života, a rovněž doporučují pro hodnocení

soběstačnosti seniorů nástroj Barthel's index ADL. Ve své studii, ve které porovnávaly hodnotící škály Barthel's ADL index a Katz index, dochází k závěru, že obě dvě hodnotící škály jsou vhodné k posouzení soběstačnosti seniorů, s rozdílem v systému hodnocení soběstačnosti (s větší přesností Barthel's ADL indexu v hodnocení úrovně soběstačnosti). Dále autorky ve svém výzkumu potvrzují účinnost intervencí dle NIC klasifikačního systému k ošetřovatelským diagnózám NANDA-International taxonomie ošetřovatelských diagnóz vztahujícím se k ošetřovatelským problémům ve vazbě na soběstačnost. Rovněž potvrdily, že s narůstajícím věkem klesá úroveň soběstačnosti dle Barthel's ADL index (Poledníková, Slámková, Baráthová, 2009, s. 124 – 130). S narůstajícím věkem klientů dochází ke snižování zdatnosti, odolnosti, výkonnosti, úbytku kognitivních funkcí, poruchám smyslových orgánů, svalové atrofii a dalším negativním projevům stáří. Tyto projevy následně vedou k „zhoršení“ soběstačnosti seniora. Tato charakteristika, jak uvádí Smičková, je projevem geriatrické křehkosti geriatrického pacienta. Proto je nutné při příjmu klienta na nemocniční oddělení posoudit jej jak po stránce fyzické, tak po stránce psychologické. Autorka rovněž uvádí možnost využití vedle Barthel's ADL index i dotazníky zaměřené na hodnocení funkčního stavu FAQ-CZ (Functional Activities Questionnaire), dotazník hodnotící soběstačnost pacientů s demencí DAD-CZ (Disability Assesment for Dementia) pro komunitní péči a škálu BADLS-CZ (Bristol Activities of Daily Living Scale), zaměřenou na aktivity denního života. Neopomijí také testy kognitivních funkcí MMSE (Mini-Mental State Examination), Clock test a Addenbrookský kognitivní test. Rovněž dodává, že pokles soběstačnosti u křehkých geriatrických pacientů má nepříznivý dopad na hospitalizace seniora. Současně také zvyšuje jeho závislost na péči druhé osoby a poskytovatelích zdravotnické péče. U těchto pacientů dochází častěji k pádům a zvyšuje se i riziko mortality (Smičková, 2011, s. 391 – 393). Téměř 60 % respondentů, kteří se zúčastnili studie zkoumající vliv akutní hospitalizace a ztrátu soběstačnosti, uvedlo, že zaznamenalo během hospitalizace po dobu

jednoho měsíce zhoršení v oblasti soběstačnosti. Lang et al., posuzovali soběstačnost seniorů podle Katz ADL indexu a shodli se, že hodnocení soběstačnosti hospitalizovaných seniorů podle tohoto indexu je v současné době nejefektivnější způsob hodnocení. Zároveň se shodli na nejvíce rizikových faktorech vedoucích ke snížení soběstačnosti. Identifikovali čtyři ukazatele pro ztrátu soběstačnosti, a to autonomii, obtížnou chůzi, riziko podvýživy a riziko pádu (Lang et al., 2007, s. 621 – 630). Bóriková ve své publikaci, zaměřené na průzkum dostupných bibliografických zdrojů s obsahem orientovaným na posouzení aktivit denního života seniora, rovněž uvádí (jako jednu z možností) využití The Barthel Index of Activities of Daily Living. Apeluje na taktéž na dodržení administrativy při použití Barthel Indexu a správném proškolení posuzovatele (Bóriková, 2010, s. 24 – 30). K poklesu soběstačnosti hospitalizovaného seniora přispívá několik faktorů. Millán-Calentia et al., řadí mezi rizikové faktory omezující soběstačnost věk, pohlaví a osobnostní předpoklady seniora. Část respondentů studie byla i příjemcem služeb domácí péče, nicméně výsledky studie se shodovaly. Více ohrožené ztrátou soběstačnosti jsou ženy než muži, a věkově stoupá riziko snížení soběstačnosti podle ADL, IADL u obou skupin stejně. Roli hraje i sociální status seniora (ženatý/vdaná, vdovec/vdova apod.) u snížení soběstačnosti. Rovněž označil tyto rizikové faktory jako prediktory zvyšující nemocnost a mortalitu u seniorů (Millán-Calentia et al., 2009, s. 306 – 309). Ze studie zaměřené na posouzení funkční autonomie během hospitalizace na jednotce intenzivní péče (dále jen „JIP“) a následném přeložení seniora na oddělení geriatricke nebo na standardní ošetrovatelskou jednotku vyplývá, že „ztracená autonomie“ na JIP se rychle vrací do výchozího stavu. Důležitý je ovšem stav autonomie seniora ještě před přijetím na JIP, podle něhož se odvíjí i následná ztráta autonomie. Autoři studie Somme et al., posuzovali ztrátu autonomie a soběstačnosti rovněž podle Barthel's Indexu a dospěli k závěru, že při propouštění seniorů do služeb domácí péče se soběstačnost seniora podle Barthel's indexu zvýšila, a při dimisi

z geriatrického oddělení přesahovala skóre 80 bodů a u propuštěných seniorů ze standardní ošetrovatelské jednotky dosahovalo skóre 70 a více bodů. V závěru se shodují na preferenci geriatrického oddělení ve volbě následné péče, před standardní ošetrovací jednotkou. Současně však podotýkají, že míra funkční autonomie je rovněž závislá na péči poskytované na JIP (Somme et al., 2010, s. 36 – 40).

2.3.1 Seberealizace během pobytu v nemocnici

Pod pojmem seberealizace se skrývá celá řada potřeb, která v současné době dle tvrzení autorek Vachtové a Hudáčové nemá jednoznačné vymezení a jednotnou definici. Jedná se o soubor potřeb uspokojující jedince po stránce psychické i fyzické. Umožňují mu povznést se nad všední problémy a udržet si tak své duševní a fyzické zdraví. Do této oblasti spadá i potřeba uznání a respektování, sounáležitosti. Se seberealizací jde ruku v ruce realizace vlastního potenciálu, plánů. Nemocniční prostředí do jisté míry brání pacientovi v seberealizaci, je pro něho značně odlišné od prostředí, ve kterém se nacházel před hospitalizací. Rovněž doba hospitalizace může hrát roli v nedostatečně funkční potřebě seberealizace, ale největší podíl na snížení potřeby seberealizace má zdravotnický personál. Podle Vachtové a Hudáčové, holistický přístup sester a jejich zájem o potřebu seberealizace seniora v souladu s časovým prostorem a náplní práce, napomáhá předcházení rizika „neuspokojení“ této potřeby (Vachtová, Hudáčová, 2009, s. 218 – 231).

2.3.2 Sociální izolace hospitalizovaného seniora

Změna prostředí vyvolává u hospitalizovaných pacientů pocity strachu, obav z přizpůsobení se požadavkům, které jsou na pacienty kladeny a hlavně zúžení zájmů, činností vykonávaných mimo nemocnici. Podle Vachtové a Hudáčové je pobyt v nemocnici, a s ním spojené omezení zájmů, činností a rovněž kontaktů s členy rodiny a přáteli, pro seniory

sociální izolací. Zmiňují také, že senior během pobytu v nemocnici ztrácí i orientaci časovou (Vachtová, Hudačová, 2009, s. 220). Sociální izolací se ve své přehledové studii zabýval autor Nicholson Jr. Z dostupné literatury pomocí vyhledávání před databáze publikačních výstupů sumarizoval definice sociální izolace u seniorů a její determinanty. Uvádí, že sociální izolace není dostatečně správně definovaná a často bývá zaměňovaná s pojmy „sociální síť“ a „sociální opora“. Podle Nicholsona má termín sociální izolace zahrnovat položky, jako je kontakt s blízkou osobou, pocit sounáležitosti, mezilidské vztahy, psychologické a fyzické bariéry a jejich rozsah a saturaci. Rozpoznání těchto příznaků charakterizujících sociální izolaci je v péči o geriatrického pacienta nezbytné, proto je znalost těchto determinant podstatná pro poskytovatele zdravotní péče, tedy především všeobecné sestry, jež jsou s pacientem nejčastěji v kontaktu (Nicholson Jr., 2008, s. 1342 – 1352).

3 NÁVRHY MOŽNÝCH INTERVENCÍ V PÉČI O GERIATRICKÉHO SENIORA

Lidská důstojnost bývá v průběhu hospitalizace často opomíjena. Zvláště u křehkých seniorů se snížení jejich důstojnosti může výrazně odrazit na zdravotním stavu. Zachování důstojnosti je rovněž možno chápat jako zachování zdraví jedince, jak uvádějí studie uvedené v této kapitole. Mezi komplikace geriatrické křehkosti patří institucionalizace, zvýšená nemocnost a případná mortalita. Intervence uvedené v této kapitole jsou zaměřeny na snížení možného rizika vzniku těchto komplikací. Geriatrický senior mnohdy potřebuje pomoc druhé osoby při vykonávání běžných denních činností a všeobecná sestra je hlavním „partnerem“ v realizaci (sebe)péče seniora. Aby byli nelékařští zdravotničtí pracovníci schopni dostatečně realizovat naplánované intervence v péči o seniora, je nutné nejprve stanovit tyto intervence na základě posouzení. To všeobecná sestra vykonává na základě nabytých znalostí z problematiky péče o geriatrického pacienta a specifik charakteristických pro tento věk. Samozřejmostí v péči o seniora je dodržování etický kodexů a Práv hospitalizovaných pacientů.

3.1 Zachování důstojnosti a autonomie seniora během hospitalizace v nemocnici

Autorský kolektiv v analýze (zaměřené na péči o staré občany s ohledem na zachování jejich důstojnosti) zkoumal význam pojmu „důstojnost“, a na základě definic a témat souvisejících s problematikou zachování důstojnosti u seniorů publikoval pět atributů, které je nutno zařadit do ošetrovatelské péče o seniora za účelem zabránění ztráty důstojnosti. Mezi jeden z pěti atributů patří individuální péče,

podporující aktivní rozhodování seniora v oblasti jeho vlastní péče. Spolupráce při stanovování ošetrovatelského plánu pacienta a všeobecné sestry je významným krokem kupředu na cestě k zachování důstojnosti seniora. Druhý bod umožňuje seniorovi držet kontrolu nad péčí, která mu je poskytována. Pokud má senior kontrolu nad péčí o jeho osobu, dosáhne většího pocitu sebeúcty. Třetím z pěti atributů je respektování seniora ve smyslu prokázání úcty seniorovi, jež rovněž podpoří sebeúctu seniora. Obhajoba seniora ve smyslu podpoření jeho názorů, přání zároveň objektivně napomáhá v posuzování seniora všeobecnou sestrou. Posledním z pětice atributů je citlivé naslouchání seniorovi, kterým všeobecná sestra umožní projevit seniorovi své pocity, dojmy a názory, přitom však respektuje jejich obsahovou stránku (Anderberg et al., 2007, s. 635 – 643). K zachování důstojnosti přispívá respektování pacientova chování, jeho životních hodnot a principů prostřednictvím respektování vlastní důstojnosti seniora a mezilidské důstojnosti ze stran všeobecné sestry. Jacelon rovněž uvádí, že pokud všeobecná sestra plánuje intervence bránící ztrátě lidské důstojnosti, musí hospitalizovaného seniora posuzovat jak po stránce zdravotní, tak s respektem vůči jeho autonomii a důstojnosti. Jedině v souladu těchto tří aspektů je schopna předejít ztrátě autonomie u hospitalizovaného seniora (Jacelon, 2004, s. 552, 556). Trpělivost, projevovaný zájem, přívětivý přístup a úcta jsou aspekty chování, které jsou pro zdravotnického pracovníka v péči o seniora velmi podstatné. Gulášová dále zmiňuje i potřebu přirozenosti a vlídnosti ze strany všeobecné sestry při komunikaci se seniorem. Doporučuje dále věnovat zvýšenou pozornost nově přijatým pacientům na oddělení. Za důležité považuje seznámit je s prostředím, režimem nemocnice a eliminovat tak nepříjemné pocity strachu a obav z nového neznámého prostředí a kolektivu. Rovněž poukazuje na fakt, že interpersonální vztahy mezi pracovníky na oddělení se odráží na pacientově důstojnosti (Gulášová, 2005, s. 245). Zacharová ve svém příspěvku (s odkazem na Evropskou chartu pacientů – seniorů) pro oblast komunikace taktéž zdůrazňuje, že dodržování určitých zásad

komunikace se seniory vede ke zkvalitnění péče o seniory, saturaci jejich potřeb a lepšímu přizpůsobení se seniorů v nové situaci. Ze zásad komunikace se seniory podle výše uvedené Charty uvádí např. nutnost respektovat pacienta seniora jako partnera, umožnit mu podílet se na plánování a realizaci ošetrovatelské péče o něj, s trpělivostí seniorovi naslouchat, respektovat právo seniora nechat se zastoupit druhou osobou s ohledem na vlastní přání apod. Rovněž autorka poukazuje na nutnost znalosti odlišností bio-psycho-sociálních specifik, která jsou pro seniorský věk charakteristická, a taktéž dodržovat profesionální přístup, zásady komunikace se seniory a zachovat si respekt vůči pacientovi – seniorovi (Zacharová, 2008, s. 588 – 589). Autorky Matiti a Trorey realizovaly studii, ve které se zaměřily na respektování lidské důstojnosti. Dotazovaly se hospitalizovaných pacientů (nejen seniorů) na podmínky, které by vedly k zachování jejich důstojnosti a autonomie. Většina respondentů studie se shodla na pěti aspektech, které se podílejí na udržování osobní autonomie a důstojnosti. Seznam pěti položek nutných k zachování důstojnosti a autonomie obsahoval tyto oblasti: soukromí, vhodná komunikace a potřeba informací, potřeba důvěry, možnost volby, kontroly a zapojení se do péče o své zdraví a respekt vůči nim, jako pacientům samotným. Autorky v závěru rovněž uvádějí potřebu individuálního přístupu všeobecných sester k pacientům, respektování potřeb a požadavků pacienta v rámci s možností, které je registrovaná sestra schopna vykonat. Podotýkají, že s respektováním lidské důstojnosti a autonomie je vhodné intenzivněji pracovat i během studia všeobecných sester (Matiti a Trorey, 2008, s. 2709 – 2716). Moser et al. v přehledové studii odborné dostupné literatury, zaměřené na autonomii pacienta a obor ošetrovatelství, informují o dvou teoriích, které prezentují etické pojetí autonomie v ošetrovatelství. Na základě těchto dohledaných poznatků autoři upozorňují na potřebu pacientů zapojit se do plánování a realizace péče. Odkazují všeobecné sestry na citlivé posouzení všech složek negativní i pozitivní svobody a dodržování etických kodexů v péči o seniory (Moser et al., 2007, s. 357 – 365). Zdravotnický

personál aktivizací seniora vytváří podmínky, které umožní zachování autonomie seniora. Adekvátně nastavenou péči podpořenou dodržováním pravidel, které mimo jiné Bužgová uvádí ve své publikaci, je v průběhu poskytování ošetrovatelské péče jejímu příjemci minimalizováno ohrožení jeho autonomie a důstojnosti. Mezi šest pravidel, které autorka uvádí podle autorů Collopy a Naleppa (2003, s. 104), jako nejpodstatnější z celého souboru Pravidel autonomního chování, jmenujme dostupnost informací pro pacienta, možnost realizovat rozhodnutí v oblasti péče o klienta nebo respektování životních hodnot seniora (Bužgová, 2007, s. 66 – 69).

3.2 Intervence zaměřené na podporu soběstačnosti seniora

Rozpoznání křehkosti u seniora nemusí být vždy jednoduché. Často bývá křehkost maskována somatickými obtížemi a zdravotnický personál ji nemusí včas a správně rozpoznat. Věk příjemce péče rovněž může spadat do kategorie vymezující geriatrickou křehkost, ale samotná křehkost se u seniora objevit nemusí. Proto je pro všeobecné sestry nezbytně nutné znát problematiku křehkosti příjemce péče a její symptomy. Tím mohou registrované sestry předcházet zhoršení stávajícího stavu křehkosti a naopak aktivně přispět ke zlepšení stavu křehkosti seniora. Jedním z kritérií určující geriatrickou křehkost je posouzení seniora podle škály ADL a IADL. Právě snížená schopnost pečovat o sebe sama je jeden z prvotních projevů křehkosti seniora. Intervence všeobecné sestry zaměřená na podporu fyzické aktivity seniora a zvýšení soběstačnosti podle přehledové studie Pel-Little et al., zaměřené na analýzu publikovaných studií z oblasti geriatrické křehkosti, prezentují možné uplatnění takto zaměřených intervencí v plánování péče o křehkého seniora (Pel-Little, 2009, s. 390 – 394). V péči o geriatrického pacienta je nutno rozeznávat symptomy charakteristické pro proces stárnutí, které je ireverzibilní oproti geriatrické křehkosti, jejíž projevy a průběh v čase jsou reverzibilní.

Proto je nezbytná znalost a schopnost pracovat s posuzovacími nástroji (se škálami a dotazníky) určující míru geriatrické křehkosti a vulnerability seniora. Všeobecné sestry by měly při posuzování v péči o seniora používat např. Barthel's Index ADL, test kognitivních funkcí Mini-Mental State Examination (MMSE) rovněž zaměřený na detekci demence, znát výsledky Komplexního geriatrického posouzení (CGS) prováděné lékařem. Na základě těchto poznatků by všeobecné sestry měly plánovat intervence zaměřené na rizikové faktory (např. rizika pádů, imobility, soběstačnosti, inkontinence apod.), které ohrožují křehkého seniora nejvíce (Lang et al., 2009, s. 539 – 549). Poledníková et al., ve svém výzkumu, zaměřeném na sestru a pacienta při ztrátě soběstačnosti, vedle posouzení seniora dle Barthel's ADL Index, využívají (mimo jiné) klasifikační systém ošetřovatelských diagnóz NANDA-International. Následně pak sestavily seznam intervencí podle klasifikačního systému NIC (Nursing Interventions Classification). V závěru výzkumné studie doporučují využití ošetřovatelských činností NIC v péči o seniory se sníženou soběstačností (Poledníková et al., 2009, s. 126 – 130). Intervence směřující ke snížení deficitů a zmírnění obtíží spojených s geriatrickou křehkostí Kalvach et al., definuje jako „soubor základních opatření zaměřený na dispenzarizaci geriatrických seniorů, jako prevence vzniku nežádoucích komplikací křehkosti, na úpravu nutričního stavu seniora s ohledem na zachování svalové hmoty, na oblast fyzioterapie orientovanou na zachování aktuálního rozsahu pohybu a jeho možné zlepšení, na vhodné zacházení se seniory s respektem vůči zachování jejich autonomie a důstojnosti, na poskytování psychické podpory ze strany nemocničního personálu aj.“ (Kalvach et al., 2008, s. 127 – 128).

DISKUZE A ZÁVĚR

Diskuze

Většina studií a přehledových prací byla zaměřená na pacienty – seniory ve věku 65 let a více. Příčina hospitalizace seniorů byla většinou interního nebo chirurgického původu. Mezi nejčastější lékařské diagnózy patřily cévní mozková mrtvice, akutní infarkt myokardu a jiná kardiovaskulární onemocnění. Hospitalizace seniorů byla nutná z důvodu regrese onemocnění nebo dekompenzace zdravotního stavu. Podstatné je, že pacienti, kteří tvořili zkoumané soubory, byli hospitalizováni z přirozeného domácího prostředí, i když výskyt studií zaměřených na seniory v komunitní péči mnohdy převyšoval počet studií použitých v této práci.

Geriatrického pacienta je podle autorů uvedených v přehledové části bakalářské práce možno chápat od 65 let věku (WHO; Kalvach, Onderková, 2008; Kalvach et al., 2006). Státní zdravotnický ústav rovněž ve své ročence (za rok 2011) dokládá stále rostoucí demografický nárůst seniorské populace a neustále se navyšující počet jejich hospitalizací (ÚZIS ČR, 2011; Hospitalizování v nemocnicích ČR 2010, 2011). Nárůstem počtu seniorů v nemocniční péči se zvyšují i nároky na péči o tyto pacienty. Autorka Jarošová (2005) proto poukazuje na nutnost komplexního vzdělávání sester v péči o geriatrické pacienty. Ve většině případů se autoři při definování geriatrických syndromů shodují na čtyřech rizikových faktorech, které jsou příčinou geriatrických syndromů. Problematika inkontinence, opakovaných pádů, deliria, psychických poruch byla nejčastěji publikována (Inouye et al., 2007; Rockwood et al., 2008). Většina studií použitých při tvorbě prvního cíle rovněž poukazuje na nutnost pohlížet na seniora komplexně. Je nezbytné zaměřit se jak na stránku fyzickou, tak na stránku psychickou. Shodují se v tom, že komplexní hodnocení seniora a jeho správné posouzení může zabránit vzniku geriatrických

syndromů. Autoři se také shodují i ve výčtu onemocnění, jež nejčastěji vedou k hospitalizaci seniora. Ve výčtu lékařských diagnóz nechybí civilizační choroby, jako např. hypertenze, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus II. typu, cerebrovaskulární příhody aj. Lee poukazuje rovněž na možné souvislosti jednotlivých chronických onemocnění s výskytem geriatrických syndromů. Konkrétně se tak jedná o kardiovaskulární a metabolická onemocnění. Přesnější studie zaměřené přímo na určitá onemocnění v současné době nejsou (dle rešeršní strategie uvedené v Úvodu práce) k dispozici. Z lékařských diagnóz chirurgického rázu se jedná nejčastěji o zlomeniny, popř. jiná úrazová poranění.

Geriatrická křehkost (z angl. frailty) je autory rovněž prezentována jako stav, který ohrožuje blahobyt, funkční schopnost, mobilitu, psychickou pohodu a celkový zdravotní stav seniora. Studie upozorňují zároveň na často opomíjený fakt, že křehkost seniora nemusí být nutně spojená s věkem klienta. Autoři definující geriatrickou křehkost ve většině případů vycházejí z definice geriatrické křehkosti podle Fried. Rothman, Leo-Summers a Gill do své prospektivní kohortové studie (zaměřené na sedm možných kritérií určujících geriatrickou křehkost) zahrnuli i pět kritérií a rovněž definovali křehkost podle Fried. Stávajících pět kritérií doplnili o depresivní syndromy a kognitivní poruchy s tím, že studii zaměřili na cílovou skupinu seniorů starších 70ti let, ale žijící v komunitě. Poukazují tak na možnost využití The Fried Frailty modelu i v jiné, než nemocniční péči. Autoři Fillit, Butler považují za důležité věnovat se i psychologické stránce křehkosti. Domnívají se, že důkladnější prozkoumání psychologických aspektů křehkosti by mohlo zabránit vzniku tzv. krize identity, jak tito dva autoři uvádějí ve své studii (Fillit, Butler 2009, s. 348 – 349). Chtějí tak zamezit poklesu kvality života jak seniorů, tak jejich pečovateli. Spolu se studii a přehledovými články zaměřenými na geriatrickou křehkost se v publikacích dále objevovaly i studie zaměřené na souvislost

Alzheimerovy choroby a posuzování kognitivních funkcí ve spojitosti s výskytem geriatrické křehkosti u seniorů. Vulnerabilita seniorů je často zaměňována s geriatrickou křehkostí. Rovněž je prezentována jako snížená funkční schopnost seniora nebo sklon k fyzické a psychické zranitelnosti, která si vyžádá navýšení zdravotnické péče. Stejně jako geriatrická křehkost vede i vulnerabilita u seniorů k zvýšené morbiditě a mortalitě seniorů během hospitalizace. Autoři Rothman a Brown se rovněž shodují na nutném objektivním hodnocení zranitelnosti seniora a také na efektivitě poskytované péče seniorovi např. dle ACOVE a QIs (Arora et al., 2007). Aby vulnerabilita byla eliminována v jejím samotném „počátku“, je nutné znát příčiny jejího vzniku a rozpoznat její prvotní symptomy. K tomu je opět nutná adekvátní znalost všeobecných sester v této problematice. I v této zkoumané oblasti odborníky ve zdravotnictví se stále častěji vyskytují studie zaměřené na respondenty v komunitní péči a domovech pro seniory.

Jako jednu z hlavních příčin vzniku geriatrických syndromů a následného hospitalismu autoři uvádějí zhoršenou schopnost seniora adaptovat se na nemocniční prostředí. Upozorňují, že duševní a psychické zdraví jde ruku v ruce a změna prostředí, stresové faktory, nemocniční režim, cizí lidé a nemoc samotná mají negativní vliv na seniora samotného (Gulášová, 2005; Kalvach, 2008). Rovněž se autoři shodují v tom, že výrazný podíl na špatné adaptaci seniora má výskyt demence a depresivních syndromů u hospitalizovaného seniora (Bryant et al. 2010; Drástová, Krombholz, 2006). Autonomie a důstojnost seniora je často během hospitalizace opomíjena. Autoři studií zaměřených na respektování důstojnosti a autonomie upozorňují na důležitost respektování těchto oblastí u seniora. Moser et al., uvádí, že podpora autonomie a důstojnosti seniora ze strany všeobecné sestry vede k možnému navrácení soběstačnosti seniora. Častým problémem je rovněž situování seniora do pasivní role, která mu neumožňuje konat rozhodnutí v oblasti péče o něj samotného. Dále se autoři shodují,

že je nutno sjednotit definici autonomie a důstojnosti seniora, a podpořit tak následné výzkumy v této problematice geriatrických pacientů (zejména v oblasti operacionalizace definic). Studie uvedené v druhém cíli obsahují totožné atributy vedoucích k zachování důstojnosti. Jako jeden z projevů geriatrické křehkosti označují autoři ztrátu soběstačnosti seniora. Shodují se, že posouzení seniorů podle škál ADL a IADL je objektivní a umožní tak všeobecné sestře naplánovat efektivní intervence v oblasti sebepéče, která je pro seniora nejvíce (a také nejčastěji) riziková. Doporučují i využití škál zaměřených na hodnocení kognitivních funkcí (kupř. MMSE, AD-CZ). Zároveň dodávají, že pokles soběstačnosti vede k nárůstu morbidity a mortality hospitalizovaných seniorů. Existuje také mnoho studií zaměřených na komunitu seniorů, klienty domovů pro seniory, pečovatelských domů a disabilitu jejich klientů hodnocenou podle ADL, IADL a MMSE. Taktéž se vyskytují studie zaměřené na soběstačnost a přidružený depresivní syndrom, který seniory limituje v soběstačnosti. Méně se vyskytují studie zaměřené na potřebu seberealizace během hospitalizace a sociální izolaci, které nastávají u dlouhodobě hospitalizovaných jedinců.

Pokud mají být intervence v oblasti péče o seniora účelné, je nutná spolupráce zdravotnických pracovníků a seniora při plánování této péče. Autoři se shodují, že zapojení seniora do plánování a realizace ošetrovatelské péče o jeho osobu je nejlepší možný způsob, jak zabránit ztrátě autonomie a důstojnosti seniora. Aby byla spolupráce při plánování a poskytování ošetrovatelské péče efektivní, musí všeobecná sestra znát specifika péče, která jsou charakteristická pro geriatrické pacienty. V péči o tyto pacienty autoři upozorňují na dodržování etických pravidel a dodržování práv pacientů. V oblasti soběstačnosti seniora doporučují všeobecným sestřím precizně posuzovat seniory dle schválených škál hodnotících jejich soběstačnost, kognitivní funkce a využití poznatků CGS.

Závěr

Přehledová bakalářská práce byla zaměřena na rizikové skupiny seniorů ohrožené geriatrickými syndromy a následným hospitalismem. Mezi hlavní cíle práce patřil přehled publikovaných poznatků spojených s hospitalismem u seniorů. Souběžným cílem práce bylo rovněž objasnit pojmy spojené s problematikou hospitalizovaných seniorů. První cíl práce byl zaměřen na pojetí seniora v nemocnici. V tomto cíli autorka charakterizovala geriatrického pacienta a věkovou hranici, od které je možné příjemce péče takto označovat. S geriatrickým pacientem se pojí i tzv. geriatrické syndromy, rovněž prezentované v tomto cíli. Autorka dále podává objasnění pojmů geriatrická křehkost a vulnerabilita seniora. Druhý cíl obsahoval soubor příčin, které se výrazně podílejí na vzniku geriatrických syndromů a hospitalismu. Mezi nejčastější příčiny vzniku hospitalismu byla zařazena špatná adaptace seniora na nemocniční prostředí, ohrožování důstojnosti a autonomie seniora při pobytu v nemocnici, a také snížená soběstačnost (a samostatnost) seniora v oblasti sebepečce. Zmíněna byla i potřeba seberealizace seniora během hospitalizace a problematika sociální izolace, jako důsledek omezení kontaktu s přirozeným prostředím a osobami, které jsou pro seniora v běžném v každodenním životě samozřejmostí. Třetí cíl obsahoval návrhy možných intervencí vedoucích k zachování dosavadního zdravotního stavu geriatrického pacienta a následně jeho možnému zlepšení. Oblast intervencí byla zaměřena na zachování důstojnosti a autonomie seniora při hospitalizaci. Dále také na podporu v oblasti soběstačnosti seniora. Tento cíl rovněž obsahoval doporučení vztahující se k používání vhodných škál pro posouzení geriatrického pacienta a poukazoval také na nutnost znalosti všeobecných sester v oblasti specifik péče, které jsou pro geriatrického pacienta typická.

Závěrem lze říci, že v péči o geriatrické pacienty je nutné znát problematiku spojenou s touto skupinou pacientů. Důležitým poznatkem pro plánování péče o tyto pacienty je objektivní posouzení s využitím

hodnotících škál. Na základě získaných znalostí všeobecných sester a vhodném použití hodnotících škál je možné zabránit vzniku geriatrických syndromů, detoriaci (zhoršení) geriatrické křehkosti a následným komplikacím. Rovněž dodržování etických pravidel a práv pacientů je nezbytné pro zachování autonomie a důstojnosti seniorů. Stejně tak špatná kvalita interpersonálních vztahů může mít na hospitalizovaného seniora negativní vliv. Kontinuální vzdělávání sester v péči o geriatrického pacienta může vést na základě dostatečných znalostí této problematiky, k eliminaci komplikací vzniklých během dlouhodobé hospitalizace seniorů v nemocnici a následného hospitalismu.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

- (1) AFILALO, J. et al. 2009 Role of Frailty in Patients With Cardiovascular Disease, *The American Journal of Cardiology*. 2009, vol. 103, no. 1, pp. 1616 – 1621. ISSN 0002-9149. Dostupný z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002914909005505>> [cit. 2012-03-14].
- (2) AITKEN, L. M. et al. 2010, Characteristics and Outcomes of Injured Older Adults After Hospital Admission, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010, vol. 58, no. 3, pp. 442 – 449. ISSN 0002-8614. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=24&sid=c6139a34-c60d-49aa-8dc6-16ea64b52e03%40sessionmgr14>> [cit. 2012-03-18].
- (3) ANPALAHAN, M., GIBSON, S. J. 2008 Geriatric syndromes as predictors of adverse outcomes of hospitalization, *Internal Medicine Journal*. 2008, vol. 38, no. 1, pp. 16 – 23. ISSN 1444-0903. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=24&sid=c6139a34-c60d-49aa-8dc6-16ea64b52e03%40sessionmgr14>> [cit. 2012-19-02].
- (4) ANDERGERG, P. et al. 2007 Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*. 2007, vol. 59, no. 6, pp. 635 – 643. ISSN 0309-2402. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=14&sid=44da8471-8ee5-4418-8fdc-8d4abb008424%40sessionmgr11>> [cit. 2012-03-28].
- (5) ARORA, V. M. et al. 2007 Using Assessing Care of Vulnerable Elders Quality Indicators to Measure Quality

- of Hospital Care for Vulnerable Elders, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007, vol. 55, no. 11, pp. 1705 – 1711. ISSN 0002-8614. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessionmgr114>> [cit. 2012-03-19].
- (6) ARORA, V. M., MCGORY, M. L., FUNG, C. H. 2007 Quality Indicators for Hospitalization and Surgery in Vulnerable Elders, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2007, Supplement 2, vol. 55, pp. 347 – 358. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=24&sid=c6139a34-c60d-49aa-8dc6-6ea64b52e03%40sessionmgr14>> [cit. 2012-03-19].
- (7) BÓRIKOVÁ, I. 2010 Posudzovanie aktivít denného života, *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 1, s. 24 – 30. ISSN 1804-2740. Dostupný z WWW: <<http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/>> [cit. 2012-02-20].
- (8) BRYANT, Ch., JACKSON, H., AMES, D. 2010 The role of physical and psychological variables in predicting the outcome of hospitalization in very old adults, *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 2010, vol. 53, no. 2, pp. 146 – 151. ISSN 0167-4943. Dostupný z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016749431003134>> [cit. 2012-03-31].
- (9) BUŽGOVÁ, R. 2007 Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory, *Kontakt*. 2007, roč. 9, č. 1, s. 65 – 69. ISSN 1804-7122. Dostupný z WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt>> [cit. 2012-02-13].
- (10) CLEGG, A., YOUNG, J. 2011 The frailty syndrome, *Clinical Medicine*. 2011, vol. 11, no. 1, pp. 72 – 75. ISSN 1470-2118. Dostupný z WWW:

- <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=14&sid=44da8471-8ee5-4418-8fdc-8d4abb008424%40sessionmgr11>> [cit. 2012-03-13].
- (11) DRÁSTOVÁ, H., KROMBOLZ, R. 2006 Deprese v seni, *Medicína pro praxi*. 2006, roč. 3, č. 5, s. 241 – 243. ISSN 1803-5310. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/>> [cit. 2012-03-20].
- (12) FILLIT, H., BUTLER, R. N. 2009 The Frailty Identity Crisis, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, vol. 57, no. 2, pp. 348 – 352. ISSN 0002-8614. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a%40sessionmgr114>> [cit. 2012-03-13].
- (13) GULÁŠOVÁ, I. 2005 Adaptácia pacienta na zmenený stav a na hospitalizáciu, *Kontakt*. 2005, roč. 7, č. 3-4, s. 239 – 246. ISSN 1804-7122. [cit. 2012-02-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt>> [cit. 2012-02-13].
- (14) HEATH, H., PHAIR, L. 2011 Frailty and it's significance in older people's nursing, *Nursing Standard*. 2011, vol. 26, no. 3, pp. 50 – 55. ISSN 0029-6570. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&hid=111&sid=674555bc-54b1-44f5-9ec5-6c19a169c73e%40sessionmgr111>> [cit. 2012-03-13].
- (15) HEIKKINEN, E. 2003 What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe*, 2003. s. 17. Dostupný z WWW: <<http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>> [cit. 2012-02-19].
- (16) HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ H. 2006 Pohled na pacienta vyššího věku, *Medicína pro praxi*. 2006,

roč. 3, č. 4, s. 180 – 183. ISSN 1803-5310. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/>> [cit. 2012-03-20].

- (17) INOUYE, S. K. et al. 2006 Dissemination of the Hospital Elder Life Program: Implementation, Adaptation, and Successes, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2006, vol. 54, no. 10, pp. 1492 – 1499. ISSN 0002-8614. Dostupný z WWW:<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessionmgr114>> [cit. 2012-03-18].
- (18) JACELON, C. S. 2004 Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders, *Journal of Advanced Nursing*. 2004, vol. 46, no. 5, pp. 549 – 557. ISSN 0309-2402. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=23&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessionmgr114>> [cit. 2012-03-20].
- (19) JAROŠOVÁ, D., VRUBLOVÁ, Y., DUŠOVÁ, B. 2005 Několik poznámek k vývoji a zaměření geriatrického (gerontologického) ošetřovatelství, *Kontakt*. 2005, roč. 7, č. 3-4, s. 229 – 231. ISSN 1804-7122. Dostupný z WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt>> [cit. 2012-02-13].
- (20) KALVACH, Z., HOLMEROVÁ I. 2008 Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén, *Medicína pro praxi*. 2008, roč. 5 č. 2, s. 66 – 69. ISSN 1803-5310. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/>> [cit. 2012-02-13].
- (21) KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *STÁŘÍ Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Gálén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- (22) KALVACH, J. et al. *Geriatrické syndromy geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

- (23) KRAJČÍK, Š. 2005 Dôstojnosť starých ľudí a zdravotnícka starostlivosť, *Kontakt*. 2005, roč. 7, č. 1-2, s. 33 – 36. ISSN 1804-7122. Dostupný z WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt>> [cit. 2012-02-13].
- (24) KRUCOFF, C. et al. 2010 Teaching Yoga to Seniors: Essential Considerations to Enhance Safety and Reduce Risk in a Uniquely Vulnerable Age Group, *The Journal of alternative and complementary medicine*. 2010, vol. 16, no. 8, pp. 899 – 905. ISSN 1075-5535. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessionmgr114>> [cit. 2012-03-14].
- (25) LANG, P.-O., MICHE, J.-P., ZEKRY, D. 2009 Frailty Syndrome: A Transitional State in a Dynamic Process, *Gerontology And Geriatrics*. 2009, vol. 55, no. 5, pp. 539 – 549. ISSN 0304-324X. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/274664708/1360FA224364689F96E/1?accountid=16730>> [cit. 2012-03-31].
- (26) LANG, P.-O. et al. 2007 Loss of independence in Katz's ADL ability in connection with an acute hospitalization: early clinical markers in French older people, *European Journal of Epidemiology*. 2007, vol. 22, no. 9, pp. 621 – 630. ISSN 0393-2990. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/214884220/1360FDA2DA74FDE6C38/1?accountid=16730>> [cit. 2012-03-27].
- (27) LEE, P. G., CIGOLLE, Ch., BLAUM, C. 2009 The Co-Occurrence of Chronic Diseases and Geriatric Syndromes: The Health and Retirement Study, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009, vol. 57, no. 3, pp. 511 – 516. ISSN 0002-8614. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessi>>

onmgr114> [cit. 2012-02-19].

- (28) MATITI, M. R., TROREY, G. M. 2008 Patients' expectations of the maintenance of their dignity, *Journal of Clinical Nursing*. 2008, vol. 17, no. 20, pp. 2709 – 2717. ISSN 0962-1067. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f05df606-f893-4d49-b2e8-28bdc06a13ce%40sessionmgr113&vid=1&hid=111>> [cit. 2012-03-31].
- (29) MILLÁN-CALENTI, J. C. et al. 2010 Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality, *Archives of Gerontology and Geriatrics* 50. 2010, vol. 50, no. 3, pp. 306 – 310. ISSN: 0167-4943. Dostupný z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016749430901228>> [cit. 2012-03-28].
- (30) MOSER, A., HOUTEPEN, R., WIDDERSHOVEN, G. 2007 Patient autonomy in nurse-led shared care: a review of theoretical and empirical literature, *Journal of Advanced Nursing*. 2007, vol. 57, no. 4, pp. 357 – 365. ISSN: 03092402. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessionmgr114>> [cit. 2012-03-21].
- (31) NAIK, A.D., et al. 2009 Patient Autonomy for the Management of Chronic Conditions: A Two-Component Re-Conceptualization, *American Journal of Bioethics*. 2009, vol. 9, no. 2, pp. 23 – 30. ISSN: 1526-5161. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&hid=111&sid=674555bc-54b1-44f5-9ec5-6c19a169c73e%40sessionmgr111>> [cit. 2012-03-21].

- (32) NICHOLSON Jr., N. R. 2009 Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*. 2009, vol. 65, no. 6, pp. 1342 – 1352. ISSN 0309-2402. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessionmgr114>> [cit. 2012-03-28].
- (33) PELL-LITTEL, R. E. et al. 2009 Frailty: defining and measuring of a concept, *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2009, vol. 13, no. 4, pp. 390 – 394. ISSN 1279-7707. Dostupný z WWW: <<http://search.proquest.com/docview/222239009/1360FC5758F3832739/1?accountid=16730>> [cit. 2012-03-30].
- (34) POLEDNÍKOVÁ, L., SLÁMKOVÁ, A., BARÁTHOVÁ, E. 2009 Sestra a senior při strate sebaopatery, *Kontakt*. 2009, roč. 9, č. 1, s. 124 – 130. ISSN 1804-7122. Dostupný z WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt>> [cit. 2012-02-13].
- (35) ROCKWOOD, K. 2008 Reliability of the Hierarchical Assessment of Balance and Mobility in Frail Older Adults, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008, vol. 56, no. 7, pp. 1213 – 1217. ISSN 0002-8614. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=13&sid=466dad14-ac0b-4593-9ada-98cbdb0fc732%40sessionmgr4>> [cit. 2012-02-19].
- (36) ROTHMAN, M. D., LEO-SUMMERS, L., THOMAS, M. G. 2008 Prognostic Significance of Potential Frailty Criteria, *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008, vol. 56, no. 12, pp. 2211 – 2216. ISSN 0002-8614. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessionmgr114>> [cit. 2012-19-02].

- (37) ROTHMAN, M., BROWN, L. 2007 The Vulnerable Geriatric Casualty: Medical Needs of Frail Older Adults During Disasters, *Generations*. 2007, vol. 31, no. 4, pp. 16 – 20. ISSN 0738-7806. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=110&sid=23974a8c-2363-4e21-8e6d-8ee688d370a7%40sessionmgr114>> [cit. 2012-02-19].
- (38) SASAKI, H. 2008 Single pathogenesis of geriatric syndrome, *Geriatrics & Gerontology International*. 2008, vol. 8, no. 1, pp. 1 – 4. ISSN 1447-0594. Dostupný z WWW: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&hid=111&sid=674555bc-54b1-44f5-9ec5-6c19a169c73e%40sessionmgr111>> [cit. 2012-02-19].
- (39) SMIČKOVÁ, E. 2011 Možnosti identifikace poruch sebeděče u seniorů a jejich kompenzace, *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, č. 8 (9), s. 391 – 393. ISSN 1803-5310. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/>> [cit. 2012-03-26].
- (40) SOMME, D. et al. 2010 Loss of autonomy among elderly patients after a stay in a medical intensive care unit (ICU): A randomized study of the benefit of transfer to a geriatric ward, *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 2010, vol. 50, no. 3, pp. 36 – 40. ISSN 0167-4943. Dostupný z WWW: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016749430900123X>> [cit. 2012-03-28].
- (41) SIKOROVÁ, L., MAREČKOVÁ, J., PAJOROVÁ, H. 2010 Využití standardizovaných škál pro hodnocení seniorů, *Kontakt*. 2010, roč. 12, č. 4, s. 399 – 406, ISSN 1804-7122. Dostupný z WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt>> [cit. 2012-03-12].
- (42) ŠNEJDRLOVÁ, M., KALVACH, Z. 2008 Funkční stav v pokročilém stáří a genetická dispozice k dlouhověkosti, *Medicína pro praxi*. 2008, roč. 5, č. 4,

- s. 157 – 159. ISSN:1803-5310. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/>> [cit. 2012-03-26].
- (43) ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky*. [online]. 2011. Dostupný z WWW: <www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2010.pdf> [cit. 2012-03-16].
- (44) ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2010*. [online]. 2011. Dostupný z WWW: <www.uzis.cz/system/files/hospit2010.pdf> [cit. 2012-03-16].
- (45) ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY, *Aktuálních informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 56* [online], 2011. Dostupný z WWW: <www.uzis.cz/system/files/56_11.pdf> [cit. 2012-03-16].
- (46) VACHTOVÁ, I. HUDAČOVÁ, A. 2009 Potřeba seberealizace u pacientů během hospitalizace, *Kontakt*. 2009, roč. 9, č. 1, s. 218 – 231. ISSN 1804-7122. Dostupný z WWW: <<http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt>> [cit. 2012-02-13].
- (47) WEBER, P., et al. 2011 Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny, *Vnitřní lékařství*. 2011, roč. 7, č. 6, s. neuvedeny. ISSN: 1801–7592. Dostupný z WWW: <http://www.vnitrnilekarstvi.cz/online/E2010_18?confirm_rules=1> [cit. 2012-03-10].
- (48) ZACHAROVÁ, E. 2008 Komunikace s geriatrickým pacientem, *Interní medicína pro praxi*. 2008, roč. 10, č. 12, s. 588 – 589. ISSN 1803-5256. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/>> [cit. 2012-03-20].