



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení
populace starší 60 let

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Mgr. Jitka Doležalová

Školitel: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení populace starší 60 let*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18.7. 2021

.....

Doležalová Jitka

Poděkování

Poděkování patří mé školitelce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za odborné vedení celé práce, trpělivost, ochotu a psychickou podporu.

Dále bych ráda poděkovala všem seniorům a sestřám za ochotu se zúčastnit a předat důležité informace.

Využití hodnotících a měřících nástrojů pro hodnocení populace starší 60 let

Abstrakt

Úvod: Populace starší 60 let je jednou z nejohroženějších skupin z hlediska zdravotní stránky. Je nutné poskytovat vysoce kvalifikovanou a odbornou péči, která bude přispívat k udržení nebo zvýšení kvality života. Jednou z možností jak, tohoto dosáhnout je správné a vhodné používání hodnotících nástrojů.

Cíl: Disertační práce měla za cíle zjistit postoj sester vůči současně používaným hodnotícím nástrojům, dále zjistit výskyt geriatrických syndromů u populace starší 60 let a jejich případný dopad na kvalitu života a posledním cílem bylo provést jazykovou validaci nástroje Rapid Geriatric Assessment.

Metodika: Výzkumné šetření probíhalo pomocí kvantitativní a kvalitativní části. V rámci kvantitativního výzkumného šetření byl použit dotazníkový sběr dat v Jihočeském kraji, a to jak u populace starší 60ti let, tedy výzkumný soubor A, tak u sester poskytující péči populaci starší 60ti let, tedy výzkumný soubor B. Dotazníky byly vytvořeny pro oba výzkumné soubory a skládaly se z nestandardizované části a standardizované části. U seniorů bylo nestandardizované šetření zaměřené na hodnocení poskytované péče, zařízení, vykonávání běžných aktivit a zhodnocení psychického a fyzického zdravotního stavu. Standardizovaná část obsahovala nástroj RGA pro zmapování geriatrických syndromů a WHOQOL BREF pro monitoraci kvality života. U sester byla nestandardizovaná část určena pro hodnocení současně používaných nástrojů, dále nového nástroje RGA a na zhodnocení určených oblastí zdravotně sociální péče. Nástroj RGA byl po souhlasu autora přeložen do českého jazyka, otestován v pilotáži, dle potřeb upraven a následně byl zanesen jako součást dotazníkového šetření. Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo pomocí metody focus group a bylo prováděno se sestrami, které poskytují ošetrovatelskou péči seniorům v nemocničním nebo jiném druhu zařízení nebo v domácí péči.

Výsledky: Výsledky prokázaly přítomnost křehkosti, sarkopenie, úbytku tělesné hmotnosti, mírné kognitivní poruchy a demence. Dále byl také prokázán negativní dopad geriatrických syndromů na kvalitu života seniorů. U sester bylo prokázáno, že úroveň vzdělání a délka praxe ovlivňují pohled na hodnotící nástroje a ovlivňují také samotné používání hodnotících nástrojů. Dále byl zjištěn vliv pobytu seniorů na subjektivní

hodnocení psychického a fyzického zdravotního stavu a na spokojenost s fyzickým a psychickým zdravotním stavem. Byl také zjištěn dopad nejzávažněji vnímaného onemocnění na uspokojení potřeb a vykonání běžných denních aktivit u seniorů.

Závěr: Disertační práce poskytuje komplexní pohled na problematiku používání hodnotících nástrojů u populace starší 60 let. Byla vytvořena modifikovaná ošetrovatelská dokumentace, které by měla lépe sloužit pro základní zhodnocení zdravotního stavu seniorů.

Klíčová slova

Hodnotící nástroje; ošetrovatelství; populace starší 60 let; geriatrické syndromy

Use of evaluation and measurement tools for the evaluation of the population older than 60 years

Abstract

Introduction: The 60-year-old population is one of the most vulnerable groups in terms of health. It is necessary to provide highly qualified and professional care to maintain or improve the quality of life. One way to achieve this is to use evaluation tools correctly and appropriately.

Aims: The dissertation aimed to determine the attitude of nurses to currently used assessment tools, to determine the incidence of geriatric syndromes in the population over 60 years and their potential impact on quality of life, and the last goal was to validate the Rapid Geriatric Assessment tool.

Methodology: The research was carried out using the quantitative and qualitative parts. The quantitative research survey used questionnaire data collection limited to the South Bohemian Region, both for the population older than 60 years, research group A. For nurses providing care for the population older than 60 years, research group B. Questionnaires were created for both research files. They consisted of a non-standardized part and a standardized part. For seniors, a non-standardized survey focused on evaluating the care provided, facilities, the performance of routine activities, and the evaluation of mental and physical health. The standardized part included an RGA tool for geriatric mapping syndromes and a WHOQOL BREF for quality of life monitoring. For nurses, the non-standardized part was intended to evaluate currently used tools and the new RGA tool and for the evaluation of designated areas of health and social care. The RGA tool was translated into the Czech language with the author's consent, tested in a pilot, modified as needed, and then entered as part of a questionnaire survey. The qualitative research survey was conducted using the focus group method and was conducted with nurses who provide nursing care to seniors in a hospital or other type of facility or in-home care.

Results: The results showed fragility, sarcopenia, weight loss, mild cognitive impairment, and dementia. Furthermore, the negative impact of geriatric syndromes on the quality of life of seniors has also been demonstrated. For nurses, it has been shown that the level of education and length of practice influence the view of assessment tools and also affect the actual use of assessment tools. Furthermore, the influence of the stay of seniors on the subjective assessment of mental and physical health and on satisfaction

with physical and mental health was found. The impact of the most seriously perceived disease on meeting the needs and performing normal daily activities in the elderly was also found.

Conclusion: The dissertation provides a comprehensive view of the use of assessment tools in the population over 60 years of age. Modified nursing documentation was created, which should better serve for a basic assessment of the health status of seniors.

Key words

Assessment tool; nursing; population 60 years and older, geriatric syndromes

(

Obsah

Úvod.....	12
1 Teoretická vymezení	14
1.1 Stáří	14
1.1.1 Demografie stárnutí	15
1.2 Teorie stárnutí	15
1.3 Změny vyplývající ze stáří	19
1.3.1 Kardiovaskulární systém	20
1.3.2 Respirační systém.....	21
1.3.3 Gastrointestinální systém	21
1.3.4 Změny vylučovacího systému	22
1.3.5 Změny endokrinního systému	24
1.3.6 Změny neurologického systému.....	25
1.3.7 Změny smyslů	26
1.3.8 Změny kůže	27
1.3.9 Změny pohybového aparátu	27
1.3.10 Změny imunitního systému.....	28
1.4 Geriatrické syndromy	29
1.4.1 Geriatrická křehkost	30
1.4.2 Sarkopenie	31
1.4.3 Porucha stability a pády	32
1.4.4 Inkontinence	33
1.4.5 Intelektové poruchy.....	34
1.4.6 Týrání a zanedbávání seniorů.....	36
1.5 Hodnocení geriatrického pacienta dle modelu Orem	37
1.6. Hodnotící nástroje v ošetrovatelství.....	40
1.7. Hodnotící nástroje v geriatrickém ošetrovatelství.....	41

1.7.1 Comprehensive Geriatric Assessment (CGA).....	41
1.7.2 Hodnocení soběstačnosti a sebezpečí.....	43
1.7.3 Hodnocení rizika pádů	46
1.7.4 Hodnocení nutrice	47
1.7.5 Hodnocení kognitivních funkcí.....	49
1.7.6 Rapid Geriatric Assessment – RGA.....	50
1.7.7 Nejčastěji používané škály v českém ošetrovatelství.....	51
2 Operacionalizace pojmů.....	53
3 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy.....	55
3.1 Cíle práce.....	55
3.2 Hypotézy	55
3.3 Výzkumné otázky.....	55
3 Metodika.....	56
3.1 Výběr standardizovaných nástrojů a jazyková validace	56
3.2 Rešerše, výběr nástrojů a konstrukce nestandardizovaného dotazníku.....	57
3.3 Pilotní studie a stanovení.....	57
3.4 Hlavní výzkumné šetření.....	58
3.4.1 Charakteristika výzkumného souboru A	58
3.4.2 Charakteristika výzkumného souboru B	58
3.4.3 Nestandardizované dotazníky	58
3.4.4 Sběr a analýza dat.....	59
3.5 Kvalitativní výzkumné šetření	60
4 Výsledky	61
4.1 Výsledky kvantitativní části výzkumného souboru A	61
4.1.1 Charakteristika výzkumného souboru A	61
4.2 Výsledky výzkumného souboru A – nestandardizovaná část.....	65
4.2.1 Důvod pobytu v zařízení a spokojenost s pobytem.....	65

4.2.2	Pohled na hodnocení prováděné zdravotnickým pracovníkem	72
4.2.3	Subjektivní hodnocení psychického a fyzického stavu	74
4.2.4	Pohybová aktivita	76
4.2.5	Subjektivní hodnocení denních aktivit	79
4.3	Výsledky výzkumného souboru A – standardizovaná část	81
4.3.1	Vyhodnocení nástroje RGA	81
4.3.2	Výsledky nástroje WHOQOL BREF	95
4.4	Výsledky výzkumného souboru B	97
4.4.1	Charakteristika výzkumného souboru B	97
4.4.2	Pohled sester na nástroj RGA	99
4.5	Hodnocení kvalitativního výzkumného šetření výzkumného souboru B	117
4.5.1	Focus group 1	117
4.5.2	Focus group 2	117
4.6	Statistická analýza vztahů	119
4.6.1	Souvislost závažného onemocnění a uspokojování vybraných potřeb	119
4.6.2	Dosažené vzdělání a postoj vůči hodnotícím nástrojům	122
4.6.3	Dosažené vzdělání a hodnocení vybraných oblastí	123
4.6.4	Délka praxe sester a postoj vůči hodnotícím nástrojům	123
4.6.5	Křehkost a kvalita života	125
4.6.6	Sarkopenie a kvalita života	126
4.6.7	Porucha kognitivních funkcí a kvalita života	128
4.6.8	Úbytek svalové hmoty a kvalita života	129
4.6.9	Souvislost vztahu pohlaví s vybranými geriatrickými syndromy ...	130
4.6.10	Souvislost vztahu mezi věkem a vybranými geriatrickými syndromy	131
4.6.11	Souvislost závažnosti onemocnění s uvedenými faktory	132

4.6.11	Souvislost druhu zařízení s hodnocením a se spokojeností s fyzickým a psychickým zdravím	133
4.6.12	Souvislost místa pobytu seniorů a dotazováním zdravotníků	134
4.6.13	Souvislost hodnocení kvalit života s uvedenými faktory	135
5	Diskuse	137
5.1	Zdravotně sociální problematika populace starší 60 let.....	138
5.2	Hodnocení kvality života	143
5.3	Pohled na hodnocení určených oblastí dle seniorů a sester	145
5.4	Pohled sester na hodnotící nástroje	146
6	Závěr	149
	Seznam použité literatury	152
	Seznam příloh.....	179
	Seznam tabulek	180
	Seznam grafů.....	182
	Seznam zkratk	184
	Přílohy	185

Úvod

Populace seniorů představuje jednu z nezranitelnějších a nejkřehčích skupin, se kterými se v ošetrovatelské péči setkáváme. O stárnutí a o seniorech máme určité zaryté představy a stereotypy. Například užívají spoustu léků, jsou často nemocní, v rámci společnosti jsou již nevyužitelní a pro produktivní populaci představují ekonomickou zátěž. Pokud bychom ke stárnutí přistupovali správně nemuselo by nic z výše uvedených stereotypů platit. Jedná se o problematiku, která se netýká pouze samotných seniorů, ale týká se také nás zdravotníků a našeho přístupu k nim a poskytování péče.

Při ošetrovatelském hodnocení je třeba sbírat a vyhodnocovat informace ze základních běžně hodnocených oblastí, ale také je třeba se více věnovat problematice spojené s věkem a změnám, které z toho pramení. Z odborných zdrojů víme, že se vyskytují určité geriatrické syndromy, změny fyziologické a nefyziologické, polymorbidita, polypragmázie a další problémy spojené s věkem, ovšem přenos do praxe je velmi pomalý a rigidní.

Trend hodnotících nástrojů v ošetrovatelství se těší velké popularitě a je na obrovském vzestupu. Nad jakýmkoli problémem se zamyslíme je velice pravděpodobné, že již existuje alespoň jeden nástroj, kterým je možno vyhodnotit danou situaci nebo stav. Záleží tedy spíše jen na přístupu sester a managementu, ale výběr je rozhodně široký. V současné ošetrovatelské péči se používají nástroje, které jsou notoricky známé a přináší bazální informace o tom, zda jsou pacienti soběstační, zda mají riziko pádů, zda jsou podvyživení či nikoli nebo zda jim nehrozí riziko dekubitů. V kontextu s problematikou stárnutí a populace seniorů tyto informace postačí pouze pro účely krátkodobé a nekomplikované hospitalizace. Pro účely poskytování kvalitní a odborné péče se jedná o informace velice osekáné a nekomplexní.

Součástí konceptu práce je také kvalita života seniorů. Kvalita života je běžně používaný termín i mimo hranice zdravotnictví nebo ošetrovatelské péče. Používá se snad ve všech oborech, které se dotýkají lidského života. Do jaké míry je ovšem velmi těžké tvrdit, neboť záleží na každém z nás, co si připustíme a čím se necháme pozitivně nebo negativně ovlivnit. Jedině náš pohled je v tomto případě objektivní a pouze člověk sám může vyhodnotit kvalitu svého života, nikdo jiný toto udělat nemůže a ani na to snad nemá právo. V úvodu bylo zmíněna slova jako křehkost a zranitelnost. Křehkým a zranitelným se člověk stává v každém okamžiku, kdy není schopen vládnout svým tělem a svou myslí svobodně a nezávisle, tedy nejčastěji, když jej ovládá nemoc. Pod vlivem

nemoci nebo nemocí nemáme dostatek sil, klesá úroveň zdraví, a tedy klesá i již zmíněná kvalita života. V této situaci často nezáleží pouze na nás, ale na zdravotnících nebo sestrách, které o nás pečují. Při poskytování péče musí sestry sledovat spoustu faktorů a mnohdy i u jednoho člověka musí provést spoustu výkonů. Pod tíhou toho všeho se ovšem ztrácí to nejdůležitější, což je prostá lidská bytost, tedy člověk sám.

1 Teoretická vymezení

1.1 Stáří

Je všeobecně známým faktem, že populace stárne. Střední délka života se prodlužuje a dochází k nárůstu populace přežívající do vysokých věkových období (Georgi et al., 2014). Stáří jako takové není snadné definovat, protože existuje několik různých pohledů, které stáří určují. Stárnutí a stáří je fyziologickou součástí nejen života lidského, ale také života zvířat nebo rostlin a jedná se o celoživotní proces (Mlýnková, 2011). Pohled na stáří jako na proces pak uvádí i další autoři. Dle Křivohlavého je stárnutí proces, což naznačuje i překlad anglického slova „ageing“ tedy stárnutí, jež představuje celoživotní plynulý proces (Křivohlavý, 2002). I Haškovcová (2010) vnímá stáří jako proces a uvádí, že se jedná o proces diskontinuitní, což znamená že člověk v určitých etapách života stárne rychleji a v jiných zase pomaleji. To je dle autorky důvod, proč známe „staré mladíky“ a „mladé staříky“ (Haškovcová, 2010). Proces stárnutí nese nezvratné a nevyhnutelné změny, které jsou rizikem pro vznik nových zdravotních problémů (Pokorná, 2013). Obecně je možné tvrdit, že stárnutí je multifaktoriální a komplexní jev, který je ovlivňován genetikou výbavou, životním stylem a zevním prostředím. Z tohoto tvrzení vyplývá, že je možné stárnutí do určité míry ovlivnit (Ondrušová, Krahulcová, 2019). Čeledová, Kalvach a Čevela označují stáří pozdní fází ontogeneze a rovněž také přirozeného průběhu života. Vzniká v důsledku morfologických a funkčních změn, které probíhají individuálně specifickou rychlostí, to znamená, že mohou probíhat od několika hodin až po několik desítek let (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Proces stárnutí je u každého člověka velmi individuální ovšem vede k typickému obrazu, který je nazýván jako stařecký fenotyp (Tomeš, Šámalová, 2017). Uotinen et al. (2006) uvádějí, že do stařeckého fenotypu je možné zařadit změny postavy, postoje, chůze, vlasů, pokožky a chování. Dochází také ke změnám subjektivního vnímání výkonnosti a životní perspektivy. Veškerý psychologický aspekt tak vlastně tvoří významný faktor biologického stáří a životní prognózy (Uotinen et al, 2006). Tomeš a Šámalová (2017) uvádějí, že stařecký fenotyp je ovlivňován prostředím, zdravotním stavem, životním stylem, a dále pak vlivy sociálními, ekonomickými a psychologickými (Tomeš, Šámalová, 2017).

Definovat stáří se pokoušeli již filozofové před naším letopočtem a je třeba si přiznat, že již v té době byla jejich doporučení a vnímání stáří nadčasová. Platón například tvrdil, že kvalitu stárnutí a stáří ovlivňuje způsob života ve středním věku. Na stáří nahlížel pozitivně, vnímal ho jako cestu k dosažení životní harmonie, prohlubování moudrosti, ale také větší opatrnosti. Starý člověk má prý dovednost lepšího prožití života, protože má zkušenosti a zralý úsudek (Křivohlavý, 2011). Cicero o stáří sepsal celý spis, v originále *De senectute*, v češtině *O stáří*. Pro kvalitní prožití stáří doporučil střídmost ve stravě, dostatečný pohyb a hlavně, kognitivní aktivity, které proces stárnutí zpomalují. Dle jeho slov učení se ve stáří podporuje duševní svěžest (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2004). Naopak Seneca přinesl odlišný názor. Tvrdil, že stáří je nevyлéčitelná nemoc a nezáleží na tom, kolik let člověk prožije, ale spíše jak je prožije (Brzáková, Beksová, 2013). Tuto myšlenku Senecy s příchodem našeho letopočtu vyvrací Galénos, který na základě svých studií zjistil, že stáří není nemoc nýbrž určitý stav organismu. Ke kvalitnímu prožití stáří doporučil tělesnou aktivitu, střídme jídlo, dostatečný spánek a udržování defekačního cyklu (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2004). Zřejmě jako první autor přišel s myšlenkou, že stáří je celoživotní proces.

1.1.1 Demografie stárnutí

Topinková (2010) uvádí základní charakteristiku české populace, jednak dochází ke snížení úmrtnosti, a naopak se snižuje úmrtnost ve všech věkových kategoriích a prodlužuje se střední délka života. Snižování úmrtnosti má na nárůst populace seniorů významný vliv (Čevela et al., 2014). Pokud se podíváme na data dle ÚZIS z roku 2002, najdeme celkový podíl populace nad 65 let 13,9 %, dle statistik Eurostat v roce 2019 byl podíl populace 65 let a více 19,2 %, již v tomto krátkém období je tedy zcela jasně pozorovatelný nárůst seniorské populace. ÚZIS (2002) dále předpokládá, že v roce 2025 bude podíl populace starší 65 let 23,1 % a v roce 2050 až 32,7 %. Z těchto dat lze vyzorovat, jaký příliv seniorské populace lze do budoucna očekávat a tento nárůst bude mít dopad i na zdravotnictví a poskytovanou péči.

1.2 Teorie stárnutí

Proces stárnutí je možné objasnit pomocí několika teorií. Obecně lze teorie stárnutí rozlišit na biologické, psychologické a sociální. Teorie biologické je možné definovat do dvou skupin, konkrétně se jedná o skupiny stochastické a nestochastické (Mauk, 2018).

Stochastické teorie stárnutí jsou založené na předpokladu, že jevy spojené se stárnutím jsou náhodné a s potupujícím věkem přibývají i poruchy buněčného řízení. Nestochastické teorie stárnutí naopak předpokládají, že stárnutí je již geneticky dáno (Malíková, 2011)

Jako příklad stochastické teorie lze uvést teorii volných radikálů, kterou popsal Denham Harman v 50. letech minulého století. Teorie předpokládá, že k stárnutí organismu dochází díky oxidačnímu poškození, které pochází z ROS (reactive oxygen species). ROS jsou částečně redukované metabolity molekulárního kyslíku generované jako produkty metabolických reakcí nebo jako vedlejší produkty různých buněčných procesů, například dýchání (Gladyshev, 2014). ROS pak mají největší vliv na molekuly DNA, což je znatelné na procesu stárnutí, kdy se projevuje schopnost opravy DNA a antioxidační ochrana (Rokyta, 2015).

Další stochastická teorie byla vyvinuta v 60. letech minulého století Leslie Orgel a byla nazvána teorií omylů a katastrof. Tato teorie je založena na hromadění chyb v translaci a transkripci proteinů (Milholland, et al., 2017).

Do stochastických teorií je dle Mauka (2018) zařazena i teorie opotřebení, která předpokládá, že dochází ke kumulativnímu poškození životně důležitých částí organismu, například buňky srdce, neurony nebo mozku se nemohou nahradit a zanikají na základě této teorie (Mauk, 2018).

Do druhé skupiny teorií, tedy nestochastických, řadíme například Pacemakerovou teorii. Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) popisují Pacemakerovou teorii jako teorii genetických hodin, ve které existuje předpoklad, že určité orgány fungují jako pacemakery, jež mají genetický předpoklad pro konkrétní algoritmus stárnutí a délky života (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Dle Malíkové (2011) se do této skupiny teorií řadí i genetická teorie, která předpokládá, že délka života je silně specifická pro příslušný živočišný druh (Malíková, 2011).

Psychologické teorie stárnutí představují stárnutí z hlediska mentálních procesů, emocí, postojů, motivace a rozvoje osobnosti, které vycházejí z přechodu životní fáze (Lange, Grossman, 2018).

Jako první lze uvést degenerační teorii, která je založena na spojení psychického a biologického vývoje, dále je tato teorie podpořena i teorií adolescenčního maxima, na základě soudobých výzkumů je však teorie neudržitelná, jelikož psychický vývoj není závislý pouze na vývoji biologickém (Haškovcová, 2010).

Teorie kognitivní plasticity a kognitivní rezervy je založena na faktu, že kognitivní plasticita je přizpůsobitelná změnám během celého života, kognitivní rezerva představuje záložní kapacitu mozku a kompenzuje kognitivní ztráty (Willis, Schaie, Martin, 2009). V praxi to znamená, že starší jedinci pak mohou kompenzovat kognitivní ztráty za použití nějaké alternativní strategie, například trénink kognitivních funkcí (Wernher, Lipsky, 2015).

Teorie selektivní optimalizace představuje fakt, že starší jedinci se se ztrátami způsobenými stárnutím vyrovnávají skrze výběr, optimalizaci a kompenzaci určitých aktivit či rolí. Za kritické životní mezníky lze považovat onemocnění, úmrtí nebo kvalitu života. Selektivní optimalizace a kompenzace by měla přispět k usnadnění úspěšného stárnutí (Lange, Grossman, 2018).

Další skupinou teorií, které se zaměřují na proces stárnutí jsou teorie sociologické. Tyto teorie se zaměřují především na změnu rolí a vztahů stárnoucí populace. Prošly si určitým vývojem, v 60. letech minulého století se zaměřovaly především na ztrátu rolí, o dekádu později bylo zaměření již více globální a společenské, v 80. a 90 letech minulého století pak bylo zaměření na vztah mezi starší populací a soudobou politikou, prostředím a socioekonomickým stavem (Lueckenotte, 2000). Na sociologické teorie upozorňuje také Malíková (2011), autorka zastává myšlenku, že na stárnutí nelze nahlížet pouze jako na biologický proces, ale je nutné také při stárnutí brát ohled na změnu struktury společnosti (Malíková, 2011).

Teorie aktivity v minulosti předpokládala, že sociální aktivity jsou klíčové pro pozitivní sebehodnocení, což má i celkový dopad na úspěšnou adaptaci na stáří. Z věku vyplývající ztráty rolí pak nahrazují role nové. Teorie byla později revidována a dospělo se ke zpochybnění pozitivního vlivu formálních sociálních aktivit (Sýkorová, 2007).

Teorie kontinuity představuje další možný pohled na proces stárnutí a vychází z předpokladu, že se staří lidé přizpůsobí změnám pomocí strategie a udrží tak kontinuitu svého života (Hasworth, Cannon, 2015). Dle Nimroda a Kleibera (2007) je kontinuitu možné rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní kontinuita je strategie vytváření osobních vazeb mezi novými zážitky a vzpomínkami na zážitky z minulosti. Vnější kontinuita představuje interakci mezi známými lidmi a známým prostředím, ve kterém se jedinci aktuálně nachází.

V současném ošetřovatelství má své zastoupení například teorie vývoje osobnosti amerického psychoanalytika Erika Eriksona (Lange, Grossman, 2018). Erikson rozděлил vývoj člověka do 9 etap. K deváté etapě, která značí vyšší věk člověka, přiřadil jistotu

postrádání mládí. Člověk v tomto období má pouze omezený a limitovaný výhled do budoucnosti. Snižuje se funkčnost poznávacích smyslů, kterými rozuměl světu. V myšlenkách se pak člověk vrací do období, kdy byl mladý, soběstačný a nezávislý (Blatný, 2010). Teorie sociologické se již do současného geriatrického ošetřovatelství dle Langeho a Grossmana (2018) promítly. Jedná se například o vliv těchto teorií na podporu systému, funkčnosti, aktivity, rolí a společenských očekávání, které mohou pozitivně ovlivnit stárnutí a životní spokojenost. Další vliv těchto teorií je možné spatřit v minimalizaci dopadů stárnutí například ve spolupráci s rodinou, které pečuje o starého nemocného, rodinu je nutné edukovat o změnách v domácnosti, o nutné prevenci v oblasti chronických onemocnění anebo také o medikaci daného člověka. Nutné je také pamatovat na socializaci starších osob a ponechávat jim prostor pro setkání s přáteli, jakožto prevence izolace a deprese. Co se týká teorií biologických a psychologických, jsou pro ošetřovatelství hůře uchopitelné, protože postrádají specifickou a holistický pohled na potřeby starších osob.

Lze vysledovat tři vzniklé teorie, které se věnují stárnutí a ošetřovatelství, první je „Theory of functional consequences“ jejímž autorem je Miller (1991). Druhá teorie je „Theory of Thriving“ od Haight a kolektivu (2002). Poslední teorií je „Theory of Successful Aging“ od autora Flood (2006).

Theory of Functional Consequences byla rozvinuta za účelem vytvoření rámce pro starší dospělé s nějakým fyzickým deficitem nebo disabilitou. Miller (1990) předpokládá, že na staré pacienty má především vliv prostředí a biopsychosociální důsledky. Role sestry je dle autora v posouzení změn spojených s věkem a doprovázející rizikové faktory, dále je pak úlohou sestry vytvoření intervencí a minimalizace disability. Cílem je udržení maximální funkčnosti, bezpečí pacienta a kvalita života. Na základě Millerovi teorie byl vytvořen i hodnotící nástroj pro hodnocení hospitalizovaných pacientů pro prevenci komplikací (Kozak-Campbell, Hughes, 1996).

Theory od Thriving byla vytvořena v roce 2002 na základě zkušeností z pečovatelských domů. Autoři teorie došli k závěru, že významný vliv má na průběh stárnutí prostředí. Existuje předpoklad, že lidé prospívají, pokud je jejich prostředí a mezilidské vztahy harmonické, naopak k selhání dochází, pokud se v uvedených oblastech objeví disharmonie. Dle této teorie by měly být mapovány oblasti disharmonie.

Theory of Successful Aging je založena na pojmu „age well“, což dle dalšího výkladu znamená, do jaké míry jsou stárnoucí dospělí se schopni adaptovat na kumulaci funkčních a fyzických změn dle zkušeností. Vnímání vlastního procesu stárnutí je

zásadně propojené i s vírou ve významnosti a účelnosti vlastního života, jedná se tedy o spiritualitu. Flood (2006) dále vnímá stárnutí jako progresivní proces adaptace, může být úspěšné a neúspěšné – závisí na schopnosti se vyrovnávat se změnami.

Stáří je nutné rozlišit na několik druhů, konkrétně na stáří biologické, kalendářní a sociální (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Dle Čeledové a Čeveli (2017) je biologické stáří stanoveno dosažením určitých involučních změn a dochází k poklesu potenciálu zdraví. Dochází k nevratným biologickým změnám, objevuje se zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů a úmrtí (Čeledová, Čevela, 2017). K nejvýznamnějším strukturálním změnám, které se řadí k biologickému věku patří atrofie tkání a orgánů, která se objevuje pomalu a vede ke smrti, polymorfní degenerace amyloidu a lipofuscinu, vnitřní a vnější dehydratace buněk (v období dospělosti tvoří buněčná tekutina zhruba 60 % tělesné hmotnosti, ve stáří klesá na 45 %) a zvyšuje se podíl tukové hmoty, a naopak, klesá podíl hmoty svalové (Dziechciaz, Filip, 2014). Kalendářní věk lze jednoznačně vymezit, ale nezahrnuje individualitu jedinců. Za počátek stáří je považována věková hranice 65 let, vlastní stáří pak začíná s věkem 75 let (Kalvach, et al., 2004). Jsou ovšem známa i další věková rozdělení. Například WHO rozděluje věkové kategorie následovně, období 45 – 59 let se nazývá střední věk, 60 – 74 let je možné nazvat jako vyšší věk nebo také rané stáří, 75 – 89 let je vlastní stáří a nad 90 let je období zvané dlouhověkost (Navrátil et al., 2008). Sociální stáří je definováno jako komplex změn, mění se především sociální role a postoje, sociální potenciál, dále se vyskytuje nezaměstnanost, veteránství, ztráta partnera nebo odchod dětí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

1.3 Změny vyplývající ze stáří

Stárnutí je plynulý proces, při kterém docházím ke změnám, ne však skokově, ale pozvolna. Změny se odvíjí od stavu jedince, je tedy i velmi těžké určit, zda změny, ke kterým dochází jsou v daném kalendářním věku fyziologické či patologické (Mareš et al., 2013). Změny spojené s věkem jsou silně ovlivněny genetikou, ale i dlouhodobým životním stylem, do kterého řadíme fyzickou aktivitu, stravování, užívání alkoholu nebo tabáku (Kitzman, Taffet, 2009). Klinické důsledky těchto změn je důležité monitorovat a zahrnovat do ošetrovatelské péče. Základem je odlišení fyziologických a patologických změn a navržení vhodných intervencí (Gallagher, O'Mahony, Quigley, 2008).

1.3.1 Kardiovaskulární systém

Fyziologické změny kardiovaskulárního systému se týkají především funkcí levé komory a srdečního výdeje, a to jak v klidu i při zátěži (Štejfa a kol., 2007). Dochází však také ke zvýšení hmotnosti srdce a zajímavé je to, že je tomu tak i u jedinců, kteří například nemají v anamnéze hypertenzi nebo jinou příčinu, která by zátěž zvyšovala. Hmotnost myokardu narůstá z důvodu zvětšení kardiomyocytů, celkový počet kardiomyocytů však klesá (Izzo et al, 2018). V myokardu dále přibývá i množství vaziva, dochází ke snížení elasticity srdce a zhoršují se jeho funkce (Jegger et al., 2007). Další problém, který se s postupujícím věkem objevuje je porucha sinoatriálního uzlu, tím pádem se snižuje senzitivita vůči sympatickým a parasympatickým podnětům. Dochází i k poklesu citlivosti receptorů a baroreceptorů autonomního nervového systému, kvůli převaze parasympatického nervového systému se zpomaluje tepová frekvence a klesá také rychlost atrioventrikulárního převodu vzruchu (Mareš, 2013). Dle autorů Kitzman a Taffet (2009) atriální a mitrální chlopně podléhají skleróze, což způsobuje, že dostatečně nedomykají a zvyšuje se tak riziko jejich dysfunkcí.

Ke změnám dochází také v arteriálním systému, a to především kvůli endoteliální dysfunkci. Zvyšuje se tuhost cévní stěny, rychlost pulzní vlny a stoupá systolický arteriální tlak (Felšöci, Toman, Špínar, 2009). U starších lidí se často vyskytují žilní varixy, nejčastěji na dolních končetinách žaludku a jícnu. Pokud dochází k dlouhodobému přetěžování, stěna žil je oslabená, poškozené jsou i žilní chlopně, což má dopad na návrat krve z periferie do srdce (Mareš, 2013). Dle Bartůňka, Juráskové, Heczkové a kolektivu (2016) a kolektivu dochází vliv změn cévního systému k hypertenzi, léčba samotné hypertenze může vést u starších lidí k ortostatické hypertenzi.

Co se týká hodnocení kardiovaskulárních funkcí, mělo by být vyhodnoceno EKG a monitorace srdeční frekvence, rytmu, dále monitorace ozev a šelestí. Monitorace krevního tlaku by měla u starších lidí probíhat alespoň dvakrát denně. Sestra by měla hodnotit stav žil na dolních končetinách, zejména tedy křečové žíly a otoky (Mahler, Fierro-Carrion, Baird, 2003). Strategie ošetrovatelské péče by měla vést k zabezpečení pacientů, kteří mají snížený či nepravidelný puls. U těchto pacientů je riziko ortostatické hypotenze, následně tedy i riziko pádů, ošetrovatelská péče by tedy měla v daných oblastech zajistit dostatečné bezpečí. Je nutné monitorovat a dostatečně vyhodnocovat riziko pádů, kognitivní funkce, závratě a příjem tekutin (Capezuti, 2008). Dále by měl být

starší pacienti edukováni o správném stravování, fyzické aktivitě odpovídající věku a kondici a také o jejich zdravotním stavu (Smith, Cotter, 2012).

1.3.2 Respirační systém

S postupujícím věkem se zhoršuje funkce respiračního systému. Hrudní svalstvo klesá na výkonu, snižuje se elasticita a prokrvení plic (Bartůněk a kol., 2016). Plicní parenchym ztrácí podpůrnou strukturu, což spěje k dilataci vzdušných prostorů, celý proces může vyústit do takzvaného stařeckého emfyzému (Sharma, Goodwin, 2006). Snižuje se také počet plicních sklípků a dochází tak k redukci dýchací plochy. S věkem se zvyšuje alveolární mrtvý prostor, a to má vliv na hladinu kyslíku v krvi (Bonomo a kol., 2008). Z výše uvedených důvodů narůstá rozdíl parciálního tlaku kyslíku mezi arteriální krví a mezi plicními sklípků. Klesá vitální kapacita plic a absolutní sekundová kapacita plic, reziduální objem se tedy zvyšuje, ale celková kapacita plic zůstává stejná (Nečas a kol., 2009).

Hodnocení respiračního systému je zaměřeno především a počet, rytmus, pravidelnost, objem, hloubku a úsilí dechu (Smith, Cotter, 2012). Nutné je samozřejmě auskultační vyšetření plic. Hodnotí se i hrudník a symetrie rozšíření hrudního koše, je třeba se pacientů doptat také na historii respiračních onemocnění (tuberkulóza, astma) a samozřejmě také na kuřáctví a podmínky ventilace prostředí domácího i pracovního (Imperato, Sanchez, 2006). U pacientů trpící kašlem je třeba zhodnotit i jej, je nutné znát, zda je kašel produktivní či neproduktivní, jak vypadá sputum a jaká je frekvence (Smith, Connolly, 2003). Ošetrovatelská péče by měla být zaměřena na udržení průchodnosti dýchacích cest, tedy udržování správné polohy pacienta nebo odsávání sputa. V případě potřeby zvolit oxygenoterapii, dodržovat dostatečnou hydrataci a věku a stavu přiměřenou fyzikou aktivitu. Doporučená jsou také nejrůznější dechová cvičení jako abdominální dýchání, kontrolované odkašlání, dýchání nosem a podobně. V případě, že je pacient kuřák, je samozřejmě nutné edukovat o problémech s kouřením spojené (Smith, Cotter, 2012).

1.3.3 Gastrointestinální systém

Změny spojené se stářím se objevují v gastrointestinálním traktu již v dutině ústní a mohou mít velký vliv na nutriční stav starších pacientů. Jedním ze závažných problémů, který je možné vlivem věku pozorovat je ztráta dentice. Ztráta dentice může být

zapříčiněna dle Kubešové a kolektivu (2006) senilní osteoporózou, snížením péče o dutinu ústní a zvýšeným příjmem měkké stravy s vyšším obsahem cukru a nižším příjmem fluoru ve dietě. Jeden z dalších problémů, který s věkem vyskytuje je xerostomie. U starší populace se xerostomie vyskytuje především kvůli dehydrataci, přítomné infekci, ozáření, různá onemocnění slinných žláz a obstrukce vývodů slinných žláz (Dumic et al., 2019). Mezi další problémy je možné zařadit parestézii v dutině ústní a benigní defekty v dutině ústní (Kuběšová et al., 2006). Ve stáří se také často vyskytuje dysfagie, která ovšem nemusí být vždy zapříčiněna pouze poruchou trávicího traktu (Navrátil et al., 2017). Dle Kubešové (2006) a kolektivu může být příčina dysfagie cévní mozková příhoda, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, Alzheimerova choroba, svalové dystrofie a myastenien, poruchy jícnových svěračů, nádory, divertikly a vertebrogenní změny. Gastroesofaryngeální reflux je také spojen se starším věkem a je zapříčiněn především chronickým zánětem sliznice jícnu, což může vést k buněčné transformaci a Barretovu jícnu. Komplikací tohoto stavu pak mohou být jícnové vředy a následně hemoragie (Riley et al., 2018). Rémond a kolektiv (2015) upozorňují, že starší populaci může trpět na atrofickou gastritidu, jelikož s věkem se snižuje sekrece žaludečních kyselin. Dle autorů také klesá sekrece pepsinu, což je stav nezávislý na atrofické gastritidě a infekci *Helicobacterem pylori*. Kubešová a kolektiv (2006) upozorňují i na závažnost vyskytující se gastroduodenální vředové choroby ve starším věku. Žaludeční i duodenální vředy bývají u starší populace větší než u populace mladší, déle se hojí a mohou častěji krváčet. Důvodem bývá *Helicobacter pylori* a užívání nesteroidních antirevmatik. Projevy vředové choroby navíc u starší populace mohou oproti populaci mladší probíhat atypicky. Významnou změnou, která se může ve vyšším věku vyskytovat je zácpa. Není však způsobena věkem fyziologicky, ale spíše se jedná o výsledek několika faktorů jako je nedostatečný příjem vlákniny a tekutin, snížená fyzická aktivita, onemocnění a medikace (Gallagher P, O'Mahony, 2009). Z ošetřovatelského hlediska je nutné dbát o dutinu ústní, při příjmu potravy dbát na dostatečné žvýkání a polknutí. Nutné je také monitorovat váhu a BMI. Nutné je také podporovat dostatečnou mobilitu a dehydrataci, vhodné je také pacienta edukovat o správné a vhodné stravě (Visvanathan, Chapman, 2009).

1.3.4 Změny vylučovacího systému

Strukturální změny ledvin u starších osob se nevyskytují pouze v souvislosti s vyšším věkem, ale také v souvislosti s onemocněními, kterými mohou často starší

pacienti trpět. Jedná se o hypertenzi, hyperlipidémii nebo diabetes. Dle autorů Zhou a kolektivu (2008) klesá po 50 roce věku i hmotnost ledvin. Mezi 40 a 80 rokem života hmotnost ledvin klesne zhruba o 20 % (Chowdhury et al, 2017). Zanikají glomeruly a je narušena část venózní a arteriální (Teplan, 2013). Pokles glomerulární filtrace má významný dopad na clearance kreatininu, to znamená, že hladina kreatininu stoupá v séru a klesá v moči (Nečas et al., 2009). Je možné ve vyšším věku očekávat i rozvoj proteinurie, protože je porušena i filtrační membrána a propustí tedy i větší molekuly (Weinstein, 2010). Snížená glomerulární filtrace má dopad na metabolismus glukózy, protože je ovlivněn clearance inzulinu, dále je defektní sekrece inzulinu a periferie je inzulin rezistentní (Teplan, 2013). Narušena je i schopnost koncentrace či zředování moči, hydroxylce vitamínu D, regulace pH a resorpce sodíku, což může vést ke ztrátám vody a sodíku, dehydrataci a hyperkalémii (Rokyta, 2015). Narušená schopnost koncentrace ledvin nepříznivě ovlivňuje i vylučování toxických odpadních produktů, proto proces je následně potřeba vyššího objemu vody. Antidiuretický hormon není u starších lidí dostatečně účinný, což má dopad na zvýšený objem zředěné moči a výsledkem může být polyurie. Nutné je tedy sledování příjmu tekutin a známek dehydratace u starších pacientů, může se také vyskytovat nokturie (Kujubu, Aboseif, 2008). S věkem se snižuje elasticita močového měchýře, což může přispět k neúplnému vyprázdnění během močení, zejména u mužů pak může dojít ke zvětšení prostaty (Pfisterer et al., 2006). Další problémem, který se vyskytuje u starší populace je inkontinence, ta se však častěji vyskytuje u žen, než u mužů a předpokládá se, že tento fakt je způsoben oslabením svalů pánevního dna v důsledku porodu. U mužů má inkontinence negativní dopad na psychickou pohodu a kvalitu života (Ranson, Saffrey, 2015). U žen je v některých případech možné pozorovat změny vaginálního pH, což souvisí s věkem, dochází k abnormálnímu mikrobiálnímu nárůstu a zvyšuje se tak i riziko infekce močových cest. U mužů se v pozdějším věku často vyskytuje benigní hyperplazie prostaty, tím pádem se objevuje postupné stlačování močové trubice a ztěžuje se tak močení. Nezbytné je však provést i vyšetření a rozlišit i případnou malignitu (Chowdhury et al., 2016). Z ošetrovatelského pohledu je nutné sledovat riziko renálních komplikací, riziko nefrotoxického poškození a nežádoucích účinků léčiv, riziko přetížení objemu a riziko dehydratace (Miller et al., 2010). Nutné je také zohlednit v ošetrovatelské péči zvýšené riziko infekce močových cest, noční polyurii a s tím související i riziko pádů (Suhayda, Walton, 2009).

1.3.5 Změny endokrinního systému

Endokrinní systém během stárnutí podléhá několika fyziologickým změnám, hladina některých hormonů může zůstat stejná, stoupat nebo klesat (Gabalec, Čáp, 2015). Ve stáří se na štítné žláze vyskytuje více uzlových a degenerativních změn. Dle Límanové a kolektivu (2015) se s věkem snižuje i potřeba tyreoidálních hormonů, což by mělo vést k úpravě substitučních léčiv. Subklinická hypertyreóza se u starších osob tedy nechává bez léčby. Manifestní hypotyreóza by se však měla vždy řešit medikačně a léčba je zahájena vždy nižší dávkou tyroxinu (Gabalec, Čáp, 2015). Hypertyreóza je pro starší jedince stav závažnější, jelikož může mít dopad na kardiovaskulární systém. Dle Gabalce a Čápa (2015) může hypertyreóza ve stáří vést ke snížení hmotnosti, dušnosti a fibrilaci síní. Tyreoidální karcinom má u starších osob agresivnější průběh a prognóza bývá také horší.

Dle Gabalce a Čápa (2015) má glukózovou toleranci nebo diabetes mellitus 40 % osob od 65 po 74 let a 50 % osob starších 50 let. Prevalence diabetu je u populace nad 60 let 10 % a u populace starší 80 let 20 %. S věkem stoupá produkce glukagonu a klesá produkce inzulínu. Glukóza se obtížněji dostává do buněk, především protože tkáně mohou mít sníženou citlivost tkání na glukózu, tím pádem se vyvíjí porucha glukózové tolerance, anebo vzniká diabetes mellitus 2. typu (Nečas, 2009). Významný vliv na rozvoj tohoto stavu má špatná výživa, nedostatečná pohybová aktivita, snížení svalové hmoty a zvýšený podíl abdominálního tuku (Lášticová, 2014).

U žen dochází okolo 50 roku věku k menopauze, snižuje se produkce progesteronu a estrogenů, estrogeny jsou po tomto období produkovány pouze v nadledvinkách. Toto období je doprovázeno poruchami nálady, změnami kůže, zvýšením tukové tkáně, snížením svaloviny, emoční výkyvy, poruchami paměti a návaly tepla (Jones, Boelaert, 2015). Nečas a kolektiv (2013) uvádí, že ztráta estrogenů zvyšuje riziko osteoporózy a infarktu myokardu. Substituce estrogenů je velmi riziková, jelikož zvyšuje riziko koronárních příhod, tromboembolickou nemoc a rakovinu prsu (Jones, Boelaert, 2015). Pokles pohlavních hormonů je u mužů pomalejší a postupnější než u žen, je individuální a není doposud jasno, zda se jedná o příznak stárnutí či důsledkem komorbidit (Yiallourous et al., 2019). Symptomy nejsou zcela specifické a přerývají se s dalšími nemocemi, také není určena hodnota testosteronu u starších mužů (Bhasin et al., 2010).

Další endokrinní žlázy, na které má stárnutí dopad jsou nadledviny. Co se týká sekrece kortizolu, zůstává stejná nebo lehce stoupá, adrenokortikotropní hormon má

zvýšenou produkci večer a v noci. Zvyšuje se poměr adrenokortikotropního hormonu a kortizonu a anabolický stav se přesouvá do katabolického (Gabalec, Čáp, 2015).

Dle Wollera a kolektivu (2002) se s věkem snižuje i produkce růstového hormonu, tento stav je označován jako somatopauza. Somatopauza je spojována s řadou fyziologických změn jako je redukce syntézy proteinů, postupní snižování svalové hmoty a metabolické rychlosti, pokles kostní hmoty a riziko osteoporózy následně i zlomenin, pokles imunity a vyšší citlivost vůči zánětlivým procesům. Souček a kolektiv (2011) pak považují samotopauzu za jednu z hlavních příčin sarkopenie. Cvičení a udržování nízkého procenta tělesného tuku vede ke zpomalení somatopauzy (Woller et al., 2002).

Ošetrovatelská činnost by se měla například u diabetu zaměřit na dietu, kontrolu hmotnosti pacienta a na fyzickou aktivitu. Dále by měla sestra edukovat pacienta o léčbě, progresu onemocnění, monitoraci glykémie, symptomy hyperglykémie a hypoglykémie a sekundárních komplikacích diabetu (Cooper, Gosnell, 2019). Všeobecně u starších pacientů s endokrinní poruchou je nutné sledovat váhu a výšku, množství svalové hmoty a stav kůže. Nutné je také vyhodnocení psychického stavu, na který mají hormonální změny velký vliv, například hodnotíme, zda je starší pacient orientovaný, zda není zmatený, zda má dostatek energie a kvalitu spánku (Ignatavicius, Workman, 2016).

1.3.6 Změny neurologického systému

Významná změna, která se v rámci postupujícího věku objevuje je úbytek neuronů, tím pádem dochází i k úbytku neurotransmiterů a klesá i synaptická transmise (Petralia et al., 2014). Kittnar a kolektiv (2011) uvádí, že úbytek neuronů není natolik rozsáhlý, aby způsobil funkční změny například poruchy paměti. V mozku dochází k snížená průtoku krve a okysličení. Starší osoby také potřebují více času pro provedení motorických a sensorických odpovědí, které vyžadují určitou rychlost (Petralia et al., 2014). Změny je možné pozorovat na obratlích a meziobratlových ploténkách, zvyšuje se tlak na míchu a může docházet ke zpomalení vedení nervových impulsů, tento stav může vyústit ve snížení svalové síly (Manini et al., 2013). Takové změny pak mohou způsobovat špatnou koordinaci, která může vyústit ve zranění a je narušena i rovnováha (Ignatavicius, Workman, 2016). Do změn je dle Rokyty (2015) zahrnuto i zpomalení psychosomatického tempa, objevuje se porucha rozhodování, krátkodobé paměti a následně i porucha vybavování si. Objevují se i problémy se spánkem, ubývá REM fáze a většina spánku se tedy odehrává v lehčích fázích. Další změny, které se vysyutují na

základě změn neurologického systému řadíme problémy s chůzí, posturální hypotenzi, snížená kontrola močového měchýře (Ignatavicius, Workman, 2016).

Na nervový systém má pozitivní účinek mentální aktivita. Je nutné, aby se i starší osoby stále zapojovali do sociálních, fyzických a mentálně náročnějších činností. Velice záleží na stimulačních činnostech jako je socializace, čtení a hry při kterých se zapojuje kognitivní činnost i paměť a snižuje se tak riziko deprese (Nyberg et al., 2012).

1.3.7 Změny smyslů

U očí dochází vlivem stárnutí k poklesu víček, což může mít postupně vliv na horní zorné pole (Sobel, Tienor, 2013). Vlivem stáří se objevuje presbyopie, což je snížená schopnost vidět blízké objekty, vzniká důsledkem poklesu čočky měnit tvar. Obvykle se projevuje u čtení, vyvíjí se zhruba od 40 roku života a jako korekce u většiny lidí slouží brýle na čtení (Boyd, 2016). V průběhu stárnutí se objevuje i katarakta, zvýšeným rizikem pak trpí diabetici, kteří nejsou dostatečně léčeni (Casparis et al., 2017). Bishop a kolektiv (2004) uvádějí, že vlivem věku se mění i konzistence sklivce, což se může projevit jako šmouhy v zorném poli. Souček a kolektiv (2011) dále uvádějí, že v pozdějších věku se také objevuje makulární degenerace a glaukom. Poruchy zraku jsou pak vždy spojeny s určitou ztrátou soběstačnosti, poklesem fyzické aktivity, depresemi, stoupá riziko pádů a následně i poranění.

Problémy se sluchem jsou v pozdějším věku poměrně časté, ve věku 61 – 70 let trpí poruchou sluchu zhruba jedna třetina této populace, u osob starších 85 let pak tento problém postihuje téměř 80 % populace (Sogebi, 2015). Sluch se ve stáří mění především kvůli působení hluku, toxinů a ke změnám dochází také v rámci cévního prokrvení. Na poruchy sluchu však nemá vliv pouze snížení počtu sluchových buněk, ale také zhoršení analytické funkce centrálního sluchového systému (Vohlídková, 2009). Často se s věkem objevuje neschopnost slyšet vysoké frekvence, což má velký význam při interpretaci řeči. Starší lidé pak mohou mít problém zapojit se do konverzace a celou situaci pak ztěžuje přítomnost dalších zvuků, například hudba či televize, výsledkem může být osamělost nebo sociální izolace (Parham et al., 2011). Tinnitus je další porucha sluchu vyskytující se s věkem a jedná se o hučení nebo bzučení v uších. Jako příčinu je možné stanovit změnu průtoku krve v uších, toxicita určitých léčiv, svalové křeče v uchu a pokles sluchových buněk. Riziko tinnitu zvyšuje častý pobyt v hlučném prostředí či poslech hlasité hudby (Esmaili, Renton, 2018). Velmi významnou roli také hraje vestibulární aparát v udržování rovnováhy, a i tato část se s věkem stává problematickou. Redukce

vestibulárních nervových buněk má za následek poruchu rovnováhy a závratě. Poruchy rovnováhy spolu se závratěmi a zhoršenou reakcí mohou být příčinou pádů u starších osob. Každoročně 20 až 40 % osob starších 65 let upadne v domácím prostředí (Paquette et al., 2016). Ovlivněna věkem je také chuť, jelikož i chuťové pohárky jsou s věkem redukovány a navíc, dochází ke snížení produkce slin. Objevuje se suchost v ústech a je ovlivněna i celková chuť k jídlu. Snížení čichu u starších osob může souviset se ztrátou nervových zakončení a sníženou tvorbou hlenu v nose. (Boyce, 2006).

1.3.8 Změny kůže

Kůže pokrývá celé lidské tělo, je největším orgánem, pokožka je tedy tím nejviditelnějším místem pozorování známek stárnutí (Marieb, Hoehn, 2015). Vlivem stárnutí kůže poklesá ve funkci zadržovat vodu, ubývá i potních žláz a kombinace těchto dvou faktorů vede ke snížení vlhkosti kůže (Kittnar et al., 2020). Snižuje se perfuze kůže, v dermální části dochází k velkému snížení dermálních krevních cév, následkem je změna zbarvení kůže, obtížná výměna živin a zhoršení termoregulace (Baumann, 2007). V hypodermis dochází k redukcii tuku, což může u starších osob zvyšovat riziko poranění. Vrstva tuku se také redukuje v místech, kde vystupují kosti, zvyšuje se tedy i riziko dekubitů a zlomenin (Saghaleini et al., 2018). K riziku zranění přispívá i ztráta sensorických receptorů, které umožňují pociťovat bolest či teplotu, snižuje se i počet sensorických nervových zakončení, což zhoršuje detekci změn v prostředí (Julius, Nathans, 2012). Snížená produkce mazových žláz, která se postupem věku také objevuje, vede ke zvýšení náchylnosti k infekcím kůže (Tobin, 2017). Ke změnám dochází také u vlasů a nehtů, které rostou pomaleji a ztrácejí na kvalitě (Poledníková, 2006).

1.3.9 Změny pohybového aparátu

Svalová hmota podléhá ve stáří velkým změnám. Svaly ztrácejí svoji hmotnost, sílu, snižuje se i jejich počet a klesá také kvalita svalových vláken. V období stárnutí je tento stav nazýván jako sarkopenie (Loeser, Delbono, 2009). Fyziologické změny v oblasti svalů přispívají také k redukcii svalové inervace, aktivity inzulinu, úrovně estrogenu, testosteronu a růstového hormonu. Mezi další faktory, které mohou ovlivnit ztrátu svalové hmoty, patří pokles tělesné hmotnosti, deficit proteinů a nedostatek fyzické aktivity (Paddon Jones et al., 2015). Tento stav dle Fragala a kolektivu (2015) vede k rozvoji křehkosti, kombinace křehkosti a sarkopenie pak způsobuje zvýšenou slabost,

únavu, riziko pádů a zvyšuje se také riziko morbidity. Zvyšuje se tak riziko pádů a nestabilita při chůzi, pro prevenci je nutné zařadit přiměřenou fyzickou aktivitu, posilování a dostatečný příjem energie a proteinů (Narici, Maffulli, Maganaris, 2008). Ztráta kosterního svalstva snižuje podporu kloubů a kostí, dohází tedy k posturálním změnám, které jsou typické pro vyšší věk. Vzniká ovšem riziko patologických kloubů, osteoartrózy a opět se zvyšuje i riziko pádů a zlomenin (Heidari, 2011).

I u kostí probíhají změny související se stářím. Ubývá kompaktní a spongiózní složka, u žen se vlivem menopauzy tyto změny dějí rychleji, po 75 roce věku se však rozdíl mezi muži a ženami srovnávají (Poledníková, 2006). K rozvoji osteoporózy přispívá také nedostatečná hladina vitamínu D a vápníku (Pietschmann, 2008). S věkem stoupá riziko fraktur, typické jsou především zlomeniny femuru, žeber, obratlů, horní části paže a předloktí (Boskey, Coleman, 2010).

Nečas (2009) uvádí, že u kloubů dochází k degenerativním změnám, které vedou ke zmenšení kloubního povrchu, dále k poklesu elasticity u kloubních chrupavek a k úbytku objemu synoviální tekutiny. Důsledkem tohoto stavu je ztuhlost kloubu, což má vliv na rozsah pohybu, bolestivost a rozvoj degenerativní artrózy.

U pohybového aparátu se zohledňuje zhodnocení postoje, chůze, rovnováhy, symetrie těla a končetin. Zhodnotit je nutné i stav kloubů, kostí a svalů, u svalů je zvláště nutné se zaměřit na jejich strukturu a sílu (Harris et al., 2008). Z hlediska úpravy stavu pohybového aparátu je nutné zařadit adekvátní pohybovou aktivitu, dostatečnou edukaci, medikaci bolesti a účinnou strategii v prevenci pádů (McCleane, 2008). Nutné je také nastavit dostatečný příjem vápníku a vitamínu D (Zhao et al., 2017).

1.3.10 Změny imunitního systému

Imunosenescence znamená věkem podmíněnou dysfunkci imunitní odpovědi, je tedy snížená imunitní funkce zprostředkována buňkami a humorální imunitní odpověď (Weiskopf, Weinberger, Grubeck-Loebenstein, 2009). U starších osob má imunosenescence významný dopad na zvýšení náchylnosti a závažnosti infekčních onemocnění (Htwe et al., 2007), chronických zánětů (Hunt, et al, 2010), klesá účinnost očkování, narůstá počet nádorových a autoimunitních onemocnění, tím pádem se zvyšuje i morbidita a mortalita (Silbernagl, Lang, 2012). Účinky očkování, které s věkem klesají, mají závažný dopad na léčbu infekčních onemocnění (Htwe et al., 2007). Weiskopf a kolektiv (2009) uvádějí příklad u očkování proti chřipce, kdy ochranná funkce tohoto očkování má u starších osob účinnost 56 %. Infekční komplikace se v období stáří také

objevují v souvislosti s diabetem mellitem, imunosupresivní terapií, nádorovým onemocněním, malnutricí, nekrotickou tkání nebo s cizím tělesem (Kalvach et al., 2004).

1.4 Geriatrické syndromy

Geriatrické syndromy jsou následek změn, které jsou podmíněny věkem (Masoro, Austad, 2011). Obecně lze syndrom definovat jako soubor příznaků či symptomů, které se vyskytují společně a charakterizují konkrétní abnormalitu (Inouye et al., 2007). Význam syndromu v geriatrické oblasti lze připisovat vícenásobné příčině se sjednoceným projevem (Flacker, 2003). Inouye a kolektiv (2007) uvádějí, že geriatrické syndromy jsou velmi rozšířené, multifaktoriální a jsou spojeny i s morbiditou. Dle Topinkové (2010) jsou geriatrické syndromy často přehlíženy a jsou vnímány jako důsledek stárnutí, autorka však dále uvádí, že správná diagnostika a léčba vede ke zlepšení a často také i k odstranění obtíží. Do jednoho geriatrického syndromu je často zapojeno více orgánových systémů a více rizikových faktorů. Zároveň některé geriatrické syndromy mohou sdílet základní rizikové faktory, Inouye a kolektiv (2007) navrhuje vytvoření sjednocujícího modelu, který by prokázal, že sdílené rizikové faktory mohou vést k několika geriatrickým syndromům a k zastřešující křehkosti. Clegg a kolektiv (2013) vnímají geriatrické syndromy jako vysoce zatěžující stav, který vede k rozvoji geriatrické křehkosti, která je fenotypem zranitelnosti u starších dospělých.

Topinková (2010) uvádí rozdělení geriatrických syndromů do 3 skupin, konkrétně se jedná o skupinu somatickou, psychickou a sociální. Autorka do somatických geriatrických syndromů řadí poruchy chůze a pohyblivosti, závratě, nestabilitu, pády a úrazy, inkontinence moči a stolice, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a tekutin a dekubity. Do psychické skupiny spadají demence, deprese, delirium, poruchy chování a adaptace. Sociální skupina geriatrických syndromů obsahuje ztrátu soběstačnosti, závislost na pomoci druhé osoby, sociální izolaci, týrání a zneužívání a dysfunkční rodinu. Kalvach a kolektiv (2008) uvádějí tzv. velké geriatrické syndromy nebo také syndromy „5 I“, do kterých spadá imobilita, instabilita, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenie. Iatrogenii lze v rámci geriatrických syndromů vnímat jako polyfarmakoterapii nebo jako nedostatečnou péči. Kromě výše zmíněných syndromů je možné dle Webra a kolektivu (2011) zařadit i sarkopenii a terminální geriatrickou deterioraci. Geriatrická deteriorace označuje pokročilou fázi křehkosti a obvykle se vyznačuje imobilitou či imobilizačním syndromem, inkontinencí, deliriem či zmateností, apatií, poklesu zájmu o okolí, zhoršováním nutričního stavu, riziko dehydratace,

hyponatremii, hypoproteinemií nebo další poruchy vnitřního prostředí (Kalvach et al., 2011).

1.4.1 Geriatrická křehkost

Křehkost je možné definovat jako syndrom, který má více příčin a je charakterizován poklesem síly, vytrvalosti a redukcí fyziologických funkcí, což má za následek zvýšení individuální zranitelnosti a rozvoj závislosti nebo smrti (Morley et al., 2013). Syndrom křehkosti nelze vnímat jako jednotnou entitu, je třeba vnímat individualitu každé osoby a speciálně u křehkosti je nutné brát na vědomí to, že ne každý člověk ve vyšším věku je křehký (Conroy, Elliott, 2017). Během stárnutí dochází k postupnému poklesu fyziologické rezervy, ale křehkost tento proces zrychluje a homeostatické mechanismy pak začínají selhávat (Clegg et al., 2013). Je nutné zjistit, do jaké míry mechanismy stárnutí podporují kumulativní pokles fyziologických funkcí a jaký je následně dopad na homeostatické rezervy (Kirkwood, 2005). Základem těchto procesů jsou genetické faktory a faktory prostředí v kombinaci s epigenetickými mechanismy, které jsou zvláště ve stáří významné (McGowan, Szyf, 2010). Křehkost se do určité míry podobá pojmům jako komoridita, disabilita (Clegg et al., 2013) nebo sarkopenie (Morley et al., 2013). Morley a kolektiv (2013) upozorňují na fakt, že i osoba s křehkostí může zároveň trpět disabilitou, komorbiditami nebo sarkopenií, ale žádný z těchto problémů komplexně nezachycuje specifické aspekty změn související se stářím jako křehkost. Pokud se ovšem rozsah křehkosti zvětšuje, dochází k prolnutí jednotlivých pojmů (Theou, 2012). Rockwood, Andrew a Mitnitski (2007) upozorňují na existenci dvou ověřených modelů křehkosti. Jedná se o model dle Frieda a kolektivu (2001) založený na specifickém fenotypu, který se skládá z 5 položek, konkrétně ztráta hmotnosti, vyčerpání, slabost, pomalá chůze a nízká fyzická aktivita, pokud se u osoby určí alespoň 3 položky, lze ji považovat za křehkou. Druhý model od kolektivu Mitnitski, Mogilner a Rockwood (2001) je založen na indexu křehkosti, který počítá kumulaci deficitů, to znamená, že se počítají věci, které u sebe jedinec vnímá jako špatné. Dle Cesari a kolektivu (2017) je fenotyp křehkosti založen na 5 předem definovaných položkách a není zde zcela prostor pro zkoumání individuálních fyzických aspektů. Jiný pohled na problematiku poskytuje index křehkosti, který zachycuje křehkost jako heterogenní stav objevující se během stárnutí, pojetí je komplexní a lze dobře odhadnout biologický věk. Je tedy nutné vnímat křehkost jako vícebodovou problematiku, nežli jakou soubor několika úzce orientovaných spojení (Rockwood, 2016).

1.4.2 Sarkopenie

Sarkopenie patří mezi nejzávažnější funkční úpadky a je jednou z příčin ztráty nezávislosti starších jedinců (Walston, 2012). V roce 1989 použil poprvé tento termín Rosenberg, který jej popsal jako věkem podmíněný svalový pokles (Rosenberg, 1989). Dle Topinkové (2018) je sarkopenie generalizovaná a progredující ztráta svalové hmoty, síly a fyzického výkonu, je ovlivněna věkem a je na ni nahlíženo jako na závažný klinický problém. Sarkopenii je možno vnímat jako na syndrom, při kterém již uvedené znaky korelují s disabilitou, sníženou kvalitou života a smrtí. Pro sarkopenii byly vytvořeny speciální organizace, které se tímto geriatrickým syndromem přímo zabývají. EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) definuje sarkopenii jako přítomnost nízké kosterní svalové hmoty, pokleslou svalovou sílu (síla stisku ruky) nebo nízkou svalovou výkonnost (rychlost chůze, svalová síla), v případě, že jsou přítomné všechny typy, hovoříme o závažné sarkopenii (Cruz Jentoft et al., 2010). EWGSOP2 (European Working Group on Sarcopenia in Older People) považuje za primární parametr sarkopenie ztrátu svalové síly a lze předpokládat, že pokud je síla svalů stárnoucích osob vyhodnocena jako nízká, bude přítomna i sarkopenie (Cruz-Jentoft et al., 2019). ESPEN – SIG (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism Special Interest Group) definuje sarkopenii jako pokles kosterní svalové hmoty a nízkou svalovou sílu, kterou organizace doporučuje vyhodnotit rychlostním testem chůze (Muscaritoli et al., 2010). Další organizace IWGS (International Working Group on Sarcopenia) pak definuje sarkopenii jako přítomnost poklesu kosterního svalstva a pokles svalových funkcí, zde můžeme nalézt asociaci s úpadkem rychlosti chůze. Mezi rizikové faktory sarkopenie řadíme věk, pohlaví a úroveň fyzické aktivity (Santilli et al., 2014). Jelikož je považována za příznakový komplex, který má vazbu na vyšší věk, patří do skupiny geriatrických syndromů (Topinková, 2010). Rizzoli et al. (2013) poukazuje i na určitou diverzitu definicí a upozorňuje především na definici EWGSOP, která odděluje svalovou sílu a svalovou výkonnost a poskytuje i prostor pro klasifikaci závažného stavu. Lze tedy tvrdit, že pokud u člověka dojde ke ztrátě svalové hmoty, poklesu svalové síly a poklesu rychlosti chůze, jedná se o sarkopenii (Carvalho do Nascimento, 2018). Sarkopenie zvyšuje riziko pádů a zlomenin (Schaap et al., 2018) a zhoršuje schopnost vykonávat běžné denní aktivity (Malmstrom et al., 2016). Dále je spojena se srdečními chorobami (Bahat, Ilhan, 2016), respiračními chorobami (Bone et al., 2016), kognitivním poruchám

(Chang et al., 2016), k poruchám mobility (Morley et al., 2011). Sarkopenie má také dopad na kvalitu života (Rizzoli et al., 2013) a na předčasnou mortalitu (Brown, Harhay, Harhay, 2016). Dle studie Cawthona a kolektivu (2017) je sarkopenie příčinou pro delší dobu hospitalizace a také nepříznivě ovlivňuje náklady spojené s hospitalizací. Tuto skutečnost potvrzuje i výzkum, který se uskutečnil v České republice, výsledky ukazují, že u pacientů se sarkopenií jsou náklady až dvakrát vyšší než u pacientů bez sarkopenie (Steffl et al., 2017).

1.4.3 Porucha stability a pády

Porucha stability a rovnováhy je u starších osob označována jako presbystasis (Topinková, 2010). Presbystasis zahrnuje symptomy jako je závrať, nerovnováha a nejzávažnějším jsou pády (Schessel, 2016). Matějovská Kubešová a kolektiv (2018) uvádějí, že až 40 % seniorů pociťuje občasnou závrať či instabilitu, populace starší 65 let z 25 % trpí opakovanými pády. Příčinou těchto symptomů jsou často změny spojené s věkem (Iwasaki, Yamasoba, 2015). Pády mohou být zapříčiněny i mechanicky, to znamená uklouznutím, nevhodnou obuví, zakopnutím nebo chůzí po schodech (Matějovská Kubešová et al., 2018). Hajduchová a kolektiv (2019) shledali ve své studii jako významný faktor pádů vztah mezi prostředím a vykonávanou činností, výrazně častější jsou pády v místnosti, z postelí, během přepravy a na chodbách, příčina pádů je chůze bez dopomoci druhé osoby nebo kompenzační pomůcky. Mezi rizikové faktory pro pády řadíme věk, poruchy chůze jakékoli etiologie, kognitivní poruchy, polypragmazií a některé léky jako například psychofarmaka, hypotenziva, či opioidy (Topinková, 2010). Rubenstein (2006) ve své studii uvedla, že až třetina osob nad 65 let každoročně prodělá pád, což má významný vliv na delší dobu hospitalizace, celkové náklady spojené s péčí, rozvoj disability a zvýšenou mortalitu. Padrón-Monedero a kolektiv (2017) sledovali mortalitu na základě pádů a dospěli k závěru, že na základě zvýšené incidence pádů, přesnější dokumentace úmrtí z příčiny pádů, závažnější typy pádů a zvýšení výskytu křehkosti se zvyšuje i mortalita, která je zapříčiněna pádem. Komplikací pádů jsou fraktury, poranění hlavy, podchlazení, pneumonie či rabdomyolýza, jež jsou způsobeny pozdním nálezem osaměle žijících. Pády mají také významné psychologické důsledky, které představují strach z opakovaného pádu, omezení aktivity, což může v některých případech vést až k imobilitě (Topinková, 2010).

1.4.4 Inkontinence

Inkontinencí rozumíme nechtěný, samovolný a prokazatelný únik moči, který je považován pacientem či ošetřujícím jako sociální či hygienický problém, nutné je také podotknout, že se nejedná o normální projev stáří a je zapotřebí jej tedy vyšetřit a léčit (Topinková, 2010). Ve stáří je inkontinence ovlivněna mnoha faktory, mezi nejvýznamnější řadíme imobilitu, dehydrataci, poruchy vyprazdňování, kognitivní poruchy, polymorbiditu a některé léky (Romžová, et al., 2010). Chiu a kolektiv (2015) označili za rizikové faktor pro inkontinenci moči věk, pohlaví, počet porodů, hysterektomie, prostatektomie, obezita, pády, otoky, infekce a chronická onemocnění. Na vliv vzniku inkontinence moči mají významný vliv také změny funkce močových cest, jež jsou věkem podmíněny (Topinková, 2010). U osob starších 65 let může být močová inkontinence prediktorem pádů, zlomenin a závislosti (Brown et al., 2000). Močovou inkontinenci je možné klasifikovat do několika druhů. Rozeznáváme inkontinenci stresovou, urgentní, smíšenou, z přetékání, reflexní, funkční a farmokogenní (Topinková, 2010). Urgentní inkontinence má například souvislost s výskytem depresí ve vyšším věku, které se mohou vyskytovat z důvodu nižší produkce serotoninu nebo ze sociální izolace. Stresová inkontinence se může s věkem vyskytovat například u osob, které mají chronickou obstrukční plicní nemoc, únik moči je v tomto případě ovlivněn kašlem (Jackson et al., 2004). Řešení močové inkontinence ve stáří závisí na komplexním zhodnocení, nejprve je nutné se zaměřit na identifikaci faktorů, které přispívají k úniku moči (Khandelwal, Kistler, 2013), následně by měla být zmapována anamnéza inkontinence, to znamená, kdy se objevili první příznaky, předchozí léčbu a její výsledky a kvalitu života, pro stanovení léčby je nutné znát i preference pacienta, popřípadě pečující osoby (Wagg et al., 2017).

Fekální inkontinence je definována jako nedobrovolný únik tekuté nebo pevné stolice a je považována za sociální a hygienický problém (Norton et al., 2003). Whitehead a kolektiv (2009) uvádějí, že u starší populace je prevalence inkontinence stolice 15 %. V domovech pro seniory do deseti měsíců od přijetí objevuje inkontinence stolice u 20 % pacientů, což naznačuje že poskytovaná péče přispívá k výskytu inkontinence stolice, tento jev dále souvisí s komorbiditami a s horším zdravotním stavem pacientů, kteří jsou do domovů pro seniory přijatí (Nyrop et al., 2012). U seniorů jsou pro projev inkontinence stolice rizikovými faktory demence (Shamliyan et al., 2009), imobilita (Schnelle et al., 2009) a komorbidita chronických onemocnění (Goode et al., 2005). Na rozdíl od inkontinence moči u inkontinence stolice v současné době nepoužíváme žádnou

klasifikaci (Bharucha, Dunivan, Goode, et al., 2015). Mezi obecná režimová opatření řadíme podávání vhodné stravy pro úpravu střevní pasáže, dostatek tekutin, přiměřenou fyzickou aktivitu, nastavení pravidelnosti vyprazdňování stolice, vhodnou polohu při defekaci, ergoterapie zaměřená na nácvik soběstačnosti, vhodnou ošetrovatelskou péči a použití inkontinenčních pomůcek (Topinková, 2010).

1.4.5 Intelektové poruchy

U osob starších 65 let se výrazně zvyšuje výskyt kognitivních porucha a demencí (Prince et al., 2016). Zvyšující se výskyt intelektových poruch u starší populace je velice znepokojivý, jelikož se jedná o výrazné komorbidity, které mohou ovlivnit původní stav a průběh u ostatních onemocnění (LaMantia et al., 2016). Milise, Braes a Foreman (2012) mezi intelektové poruchy projevující se s věkem řadí delirium, demenci a depresi.

Delirium je definováno jako organický dočasný psychosyndrom, který má akutní začátek a vzniká na základě psychického či somatického onemocnění nebo na základě poruchy, jež přesahuje adaptační schopnosti mozku (Topinková, 2010). Jedná se o akutní poruchu pozornosti a poznávání, u seniorů se jedná o běžný, nákladný, závažný a podceňovaný stav (Inouye, Westendorp, Saczynski, 2014). Dle Topinkové (2010) jsou příčinou deliria některé léky, metabolické poruchy, akutní infekce onemocnění centrálního nervového systému, akutní somatická onemocnění, fyzický dyskomfort a faktory prostředí či psychogenní. Rizikovými faktory pro vznik deliria jsou demence nebo jiné kognitivní poruchy, deprese, již prodělané delirium, komorbidity či závažná onemocnění, prodělané operace, některé léky, užívání alkoholu, věková hranice 75 let a více, úrazy nebo koma (Hshieh, Inouye, Esther, 2017). Rozeznáváme tři typy deliria, první je hyperaktivní typ, při kterém se objevuje psychomotorická hyperaktivita, agresivita a agitovanost, příčinou tohoto stavu bývá toxicita, zlomeniny a srdeční selhání. Druhý typ je hypoaktivní, projevuje se apatií a váže se na metabolické poruchy, třetí typ je smíšený a v podstatě dochází ke střídání hyperaktivity a hypoaktivity, smíšený typ se vyskytuje u polymorbidních nemocných a u polypragmazií (Franková, 2007). Důsledky deliria mohou být závažné, obzvláště u hospitalizovaných starších pacientů, protože s přetrvávajícím deliriem se zvyšuje riziko mortality, nutnosti hospitalizace a poklesu funkčního a kondičního stavu (Witlox et al., 2010). U léčby deliria je kromě farmakologického postupu nutné dbát na úpravu prostředí, dobře nastavenou smyslovou korekci a úpravu lůžka (Kalvach et al., 2004). Dále je důležité také zhodnotit rizikové

faktory (Michaud et al., 2007), pravidelně hodnotit pozornost, orientaci, paměť, myšlení, percepci, psychomotorickou aktivitu a účinnost léků (APA, 2000).

Demence je chronické progredující onemocnění, které má vysoce invalidizující potenciál a dopad na celou společnost (Topinková, 2010). Dle autorů Gale, Acar, Daffner (2018) je vhodnější charakterizovat demenci spíše jako syndrom nežli jako konkrétní onemocnění. Dle Jiráka, Holmerové a Borzové (2018) rozeznáváme demence na základě atrofického a degenerativního procesu mozku a demence symptomatické které vznikají na základě infekcí, úrazů nádorů, cévních poruch, metabolických změn a jiných poruch postihující mozek. Ačkoliv se demence vyskytuje spíše u starší populace, nelze ji vnímat jako normální známku stárnutí. Z celosvětové populace demencí trpí 50 milionů osob a každoročně se vyskytuje 10 milionů nových případů (WHO, 2019). Nejčastěji se vyskytuje Alzheimerova demence, z celkového počtu zastupuje dvě třetiny, dalším nejčastějším typem jsou demence vaskulární (Kalaria et al., 2008). Dle Topinkové (2010) jsou dalšími typy demence s Lewyho tělísky, která se vyskytuje u 10 až 20 % populace, demence u Parkinsonovy nemoci zastupující 5 až 10 % z celkového počtu, frontotemporální demence tvořící 3 až 5 % celkového počtu a sekundární demence v zastoupení 2 až 5 %. Mezi rizikové faktory patří věk, mírná kognitivní porucha, kardiovaskulární onemocnění a dědičnost s ohledem na rodinnou historii výskytu demencí, Parkinsonovu chorobu, kardiovaskulární onemocnění, mrtvice, důležité je zaznamenat poranění hlavy a závislost na alkoholu (Fletcher, 2012). Diagnostika demencí závisí na rozvíjení se kognitivních deficitů jako je porucha paměti, afázie, apraxie či agnozie, což má vliv na pracovní a společenský život (Raboch, Pavlovský, 2013). Pro diagnostiku demence je nutné její včasné rozpoznání a odlišení od jiných nemocí. Při diagnostice je nutné si uvědomit, že nemocný skrývá problémy s pamětí, kognitivní dysfunkce jsou tolerovány, protože chování nemocného je akceptovatelné a jsou mylně považovány za běžný projev stáří, dochází také k diskriminaci senior a lékaři často opomíjejí základní orientační vyšetření kognitivních funkcí (Pidrman, 2007). Topinková (2010) upozorňuje na stupně kognitivních poruch, konkrétně lehká demence, při které dochází k mírné poruše orientace, středně těžká demence se vyznačuje dezorientací a pro těžkou demenci je charakteristická i těžká dezorientace. Z hlediska poskytované péče pacientům trpícím demencí je vhodné zaměřit se na termín validace, který uvedla Naomi Feil a jejímž principem je projev úcty k člověku s demencí, respektování a přijetí jeho tématu. Jedná se o citlivý postup, při kterém nevyvracíme sdělované informace, ale klidně pokračujeme v rozhovoru, je možné tímto způsobem dosáhnout spolupráce na aktivitách,

kteřé by za jiných okolností byly silně problematické (Jirář, Holmerová, Borzová, 2009). Samozřejmě dále je nutné zapojení i hodnotících nástrojů, které mohou být směrodatné pro multidisciplinářní tým (Barker, Board, 2012).

Deprese ve stáří nemá stejné projevy jako v mladším a středím věku (Jirář, Holmerová, Borzová, 2009). Projevují se spíše hypochondrií, úzkostí, nespavostí a starostmi o sebe sama (Cheol Park et al., 2017). Výskyt depresivity u seniorů se odhaduje zhruba na 12 až 15 %, přičemž výskyt v ústavní péči dosahuje až dvojnásobného počtu (Tomeš, Šámalová, 2017). Stejně jako v mladším věku i ve stáří rozdělujeme deprese na velké a malé depresivní poruchy. Velmi často se ve vyšším věku objevuje organická afektivní porucha, přičemž je velmi důležité prokázat etiologický organický faktor, v pozdním věku je nejčastějším příčinou cerebrovaskulární onemocnění, demence, intrakraniální tumory, systémová onemocnění, parazitární onemocnění, nesprávně nastavená farmakoterapie, onemocnění srdce a plic a fraktury (Jirář et al., 2013). Češková (2011) zmiňuje negativní dopad depresí na zhoršení průběhu tělesných chorob, zejména na kardiovaskulární onemocnění, chronické obstrukční plicní nemoci a rakoviny, dále se vyskytuje zvýšená suicidalita. Základem terapie deprese u seniorů zůstává je farmakoterapie, kterou je nutné kombinovat s psychoterapeutickým přístupem a léčbou komorbidit (Jirář et al., 2013). Z ošetrovatelského hlediska je nutné zvýšit rozeznávání depresí u seniorů, vhodné je zařadit hodnotící nástroje, které jsou pro detekci depresí dobře použitelné. Z hlediska dlouhodobé péče je důležité hodnocení depresí, ale i ostatních kognitivních funkcí, zařadit jako standární součást ošetrovatelské péče co nejdříve (Cordeiro Matias et al., 2016).

1.4.6 Týřání a zanedbávání seniorů

Dle Poledníkové (2006) se o týřání jedná, pokud se u seniorů objeví známky poškození či újmy na zdraví v oblasti fyzické, společenské či psychické. K týřání a zanedbání péče o seniory dochází nejčastěji nedostatečně kvalifikovaným personálem, další možnou příčinou je syndrom vyhořeni zdravotníků, nedostatečná kontrola kvality poskytované péče, nedostatečné finanční prostředky, problematika osobních asistentů, špatná organizace poskytovaných služeb a vliv ageismu (Malíková, 2020). Týřání a zanedbávání seniorů neprobíhá pouze v ústavní péči, ale také v rodinném prostředí. Násilí v rodinném prostředí přichází například od osoby, která si sama nějakou formou zneužívání prošla, v některých případech dochází k násilí a zneužívání v době, kdy se zhoršuje funkční nebo kognitivní stav a senior se stává nesoběstačným. Násilí na

seniorech často může páchat i rodinný příslušník, který užívá návykové látky nebo trpí poruchou nálad či schizofrenií (Rosen et al., 2019). Týrání a zanedbávání seniorů je možné pozorovat v několika formách. Jedná se o fyzické týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání ve smyslu nezajištění hygieny, kompenzačních pomůcek, stravy, tekutin, osobní bezpečnosti a lékařského sledování, dále emoční a psychologické týrání a finanční či materiální zneužívání (Rosen et al., 2018). Zneužívání a týrání seniorů je poměrně běžné, vyskytuje se každoročně zhruba u 5 až 10 % populace seniorů (Lachs, Pillemer, 2015). Senioři, kteří jsou obětmi týrání a zneužívání, mají vyšší mortalitu (Dong et al., 2011), poškozování má také vliv na negativní zdravotní dopad, objevuje se deprese, demence a zhoršení chronických onemocnění (Dyer et al., 2007). Vlivem nárůstu populace seniorů v blízké budoucnosti se odhaduje, že případů týrání a zneužívání bude dramaticky přibývat (Roskos, Wilber, 2006).

1.5 Hodnocení geriatrického pacienta dle modelu Orem

Ošetřovatelský proces je tvořen modely činností ošetřovatelské praxe, které jsou praktické a rozvíjí konceptuální strukturu obecné teorie ošetřovatelství (Fawcett, 2001). Carlsson a Wadensten (2002) prostudovali 17 ošetřovatelských teorií a modelů od roku 1960 do roku 1990 a došli k závěru, že žádná z teorií se stárnutím nezabývá a neposkytuje tedy ani rámec, který by pomohl konkrétní teorii aplikovat na seniory. Z výběru ovšem vyplynuly ošetřovatelské teorie a modely, které mají do svého rámce zahrnuty i vývojové fáze člověka nebo se alespoň v některých oblastech dotýkají i rozvojem starších osob a nepřímo tak ovlivňují i postoj ošetřovatelské péče k této věkové skupině populace. Jedná se o teorie Benner a Wrubel, King, Roy, Travelbee a Watson. Teorií Eriksona jsou pak přímo ovlivněny Roy a King, avšak žádná z výše uvedených ošetřovatelských teorií neposkytuje praktický rámec pro poskytování ošetřovatelské péče seniorům (Wadensten, Carlsson, 2002). Často zmiňovaným termínem ve spojitosti s poskytováním ošetřovatelské péče seniorům je sebepéče, popřípadě deficit sebepéče (Parissopoulos, Kotzabassaki, 2004). Zde je možné pozorovat určité spojení mezi koncepčním model Orem a populací seniorů. Přibližně 58 % populace starší 65 let potřebuje pomoc při vykonávání každodenních činností, což velmi dobře koresponduje s modelem sebepéče, jež se v rámci této problematiky řadí mezi nejucelenější (Hashemlu, Maslakpak, Bagherie, 2015).

Orem se při tvorbě koncepčního modelu inspirovala humanismem, vycházela například z práce Selyeho, Fromma či Allporta. Je třeba i upozornit na to, že uvedení

filozofové vnímali člověka jako individualitu a z jejich prací je čitelné, že velmi záleží na sociálním prostředí, ve kterém se člověk nachází. Dále Orem inspirovala i u ostatních autorek, které stejně jako ona tvořily koncepční modely. Orem v roce 1973 svoji teorii aplikovala do praxe a poté došlo k rozšíření a zdokonalení. V roce 1983 publikovala kapitolu „Ošetrovatelská teorie deficitu sebeděče“ v knize Rodinné zdraví: Teoretický přístup ošetrovatelské péče (Plevová, 2011). Významným bodem teorie Orem je fakt, že jedinci, kteří potřebují lékařskou péči, ne vždy potřebují i péči ošetrovatelskou. A to platí i obráceně, jedinci, kteří potřebují ošetrovatelskou péči, nepožadují vždy i péči lékařskou (Orem et al., 2001).

Pacient je v modelu Orem vnímán jako jedinec mající aktuální či potencionální projevy deficitu sebeděče. Cílem ošetrovatelství je dosažení takové úrovně sebeděče, aby si pacient byl schopen zajistit vlastní potřeby a udržel optimální zdravotní stav. Rolí sestry je zmapování a vyhodnocení schopností sebeděče pacienta a poskytnutí adekvátní ošetrovatelské péče vedoucí ke zvýšení sebeděče a uspokojení vlastních potřeb (Plevová, 2011). Zde se otevírá prostor pro využití hodnotících a měřících nástrojů. Základním nástroji pro hodnocení sebeděče jsou Barthel – Activity of Daily Living (ADL) a IADL škála denních činností (Instrumental Activity of Daily Living) (Pokorná et al., 2013). Zdrojem potíží jsou tedy překážky v sebeděči pacienta. Ohniskem zásahu je oblast, kde byl diagnostikován deficit sebeděče, způsobem zásahu se stávají tři systémy terapeutické péče a výběr vhodných ošetrovatelských intervencí. Důsledkem by měl být dosažení očekávané úrovně sebeděče (Plevová, 2011).

Jedinec je v teorii deficitu sebeděče vnímán jako příjemce ošetrovatelské péče a holistická bytost s univerzálními, zdravotními a vývojovými potřebami. Dále je jedinec vnímán jako zrající lidská bytost směřující k získání lidského individua. Orem tento jev vnímá jako proces stávání se člověkem do kterého dále spadá komunikace s okolním světem, realizace lidské touhy po poznání a hledání pravdy či konání dobra pro druhé. Proces personalizace není záležitostí konkrétního jedince, ale je zapotřebí interakce s okolím (Orem, 1997).

Prostředí Orem vymezila na fyzické, chemické, biologické a sociální v kontextu s existencí lidské bytosti. Prostředí představuje v životě seniora významný faktor, jelikož má dopad na zdravotní a sociální stav pacienta (Orem, 1997).

Zdraví je v teorii vnímání jako stav a celistvost jedince, jeho struktur, tělesných a duševních funkcí. Dále autorka uznávala definici dle WHO (Orem, 2001).

Ošetrovatelství je autorkou rozděleno na tři kategorie, a to podpůrně edukační systém, částečně kompenzační systém a plně kompenzační systém. Ovšem nemoc či znevýhodnění nemusí být vždy nutně důvody k poskytování ošetrovatelské péče (Meleis, 2007).

Pojem personalizace je promítán do výše uvedených oblastí, vývoj člověka je silně ovlivněn sociálním prostředím a bez sociálního prostředí nemůže probíhat samotný proces personalizace. Zdraví je modifikováno výběrem vlastní komunity a na základě preferencí každého člověka. Z tohoto pohledu tedy ošetrovatelství nenastupuje v případě jakékoli nemoci, záleží pouze na potřebách jedince a stavu jeho sebedpěče (Orem et al., 2003).

Vzhledem k sebedpěči je základním předpokladem to, že člověk je zodpovědný za své zdraví a za činy, které koná k udržování nebo popřípadě zvyšování úrovně svého zdraví. Sestra by měla být schopna rozeznat pacienta s deficitem sebedpěče či dependentní péče, určit problematické oblasti a následně samozřejmě poskytnou péči dle odpovídajícího ošetrovatelského systému (Orem, 1997).

Orem stanovila požadavky sebedpěče, které jsou vysvětlením, proč by se o sebe měl někdo starat a jedná se o teoretický význam požadavků na lidský život. Obecné nebo univerzální požadavky na život zahrnují dostatečný přívod vzduchu, tekutin, potravy, správné vylučování moči a stolice, dostatečné množství aktivit a odpočinku, rovnováha mezi samotou a sociálním kontaktem, zachování bezpečnými a rizikovými činnostmi zdraví ohrožující a podpora udržení konceptu vlastní osoby (Halmo, 2014). Ve své teorii se Orem opírá o předpoklad, že lidé mají přirozenou schopnost sebedpěče, která je závislá na jejich potřebách. Požadavky na sebedpěči jsou proměnlivé a záleží na několika faktorech, které ovlivňují i potřeby člověka. (Orem et al., 1997). Orem (2001) stanovila soubor vnitřních a vnějších faktorů, které ovlivňují úroveň sebedpěče. Do vnitřních faktorů autorka řadí věk, vývojový stav, pohlaví, zdravotní stav, sociokulturní orientaci a životní styl. Do vnějších faktorů spadá systém zdravotní péče, rodinný systém, dostupnost zdrojů a životní prostředí.

Model Orem má využití u širokého spektra pacientů. Dle Saeedifara et al. (2018) jej lze použít u žen trpících revmatoidní artritidou. Bylo zjištěno, že použití modelu Orem dobře působí na snížení bolesti (Saeedifar et al., 2018). Model lze dále využít i u pacientů, kteří trpí diabetem mellitem 2. typu, respektive lze sebedpěči uplatnit i v edukačním programu. Autoři zjistili, že použití modelu Orem má vliv na kvalitu života pacientů s diabetem mellitem 2. typu (Borji et al., 2017). Halmo (2013) se ve své disertační práci

zabývala sebedpéčí a teorii Orem porovnávala s aktuálně používaným modelem Gordon a používáním NANDA taxonomie NIC a NOC. Dospěla k závěru, že sestra používající model Gordon, NANDA taxonomii NIC a NOC je schopna do určité míry i respektovat autonomii pacienta, řeší však mnoho problémů a plán péče působí roztržštěně. Sestra používající koncepci sebedpěče je schopna více respektovat autonomii pacienta než u koncepce Gordon (Halmo, 2013). Z tohoto je tedy patrné, že teorie Orem je velmi dobře využitelná v ošetrovatelské praxi a může být i prospěšnější než aktuálně používané systémy.

1.6. Hodnotící nástroje v ošetrovatelství

Hodnotící nástroje jsou součástí ošetrovatelského procesu (Tóthová et al., 2014). Prvním krokem ošetrovatelského procesu je systematické a nepřetržité shromažďování informací, které jsou následně tříděny, analyzovány a organizovány, tvoří pak celek smysluplné dokumentace (Toney Butler, Unison Pace, 2019). Hodnotící nástroje, jako jsou za doplňkovou metodu ovšem dle vyhlášky č. 137/2018 Sb. o zdravotnické dokumentaci jsou nutnou součástí zdravotnické dokumentace (Vyhláška č. 137/2018 Sb.). Ošetrovatelské hodnocení kompletuje data ohledně individuálních, u škály dotazníků nebo testů, jsou v současnosti považovány fyziologických, psychologických, sociologických a spirituálních potřeb pacienta, jedná se o první krok úspěšného hodnocení pacienta (Jamieson et al., 2019). Cílem prvotního ošetrovatelského zhodnocení pacienta je identifikovat parametry hodnocení a povinnosti potřebné k plánování a poskytování individualizované ošetrovatelské péče (Joyce, Moore, Christie, 2018). Při používání hodnotících nástrojů je nutné porozumět zaměření daného nástroje a zásadní je také orientovat se v hodnoceném onemocnění či symptomu, protože znalost napomáhá porozumění nalezenému výsledku (Bell, 2018). Slezáková (2014) uvádí rozdělení hodnotících nástrojů na dvě skupiny, první skupina je subjektivní, protože zahrnuje testy sebehodnotící a sebezposuzovací, druhá skupina testů je zaměřena na posuzování druhých, a to na základě subjektivního či objektivního hodnocení. Umožňují tedy objektivizaci stavu pacienta, detekují rizikové pacienty a hodnotí také účinnost poskytované ošetrovatelské péče (Plevová, 2011). Používání hodnotících nástrojů je výhodné zejména pro získání formálního záznamu, získání velkého množství celistvých dat, které je možné mezi sebou komparovat (Tomagová, 2009). Nutné je ovšem zmínit i určité nevýhody, které s hodnotícími nástroji souvisí. Hodnotící nástroje, které jsou převzaté ze zahraničí často postrádají několikastupňový překlad a národní validaci (Bóriková, Žiaková, 2007).

1.7. Hodnotící nástroje v geriatrickém ošetřovatelství

Z již výše uvedených informací vyplývá, že u seniorů probíhá několik fyzických, duševních a sociálních změn, které jsou buď věkem podmíněny, jsou známkami normální průběhu stárnutí, anebo nejsou považovány za normální jevy stárnutí, ale i přesto se hojně ve vyšším věku vyskytují. Celkový stav seniorů však není ovlivněn pouze ojedinělou změnou, ale ve většině případů se jedná spíše o kombinaci několika změn a onemocnění a vzniká polymorbidita. Je nutné, aby sestry působící v geriatrické ošetřovatelské péči měly přehled o veškerých změnách, jevech a onemocněních znalosti a předcházely tak zbytečné srororigenezi (Pokorná et al., 2013). Hodnocení v rámci geriatrického ošetřovatelství by mělo být multidimenzionální a multidisciplinární a hodnotí se především funkční schopnosti, fyzické zdraví, kognice, duševní zdraví, sociální vlivy a prostředí (Bassem Elsayy, Kim, Higgins, 2011). Výsledky hodnocení představují významný bod pro plánování komplexní péče, zdravotní i sociální, dále poskytují informace o potřebách pacientů, na čemž se odráží i to, do jaké míry jsou poskytované služby schopny saturovat potřeby pacientů (Kuckir et al., 2016). Marjory Warren uskutečnila výzkum týkající se míry hodnocení geriatrických křehkých pacientů, dospěla k závěru, že hodnocení není dostatečné v lékařské ani jiné zdravotnické či sociální sféře, nedostatečně hodnoceny byly celkové potřeby pacientů. Nedošlo ani k rozpoznání jednodušších a snadno napravitelných problémů, v závěru je stanovena myšlenka moderní geriatrické péče, které tkví v komplexním geriatrickém hodnocení (Ellis, Langhorne, 2005).

1.7.1 Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Komplexní geriatrické hodnocení – Comprehensive Geriatric Assessment, dále jen CGA, je nejzkoumanějším modelem péče o geriatrické pacienty, které je multidisciplinární a je tedy využitelné i pro sestry a další zdravotnické, ale i sociální pracovníky (Welsh, Gordon, Gladman, 2014). CGA bylo vyvinuto na základě problematiky starších pacientů v nemocničním prostředí, se zaměřením na křehkost, funkční a sociální stav a jiná omezení. Cílem bylo identifikovat a následně modifikovat poskytovanou péči, zlepšit zdravotní stav a snížit ekonomické náklady ve zdravotnických a sociálních zařízeních (Rubenstein, 1991). Mezi hlavní determinanty, které jsou v rámci kromě zdravotního stavu u geriatrické populace hodnoceny patří status funkční,

kognitivní, emocionální, sociální, ekonomický, prostředí, farmakologický a spirituální (Volpato, Guralnik, 2018). V rámci CGA je nutné zohlednit funkční úroveň a zdatnost seniorů, což povede ke stanovení rozsahu péče a dopomoci. Pro tyto účely bylo vytvořeno dělení seniorů dle funkční zdatnosti (Šnejdrová, Kalvach, 2008). V rámci funkční zdatnosti je možno rozeznat elitní, zdatné, nezávislé, křehké, závislé a zcela závislé seniory (Pokorná et al., 2013). Většina seniorů, kteří jsou v rámci CGA hodnoceni má velmi omezený potenciál k navrácení plného zdraví či soběstačnosti, z tohoto důvodu je velice důležité se zamyslet nad nastavením cílů léčby a zohlednit i rodinné příslušníky (Reuben, Tinetti, 2012). Autoři Volpato a Guralnik (2018) uvádí multidimenzionální přehled, ve kterém je uvedeno, které oblasti jsou v rámci fyzického zdraví funkčního a kognitivního statusu hodnoceny. Fyzické zdraví zahrnuje oblasti smyslů, konkrétně sluch a zrak, multimorbiditu, polyfarmacii, nutriční a rovnováhu. Funkční status zahrnuje základní denní aktivity, instrumentální aktivity a mobilitu. Do kognitivního statusu spadá kognice, delirium a nálady. Šnejdrová a Kalvach (2008) rozdělili CGA do empirické, orientační a podrobné úrovně, dle kterých je hodnocen sledovaný parametr. Kognitivní funkce by měly být na úrovni empirické hodnoceny anamnestickým rozhovorem, na úrovni orientační jsou hodnoceny dle testů Folstein či MMSE a na podrobné úrovni přichází na řadu psychiatrické vyšetření, CT nebo MRI. Nutriční stav je v rámci empirické úrovně hodnocen na základě fyzikálního vyšetření či BMI, orientačně dle testu MNA a podrobně dle antropometrických měření. Tělesná zdatnost je na empirické úrovni hodnocena dle anamnézy a srovnáním s vrstevníky, orientačně jsou prováděny testy v terénu, například chůze na čas na v rámci podrobné úrovně je využita bicykloergometrie nebo test v běhátku.

CGA tedy zahrnuje validované škály a hodnotící testy pomocí kterých se dosahuje individualizovaného intervenčního plánu péče. V současnosti je možno setkat se s několika modely CGA, což přispívá k rozvoji geriatrické péče, ale také k využití komplexních hodnotících nástrojů i mimo nemocnice, například v domovech pro seniory či v domácí péči (Thaw et al., 2017). Zařízení poskytující péči seniorům také určuje složení týmu, který pracuje s CGA hodnocením, v podstatě je jádrem každého týmu lékař, nejlépe geriatr, sestra a sociální pracovník. V některých případech může být tým doplněn o fyzioterapeuta, dietetika, farmaceuta, psychologa či psychiatra, dentistu či podiatra (Ward, Reuben, 2018).

1.7.2 Hodnocení soběstačnosti a sebeděče

Dle Trachtové a kolektivu (2008) představuje pojem sebeděče vykonávání denních aktivit samostatně a soběstačnost představuje míru samostatnosti, se kterou je člověk schopen příslušné denní aktivity vykonat. Zdravotně podmíněné požadavky na sebeděči vznikají, pokud se objeví změna ve zdravotním stavu, příčinou je tedy nemoc, úraz, nepohoda či omezení (Bekel, Halmo, 2004). Soběstačnost tvoří dva základní faktory, a to je funkční zdatnost člověka fyzická i psychická, a náročnost prostředí (Kalvach et al., 2008). Hodnocení soběstačnosti a sebeděče patří k základním intervencím sester, je cyklické a nepřetržité a představuje neoddelitelnou součástí všech fází ošetrovatelského procesu (Pokorná et al., 2013).

Pro hodnocení soběstačnosti a sebeděče existuje celá řada hodnotících a měřících nástrojů. Mezi nejpoužívanější patří Barhel index základních všedních činností – ADL „Activity of Daily Living“, Funkční míra nezávislosti – FIM „Functional Independence Measures, Lawtonova škála instrumentálních denních činností, IADL škála denních činností – IADL „Instrumental Activity of Daily Living“, dále je možné pro hodnocení soběstačnosti využít i již výše zmíněný model Orem nebo funkční hodnocení sebeděče dle modelu Gordon (Pokorná et al., 2013). V rámci hodnocení soběstačnosti je důležité zmínit také Katzův index (Kalvach et al., 2011).

Katzův index byl vyvinut v roce 1964, prošel několika změnami a existuje v několika podobách, které mohou různá pracoviště dle potřeby kombinovat (Kalvach et al., 2011). Tento nástroj je tvořen 6 základními oblastmi, jedná se o hygienu, oblékání, použití WC, kontinence, přesun a stavování (Altman, 2014). Každá položka je v případě samostatného provedení ohodnocena 1 bodem, pokud je třeba dopomoci hodnotí se oblast 0 body, celkový počet 6 bodů značí úplnou nezávislost, 4 body lehčí závislost, 2 body těžkou závislost a 0 bodů úplnou závislost (Kalvach et al., 2011).

Barthel index, dále pouze BI vznikl v roce 1965 v USA a byl určen pro pacienty s neuromuskulární a muskuloskeletálním onemocněním, sloužil i sestřím k hodnocení pacienta při příjmu a po ukončení léčby (Mahoney, Barthel, 1965). Test je strukturován dle stupňů závislosti a hodnotí se funkční zdatnost pacienta v oblasti sebeobsluhy a soběstačnosti. Má široké využití, a to i v geriatrické péči dlouhodobé nebo rehabilitační (Kuckir, Vaňková, Holmerová, 2017). Jedná se o nejpoužívanější nástroj pro hodnocení sebeděče, protože by vyhodnocen jako nejlepší z hlediska citlivosti, jednoduchosti, škálovatelnosti a jednoduchosti bodování (Ohura et al., 2014). Ferruci a kolektiv (2007) pohlížejí na BI jako na hodnocení stavu disability v průběhu času. BI je založen na deseti

aktivitách každodenního života, konkrétně se jedná o příjem stravy, oblékání, chůzi po schodech, lokomoci, přesun z lůžka na křeslo, osobní hygienu, koupání, použití WC a kontinence stolice a moči (Sarker et al., 2012). Každá položka BI je skórována 0, 5, 10 nebo 15 body, které jsou přímo úměrné času dopomoci druhé osoby s konkrétní činností představuje, celkový počet dosažených bodů pak představuje míru závislosti či soběstačnosti, 0 bodů značí úplnou závislost a 100 bodů naprostou soběstačnost ve vykonávání denních aktivit (Pokorná et al., 2013). BI je velmi dobře využitelný v ošetrovatelské praxi, především díky jednoduchosti a časové nenáročnosti (Schulc et al., 2015), Pokorná a kolektiv (2013) doplňují, že je třeba si na pracovišti stanovit pravidla, jakým způsobem bude hodnocení vykonáno, jelikož některé položky mohou být silně subjektivní. Hobart a kolektiv (2001) modifikovali BI na kratší pěti položkovou verzi, ve které ponechali přesun z lůžka na křeslo, osobní hygienu, použití WC, chůzi po schodech a lokomoci, podařilo se prokázat, že i kratší verze BI má vysokou citlivost pro určení míry nezávislosti u seniorů. Další verzí BI je „Modifikovaný Barthel Index“, ve kterém je upraveno pořadí položek, objasněn manuál pro hodnocení a bodové rozhraní od 0, 1, 2 a u dvou položek i 3 body (McDowell, 2006).

Funkční míra nezávislosti, dále jen FIM, byl vyvinut v 80. letech v USA a původně byl určen pro pacienty podstupující rehabilitaci (Branger et al., 1986). FIM vychází z BI a je zacílen na hodnocení stupně disability v každodenních činnostech, doplněno je hodnocení kognice a sociálních vztahů (Pokorná et al., 2013). Test FIM je rozdělen na 6 hlavních oblastí, které tvoří sebezpečí, kontrola svěračů, přesun, lokomoce, komunikace a sociální schopnosti, dále jsou určeny i podoblasti, celkově má test 18 položek (Noll et al., 2017). Každá z oblastí má 7 stupňové bodové ohodnocení, od nezávislosti k úplné závislosti, 1 bod představuje maximální asistenci a 7 bodů je úplná soběstačnost, celkové skóre se pohybuje v rozmezí 18 až 126 bodů (White, Wilson, Keysor, 2011). FIM vykazuje vysokou reliabilitu (Alves, Martinez, Lunardi, et al., 2019), obě domény, tedy kognitivní a motorická, byly shledány jako validní pro hodnocení limitací v aktivitách (Young et al., 2019) a dobře koreluje s věkem a komorbiditami a hodnocení je velmi přesné stejně jako tomu je u BI (Dodds et al., 1993). Motorická doména FIM prokázala také vysokou sensitivitu, kterou naopak kognitivní část neprokázala (Kohler et al., 2009). FIM má svoji modifikovanou verzi, která se nazývá Functional Assessment Measure, dále pouze FAM. FAM vznikl pro potřeby hodnocení pacientů po úrazu mozku a je doplněn o 12 položek, které jsou zaměřeny na kognitivní a psychologické funkce (Turner-Stokes, Siegert, 2013).

Lawton IADL se řadí mezi nejvíce používané nástroje pro hodnocení soběstačnosti u seniorů (Vergara et al., 2012). Lawton IADL zahrnuje osm funkčních domén, nakupování, příprava jídla, telefonování, domácí práce, praní prádla, přeprava dopravou, manipulace s financemi, samostatné užívání léků. Zajímavé je, že historiky byly ženy hodnoceny ve všech osmi doménách a muži pouze v pěti, protože domény přípravy jídla, praní a domácích prací byli považovány za ryze ženské dovednosti, bylo upraveno i hodnocení, kdy pro ženy byl maximální počet bodů 8 a u mužů 5 (Graf, 2007). V současné době jsou již obě pohlaví hodnoceny stejně, dosažených 0 bodů představuje plnou závislost na pomoci druhé osoby a 8 bodů odpovídá plné soběstačnosti (Pokorná et al., 2013). Nejlépe je nástroj využit v domácím prostředí seniorů, ovšem má i své limitace, například bodové ohodnocení každé položky 0 nebo 1 bodem není dostatečně senzitivní (Mao et al., 2018).

IADL škála denních činností, dále, IADL, vychází z Lawton IADL, oproti kterému je IADL schopen zhodnotit i složitější činnosti v soběstačnosti seniorů (Pokorná et al., 2013). IADL by se měl probíhat na základě sebehodnocení, což v mnoha případech může být obrovská limitace, protože se mohou seniori v rámci sebehodnocení podceňovat nebo přeceňovat (Guo, Sapra, 2019). Další nesrovnalosti hodnocení v rámci IADL mohou být pozorovány u seniorů s mírnou kognitivní poruchou, studie prokázaly, že neexistuje žádný rozdíl ve schopnosti provádět IADL u seniorů s kognitivním deficitem či bez deficitu, což může souviset s nedostatečnou citlivostí nástroje (Hopkins et al., 2017). Do posuzovaných domén spadá telefonování, jízda dopravním prostředkem, nákup, vaření, péče o domácnost, práce okolo domu, manipulace s financemi a užívání léků, každá doména je hodnocena 10 body v případě plné soběstačnosti, v případě dopomoci se hodnotí 5 body a 0 bodů se přisuzuje tehdy, pokud jedinec danou činnost absolutně nezvládne. 76 až 80 bodů určuje nezávislost, 41 až 75 bodů představuje částečnou závislost a 0 až 40 bodů je závislost (Kleťková, Dlabalová, 2008).

Pro hodnocení soběstačnosti a potřeby kompenzačních pomůcek lze využít i kódy funkční úrovně dle Gordon. 0 představuje úplně soběstačného jedince, 1 používá kompenzační pomůcky či přístroje, 2 vyžaduje menší dopomoc a dohled jiné osoby, 3 vyžaduje velkou dopomoc jiné osoby a kompenzační pomůcky či přístroje, 4 představuje závislého jedince a 5 představuje absolutní deficit sebepéče (Zrubáková, Krajčík et al., 2016). Zhodnoceny jsou oblasti výživy, osobní hygieny, oblékání a svlékání, pohyblivosti a vyprazdňování moči a stolice (Pokorná et al., 2013).

1.7.3 Hodnocení rizika pádů

Pád je možno definovat jako nepředvídatelnou událost, při které se ocitne osoba na zemi, ploše či jiné nižší výškové úrovni, ve zdravotnickém zařízení je pád vnímám jako nežádoucí událost a je nezbytné věnovat této problematice neustálou pozornost (Jarošová, 2015). Věk představuje rizikový faktor, populace seniorů je tedy rizikem pádů více ohrožena (Miertová, 2019). Hodnocení rizika pádů patří k základnímu posouzení a společně se soběstačností a nutričním stavem jsou ve zdravotnických zařízeních hodnoceny již při přijetí pacienta (Vyhnánek, 2007). Hodnocení rizika pádů má výrazný pozitivní vliv na ošetrovatelskou péči, která se díky dobře provedenému hodnocení stává individualizovanou, a navíc podporuje snižování výskytu pádů u seniorů ve zdravotnických zařízeních, přizpůsobení a naplánování individualizované péče navíc podporuje saturaci potřeb pádem ohrožených seniorů (Medeiros Falcao et al., 2019). K nejznámějším hodnotícím nástrojům pádů se řadí Morse Fall Scale, Hendrich II Fall Risk Model a Conley Scale.

Morse Fall Scale, dále pouze MFS, je rychlý a jednoduchý nástroj pro hodnocení jedinců s rizikem pádů, je složen z šesti jednoduše hodnotících domén (Morse, 2008). V rámci MFS jsou bodově hodnoceny oblasti pádů v anamnéze, přidružené diagnózy, pomůcky při chůzi, intravenózní terapie, chůze a psychický stav, celkové skóre 0 až 24 bodů značí nízké riziko pádů, 25 až 44 bodů střední riziko a více než 45 bodů určuje vysoké riziko pádů (Miertová, 2019). MFS je vhodný nástroj k vyhodnocení rizika pádů, je dostatečně validní (Souza Urbanetto et al., 2017) a má vysokou reliabilitu (Chang et al., 2017).

Hendrich II Fall Risk Model, dále pouze HFRM II, byl původně validován pro akutní péči (Hendrich et al., 1995) ovšem dle italského výzkumu lze HFRM II aplikovat i na populaci geriatrickou, kdy dosahuje vysoké specifity, sensitivity a reliability (Ivziku, Matarese, Pedone, 2011). Mezi hodnocené rizikové faktory v rámci HFRM II patří zhodnocení zmatenosti, dezorientace a impulsivity, depresivity, závratě, změny vnímání, pohlaví, užívané léky – antiepileptika a benzodiazepiny a test vstání ze židle, k položkám jsou přiřazeny body dle závažnosti, počet 5 bodů a vyšší značí vysoké riziko pádů (Campanini et al., 2018).

Conley Scale, dále pouze CS, byla vyvinuta v roce 1999 v USA, vzhledem k dosaženým hodnotám sensitivity a specifity byl nástroj vyhodnocen jako přesný a s dobrou předvídatelností pacientů se skutečným rizikem pádů (Chiari, Mosci, Fontana, 2002). Nástroj CS obsahuje 5 položek, zaměřuje se na historii pádů, zhoršený úsudek,

nedostatek informací ohledně bezpečnosti, zmatenost, poruchy chůze, závratě a inkontinenci (Conley, 1999).

1.7.4 Hodnocení nutriční

Populace seniorů je ohrožena malnutricí, dle dostupných studií je poruchou výživy ohroženo 30 až 60 % seniorů (Kozáková, Jarošová, 2010). Dle Pokorné a kolektivu (2013) je nutné, aby sestra znala pojmy popisující stav výživy, jedná se o hyponutrici, malnutrici, karenci, marasmus a kwashiorkor. Ve stáří převažují ve stravě sacharidy a tuky, naopak klesá podíl bílkovin, stopových prvků, vitamínů, tekutin a vlákniny (Malá et al., 2011). Příjem bílkovin má ve stáří klíčovou roli, dostatečný příjem bílkovin zabraňuje vzniku sarkopenie, pomáhá udržovat energetickou rovnováhu, regulaci hmotnosti a kardiovaskulární funkce, má také preventivní účinky v rozvoji chronických onemocnění (Baum, Kim, Wolfe, 2016), což příznivě ovlivňuje i kvalitu života seniorů (Coker, Wolfe, 2012). Hodnocení stavu výživy u seniorů je komplikováno komorbiditami, zraněními, disabilitou související s výživovými problémy, dysfagií, sníženou chutí k jídlu, únavou a svalovou slabostí (Saragat et al., 2012). Z tohoto důvodu hodnocení výživy vyžaduje znalosti, kvalifikovaný personál a vědecky podložené metody pro vyhodnocení stavu výživy u seniorů (Engelhaert, Brummer, 2018). Mezi nejpožívanější nástroje pro hodnocení nutriční patří Mini Nutritional Assessment (MNA) – malý výživový test, Subjective Global Assessment (SGA) – subjektivní globální hodnocení nutričního stavu, Nutritional Risk Screening (NRS) – nutriční rizikový screening, Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) – univerzální screening nástroj k hodnocení malnutrice.

Mini Nutritional Assessment, dále pouze MNA, je jeden z nejpožívanějších a nejnámějších hodnotících nástrojů pro nutriční a původně byl vytvořen pro zdravé i křehké seniory (Guigoz, 2006). Původní MNA bylo složen se 4 kategorií a 18 příslušných položek. Antropometrická měření zahrnuje BMI, obvod paže, obvod lýtky a ztrátu hmotnosti v posledních 3 měsících, obecné hodnocení zahrnuje položky soběstačnost, užívané léky, stres nebo akutní onemocnění, mobilitu, neuropsychologické problémy a přítomnost dekubitů či vředů, stravovací návyky zahrnují dotazy ohledně počtu jídel během dne, zdroje bílkovin, konzumace ovoce a zeleniny, chuti k jídlu příjmu tekutin a dopomoci při stravování, poslední kategorie sebehodnocení zahrnuje otázky, zda sami pacienti pociťují, že mají nějaké problémy se stravováním a jak vnímají vlastní zdraví v porovnání s ostatními. Skóre 24 bodů a více značí dobrý nutriční stav, 17 až 23,5 bodů

značí riziko malnutrice a 17 bodů a méně značí stav malnutrice (Guigoz, Vellas, Garry, 1996). MNA je snadno vyhodnotitelný a celková doba zpracování je zhruba 15 minut, což je velice efektivní, a navíc nejsou pacienti zatěžováni zdlouhavým hodnocením (Vellas et al., 1999). Nespornou výhodou MNA je také fakt, že pomocí tohoto testu je možné odhalit hrozící malnutrici v době, kdy ještě nedošlo k ztrátě hmotnosti (Lin et al., 2019). Volkert (2013) uvádí, že díky výhodám, kterými MNA disponuje, je vhodné zařadit jej jako rutinní hodnocení, tato myšlenka pramení od ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism), IANA (the International Academy Nutrition of Aging) a IAGG (the International Association of Gerontology and Geriatrics). MNA je v mezinárodním měřítku rozšířen ve zkrácené verzi MNA – SF, které obsahuje položky týkající se snížení příjmu potravy, úbytku váhy v posledních 3 měsících, pohyblivosti pacienta, BMI, psychického stavu a vyrovnání se stresem, celkový počet bodů je 14, 12 až 14 bodů značí normální stav nutrice, 8 až 11 bodů značí riziko malnutrice a 7 bodů a méně je stav malnutrice (Kuckir, Vaňková, Holmerová, 2017). Soysal a kolektiv (2019) uvádějí, že kromě vyhodnocení stavu nutrice, lze dle MNA-SF zhodnotit i křehkost vzhlade k položkám, které tento nástroj obsahuje a také díky tomu, že dle Chang (2017) je mezi malnutricí a křehkostí silný vztah.

Subjective Global Assessment, dále pouze SGA, je hodnotící nástroj založený na hodnocení hmotnosti, příjmu potravy, gastrointestinálních symptomech, funkční kapacitě, komorbiditách a fyzickém zhodnocení (Mahan, Raymond, Escott – Stump, 2013). Dle Pokorné a kolektivu (2013) je SGA vhodný spíše pro určení nutričního deficitu než pro určení konkrétního stupně malnutrice, nutriční deficit je podle SGA rozdělen do kategorií klinicky nevýznamná podvýživa, středně závažná podvýživa a těžká podvýživa. Klinicky nevýznamná podvýživa představuje pokles hmotnosti o méně než 10 % a nejsou známky somatické podvýživy, nemocný není ohrožen komplikacemi a není nutná nutriční podpora. Středně závažná podvýživa je definována jako pokles hmotnosti o více než 10 % za dobu posledních 4 týdnů, hubnutí však dále nepokračuje, projevují se známky podvýživy, avšak bez funkčních projevů. Těžká podvýživa představuje stav, kdy dochází k úbytku tělesné hmotnosti o více než 10 % za poslední 4 týdny a hubnutí dále pokračuje, projevují se funkční známky podvýživy a funkční alterace (Kozáková et al., 2011). Pro používání hodnotícího nástroje je nutné mít dostatek informací a zkušeností, v opačném případě hrozí, že hodnocení nebude dostatečně efektivní (Harriët, Faith, 2017).

Nutritional Risk Screening, dále pouze NRS, je hodnotící nástroj založený na zhodnocení věku pacienta, závažnosti základního onemocnění, BMI, příjmu potravy za

poslední týden a na úbytku hmotnosti, celkové skóre klasifikuje pacienty mající nutriční riziko – skóre 3 a více bodů a na pacienty, kteří riziko nemají – skóre menší než 3 body (Kondrup et al., 2003). Velasco a kolektiv (2011) uvádějí, že NRS vykazuje vyšší senzitivitu a specifitu pro rozvoj komplikací nutričního stavu, než dále běžně používané nástroje jako je MNA, Nutritional Risk Index a Malnutrition Universal Screening Tool. Nástroj byl vyvinut v roce 2003 a za účel hodnocení stavu nutriční u hospitalizovaných pacientů a osob v komunitě, ale dále také pro seniory v institucionální péči (Pokorná et al., 2013).

Malnutrition Universal Screening Tool, dále pouze MUST, je 5 krokový hodnotící nástroj pro detekci pacientů s hrozící nebo přítomnou podvýživou (Turano, Almeida, 1999). V rámci nástroje MUST je hodnoceno BMI, pokles hmotnosti, příjem potravy perorálně za posledních 5 dnů, skóre 0 je nízké riziko, 1 bod je střední riziko a 2 a více bodů značí vysoké riziko podvýživy (Tewari et al., 2013). Pokud je stav pacienta vyhodnocen 0 body je důležité i nadále hodnocení opakovat, v nemocnicích každý týden a v domácí péči každý měsíc, u osob starších 75 let by mělo být hodnocení prováděno každoročně. Při vyhodnocení 1 bodu je důležité sledovat příjem potravy po 3 dny, v případě potřeby je nutné v této oblasti zapracovat, upravit stav nutriční a nadále vyhodnocovat, u získaných 2 bodů je nutná konzultace s nutričním terapeutem, kontrolovat příjem potravy, vytvořit plán péče a nadále vyhodnocovat (Stratton, 2004).

1.7.5 Hodnocení kognitivních funkcí

Při hodnocení kognitivních funkcí je nutné časné rozpoznání změny nebo poruchy, ke kterým ve vyšším věku může dojít, hodnoceny jsou individuální kognitivní schopnosti seniora (Pokorná et al., 2013). Samotné hodnocení by mělo mít vliv na diferencovanou péči, dále by mělo dojít i ke sledování odpovědí a reakcí na léčbu a diferencovanou péči (Braes, Milisen, Foreman, 2008). V průběhu hodnocení musí být brán v úvahu rodný jazyk, úroveň vzdělání, gramotnost a sociální faktory, spánková deprivace, hladovění či jiné stresory, které mohou mít vliv na kognitivní funkce (Norris, Clark, Shipley, 2016). Mezi nejznámější hodnotící nástroje patří Mini Mental State Exam (MMSE) – krátká škála mentálního stavu, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Addenbrookes Cognitive Examination (ACE)

Mini Mental State Exam, dále pouze MMSE, byl poprvé uveden v roce 1975 jako praktický nástroj pro vyhodnocení kognitivních funkcí (Folstein, Folstein, McHugh,

1975). Nástroj je snadno použitelný, nevyžaduje drahé vybavení a celkové vyhodnocení trvá zhruba 5 až 10 minut (Nieuwenhuis, 2010). Pomocí MMSE je možné zhodnotit orientaci, paměť, pozornost, výbavnost, řeč, praxii, čtení, psaní, počítání a poznávací funkce (Strauss, Sherman, Spreen, 2006). Celkový počet bodů je 30, 25 až 26 bod je považován za hraniční rozmezí, 18 až 24 bodů značí lehkou demenci, 6 až 17 bodů vykazuje středně těžkou demenci a méně než 5 bodů značí demenci pokročilou (Pokorná et al., 2013). Nástroj disponuje vysokou reliabilitou, sensitivitou, je schopen charakterizovat kognitivní pokles u demenčních pacientů a je reliabilní v predikci funkčních schopností (Razani et al., 2009). Mezi výhody MMSE patří také to, že je schopen detekovat změny kognice u osob s nízkým vzděláním, ale i u osob s vysokým vzděláním (Spering et al., 2012).

Montreal Cognitive Assessment, dále pouze MoCA, byl vyvinut v roce 2005 a řadí se mezi nejpoužívanější nástroje hodnotící kognitivní funkce. MoCA obsahuje 10 položek, které mají rozdílnou míru obtížnosti, v rámci domén je hodnocena krátkodobá paměť, soustředění, pozornost, prostorová orientace, zraková konstrukční zručnost, pojmenování zvířete, opakování vět, vyslovování slov, abstrakce a pozdější vybavení slov (Nasreddine et al., 2005). Doba provedení testu je zhruba 10 minut, celkový bodový zisk je 30 bodů, bodové rozmezí od 26 až 30 bodů značí normální nálezy, méně než 26 bodů značí mírnou kognitivní poruchu nebo závažný kognitivní pokles (Ozer et al., 2016). Některé studie poukazují na hranici 26 bodů, které je dle jejich interpretace a výzkumu příliš přísné, především u populace s nižším vzděláním, dochází tak k mylně pozitivním případům (Waldron Perrine, Axelrod, 2012).

Addenbrookes Cognitive Examination, dále pouze ACE, byl vyvinut jako stručný a senzitivní nástroj pro hodnocení brzkých fází demencí a schopný rozlišit Alzheimerovu demenci, frontotempolární demenci a parkinsonické syndromy (Bak et al., 2005). ACE byl původním nástrojem, ze kterého se vyvinul ACE-R (Addenbrookes Cognitive Examination Revised), celkové skóre je 100 bodů a nástroj obsahuje domény pozornosti a soustředění, paměť, jazyk, prostorové orientace a plynulost řeči (Davies, Larner, 2013).

1.7.6 Rapid Geriatric Assessment – RGA

Rapid Geriatric Assessment, dále pouze RGA, je hodnotící nástroj určený pro populaci seniorů, který obsahuje 4 baterie (Little, 2017). V rámci RGA je hodnocena křehkost, sarkopenie, nutriční stav a kognitivní funkce. Takto je hodnocení nastaveno především díky studiím, které poukázaly na hlavní příčiny špatného zdravotního stavu

geriatrické populace, jedné se o geriatrické syndromy, křehkost, anorexii, sarkopenii a kognitivní poruchy (Morley, 2015). Pro hodnocení křehkosti je určena baterie FRAIL, hodnocení sarkopenie je postaveno na baterii SARC-F, nutrice se hodnotí pomocí SNAQ a kognitivní funkce RCS baterií (Morley, 2017).

Nástroj FRAIL pro hodnocení křehkosti, je jednoduchá a skládá se z 5 dotazů směřovaných na únavu, chůzi do schodů, chůzi na vzdálenost 200 metrů, přítomnosti více než 5 chorob a ztrátu 5 % hmotnosti za posledních 6 měsíců (Abellan Van Kan et al., 2008). Celkový počet bodů je 5, 1 až 2 body značí stav předkřehkosti, 3 a více bodů prokazuje stav křehkosti. FRAIL byl vyhodnocen jako senzitivní a specifický nástroj, stejně tak jako například Fried fenotyp nebo Rockwood multi morbidity scale (Morley, 2017).

SARC-F je nástroj určený k rychlému hodnocení sarkopenie a má 5 položek, které se týkají síly, dopomoci při chůzi, vstání ze židle, chůzi do schodů a pádu (Malmstrom, Morley, 2013). Celkové skóre je 10 bodů, výsledky studie ukázaly, že o stavu sarkopenie svědčí 4 a více získaných bodů (Little, 2017).

SNAQ je nástroj pomocí které lze určit ztrátu hmotnosti za uplynulých 6 měsíců, obsahuje 4 položky, které se týkají chuti k jídlu, velikosti porce, počtu jídel za den a vychutnání si jídla. Celkový počet bodů je 20, počet 14 bodů a nižší svědčí o již zmiňovaném úbytku hmotnosti za uplynulé 6měsíční období (Morley, 2017). Pilgrim a kolektiv (2017) poukazují na dobrou využitelnost nástroje SNAQ při zhodnocení chuti k jídlu u populace, která je ohrožena malnutricí, dále autoři doporučují kooperaci i s výživovými poradci či nutričním terapeutem.

Nástroj RCS byl vyvinut za účel diagnostiky mírné kognitivní poruchy, je založen na 3 položkách, zapamatování si 5 slov, nakreslení hodin a konkrétního času, a zodpovězení otázky na základě sděleného příběhu (Morley, 2017). Celkové skóre je 10 bodů, 8 až 10 bodů představuje normální stav kognice, 6 až 7 bodů je mírná kognitivní porucha a 5 bodů a méně je stav demence (Little, 2017)

1.7.7 Nejčastěji používané škály v českém ošetřovatelství

Dle Vörösové, Solgajové a Archalousové (2015) je používání hodnotících nástrojů v České republice stále na nízké úrovni. Výzkum z roku 2011 prokázal, že mezi nejpoužívanější hodnotící nástroje dle sester a porodních asistentek patří hodnocení dekubitů dle Norton, Glasgow Coma Scale, Apgar skóre a Vizuální analogová škála pro hodnocení bolesti, nutné je také podotknout, že s hodnotícími nástroji dle výsledků

výzkumu setkává v praxi 58,47 % respondentů (Taliánová, Jedlinská, Moravcová, 2011). Pokorná a kolektiv (2013) v rámci svého výzkumu dospěli k závěru, že nejpoužívanější škálou u seniorů k hodnocení bolesti je Vizuální analogová škála a dále je používána i obličejová škála, někteří respondenti uvedli i jako hodnocení bolesti ADL, což může svědčit o neznalosti hodnotícího nástroje nebo o předpokladu, že bolest má u seniorů vliv na vykonávání denních aktivit, pro vyhodnocení soběstačnosti dle výsledků výzkumu je nejvíce využíván ADL a škála dle Gordonové.

2 Operacionalizace pojmů

Hodnotící nástroje

Hodnotící a měřící nástroje patří mezi základní součásti ošetrovatelského procesu a práce s nimi by měla být elementární činnost sester, která vede k poskytování vysoce kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Správné používání nástrojů v ošetrovatelství slouží k získání důležitých informací a výsledky by měly být zaneseny i do samotných ošetrovatelských intervencí. Je nutné získat si určitou citlivost k práci s měřícími nástroji, jejich vyhodnocení, a i k samotné aplikaci získaných výsledků do přímé péče.

Populace starší 60 let

Populace starší 60 let představuje významnou část pacientů v nemocniční a domácí péči. Je třeba si uvědomit, že se jedná o část populace se specifickými potřebami, které se mohou vlivem postupujícího věku, ztráty zaměstnání či měnících se rolí značně modifikovat.

Geriatrické syndromy

Geriatrické syndromy jsou typickým jevem pro populaci starší 60 let. Jedná se o skupinu syndromů jejíž dělení je rozličné a dle odborné literatury známe několik rozdělení. Pro naše účely je zásadní to, že se většinou nevyskytují ojedinele, ale kaskádovitě a ve větším počtu u jednoho jedince. Mají významný dopad na zdravotní stav a na kvalitu života.

Křehkost

Křehkost je termín spojovaný se stárnoucí populací, konkrétně ji lze chápat buď jako geriatrický syndrom, který je samostatný anebo jako geriatrický syndrom, kterým má moc spustit či ovlivnit další geriatrické syndromy. Jedná se o oblast péče o geriatrické pacienty, která v současné době není dostatečně zohledňována.

Sarkopenie

Sarkopenie je další geriatrický syndrom, který se zakládá na principu ztráty svalové hmoty a poklesu síly svalů. Sarkopenie se váže na věk tudíž se jedná o specifické onemocnění pro seniory. V rámci ošetrovatelské péče není dostatečně zohledněna.

Geriatrické ošetřovatelství

Geriatrické ošetřovatelství představuje významnou součást ošetřovatelské profese. Klíčovými komponenty péče jsou především chronická onemocnění, geriatrické syndromy, změny způsobené věkem a pokles soběstačnosti a ztráta sebepéče.

3 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

3.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit přítomnost vybraných geriatrických syndromů.

Cíl 2: Zmapovat postoj sester k hodnotícím nástrojům používaných u populace starší 60 let.

Cíl 3: Zjistit jaký dopad mají geriatrické syndromy na kvalitu života populace starší 60 let.

Cíl 4: Jazyková validizace hodnotícího nástroje Rapid Geriatric Assessment.

3.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Zjistit pomocí hodnotícího a měřícího nástroje odlišnost vykazovaných potřeb dle typu primárního onemocnění.

Hypotéza 2: Nejvyšší dosažené vzdělání ovlivňuje postoj k používání hodnotících nástrojů u geriatrických pacientů.

Hypotéza 3: Prokazatelná křehkost ovlivňuje kvalitu života.

Hypotéza 4: Prokazatelná sarkopenie ovlivňuje kvalitu života.

Hypotéza 5: Prokazatelná mírná kognitivní porucha ovlivňuje kvalitu života.

Hypotéza 6: Prokazatelná malnutrice ovlivňuje kvalitu života.

Hypotéza 7: Sestry s vysokoškolským vzděláním považují hodnocení geriatrické populace za méně dostatečné než sestry se středoškolským vzděláním.

Hypotéza 8: Délka praxe sester v geriatrickém ošetřovatelství ovlivňuje postoj k používání hodnotících nástrojů u geriatrických pacientů.

3.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jsou aktuálně používané hodnotící a měřící nástroje pro hodnocení potřeb v geriatrii dostačující?

Výzkumná otázka 2: Které oblasti potřeb nejsou zahrnuty v hodnocení u pacientů v pozdním stáří?

Výzkumná otázka 3: Jaké oblasti ošetřovatelské dokumentace je třeba z pohledu sester doplnit?

Výzkumná otázka 4: Jaké výhody spatřují sestry při použití komplexního hodnotícího nástroje Rapid Geriatric Assessment?

3 Metodika

Empirická část disertační práce byla zpracována pomocí kvalitativní a kvantitativní výzkumné metody. Pro účely práce byl vybrán standardizovaný nástroj Rapid Geriatric Assessment (RGA) a nástroj pro hodnocení kvality života WHOQOL BREF verze.

První fází výzkumného šetření byla rešeršní strategie, v rámci které, jsme mapovali aktuální problematiku populace starší 60 let ve spojitosti s měřicími nástroji. Druhá fáze byla zaměřena na překlad a jazykovou validaci nástroje RGA. Ve třetí fázi byly vytvořeny na základě rešerše a vybraných hodnotících nástrojů nestandardizované části dotazníků. Ve čtvrté fázi byla provedena pilotní studie, v níž jsme ověřovali srozumitelnost nestandardizované části. V páté fázi došlo k distribuci dotazníku jak pro skupinu populace starší 60 let tak pro skupinu sester. Šestá fáze obsahovala přepis kompletovaných dotazníků do matice, následovalo prvotní třídění dat, tvorba frekvenčních tabulek. V sedmé fázi došlo ke kategorizaci otevřených otázek. V osmé fázi došlo vytvoření vztahů a nalezení případných souvislostí. Devátá fáze sloužila k vytvoření ošetrovatelské dokumentace uzpůsobené pro populaci starší 60 let. Desátá fáze byla věnována kvalitativní části a provedení Focus group v rámci něhož byla diskutována ošetrovatelská dokumentace vytvořená pro hodnocení populace starší 60 let. Jedenáctá fáze sloužila pro kompletaci ošetrovatelské dokumentace a finálnímu zakončení výzkumného šetření.

3.1 Výběr standardizovaných nástrojů a jazyková validace

Prvním krokem byl výběr standardizovaného nástroje, po prostudování dostupných zdrojů jsme vybrali nástroj Rapid Geriatric Assessment (RGA). Jelikož nástroj existuje pouze v anglické verzi, bylo nutné nástroj přeložit do jazyka českého. Po získání souhlasu autora s použitím nástroje byly vytvořeny dva na sobě nezávislé překlady do češtiny, následně zpět do angličtiny. Anglické verze byly znovu odeslány autorovi nástroje ke schválení. Verze v češtině byla pilotně vyzkoušena pro dostatečnou srozumitelnost, upravena a následně uvedena do finální podoby.

Pro hodnocení kvality života byl vybrán nástroj WHOQOL bref verze. Nástroj měl již českou verzi, kontaktovali jsme tedy autorku české verze, která odsouhlasila použití nástroje ve výzkumném šetření.

3.2 Rešerše, výběr nástrojů a konstrukce nestandardizovaného dotazníku

Rešeršní strategie byla zaměřena na populaci starší 60 let a měřicí nástroje. V rámci komplexního hodnocení populace starší 60 let je nejvíce diskutováno hodnocení CGA neboli Comprehensive Geriatric Assessment, které se zaměřuje na celkové hodnocení starší populace. Z dalších podrobně zkoumaných zdroj vyplynul nástroj RGA, jehož zaměření bylo velice vhodné pro účely výzkumu.

Konstrukce nestandardizovaných dotazníků nasedala na již zhotovenou rešerši a byla rozdělena na dvě části. Byly vytvořeny nestandardizované dotazníky jednak pro populaci starší 60 let a pro sestry, které ve své praxi poskytují ošetrovatelskou péči příslušné populaci. Dotazník pro populaci starší 60 let byl tvořen nestandardizovanou částí, která obsahovala 35 otázek. Nestandardizovaná část mapovala typ primárního onemocnění, pohled pacientů na hodnocení vybraných potřeb, vlastní hodnocení zdravotního stavu a problematiku vykonání denních aktivit. Dále následovala část s nástroji RGA a WHOQOL BREF. Dotazník pro sestry byl stejně jako pro pacienty tvořen nejprve nestandardizovanou částí, která obsahovala 37 otázek. Otázky nestandardizované části byly v úvodní části identifikační, dále byly položeny otázky týkající se nástroje RGA a jeho využitelnosti v praxi, následovaly dotazy mapující práci sester s běžně používanými hodnotícími nástroji a závěrem byla mapována oblast potřeb. Jako příloha byl součástí sesterského dotazníků RGA jako vzor pro prostudování a případné vypracování.

3.3 Pilotní studie a stanovení

Pro ověření srozumitelnosti dotazníků obou skupin byla realizována pilotní studie, při které byl použit protokol srozumitelnosti jednotlivých otázek. Získané odpovědi vedly k částečnému přepracování znění otázek v obou verzích dotazníků, úpravy byly opět v rámci týmu odborníků konzultovány a uvedeny do interpretace lehce srozumitelné.

Následně byli ve spolupráci se statistikem určeny velikosti kvótního výběru respondentů. Respondenti obou skupin, tedy pacienti starší 60 let a sestry, byli vybíráni v rámci Jihočeského kraje, pro sestry bylo dále stanoveno kritérium práce s populací starší 60 let. Pro pacienty byla stanovena kritéria v oblasti věku a příjmu ošetrovatelské péče. Dotazníky pro pacienty byli distribuovány v tištěné formě, pro sestry byli distribuovány tištěné i on-line verze.

3.4 Hlavní výzkumné šetření

Hlavní výzkumné šetření bylo realizováno od března 2019 do ledna 2020, a to u seniorů (výzkumný soubor A) a sester (výzkumný soubor B).

3.4.1 Charakteristika výzkumného souboru A

Výzkumný soubor A tvořila populace starší 60 let z Jihočeského kraje. Reprezentativnost vzorku byla statistikem stanovena na základě údajů o počtu žijících osob starších 60 let v Jihočeském kraji, dále na základě údajů o počtu hospitalizovaných v Jihočeském kraji starších 60 let, na základě počtu klientů pobytových sociálně zdravotních služeb v Jihočeském kraji starších 60 let a na základě počtu příjemců domácí péče v Jihočeském kraji starších 60 let. Údaje byly získány ze Zdravotnické ročenky Jihočeského kraje z roku 2013.

Konstrukce výzkumného souboru byla tvořena na základě náhodného kvótního výběru, přičemž participanti museli být starší 60 let, hospitalizováni, klienti sociální péče například v domově pro seniory nebo být příjemci domácí péče. Výzkumné šetření probíhalo anonymně a dobrovolně. V případě zhoršeného kognitivního stavu či smyslového vnímání byl dotazník vyplněn ve spolupráci se sestrou.

3.4.2 Charakteristika výzkumného souboru B

Výzkumný soubor B tvořily sestry poskytující ošetrovatelskou péči populaci starší 60 let a v rámci svého zaměstnání působí v Jihočeském kraji. Reprezentativní vzorek byl stanoven ve spolupráci se statistikem na základě dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, konkrétně ze Sítě ze zdravotnických zařízení z roku 2013.

Jednalo se o náhodný kvótní výběr, přičemž participanti museli být zaměstnání v nemocničním zařízení, sociálně zdravotním pobytovém zařízení nebo domácí péči a museli poskytovat ošetrovatelskou péči populaci starší 60 let. V nemocničních zařízeních se jednalo především o oddělení následné péče a interní oddělení.

3.4.3 Nestandardizované dotazníky

Pro výzkumný soubor A byl pro doplnění informací vytvořen nestandardizovaný dotazník, který obsahoval 35 otázek. Otázky byly uzavřené a u některých byla možnost doplnění informací v rámci možnosti „jiné“, dále byly odpovědi designovány jako

Likertova škála s možnostmi „maximálně, hodně, středně, trochu vůbec ne“. U hodnocení psychického a fyzického stavu pak byla možnost zvolit příslušnou hodnotu na škále od 1 do 10, kdy 1 představovala nejlepší a 10 nejhorší. Úvodní část neobsahovala identifikační údaje, protože ty byli zahrnuti do nástroje RGA, zde byly uvedeny dotazy zaměřující se na určení přítomných onemocnění dle systému, rodinný stav, místo pobytu, hodnocení zdravotníků, poskytování péče ve vybraných potřebách. Dále byly zahrnuty dotazy ohledně pádů, soběstačnosti, odpočinku a tělesné hmotnosti.

Nestandardizovaný dotazník pro výzkumný soubor B obsahoval 37 otázek. Otázky byly uzavřené, u některých s možností „jiné“ pro případné doplnění, možnost odpovědi u některých otázek byla opět designována dle Likertovy škály s možnostmi „maximálně, hodně, středně, trochu a vůbec ne“. Úvodní část obsahovala identifikační údaje, dále byly dotazy zaměřeny na hodnocení nástroje RGA, pohled na termíny používané v geriatrickém ošetřovatelství, práci s běžně používanými nástroji a pohled sester na význam hodnocení vybraných potřeb.

3.4.4 Sběr a analýza dat

U výzkumného souboru A bylo distribuováno 510 dotazníků s dosaženou návratností 97,6 % (n = 498). U výzkumného souboru B bylo distribuováno 510 dotazníků a návratnost byla 98,2 % (n = 501).

Analýza dat byla provedena prostřednictvím programů SASD (Statistická analýza dat) a IBM SPSS 20.

Analýza byla prováděna na základě prvního a druhého stupně třídění. V první stupni třídění byly pro jednotlivé ukazatele konstruovány frekvenční tabulky a vypočítány absolutní a relativní četnosti a střední hodnoty (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05.

Ve druhém stupni třídění byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi (sloupcovými, řádkovými, celkovými i očekávanými) a znaménkové schéma. V rámci analýzy souvislosti byly aplikovány dle charakteru znaků a počtu pozorování test Chí kvadrát dobré shody – X^2 (Pearson Chi-Square) a Test nezávislosti. Dále byly provedeny výpočty Pearsonova koeficientu kontingence, Normovaného Pearsonova koeficientu kontingence, Čuprovova koeficientu, Cramerova koeficientu, Walisova koeficientu, Spearmanova koeficientu a Korelačního koeficientu. Síla vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti - $\alpha = 0,05, 0,01$ a $0,001$.

V rámci popisu analyzovaných statisticky významných vazeb jsou standardně uváděny hodnoty testu Chí kvadrát dobré shody a Testu nezávislosti. V případě nedostatečného počtu pozorování byla aplikována Yatesova korekce.

3.5 Kvalitativní výzkumné šetření

Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo pomocí metody focus group a cílem bylo především upravit současnou ošetrovatelskou dokumentaci tak, aby vyhovovala populaci starší 60 let. Předložená ošetrovatelská dokumentace obsahovala běžné informace jako zhodnocení stavu kůže, psychického stavu, hodnocení fyziologických funkcí, vyprazdňování, bolesti a informace o invazivních vstupech. Dále byla doplněna i o hodnocení sarkopenie, nutričního stavu, křehkosti a kognitivních funkcí čili byla obohacena i o nástroj RGA.

Focus group byl realizován s 8 sestrami z nemocničního prostředí a 8 sestrami z domácí péče, sestry se navzájem neznaly. Řízená diskuse trvala od 100 do 120 minut a probíhala v neutrálním prostředí. Průběh diskuse řídil zkušený moderátor, bylo dbáno, aby každý z účastníků měl dostatečný prostor pro vyjádření svého názoru k ošetrovatelské dokumentaci. Celá diskuse byla se se souhlasem všech zúčastněných nahrána na diktafon a během byly zaznamenávány významné body formou poznámek. Na úvod byli účastníci seznámeni s pravidly, že hovoří pouze jedna osoba a každý bude mít stejný prostor pro vyjádření. Dále byl zmíněn cíl focus group a byla navozena krátká úvodní diskuse ohledně současně používané dokumentace a nástroji RGA. Jádrem diskuse bylo zavedeno na změnu či doplnění dokumentace, tak aby vyhovovala potřebám populace starší 60 let. Na závěr diskuse již proběhlo pouze doplňující vyjádření zúčastněných.

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvantitativní části výzkumného souboru A

4.1.1 Charakteristika výzkumného souboru A

Tabulka 1 Rozložení výzkumného souboru A dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnosti
Muž	218	43,8 %
Žena	280	56,2 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 1 reprezentuje přehled rozdělení výzkumné souboru A dle pohlaví. Výzkumného šetření se zúčastnilo 43,8 % mužů ($n = 218$) a 56,2 % žen ($n = 280$).

Tabulka 2 Rozložení výzkumného souboru A dle věku

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
60 – 69 let	141	28,2 %
70 – 79 let	239	47,8 %
80 – 89 let	107	21,8 %
90 a více let	11	2,2 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 2 demonstruje věkové rozložení výzkumného souboru A. Nejvíce byla zastoupena část populace ve věku od 70 do 79 let, konkrétně se jednalo o 47,8 % ($n = 239$). Druhé nejpočetnější zastoupení měla kategorie 60 až 69 let, do které spadalo 28,2 % ($n = 141$) z celkového počtu participantů. Dále byla zastoupena kategorie 80 až 89 let, do které spadalo 21,8 % ($n = 107$) participantů. Nejméně početnou skupinu tvořila kategorie 90 let a více, kterou zastupovalo pouze 2,2 % ($n = 11$) z celkového počtu.

Tabulka 3 Přehled národností výzkumného souboru A

	Absolutní četnost	Relativní četnost
česká	428	85,9 %
slovenská	45	9,1 %
romská	15	3,0 %
ukrajinská	10	2,0 %
vietnamská	0	0,0 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 3 prezentuje další identifikační otázku, která je součástí nástroje RGA a je zaměřena na přehled národností výzkumného souboru A. Vzhledem k tomu, že nástroj pochází ze USA bylo nutné národnosti upravit českému prostředí. Nejvíce byla zastoupena česká národnost 85,9 % (n = 428). Slovenská národnost byla zastoupena 9 % (n = 45), romská národnost 3 % (n = 15) a ukrajinská národnost 2 % (n = 10). Vietnamská národnost nebyla zastoupena nikým.

Tabulka 4 Typ nejzávažnějšího onemocnění

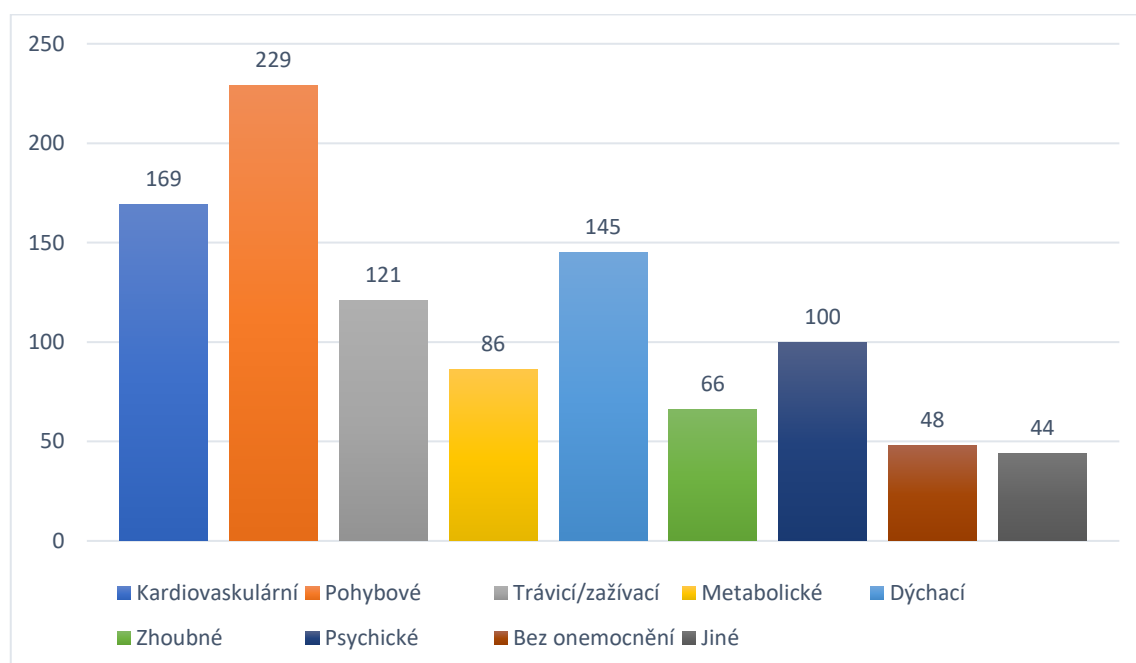
Typ nejzávažnějšího onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kardiovaskulární	93	18,7 %
Pohybové	108	21,8 %
Trávicí/zažívací	54	10,8 %
Metabolické	23	4,6 %
Dýchací	59	11,8 %
Zhoubné	61	12,2 %
Psychické	37	7,5 %
Netrpím žádným onemocněním	48	9,6 %
Jiné	15	3,0 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 4 reprezentuje nejzávažnější typ onemocnění, dle názoru samotných participantů. Za nejvíce závažné bylo považováno pohybové onemocnění, které zvolilo 21,8 % (n = 108) respondentů. Druhé nejčastěji zastoupené onemocnění v rámci

závažnosti byl typ kardiovaskulárních onemocnění, které označilo 18,7 % (n = 93) participantů. Jako další závažné nejzávažnější onemocnění bylo označeno 12,2 % (n = 61) zhoubné onemocnění, dále dýchací 11,8 % (n = 59) a trávicí 10,8 % (n = 54). Dále v pořadí byly zaznamenány odpovědi participantů, kteří netrpěli žádným onemocněním, tedy 9,6 % (n = 48). Onemocnění psychická jako nezávažnější označilo 7,5 % (n = 37) participantů. V závažnosti byly nejméně zastoupena onemocnění metabolická 4,6 % (n = 23) a onemocnění označená jako jiné, například onemocnění smyslová a podobně, které zvolilo 3 % (n = 15) participantů.

Graf 1 Přehled aktuálních onemocnění



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 1 představuje komplexní přehled o onemocněních, které se vyskytovali u výzkumného souboru A. Jednalo se o otázku, na kterou mohli respondenti zvolit více možností odpovědí dle toho, kolik onemocnění mají. Nejčastěji bylo zastoupeno onemocnění pohybového aparátu, které uvedlo 229 respondentů. Druhé bylo onemocnění kardiovaskulárního systému, které uvedlo 169 respondentů. Dále byla zastoupena onemocnění dýchací, které označilo 145 respondentů, trávicí 121 a psychická 100 respondentů. Metabolická onemocnění označilo 86 respondentů, zhoubná onemocnění 66 respondentů, bez onemocnění bylo 48 respondentů a 44 respondentů vybralo položku „jiné“ v rámci které byla nejčastěji uváděna buď onemocnění smyslová nebo akutní onemocnění například respirační.

Tabulka 5 Druh zařízení aktuálního pobytu

Druh zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Dům s pečovatelskou službou	66	13,3 %
Domov pro seniory	86	17,3 %
Nemocnice, LDN	93	18,6 %
Domácí prostředí	234	47,0 %
Nevím	5	1,0 %
Jiné	14	2,8 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 5 reprezentuje přehled místa aktuálního pobytu respondentů, nejvíce se aktuálně nacházelo v domácím prostředí, konkrétně 47 % (n = 234). V nemocnici a léčebně dlouhodobě nemocných se nacházelo 18,7 % (n = 93). V domově pro seniory pobývala 17,3 % (n = 86) a v domově s pečovatelskou službou 13,3 % (n = 66). V jiném druhu zařízení pobývalo 2,8 % respondentů (n = 14), nejčastěji se jedno o domov se speciálním režimem, pouze 1 % (n = 5) nevědělo, kde aktuálně pobývají.

Tabulka 6 Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný/svobodná	46	9,2 %
Ženatý/vdaná	196	39,3 %
Vdovec/vdova	159	31,9 %
Rozvedený/rozvedená	73	14,7 %
Druh/družka	24	4,8 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 6 představuje poslední část z obecné charakteristiky výzkumného souboru A – rodinný stav. Z celkového počtu se nejvíce účastníků nacházelo ve stavu ženatý či vdaná, konkrétně 39,3 % (n = 196). Dále byla silně zastoupena i skupina vdovec nebo vdova, do které spadalo 31,9 % účastníků (n = 159). Rozvedených bylo 14,7 % (n = 73) a svobodných 9,2 % (n = 46). S druhem či družkou žije 4,8 % (n = 24).

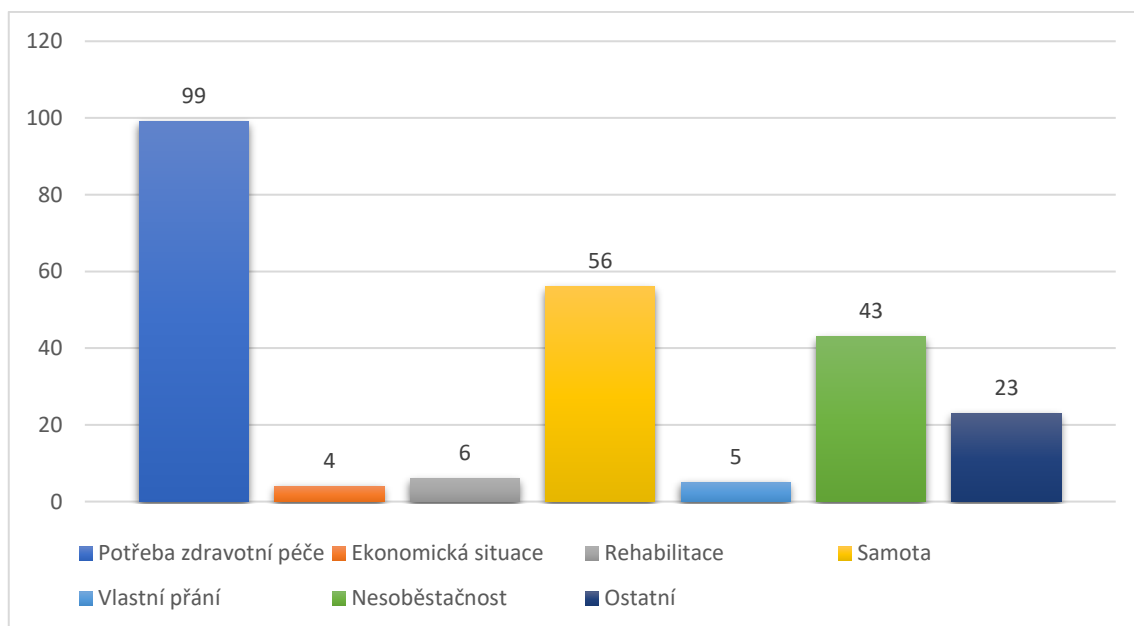
4.2 Výsledky výzkumného souboru A – nestandardizovaná část

Výsledky zaznamenané v následující části vyplývají z nestandardizované části dotazníkového šetření. Jsou zaměřeny na oblast důvodu pobytu v daném zařízení a spokojeností s pobytem. Dále bude rozpracován názor výzkumného souboru A na hodnocení zdravotnickým pracovníkem, na subjektivní hodnocení psychického a fyzického stavu, pády, únavu a denní aktivity.

4.2.1 Důvod pobytu v zařízení a spokojenost s pobytem

Prostřednictvím otevřené otázky bylo o výzkumného souboru A zjišťováno, z jakého důvodu pobývají v nynějším zařízení. Tato otevřená otázka byla určena pouze pro participanty, kteří pobývají mimo domácí prostředí, nejedná se tedy o plný počet respondentů a z toho důvodu jsou hodnoty v grafu absolutní. Pro lepší srozumitelnost a přehlednost byly odpovědi kategorizovány do následujícího grafu 2.

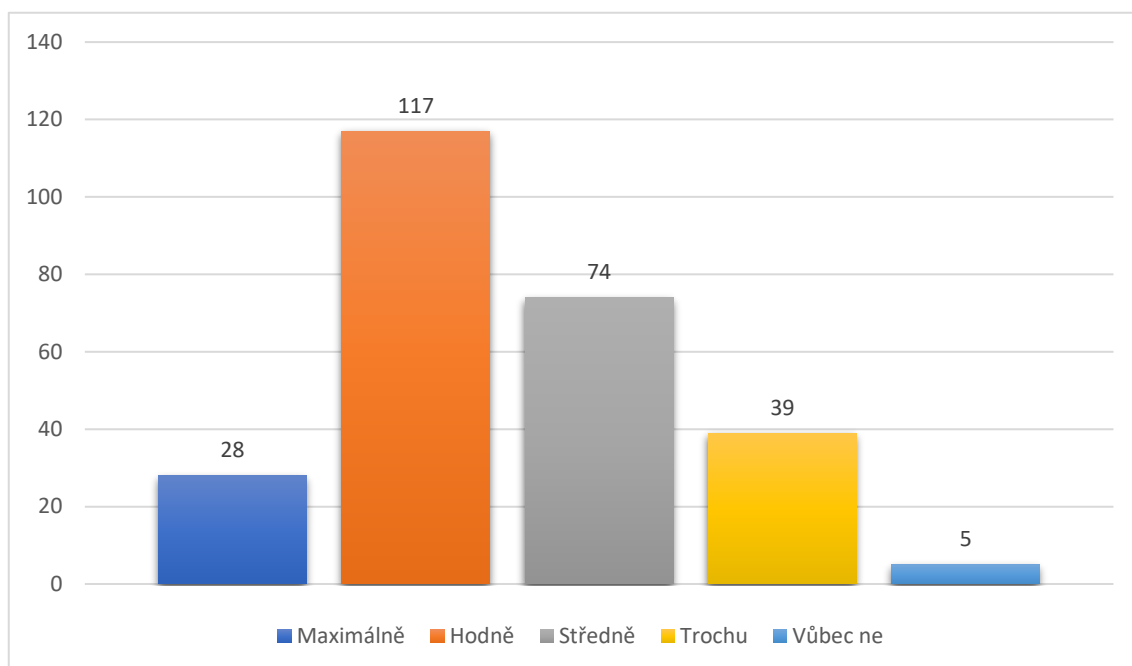
Graf 1 Důvod k pobytu v nynějším zařízení



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z údajů v grafu 2 tedy vyplývá, že nejčastějším důvodem k pobytu v různém typu zařízení je „potřeba zdravotní péče“, kterou uvedlo 99 respondentů. Jako druhým nejčastěji zmiňovaným důvodem je „samota“, kterou označilo 56 respondentů. Dále byla zmíněna „nesoběstačnost“ označená 43 respondenty, ostatní důvody označené 23 respondenty, „rehabilitace“ označená 6 respondenty, „vlastní přání“ označené 5 respondenty a „ekonomická situace“ označená 4 respondenty.

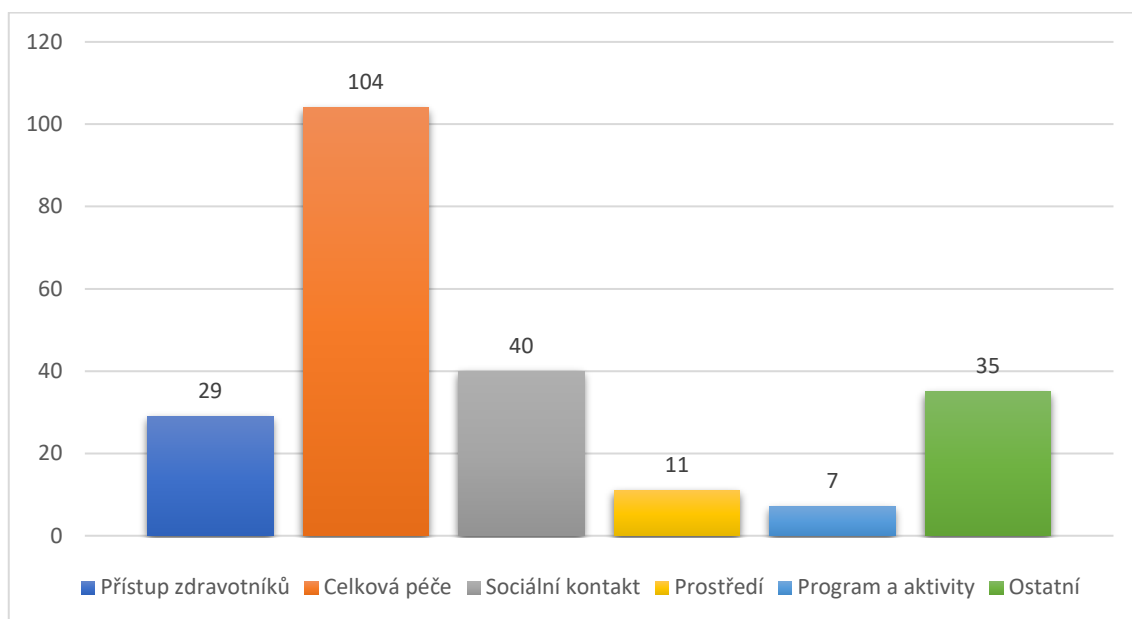
Graf 3 Spokojenost s místem pobytu



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 3 reprezentuje uzavřenou otázku, která byla zaměřena na zhodnocení spokojenosti participantů se zařízením, ve kterém pobývají. Jednalo se o otázku určenou pro seniory mimo domácí prostředí, z toho důvodu jsou v grafu uvedeny absolutní hodnoty, jelikož se nejednalo o plný počet výzkumného vzorku A. Z grafu 3 tedy vyplývá, že nejvíce byla spokojenost vyjádřena pomocí výrazu „hodně“, možnost zvolilo 117 respondentů. Neutrální nebo středí spokojenost vyjádřilo 74 respondentů, spokojenost výrazem „trochu“ vyjádřilo 39 respondentů, maximální spokojenost vyjádřilo 28 respondentů a nespokojených bylo 5 respondentů.

Graf 2 Pozitiva spojená s pobytem v zařízení

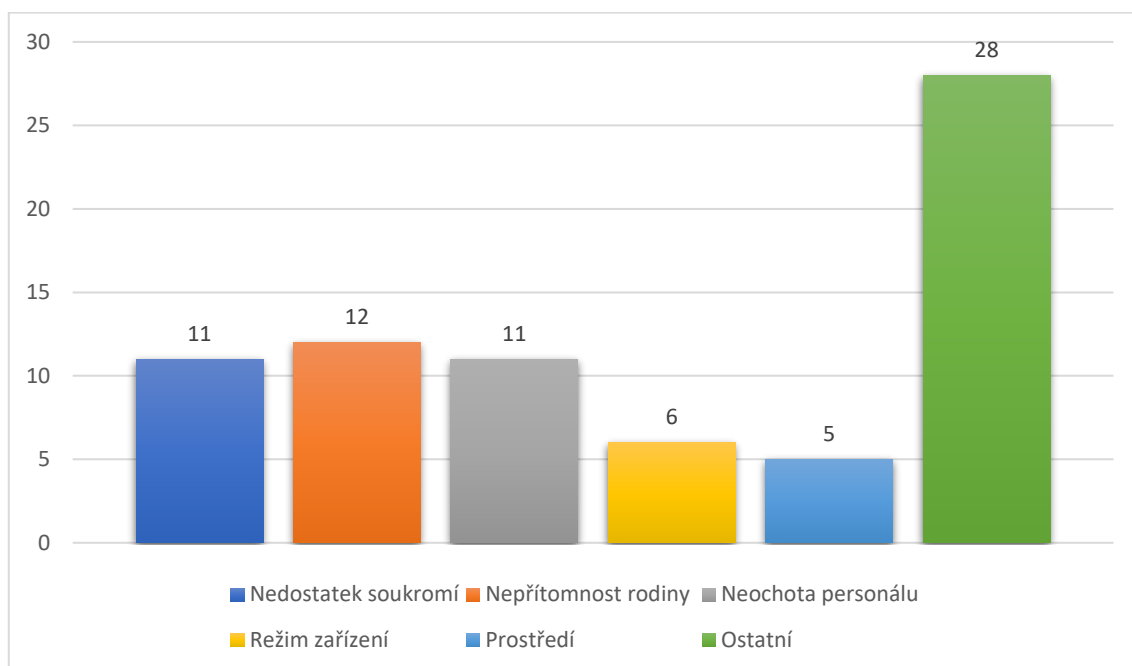


(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka ohledně vnímané positivity v souvislosti se zařízením byla opět určena pro seniory pobývající mimo domácí prostředí, z toho důvodu jsou data uvedena v grafu absolutní, jelikož se nejednalo o plný vzorek výzkumného souboru A. Nejprve byla položena otázka, zda je nějaká pozitivita spojená s pobytem seniory vnímána. Na tento dotaz odpovědělo 174 participantů, že pozitivitu vnímají a 89 se vyjádřilo tak, že pozitivitu nespatřují. Pro participanty, kteří pozitivitu vyjádřili byla možnost odpovědi rozšířena o slovní uvedení konkrétních případů, kdy pozitiva pociťují.

Graf 4 představuje konkrétní přehled zmíněných pozitiv, které jsou v rámci obývaného zařízení vnímány. Nejčastěji byla zmiňována „celková péče“, kterou označilo 104 respondentů, dále „sociální kontakt“ označen 40 respondenty, ostatní důvody označené 35 respondenty, „přístup zdravotníků“ označen 29 respondenty, „prostředí“ označené 11 respondenty a závěrem následovaly „program a aktivity“, což vybralo 7 respondentů.

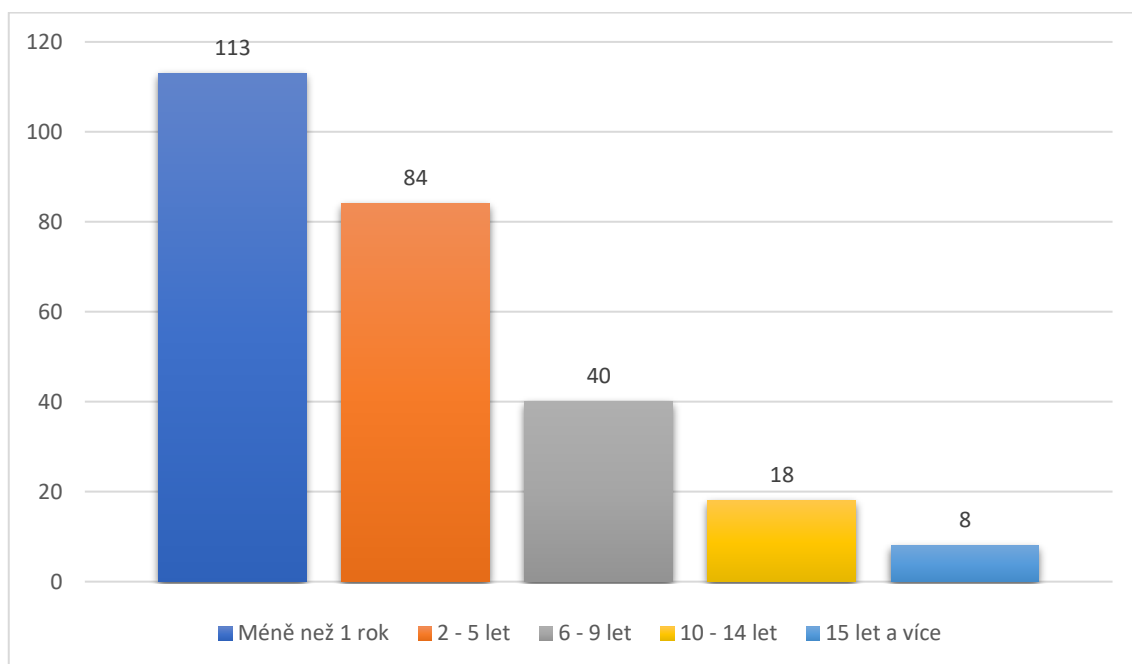
Graf 3 Negativa spojená s pobytem v zařízení



(Zdroj: vlastní výzkum)

Nejprve byla položena otázka na to, zda respondenti pozorují i nějaká negativa ve spojitosti s pobytem v zařízení. Zde 74 respondentů vyjádřilo spatřovaná negativa a 189 respondentů žádná negativa nespatřuje. V případě vyjádřených negativ byla opět možnost již jako u pozitiv se vyjádřit ke konkrétním příkladům pociťovaných negativ otevřenou otázkou. V grafu 5 jsou uvedeny absolutní hodnoty, jelikož se jednalo o dotaz směřovaný pouze na část respondentů mimo domácí prostředí a výzkumný vzorek tedy není kompletní. Vzhledem k širokému spektru odpovědí byli vytvořeny příslušné kategorie. Nejvíce se objevovali různé názory, a tudíž byla kategorie ostatní vyhodnocena jako nejčastější odpověď, do které svým vyjádřením bylo zařazeno 28 respondentů. Dále byla 12 respondenty označena možnost „nepřítomnost rodiny“, 11 respondenty „nedostatek soukromí“, 11 respondenty „neochota personálu“, 6 respondenty „režim zařízení“ a 5 respondenty „prostředí“.

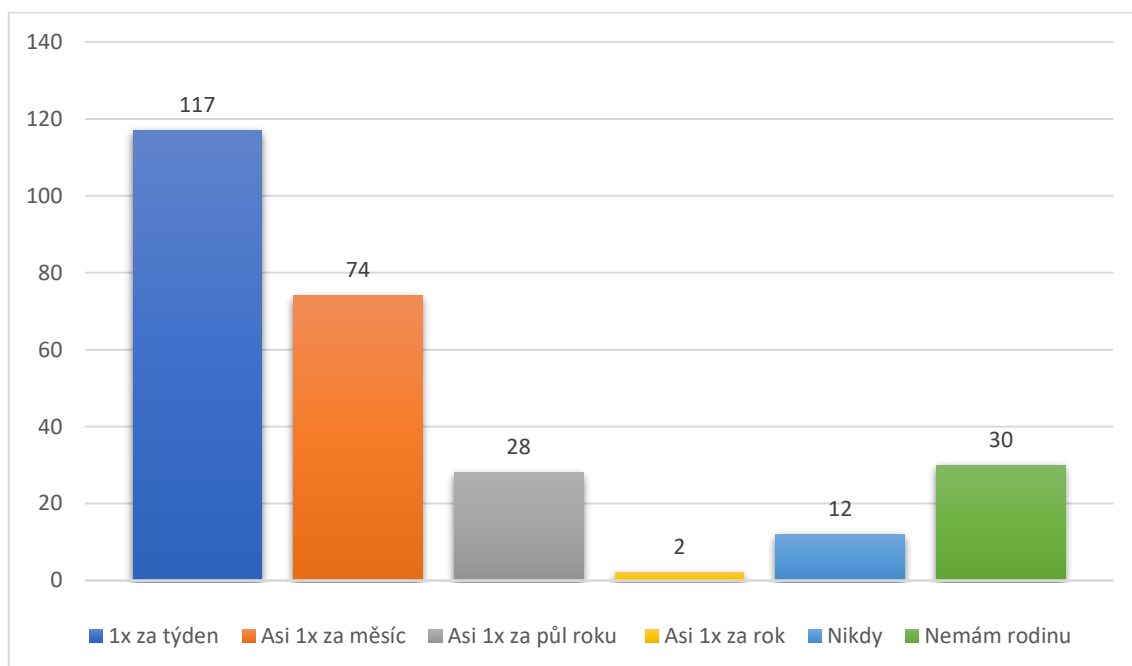
Graf 4 Délka pobytu v zařízení



(Zdroj: vlastní výzkum)

Pro zjištění délky pobytu v určitém zařízení byla zvolena uzavřená otázka s možností výběru konkrétní časové kategorie. Opět se jednalo o dotaz směřovaný pouze na část respondentů pobývajícím v nějakém zařízení. Data v grafu 6 jsou tedy uvedeny v absolutních hodnotách, jelikož se jedná pouze o část výzkumného souboru A. Délka pobytu nejčastěji dosahovala 1 roku, tuto možnost uvedlo 113 respondentů. S přibývajícím roky pak klesala i doba v zařízení strávená, 2 až 5 let uvedlo 84 respondentů, 6 až 9 let uvedlo 40 respondentů, 10 až 14 let zvolilo 18 respondentů a více než 15 let v zařízení strávilo pouze 8 respondentů.

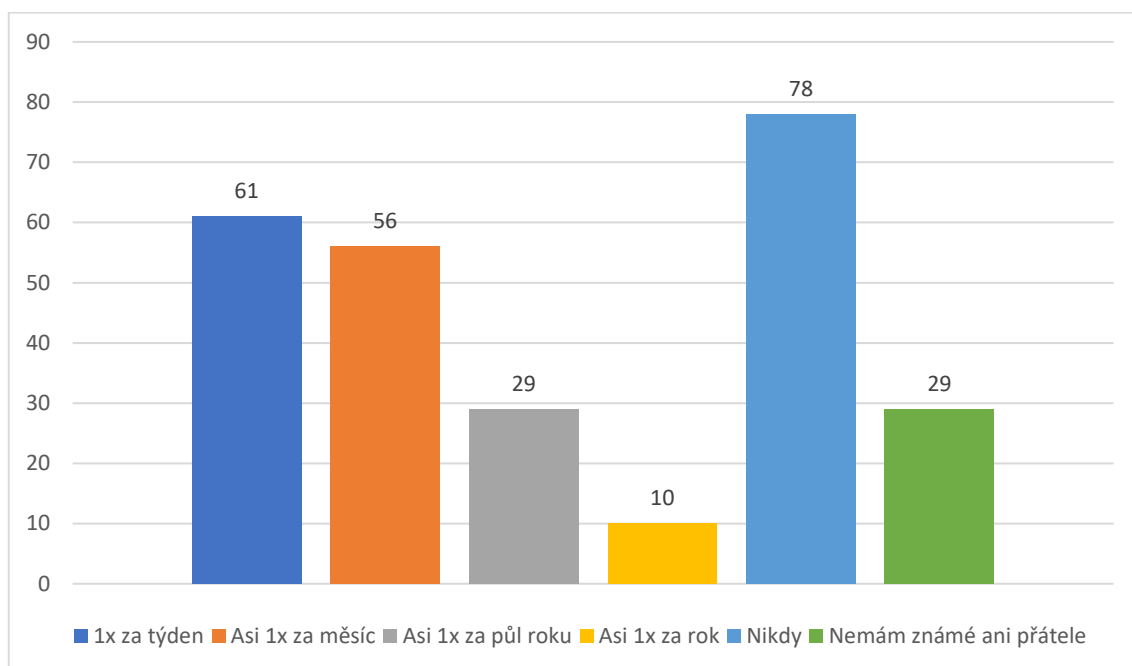
Graf 5 Četnost návštěv rodiny



(Zdroj: vlastní výzkum)

Pro zjištění četnosti návštěv sloužila uzavřená otázka s nabídkou různých časových období. Opět se jednalo o dotaz směřovaný pouze pro respondenty pobývající mimo domácí prostředí. Jelikož se jedná pouze o část z výzkumného souboru A, data v grafu 7 jsou v absolutních hodnotách. 1x za týden uvedlo návštěvu rodiny 117 respondentů. Návštěvu „asi 1x za měsíc“ uvedlo 74 respondentů, „asi 1x za půl roku“ 28 respondentů. Možnost „asi 1x za rok“ uvedli pouze 2 respondenti, „nikdy“ 12 respondentů a „nemám rodinu“ uvedlo 30 respondentů.

Graf 8 Četnost návštěv přátel a známých



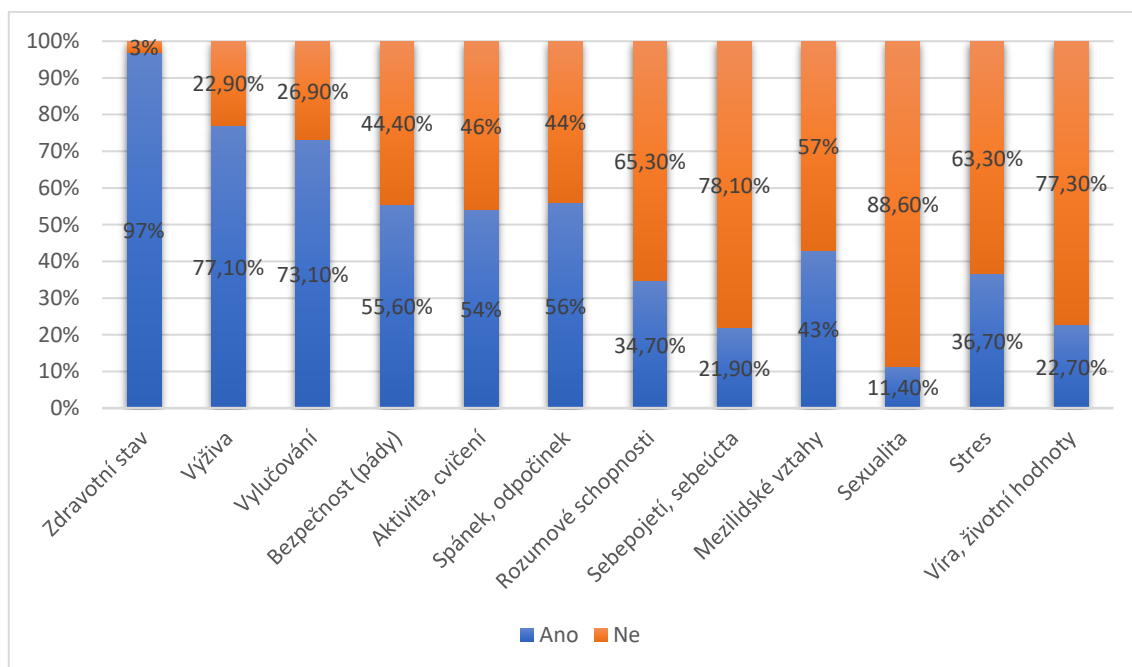
(Zdroj: vlastní výzkum)

U respondentů, kteří se nacházeli v různých zařízeních byla rovněž monitorována i četnost návštěv přátel a známých. Opět se jednalo o otázku, která nebyla určená pro celý výzkumný soubor A, tudíž data uvedená v grafu 8 jsou pro lepší srozumitelnost uvedena v absolutních hodnotách. Možnost „1x za týden“ zvolilo 61 respondentů a „asi 1x za měsíc“ zvolilo 56 respondentů. Možnost „asi 1x za měsíc“ zvolilo 29 respondentů a „asi 1x za rok“ 10 respondentů. Nejvíce respondentů se přiklonilo k možnosti „nikdy, kterou zvolilo 78 respondentů. Možnost „nemám známé ani přátele“ uvedlo 29 respondentů.

4.2.2 Pohled na hodnocení prováděné zdravotnickým pracovníkem

Tato část je zaměřena na oblast pohledu seniorů na prováděná hodnocení zdravotnickým pracovníkem. V první části se zaměříme na četnost hodnocení jednotlivých oblastí a v druhé na to, v jaké oblasti by měla být dle seniorů poskytována péče zdravotníků.

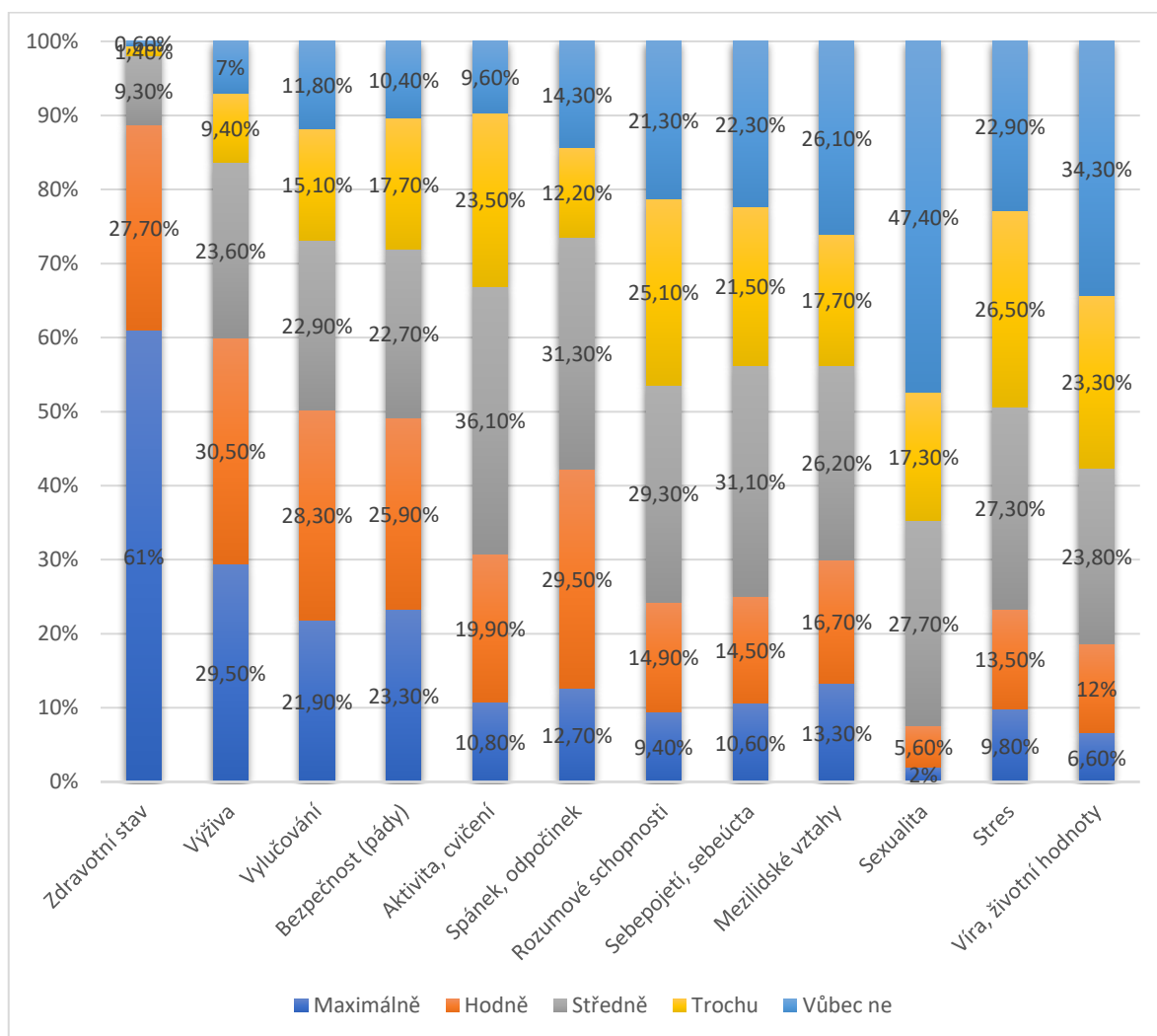
Graf 9 Hodnocená vybraných oblastí zdravotnickým pracovníkem



(Zdroj: vlastní výzkum)

Následující graf 9 znázorňuje hodnocení vybraných oblastí zdravotníkem. Otázka byla uzavřená s možností ano či ne. Jednoduše tedy vyplývá, na které oblasti se zdravotníci seniorů dotazují a na které ne. Z grafu 9 je možné vysledovat, že nejčastěji se zdravotníci dotazují na zdravotní stav, což uvedlo 97 % (n = 483) respondentů. Dále je často hodnocena výživa 77,1 % (n = 384), vylučování 73,1 % (n = 364), bezpečnost ve smyslu pádů 55,6 % (n = 277), aktivita a cvičení 54 % (n = 269) a spánek a odpočinek 56 % (n = 279). Následovalo hodnocení mezilidských vztahů 43 % (n = 214), stresu 39,7 % (n = 183), rozumových schopností 34,7 % (n = 173). Jako nejméně hodnocené oblasti byly respondenty určeny oblasti jako sexualita 88,6 % (n = 441), dále se velmi málo hodnotí sebepojetí a sebeúcta 78,1 % (n = 389) a víra a životní hodnoty 77,3 % (n = 315).

Graf 10 Důležitost poskytování zdravotní péče ve vybraných oblastech



(Zdroj: vlastní výzkum)

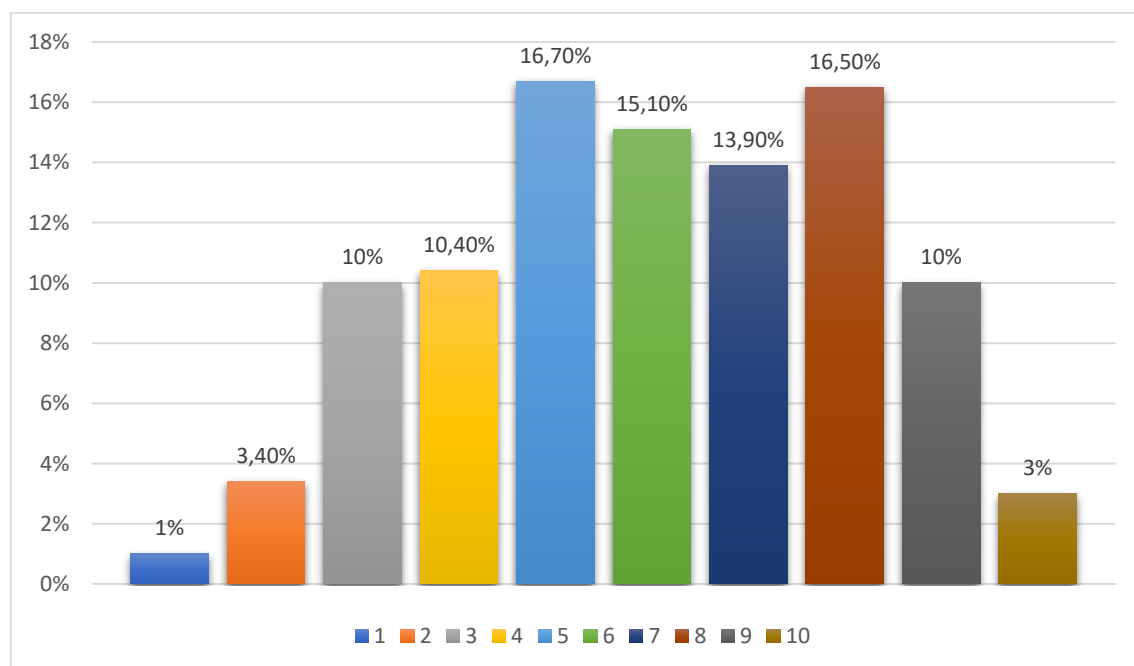
Graf 10 prezentuje odpovědi, na otázku týkající se důležitosti poskytování zdravotní péče v uvedených oblastech. Tato oblast byla mapována pomocí uzavřené otázky s uvedenými možnostmi výběru. Dle participantů je nejdůležitější, aby jim byla poskytována péče v oblasti zdravotního stavu, což jako maximálně označilo 61 % (n = 304), hodně označilo 27,7 % (n = 138), středně označilo 9,2 % (n = 46). Dále byla jako nedůležitější oblast poskytování zdravotní péče zvolena výživa, kdy možnost maximálně zvolilo 29,5 % (n = 147), možnost hodně zvolilo 30,5 % (n = 152) a středně zvolilo 23,6 % (n = 117). Významnou oblastí pro poskytování zdravotní péče je také dle odpovědí vylučování, u kterého možnost maximálně zvolilo 21,9 % (n = 109), možnost hodně zvolilo 28,3 % (n = 141) a středně vybralo 22,9 % (n = 114). Oblast bezpečnosti a spánku a odpočinku rovněž dosahovaly více odpovědí v rozsahu maximálně a hodně, tudíž i zde lze přepokládat, že dle participantů je důležité poskytovat péči i v těchto

oblastech. Naopak oblastí, která dle participantů není důležitou v poskytování péče je zcela jednoznačně sexualita, kdy možnost vůbec ne zvolilo 47,4 % (n = 236) a možnost trochu 17,3 % (n = 86). Oblast víry a životních hodnot je také participanty vnímána jako méně důležitá pro poskytování péče, vůbec ne zvolilo 34,3 % (n = 171) a trochu zvolilo 23,3 % (n = 116).

4.2.3 Subjektivní hodnocení psychického a fyzického stavu

V následující části se zaměříme na výsledky výzkumného souboru A v subjektivním hodnocení psychického a fyzického zdraví. Zhodnocení psychického a fyzického zdraví probíhalo pomocí 10 bodové škály od 1 do 10, kdy 1 představuje nejlepší stav a 10 nejhorší. Dále bude rozpracována i spokojenost s psychickým a fyzickým zdravotním stavem.

Graf 11 Subjektivní hodnocení fyzického zdravotního stavu



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 11 prezentuje odpovědi na otázku týkající se subjektivního hodnocení fyzického stavu. Nejvíce odpovědi se nachází mezi body 5 až 8, z toho tedy vyplývá, že participanté hodnotí svůj fyzický zdravotní stav jako průměrný až spíše horší. Bodem 5 ohodnotilo fyzický zdravotní stav 16,7 % (n = 83), 6 body hodnotilo 15,1 % (n = 75), 7 body hodnotilo 13,9 % (n = 69) a 8 body hodnotilo 16,5 % (n = 82). 4 body hodnotilo

svůj fyzický zdravotní stav 10,4 % (n = 52), 3 body 10 % (n = 50), 9 body 10 % (50), 2 body 3,4 % (n = 17), 10 body 3 % (n = 15) a 1 bodem hodnotilo 1 % (n = 5) respondentů.

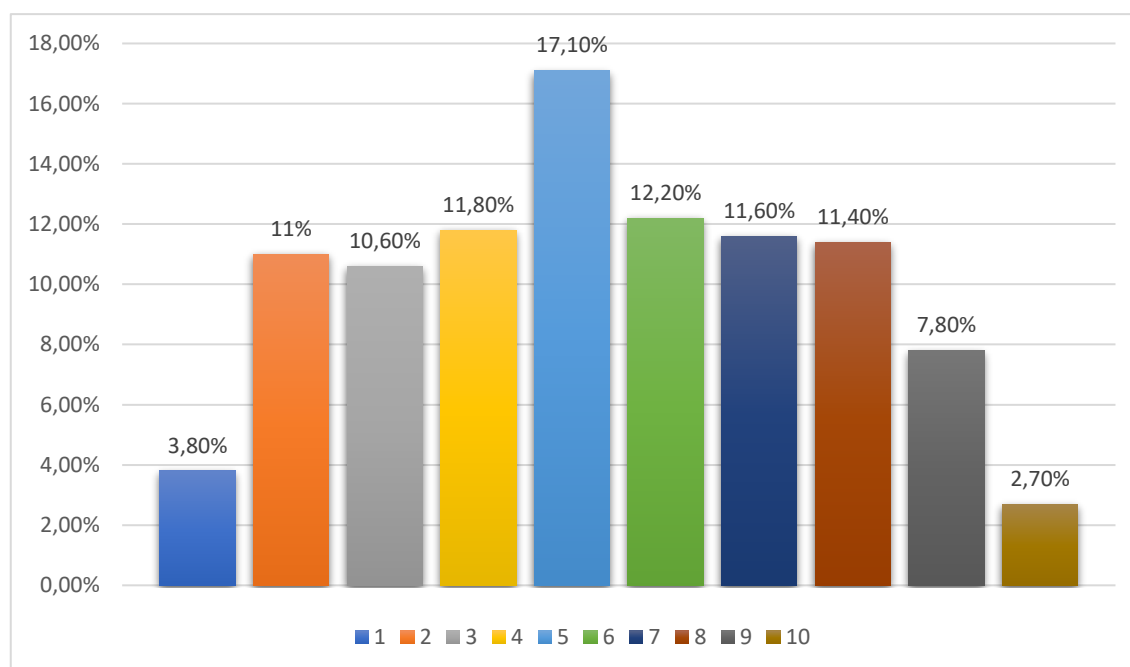
Tabulka 7 Spokojenost s fyzickým zdravotním stavem

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Maximálně	8	1,6 %
Hodně	76	15,3 %
Středně	215	43,2 %
Trochu	122	24,5 %
Vůbec ne	77	15,5 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 7 prezentuje spokojenost s fyzickým zdravotním stavem, která se pohybovala spíše v průměrné až nižší spokojenosti. Více než polovina participantů se ke spokojenosti s fyzickým zdravím vyjádřila středně až negativně. Pouze 1,6 % (n = 8) je maximálně spokojeno a 15,3 % (n = 76) je hodně spokojeno s fyzickým zdravím.

Graf 12 Subjektivní hodnocení psychického zdravotního stavu



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 12 prezentuje výsledky subjektivního hodnocení psychického stavu respondentů. Subjektivní hodnocení psychického zdravotního stavu se od 2 bodů do 8

bodů pohybuje na 10 % hranici. Nejvíce byl psychický stav označen bodem 5, což vybralo 17,10 % (n = 85), lze tedy konstatovat, že participanti vnímají svůj psychický zdravotní stav jako průměrný. Nejméně odpovědí se přiklání k 10 bodům, tedy 2,7 % (n = 12) a k 1 bodu 3,8 % (n = 19), čili nejlepší a nejhorší možné hodnocení psychického stavu označilo nejméně respondentů.

Tabulka 8 Spokojenost s psychickým zdravotním stavem

Spokojenost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Maximálně	36	7,2 %
Hodně	132	26,5 %
Středně	196	39,4 %
Trochu	98	19,7 %
Vůbec ne	36	7,2 %
Celkem	498	100 %

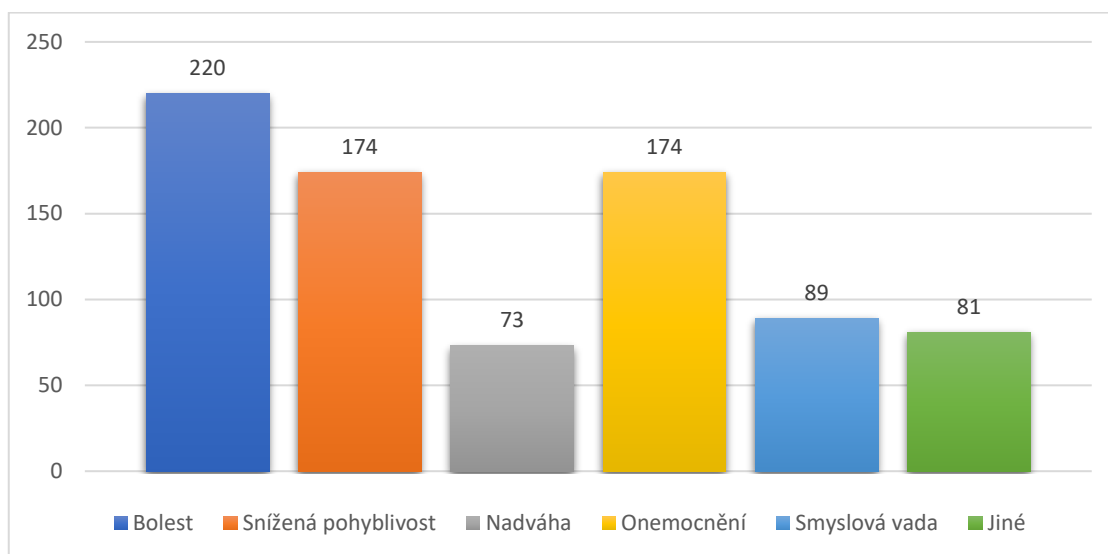
(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 8 prezentuje spokojenost participantů s psychickým zdravotním stavem. Dle výsledků je možné pozorovat, že nejvíce odpovědí je směřováno ve střední hodnotě čili spokojenost je průměrná. Z celkového pohledu je více participantů spíše spokojených se svým psychickým zdravím, nespokojenost se prokázala v nižší míře.

4.2.4 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita byla další oblastí, která byla monitorována v rámci nestandardizované části dotazníku u výzkumného souboru A. Především byly mapovány oblasti faktorů snižující pohyblivost, používané kompenzační pomůcky, následky pádů a aktuální tělesné hmotnost.

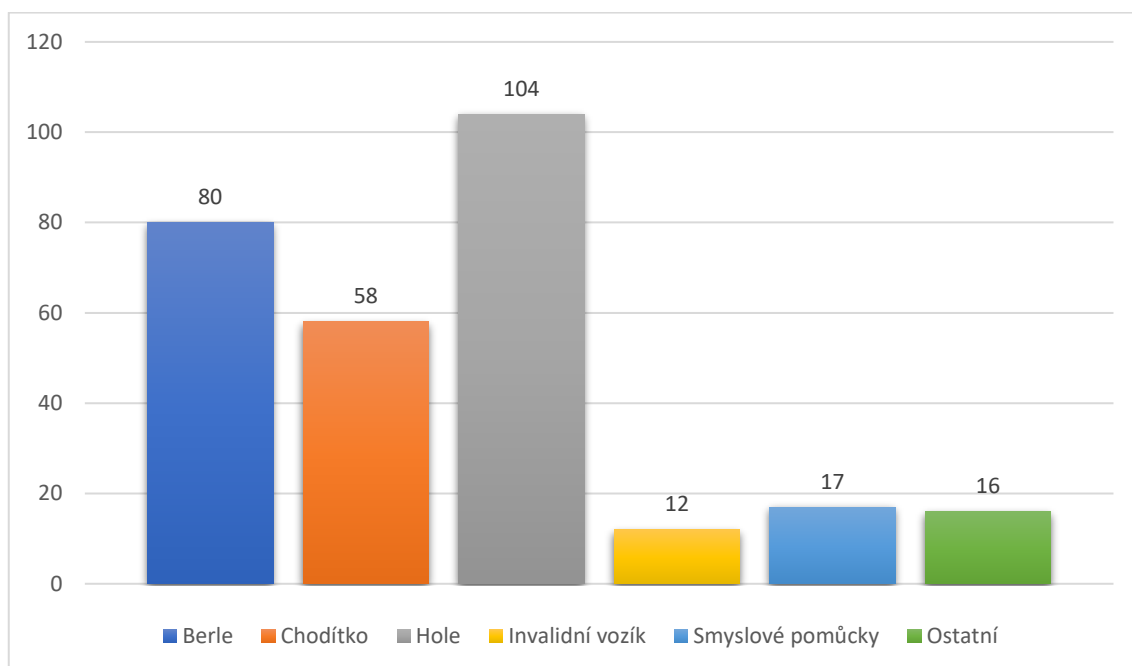
Graf 13 Faktory snižující pohyblivost



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 13 prezentuje výsledky faktorů snižující pohyblivost. Faktory snižující pohyblivost participantů byly zjišťovány pomocí otázky, ve které bylo možno vybrat více uvedených možností, popřípadě doplnit i jiné, specifické, které do výběru nebyly zahrnuty. Z toho důvodu jsou data v grafu uvedena v absolutních hodnotách. Nejvíce byl jako faktor, který omezuje pohyblivost vnímána bolest, kterou označilo 220 respondentů. Snižená pohyblivost a onemocnění označil stejný počet respondentů, tedy obě označilo 174 respondentů. Nadváhu jako faktor snižující pohyblivost označilo 73 respondentů a smyslové vady označilo 89 respondentů. Kategorie „jiné“, kterou označilo 81 respondentů, byla ve slovní odpovědi nejčastěji zastoupena dýchacími obtížemi nebo aktuálním zdravotním stavem.

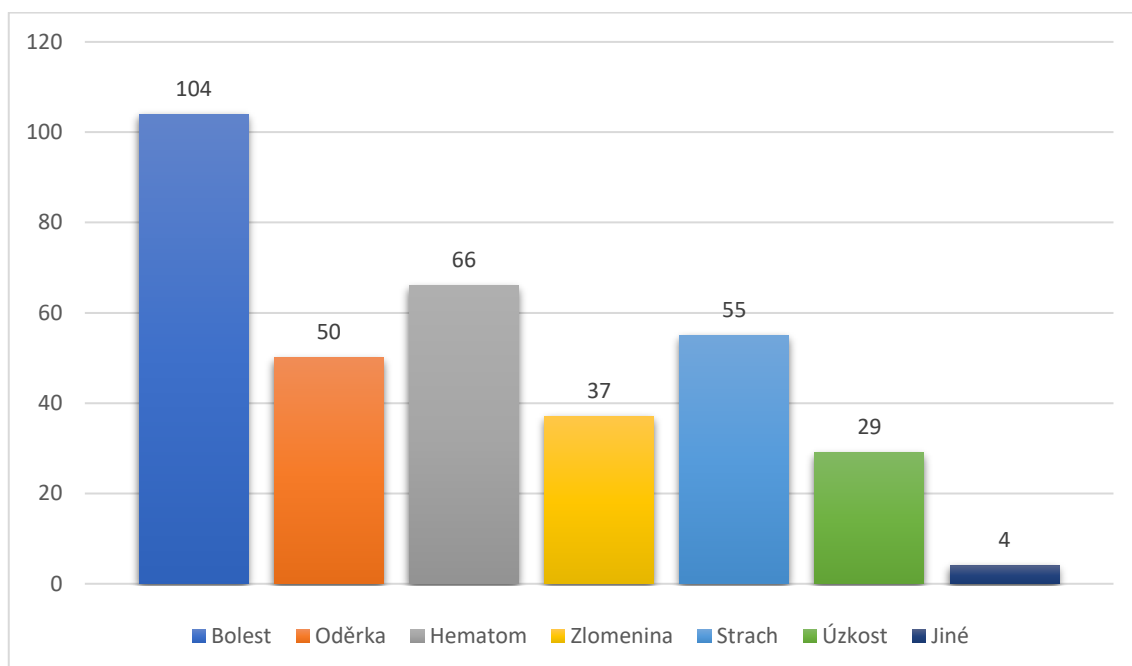
Graf 14 Používané kompenzační pomůcky



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 14 prezentuje používané kompenzační pomůcky. Kompenzační pomůcky z celkového počtu používá 249 respondentů. Dále jsme se také zajímali o to, jaký konkrétní druh respondenti používají. Jelikož se rozšířená varianta otázky týká pouze respondentů používající kompenzační pomůcky, jsou data uvedena pro lepší srozumitelnost v absolutních hodnotách. Kompenzační pomůcky byly zastoupeny nejvíce používáním holí, které vybralo 104 respondentů, berle označilo 80 respondentů a chodítka označilo 58 respondentů. Invalidní vozík používá 12 respondentů a smyslové pomůcky používá 17 respondentů. Odpověď „ostatní“, kterou označilo 16 respondentů, byla doplněna o slovní vyjádření konkrétní kompenzační pomůcky, vyskytovaly se odpovědi jako korzet, přenosná toaleta nebo uzpůsobený osobní automobil.

Graf 15 Následky pádu



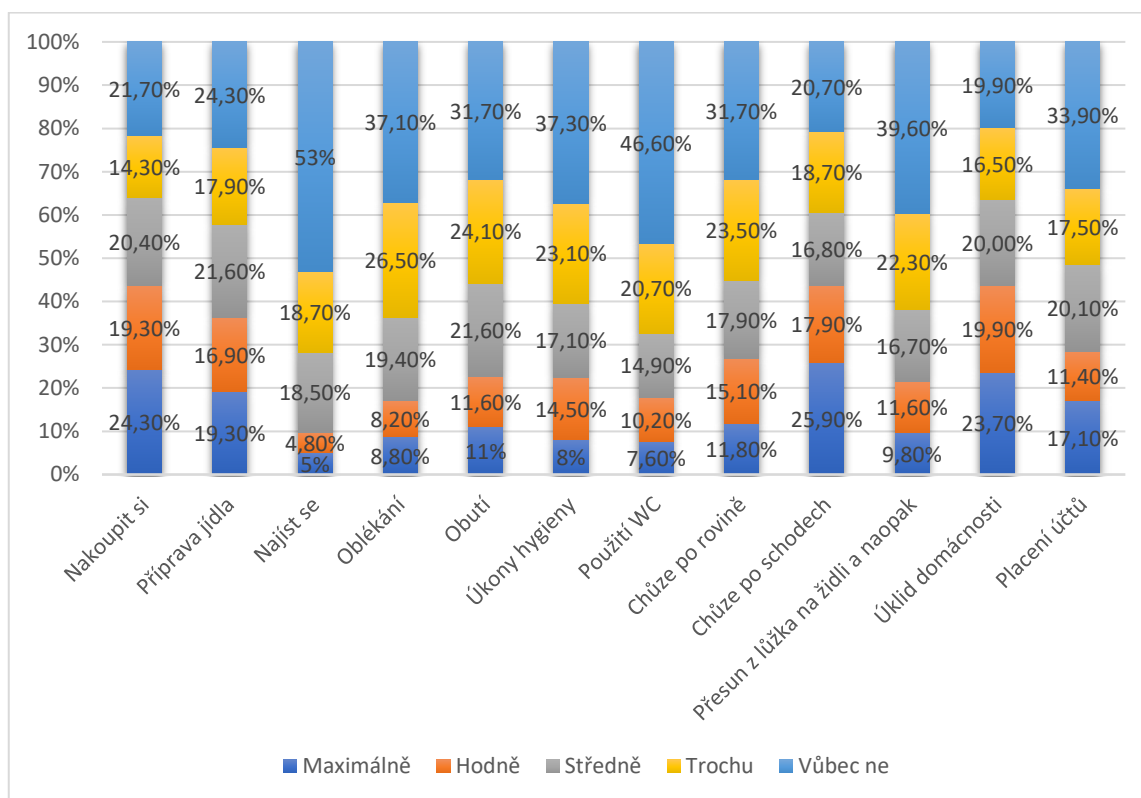
(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 15 prezentuje následky pádů respondentů. Pády jako takové byly monitorovány v nástroji RGA, konkrétně v nástroji SARC-F, proto v rámci nestandardizovaného nástroje byli monitorováni pouze následky samotného pádu. V rámci této otázky měli účastníci možnost označit více problémů, které se po jejich pádu objevily, z toho důvodu jsou data v grafu pro lepší srozumitelnost uvedena v absolutních hodnotách. Nejčastěji se jako následek pádu vyskytovala bolest, kterou uvedlo 104 respondentů dále byl označen 66 respondentem hematom a 55 respondenty strach. Oděrka se vyskytla u 50 respondentů, následovala zlomenina, kterou uvedlo 37 respondentů. Další psychická odezva ve formě úzkosti se objevila u 29 respondentů. Odpověď „jiné“, kterou zvolili 4 respondenti, byla opět rozšířena o slovní vyjádření, nejčastěji se objevovalo bezvědomí či zloba.

4.2.5 Subjektivní hodnocení denních aktivit

Nestandardizovaná část obsahovala i subjektivní hodnocení vybraných denních aktivit výzkumného souboru A. Hodnocení činnosti probíhalo pomocí vyjádření na Likertově škále od hodnoty „maximálně (představovalo nejvíce nejproblematičtější provedení dané aktivity)“ po „vůbec ne“ (představovala neproblematické provedení dané aktivity).

Graf 16 Subjektivní hodnocení vybraných denních aktivit



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 16 prezentuje subjektivní hodnocení vykonání vybraných aktivit. Na základě subjektivního hodnocení je nejproblematičtější denní aktivita chůze po schodech, kterou označilo 25,9 % (n = 129) respondentů jako maximálně problematickou a vysoké hodnoty dosáhla také v odpovědi „hodně“ 17,9 % (n = 89). Dále byly jako maximálně problematické označeny aktivity jako nakoupit si, což označilo 24,9 % (n = 121), která také v odpovědi „hodně“ dosáhla 19,3 % (n = 96). Úklid domácnosti dosáhl v úrovni maximálně problematické 23,7 % (n = 118) a v úrovni hodně 19,9 % (n = 99). Vyšších hodnot také dosahovaly činnosti příprava jídla, konkrétně (19,3 %; n = 96) a placení účtů 17,1 % (n = 85). Naopak jako nejméně problematická byla vnímána oblast najíst se, kterou jako neproblematickou označilo 53 % respondentů (n = 264). Dále byla podobně vnímána i aktivita použití WC, kterou jako neproblematickou označilo 46,6 % (n = 232), aktivita „úkoly osobní hygieny“ označilo 37,3 % (n = 186) a aktivita „oblekání“ označena 37,1 % (n = 186).

4.3 Výsledky výzkumného souboru A – standardizovaná část

Standardizovaná část u výzkumného souboru A je tvořena nástrojem RGA a WHOQOL – BREF. Úvod nástroje RGA je tvořen identifikačními údaji jako je pohlaví, věk a etnický původ, což bylo zpracováno již v předchozí části kapitoly.

4.3.1 Vyhodnocení nástroje RGA

Zaměříme se na výsledky hodnocení dle jednotlivých baterií nástroje RGA, tedy FRAIL, SARC-F, SNAQ a RCS.

HODNOCENÍ KŘEHKOSTI

Tabulka 9 FRAIL Hodnocení únavy

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	117	23,5 %
1	381	76,5 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 9 prezentuje hodnocení únavy. 0 bodů v rámci dotazu ohledně únavy představuje stav bez únavy a 1 bod byl připsán v případě, že participant potvrdil únavu. Z obrázku 16 tedy vyplývá, že 76,5 % (n = 381) participantů potvrdilo pocíťovanou únavu. Naopak 23,5 % (n = 117) participantů únavu nepotvrdilo.

Tabulka 10 FRAIL Hodnocení chůze do schodů

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	300	60,2 %
1	198	39,8 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 10 prezentuje hodnocení chůze do schodů. 0 bodů zde představuje prokázanou schopnost vystoupat do jednoho poschodí a 1 bod byl přidělen v případě neprokázání vystoupaní jednoho poschodí. Z výsledků tedy plyne, že 39,8 % participantů (n = 198) má problém s vystoupaním jednoho poschodí. 60,2 % (n = 300) s chůzí do jednoho poschodí problém nemá.

Tabulka 11 FRAIL Hodnocení aerobního pohybu

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	349	70,1 %
1	149	29,9 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 11 prezentuje hodnocení aerobního pohybu. 0 bodů představuje schopnost obejít jeden domovní blok a naopak 1 bod představuje neschopnost obejít jeden domovní blok. 29,9 % (n = 149) tedy není schopno jeden domovní blok obejít a 70,1 % (n = 349) dokáže jeden domovní blok obejít.

Tabulka 12 FRAIL Onemocnění

Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	438	88 %
1	60	12 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 12 prezentuje hodnocení přítomných onemocnění. 0 bodů v rámci hodnocení přítomnosti více než 5 nemocí představuje stav, kdy je počet onemocnění nižší než 5 a 1 bod naopak potvrzuje přítomnost 5 a více nemocí. 12 % participantů (n = 60) potvrdilo přítomnost 5 a více nemocí a 88 % participantů (n = 438) přítomnost 5 a více onemocnění vyvrátilo.

Tabulka 13 FRAIL Ztráta tělesné hmotnosti

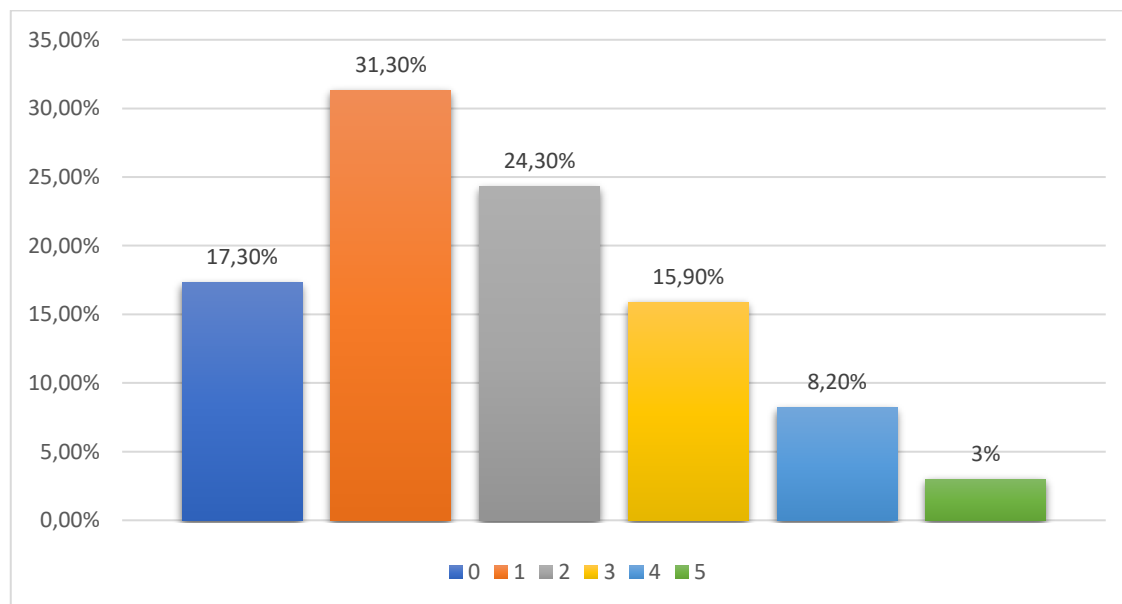
Počet bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost
0	410	82,3 %
1	88	17,7 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 13 prezentuje hodnocení ztráty tělesné hmotnosti. 0 bodů v rámci hodnocení ztráty více než 5 % hmotnosti za posledních 6 měsíců představovalo, že

participant nepozoruje takový úbytek na hmotnosti. Bod tedy potvrzoval uvedenou ztrátu tělesné hmotnosti za posledních 6 měsíců. 82,3 % participantů (n = 410) nepotvrdilo takový úbytek na hmotnosti a 17,7 % (n = 88) tuto ztrátu potvrdilo.

Graf 17 Celkový počet bodů FRAIL



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 17 prezentuje přehled celkových bodů FRAIL. Celkový počet bodů v rámci nástroje FRAIL potvrdil, že 17,3 % (n = 86) dosáhlo 0 bodů, 31,3 % (n = 156) dosáhlo 1 bodu, 24,3 % (n = 121) dosáhlo 2 bodů, 15,9 % (n = 79) dosáhlo 3 bodů, 8,2 % (n = 41) dosáhlo 4 bodů a 3 % (n = 15) dosáhlo 5 bodů.

Tabulka 14 Potvrzená křehkost na základě FRAIL

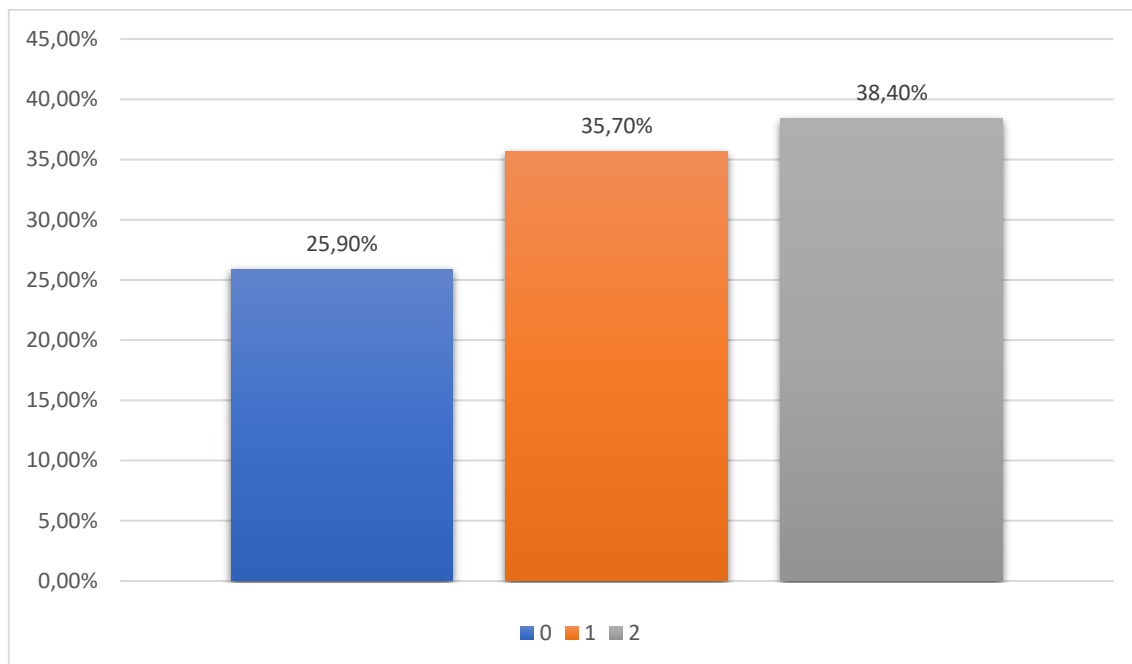
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez obtíží	86	17,3 %
Hrozící křehkost	277	55,6 %
Křehkost	135	27,1 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z tabulky 14 je patrné, že křehkost byla potvrzena u 27,1 % (n = 135), hrozící křehkost byla potvrzena u 55,6 % (n = 277) a bez obtíží bylo potvrzeno u 17,3 % (n = 86).

HODNOCENÍ SARKOPENIE

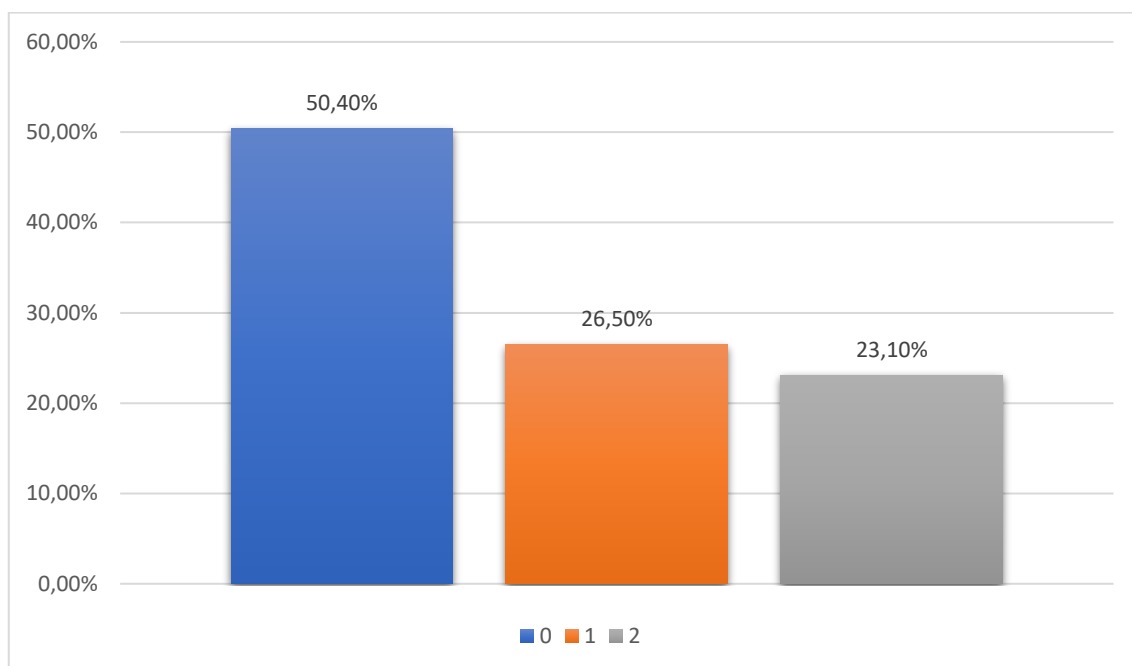
Graf 18 SARC-F Nesení 5 kilové zátěže



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 18 prezentuje schopnost respondentů nést 5kilovou zátěž. Body byly rozděleny dle schopnosti seniorů s danou problematikou. Nejvíce bylo zastoupeno hodnocení 2 body, konkrétně 38,4 % (n = 191), to znamená, že nejsou schopni nést určenou zátěž nebo potřebují pomůcku. Dále bylo zastoupeno hodnocení 1 bodu 35,7 % (n = 178), tedy jisté obtíže a nejméně bylo ohodnocených 0 body 25,9 % (n = 129), kteří 5 kilovou zátěž unesou.

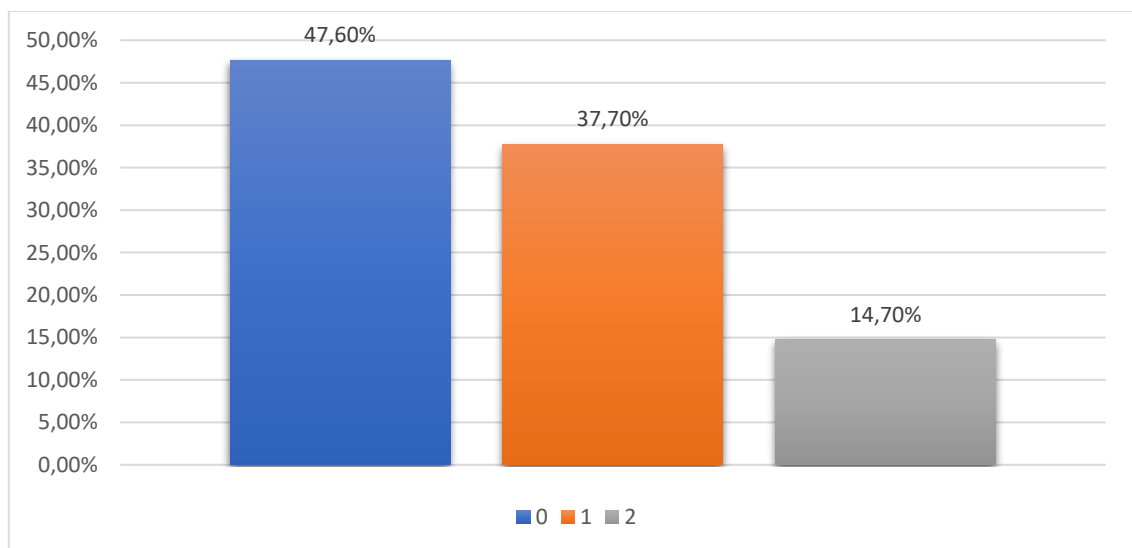
Graf 19 SARC-F Pohyb po místnosti



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z uvedeného grafu 19 vyplývá, že 50,4 % (n = 251) respondentů v hodnocení obdrželo 0 bodů, čili nemají žádné obtíže, 26,5 % (n = 132) obdrželo 1 bod, což značí jisté obtíže s pohybem po místnosti a 23,1 % (n = 115) obdrželo 2 body, což značí, že se buď po místnosti pohybovat nemohou nebo potřebují kompenzační pomůcku.

Graf 20 SARC-F Vstání ze židle

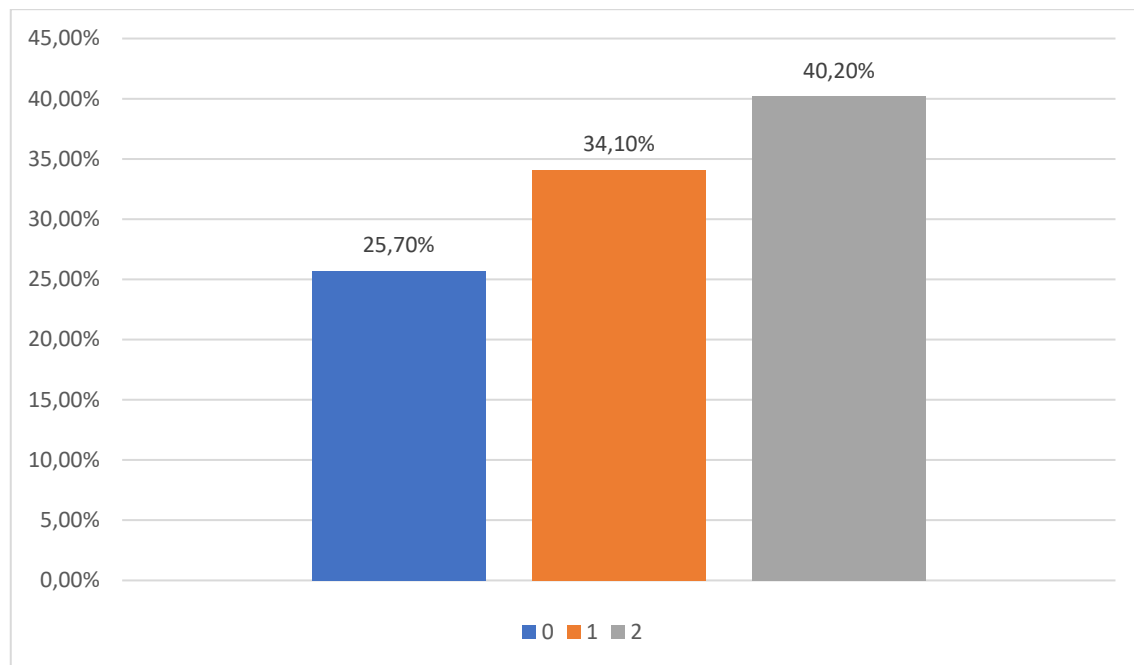


(Zdroj: vlastní výzkum)

Vstání ze židle byla další položka nástroje hodnotícího sarkopenii prezentována grafem 20. Nejvíce participantů dosáhlo 0 bodů 47,6 % (n = 237) a tedy nemají problém

ze židle vstát. Jisté obtíže a 1 bodu dosáhlo 37,7 % (n = 188) a 2 body obdrželo 14,7 % (n = 73), to znamená, že pro vstání ze židle potřebují pomůcku nebo nejsou schopni vstát.

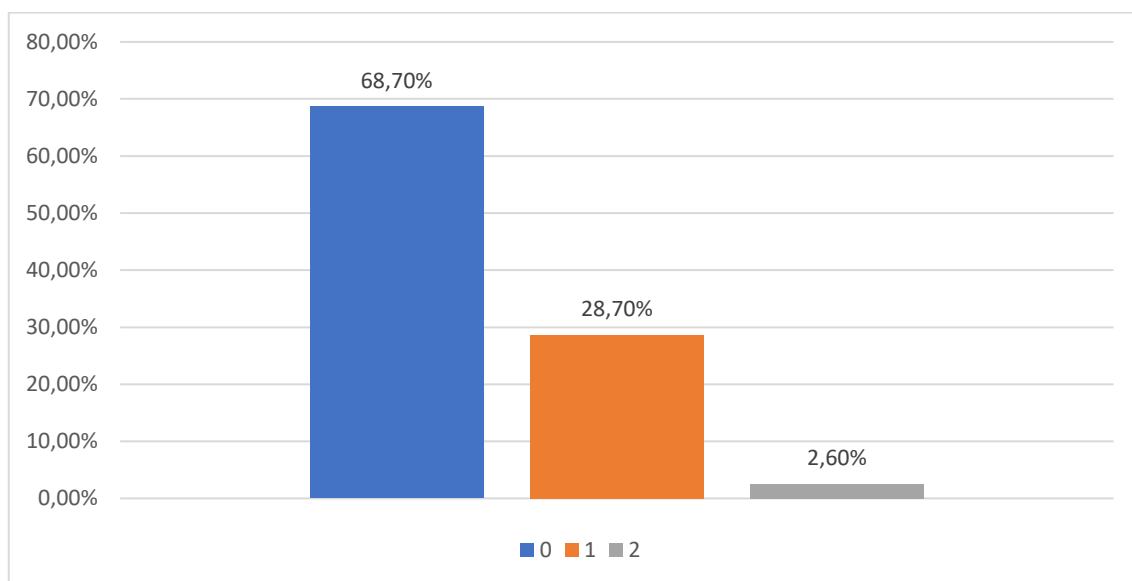
Graf 21 SARC-F Vystoupaní 10 schodů nebo jednoho patra



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 21 prezentuje odpovědi týkající se dotazu vystoupaní 10 schodů či jednoho patra. Nejčastěji se vyskytovalo ohodnocení 2 body, označilo 40,2 % (n = 200) což značí potřebu pomůcky k vystoupaní nebo senior není schopen patro či 10 schodů vystoupat. Hodnocení 1 bodem bylo u 34,1 % (n = 170) což značí jisté obtíže s vystoupaním a 25,7 % (n = 128) dosáhlo hodnocení 0 bodů tedy neobtížné vystoupaní do patra či 10 schodů.

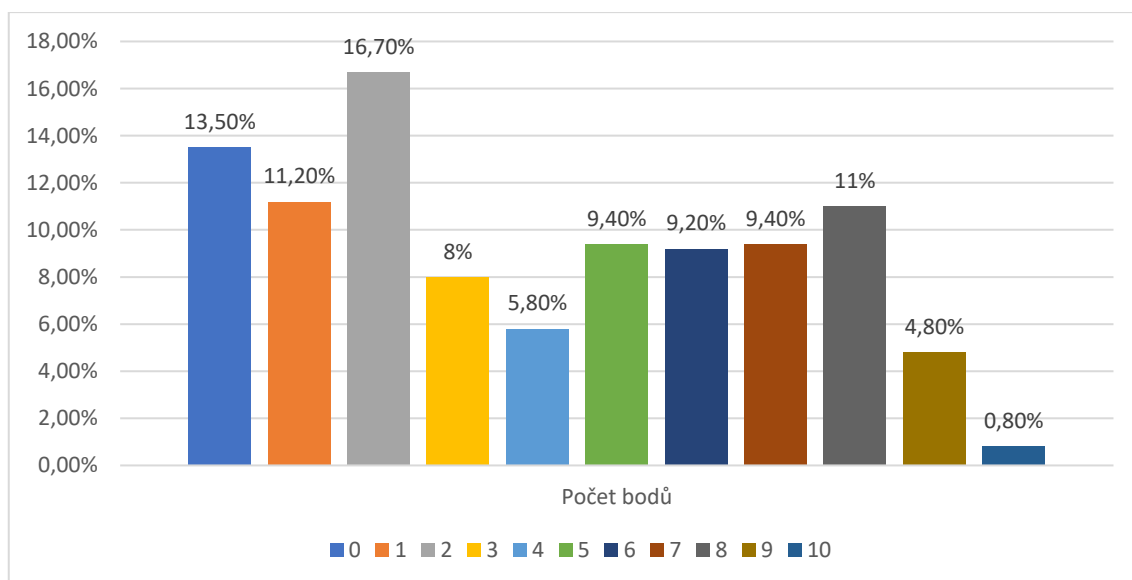
Graf 22 SARC-F Počet pádů za poslední rok



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 22 zobrazuje výpovědi na dotaz týkající se pádů v posledním roce. Nejvíce byl dotaz hodnocen 0 body (68,7 %; n = 342), to znamená, že v posledním roce se neudál žádný pád. Dále bylo zastoupeno hodnocení 1 bodem, tedy 28,7 % (n = 143) což značí 1 – 3 pády. Nejméně bylo zastoupeno hodnocení 0 body 2,6 % (n = 13) tedy 4 a více pádů za poslední rok.

Graf 23 SARC-F Celkový počet bodů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 22 je patrné, že nejvíce bylo dosaženo 2 bodů (16,7 % n = 83), dále 0 bodů (13,5 %; n = 67), 1 bodu (11,2 %; n = 56) a 8 bodů (11 %; n = 55). U dalších možností

nebyla překročena hranice 10 bodů. Stejný počet respondentů získal výsledné hodnocení 5 a 7 body (oba 9,4 %; n = 47), 6 bodů dosáhlo 9,2 % (n = 46). Dále 3 body získalo 8 % (n = 40) a 4 body 5,8 % (n = 29) respondentů. Nejméně pak bylo dosaženo hodnocení 10 body (0,8 %; n = 4) a 9 body (4,8 %; n = 24).

Tabulka 15 SARC-F Hodnocení sarkopenie

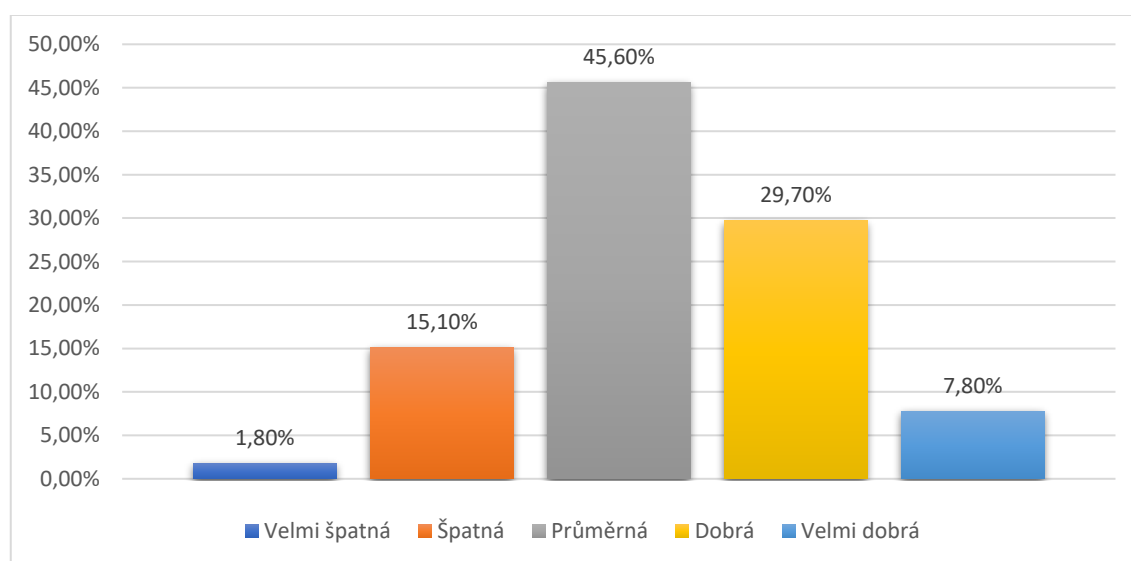
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez sarkopenie	246	49,4 %
Sarkopenie	252	50,6 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z tabulky 15 je patrné, že sarkopenie byla potvrzena u více než poloviny respondentů, konkrétně u 50,6 %. Bez sarkopenie bylo vyhodnoceno 49,4 % respondentů.

HODNOCENÍ RIZIKA ÚBYTKU ALESPŇ 5 % TĚLESNÉ HMOTNOSTI

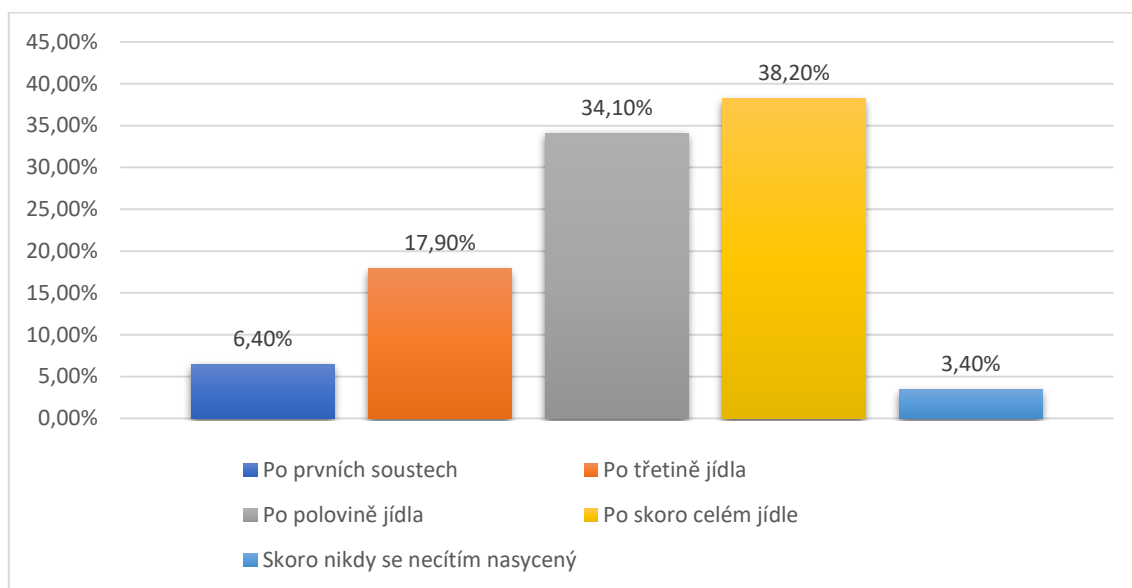
Graf 24 SNAQ Chut' k jídlu



(Zdroj: vlastní výzkum)

Na dotaz nástroje SNAQ zaměřeného na zhodnocení chutí k jídlu, prezentováno grafem 24, označilo chut' k jídlu jako velmi špatnou 1,8 % (n = 9), jako špatnou 15,1 % (n = 75), průměrnou 45,6 % (n = 227), dobrou 29,7 % (n = 148) a 7,8 % (n = 39) respondentů vybralo velmi dobrou.

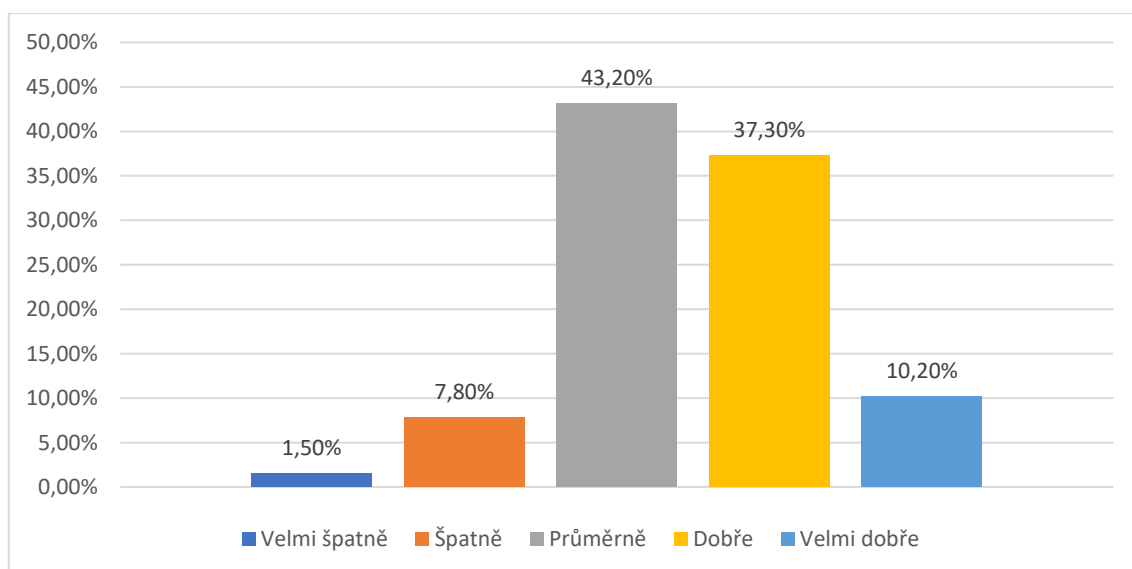
Graf 25 Pocit nasycení



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 25 prezentuje pocit nasycení. V hodnocení pocitu nasycení po určité části jídla byla nejvíce zastoupena skupina, která označilo pocit nasycení po skoro celém jídle 38,2 % (n = 190). Po polovině jídla se cítí nasyceno 34,1 % (n = 170) a po třetině jídla je nasyceno 17,9 % (n = 89). Po prvních soustech jídla se cítí nasyceno 6,4 % (n = 32) a nejméně byla zastoupena skupina, které se skoro nikdy necítí nasycena 3,4 % (n = 17).

Graf 26 Chuť jídla

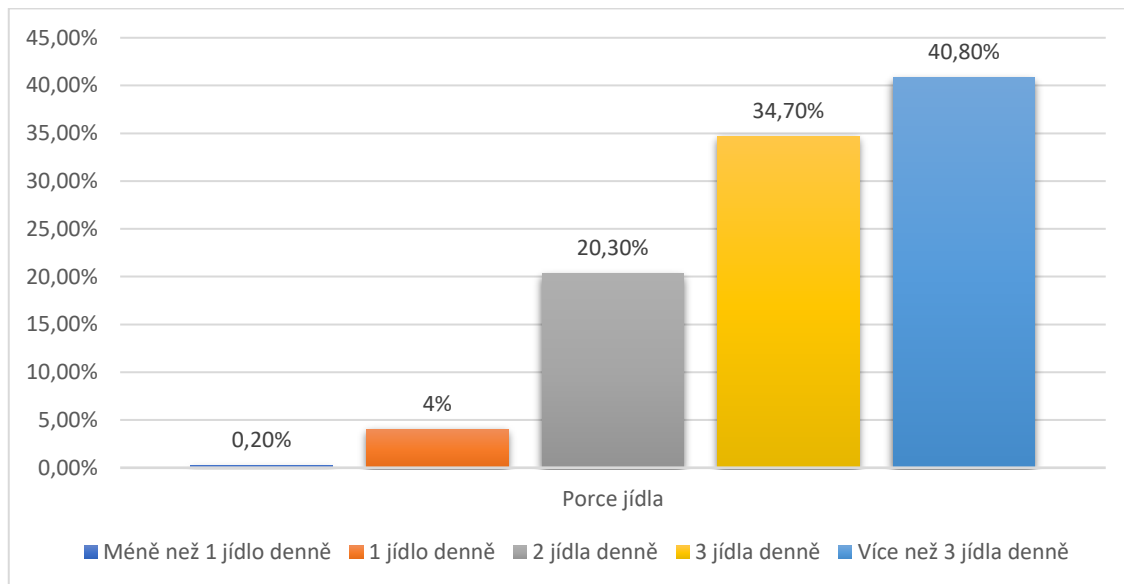


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 26 prezentuje odpovědi na dotaz týkající se chuti jídla. Chuť jídla byla nejčastěji hodnocena jako průměrná 43,2 % (n = 215). Dále byla zastoupena odpověď „dobře“,

která dosáhla 37,3 % (n = 186). Velmi dobrá chuť jídla dosáhla 10,2 % (n = 51), špatná chuť jídla dosáhla 7,8 % (n = 39) a nejméně byla volena varianta „velmi špatně“ 1,5 % (n = 7).

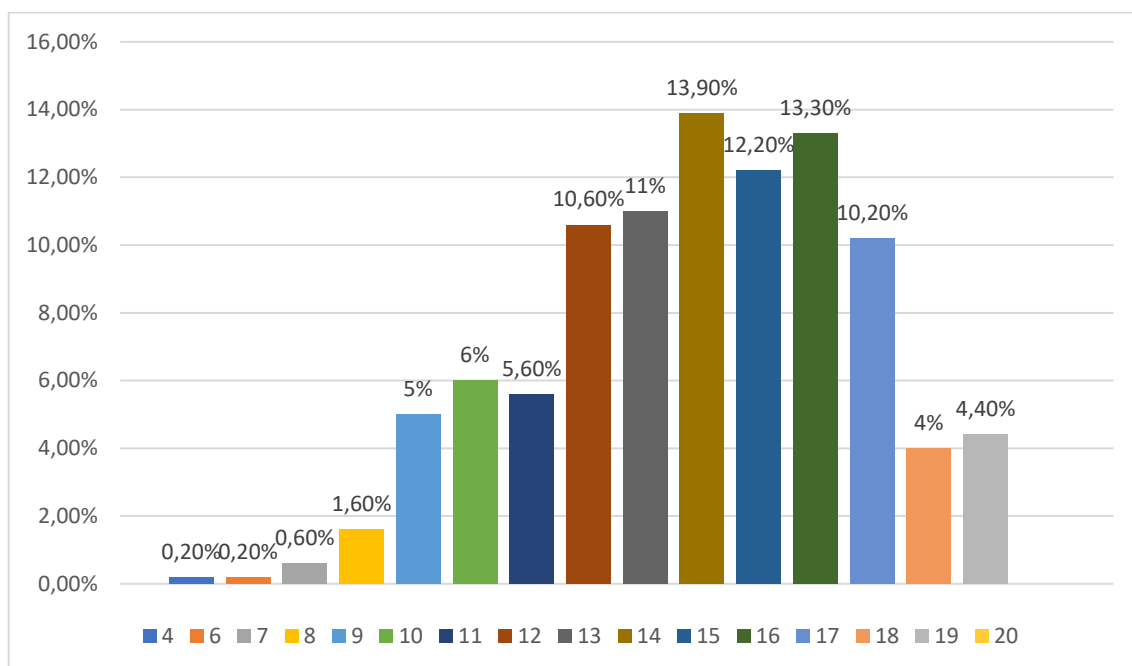
Graf 27 Počet konzumovaných jídel za den



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 27 prezentuje počet konzumovaných jídel za den. Nejvíce jsou konzumována více než tři jídla denně, což označilo 40,8 % (n = 203). Tři jídla denně konzumuje 34,7 % (n = 173), dvě jídla denně konzumuje 20,3 % (n = 101). jedno jídlo konzumují 4 % (n = 20) a méně, než jedno jídlo konzumuje 0,4 % (n = 1).

Graf 28 Celkový počet dosažených bodů SNAQ



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 28 prezentuje počet získaných bodů v nástroji SNAQ. Nevíce bodů bylo dosaženo v oblasti od 12 bodů do 17 bodů. 12 bodů dosáhlo 10,6 % (n = 53), 13 bodů 11 % (n = 55), 14 bodů 13,9 % (n = 69), 15 bodů 12,2 % (n = 61), 16 bodů 13,3 % (n = 66) a 17 bodů 10,2 % (n = 51) respondentů.

Tabulka 16 Riziko úbytku alespoň 5 % tělesné hmotnosti dle SNAQ

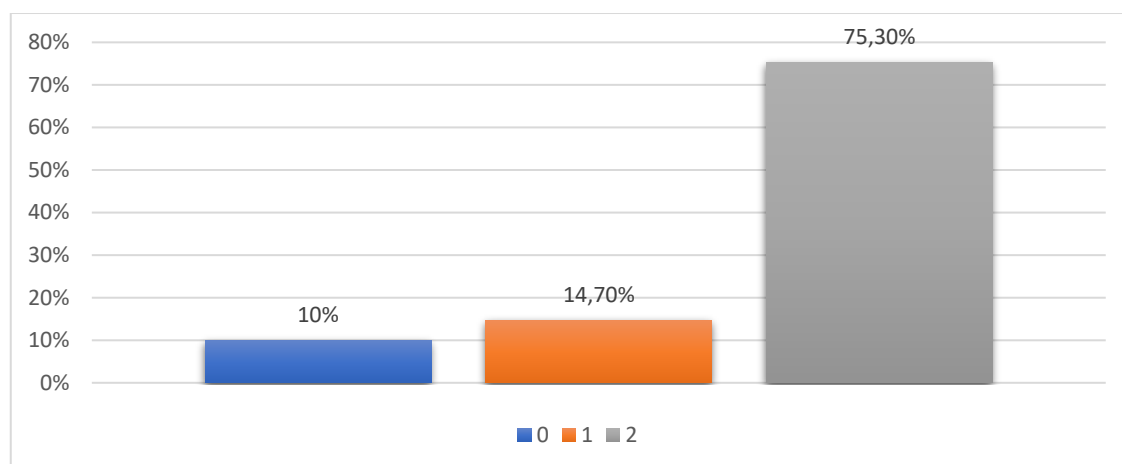
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez rizika	225	45,2 %
Velké riziko úbytku alespoň 5 % tělesné hmotnosti	273	54,8 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z tabulky 10 je patrné, že 54,8 % (n = 273) respondentů je ohroženo neúmyslným úbytkem alespoň 5 % tělesné hmotnosti, naopak 45,2 % (n = 225) respondentů tímto rizikem ohroženo není.

HODNOCENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

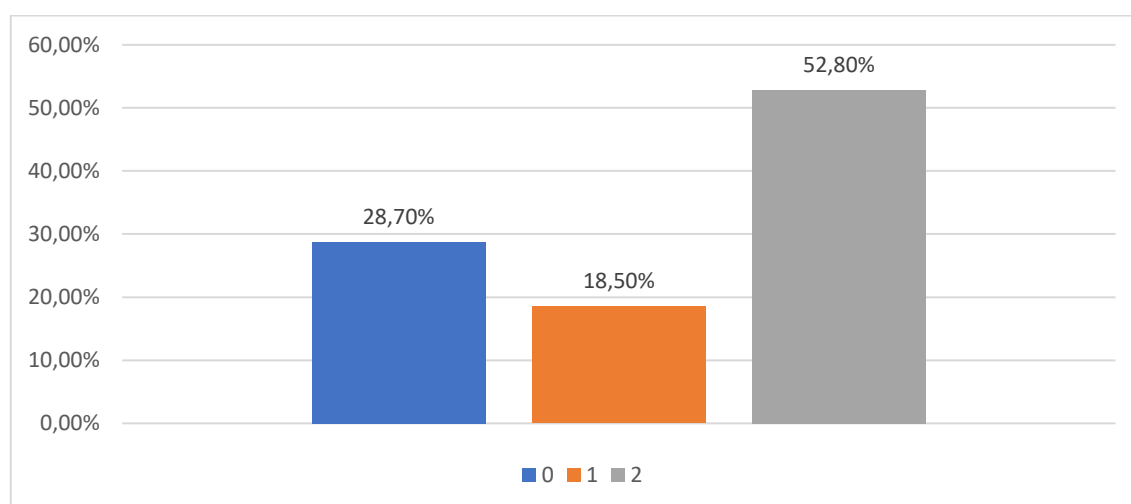
Graf 29 RCS Vyznačení hodin



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 29 prezentuje schopnost vyznačení hodin respondenty. V rámci hodnocení kognitivních funkcí byl první dotaz směřován na vyznačení hodin, respektive správné postavení číslic a tvaru hodin. V rámci tohoto dotazu 75,3 % (n = 375) respondentů obdrželo 2 body, 14,7 % (n = 73) respondentů obdrželo 1 bod a 10 % (n = 50) respondentů obdrželo 0 bodů.

Graf 30 Vyznačení konkrétního času

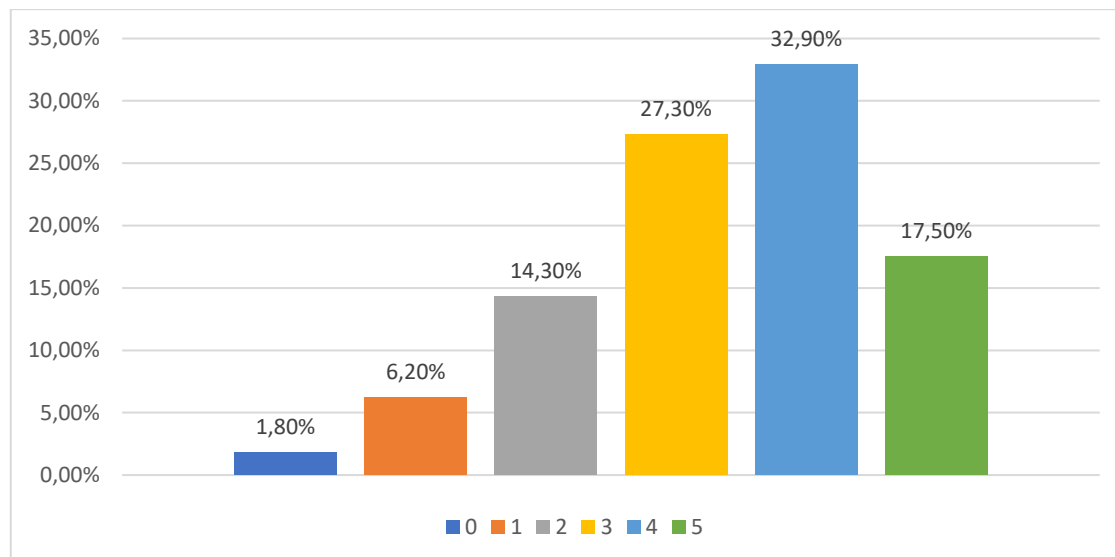


(Zdroj: vlastní výzkum)

V prezentované grafu 30 je možné vidět výsledky vyplývající z dotazu, který souvisel s předchozí otázkou. Do již vyznačených hodin měli participanti vyznačit i konkrétní čas, jednotně je v rámci RCS stanoven čas za 10 minut 11 hodin. Nejvíce bylo

dosaženo dvou bodů 52,8 % (n = 263), dále bylo zastoupeno dosažení 0 bodů 28,7 % (n = 143) a nejméně respondentů dosáhlo jednoho bodu 18,5 % (n = 92).

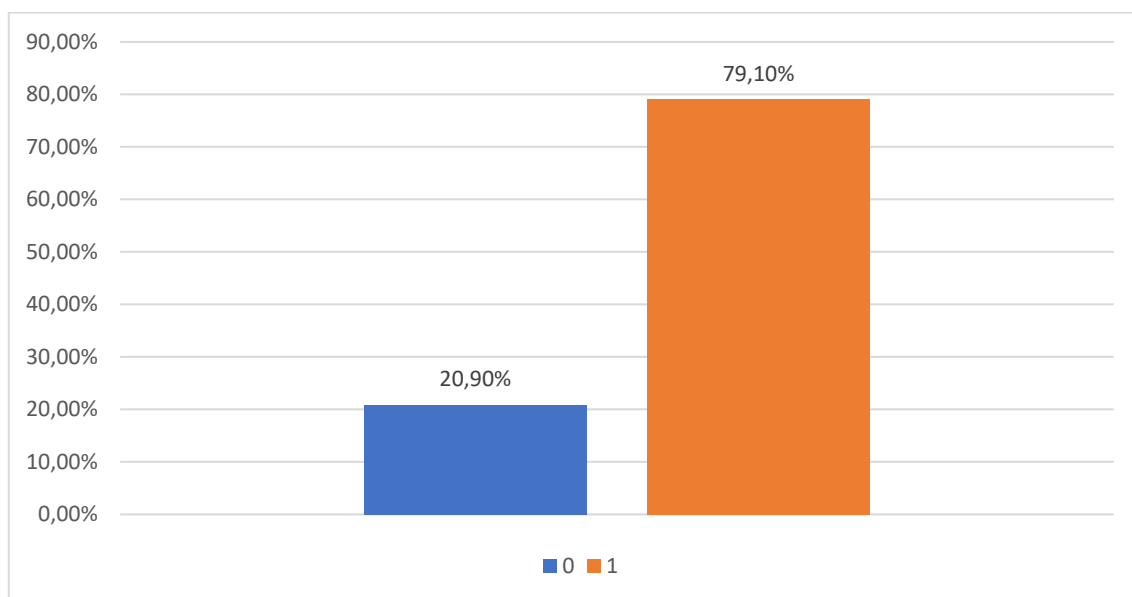
Graf 31 Zapamatování si 5 předmětů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka byla zaměřená na krátkodobou paměť a výsledky prezentuje graf 31. Na začátku testu bylo vyjmenováno 5 slov s upozorněním, že se tazatel na zmíněná slova zeptá později. Po splnění úkolu s hodinami tedy následoval dotaz na to, jaké slova si senior zapamatoval. Nejvíce byly zastoupeny 4 body, které si zapamatovalo 32,9 % (n = 164). Dále byly 3 body (27,3 %; n = 136), 5 bodů (17,5 %; n = 87) 2 body 14,3 % (n = 71), 1 bod (6,2 %; n = 31) a 0 bodů dosáhlo 1,8 % (n = 9) respondentů.

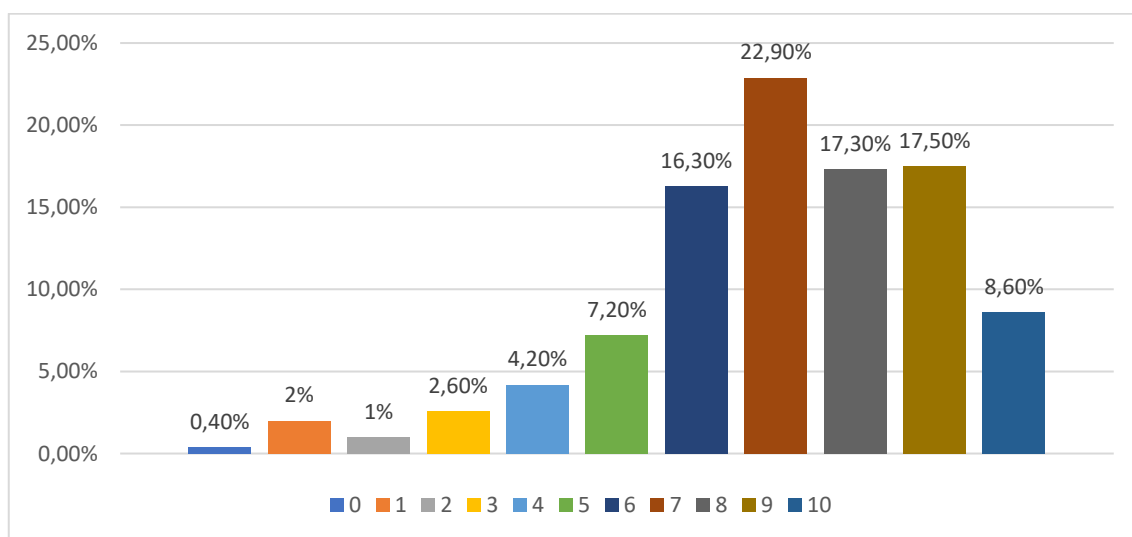
Graf 32 Určení státu



(Zdroj: vlastní výzkum)

Jako poslední položka nástroje RCS bylo vyprávění příběhu, na který navazoval dotaz ohledně aktérky příběhu a státu, ve kterém žila, prezentováno grafem 32. 1 bod získalo 79,1 % (n = 394) respondentů a 0 bodů dosáhlo 20,9 % (n = 104).

Graf 33 Celkový počet bodů RCS



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 33 prezentuje počet získaných bodů z nástroje RCS. Nejvíce zastoupené bylo dosažení 7 bodů. tedy 22,9 % (n = 114), dále 9 bodů 17,5 % (n = 87), 8 bodů 17,3 % (n = 86) a 6 bodů 16,3 % (n = 81). Pod 10 % zůstal zbytek bodových hodnot, 10 bodů dosáhlo 8,6 % (n = 43), 5 bodů 7,2 % (n = 36), 4 bodů 4,2 % (n = 21), 3 bodů 2,6 %

(n = 13), 1 bodu 2 % (n = 10), 2 body 1 % (n = 5) a nejméně zastoupeno 0 bodů 0,4 % (n = 2).

Tabulka 17 Hodnocení kognice

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Normální kognice	216	43,4 %
Mírné kognitivní zhoršení	195	39,2 %
Demence	87	17,5 %
Celkem	498	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Dle získaných hodnot má normální kognici 43,4 % (n = 216) respondentů, mírné kognitivní zhoršení bylo potvrzeno u 39,2 % (n = 195) a demence byla potvrzena u 17,5 % (n = 87) respondentů.

4.3.2 Výsledky nástroje WHOQOL BREF

Tabulka 18 Průměrné hodnoty jednotlivých položek WHOQOL BREF

	Průměr	Medián	Směrodatná odchylka	Modus
Celková kvalita života	3,24	3	0,93	Dobrá
Spokojenost se zdravím	2,77	3	0,93	Nespokojen/a
Bolest a nepříjemné pocity	3,02	3	1,11	Středně
Závislost na lékařské péči	3,13	3	1,09	Středně
Potěšení ze života	3,15	3	0,97	Středně
Smysl života	3,13	3	0,97	Středně
Soustředění	3,04	3	0,87	Středně
Osobní bezpečí	3,39	3	0,83	Středně
Životní prostředí	3,68	4	0,62	Hodně
Energie a únava	2,83	3	0,99	Středně

Akceptování tělesného vzhledu	3,40	3	0,95	Většinou ano
Finanční situace	3,45	4	0,89	Většinou ano
Přístup k informacím	3,50	4	0,90	Většinou ano
Záliby	2,99	3	1,18	Většinou ano
Pohyblivost	3,16	3	1,08	Středně
Spánek	2,96	3	0,93	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a
Každodenní činnosti	2,89	3	0,97	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a
Pracovní výkonnost	2,75	3	0,99	Ani spokojen/a
Spokojenost se sebou	3,07	3	0,94	Ani spokojen/a, ani nespokojena
Osobní vztahy	3,49	4	0,97	Spokojen/a
Sexuální život	3,05	3	0,83	Ani spokojen/a, ani nespokojen/a
Podpora přátel	3,36	3	0,90	Spokojen/a
Prostředí v okolí bydliště	3,58	4	0,79	Spokojen/a
Dostupnost zdravotní péče	3,62	4	0,80	Spokojen/a
Doprava	3,32	3	0,89	Spokojen/a
Negativní pocity	2,77	3	1,05	Někdy

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z tabulky 18 jsou patrné průměrné hodnoty jednotlivých položek nástroje WHOQOL BREF dále směrodatná odchylka, medián a modus. Nejvíce odpovědí se vyskytovalo ve středních hodnotách čili byly nejčastěji zaznamenány projevy jako středně, ani spokojen/a, ani nespokojen/a. Nespokojenost byla u celkového souhrnu monitorována v oblasti spokojenosti se zdravím. „Většinou ano“ byla vyhodnocena jako 3, modus u akceptace tělesného vzhledu, finanční situace, přístupu k informacím a u zálib.

Tabulka 19 Hodnocení domén WHOQOL BREF

	Absolutní četnost	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Fyzické zdraví	498	4,00	20,00	11,67	3,29
Prožívání	498	4,67	19,33	12,69	2,82
Sociální vztahy	498	4,00	20,00	13,19	2,74
Prostředí	498	8,00	20,00	13,67	2,29

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 19 prezentuje výsledné hodnocení jednotlivých domén nástroje WHOQOL – BREF. V hodnocení domén byly stanoveny minimální a maximální hodnoty, průměr a směrodatná odchylka. Dle průměru je patrné, že nejlépe byla hodnocena doména Prostředí a nejhůře byla hodnocena doména Fyzické zdraví.

4.4 Výsledky výzkumného souboru B

4.4.1 Charakteristika výzkumného souboru B

Tabulka 20 Věkové kategorie výzkumného souboru B

	Absolutní četnost	Relativní četnost
19 – 29 let	88	17,6 %
30 – 39 let	161	32,1 %
40 – 49 let	168	33,5 %
50 let a více	84	16,8 %
Celkem	501	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 20 prezentuje přehled zastoupení věkových kategorií sester. Nejvíce byla zastoupena kategorie 40 až 49 let, do které spadalo 33,5 % (n = 168) sester. Dále byly zastoupeny kategorie 30 až 39 let (32,1 %; n = 161), 19 až 29 let (17,6 %; n = 88) a nejméně sester spadalo do kategorie 50 let a více (16,8 %; n = 84).

Tabulka 21 Zastoupení pohlaví ve výzkumném souboru B

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženy	444	88,6 %
Muži	57	11,4 %
Celkem	501	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 21 prezentuje počet žen a mužů ve výzkumném souboru B. Ve výrazně větším zastoupení byly ženy (88,6 %; n = 444) a mužů bylo (11,4 %; n = 57).

Tabulka 22 Nejvyšší dosažené vzdělání výzkumného souboru B

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	238	47,6 %
Vyšší odborné	128	25,5 %
Vysokoškolské (Mgr., Bc.)	135	26,9 %
Celkem	501	100 %

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 22 prezentuje nejvyšší dosažené vzdělání sester. Nejvíce sester dosáhlo středoškolského vzdělání 47,5 % (n = 238). Dále bylo zastoupeno vzdělání vysokoškolské 26,9 % (n = 135) a nejméně bylo sester s absolvovanou vyšší odbornou školou 25,5 % (n = 128).

Tabulka 23 Délka praxe sester u geriatrických pacientů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 1 rok	18	3,6 %
1 – 5 let	123	24,5 %
6 – 10 let	164	32,7 %
11 – 15 let	92	18,4 %
16 let a více	104	20,8 %
Celkem	501	100 %

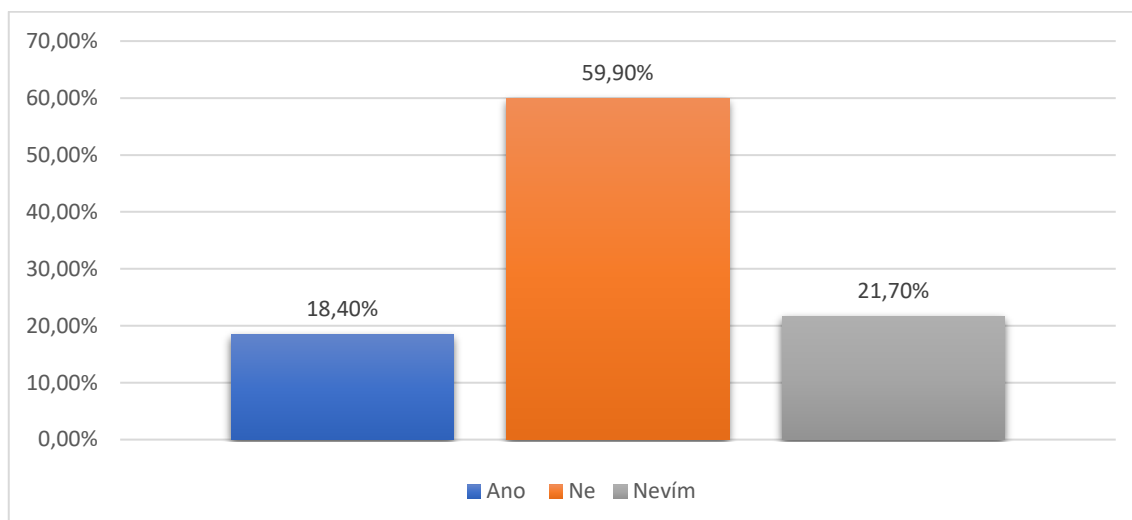
(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 23 prezentuje odpovědi na otázku monitorující délku praxe sester u geriatrických pacientů. Nejvíce odpovědí se nacházelo v kategorii 6 až 10 let, tedy 32,7 % (n = 164) a dále v kategorii 1 až 5 let 24,6 % (n = 123). Dále byly sestry v kategorii

16 let a více, tedy 20,8 % (n = 104) a 11 až 15 let 18,4 % (n = 92). Nejméně se nacházelo v kategorii pod 1 rok, do které spadalo 3,6 % (n = 18) sester.

4.4.2 Pohled sester na nástroj RGA

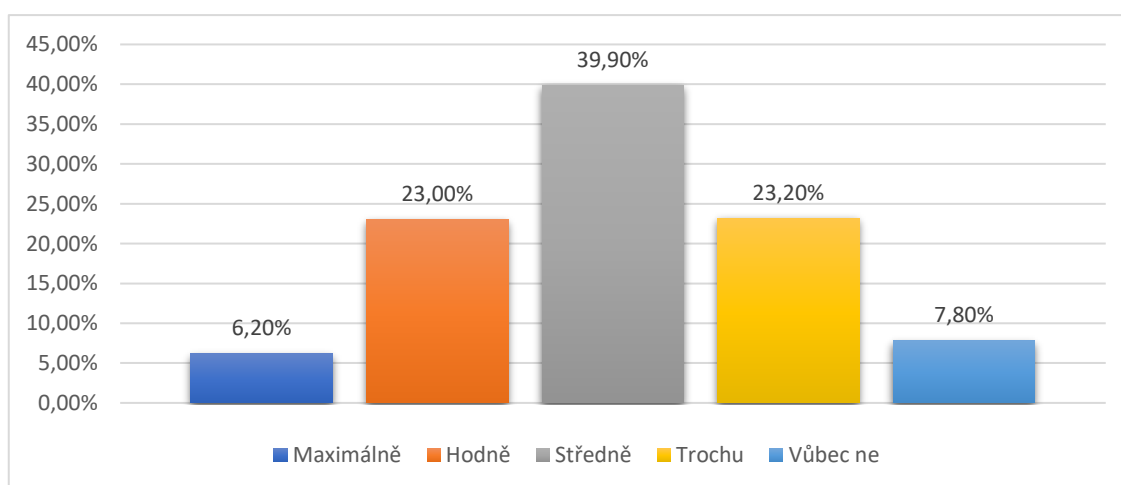
Graf 34 Setkání s nástrojem RGA



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 34 prezentuje dotaz směřující na setkání sester s nástrojem RGA. Nejvíce sester potvrdilo, že se s nástrojem RGA neseťkaly, tedy 59,9 % (n = 300), dále o tom nevědělo 21,7 % sester (n = 109) a nejméně odpovědí bylo v oblasti potvrzení setkání s nástrojem RGA, tedy 18,4 % (n = 92).

Graf 35 Porozumění nástroji RGA



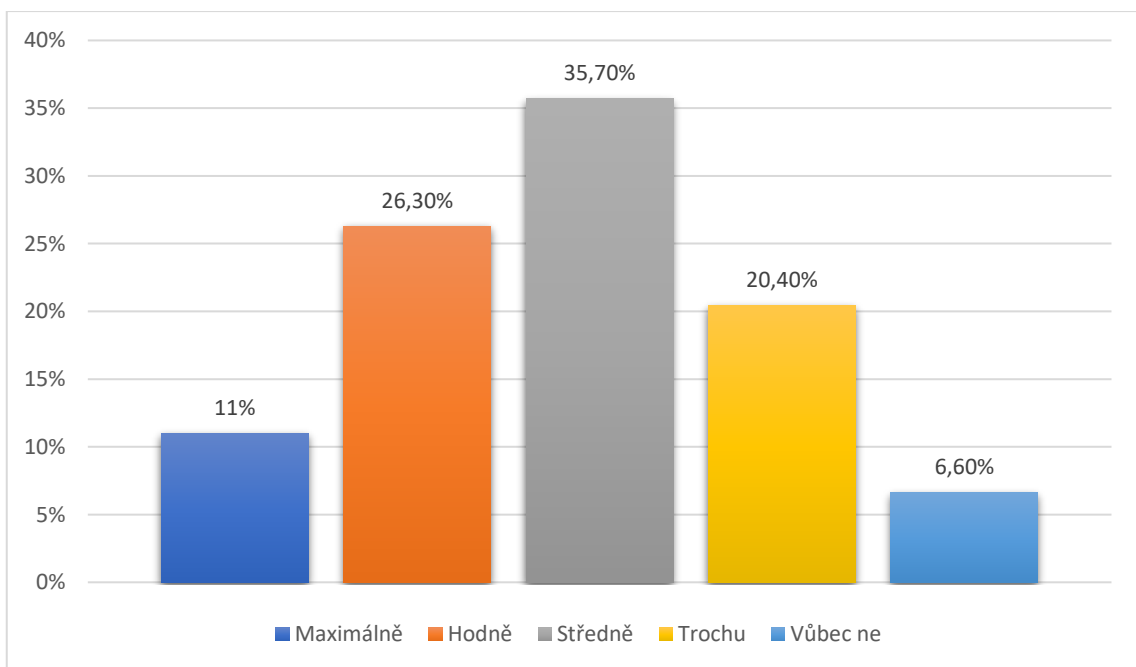
(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu 35 prezentující odpovědi na dotaz zaměřující se na porozumění nástroji RGA. Nejvíce sestry nástroji RGA porozuměli středně 39,9 % (n = 200), dále trochu

23,2 % (n = 116) a hodně 23 % (n = 115). Pouze 7,8 % (n = 39) sester neporozumělo nástroji vůbec a nejméně odpovědí bylo v oblasti maximálního porozumění 6,2 % (n = 31).

V rámci nestandardizované části jsme se zaměřili na monitoraci jednotlivých baterií nástroje RGA.

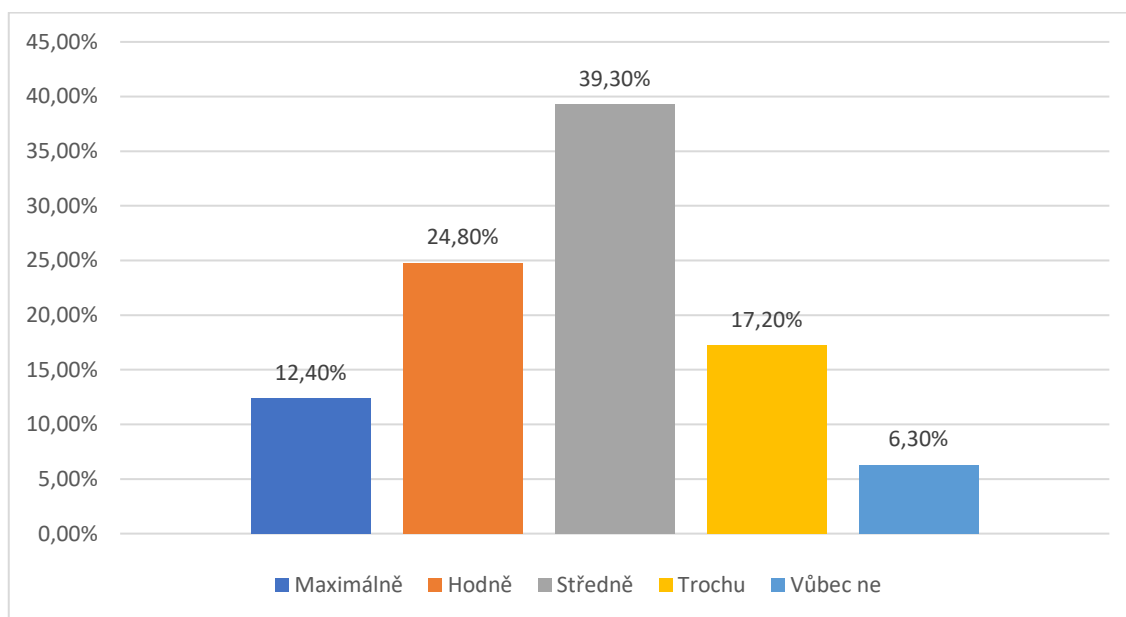
Graf 36 Porozumění nástroji FRAIL



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 36 prezentuje porozumění nástroji FRAIL. Nejvíce se sestry vyjádřily ke střednímu porozumění (35,7 %; n = 179). Porozumění „hodně“ označilo 26,3 % (n = 132), „trochu“ 20,4 % (n = 102). Maximální porozumění označilo 11 % (n = 55) a nástroji vůbec neporozumělo 6,6 % (n = 33) sester.

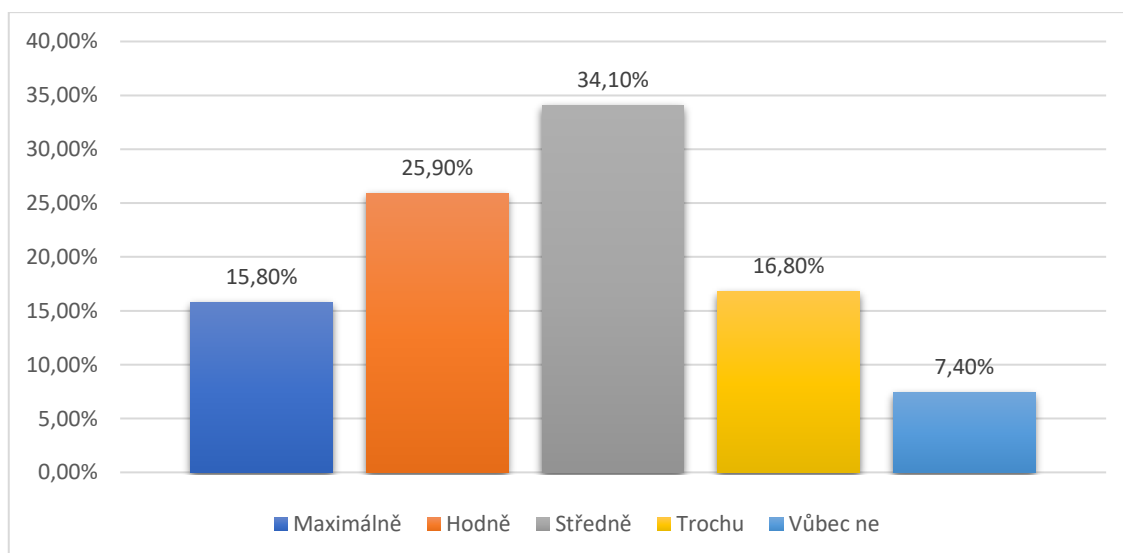
Graf 37 Porozumění nástroji SARC-F



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 37 prezentuje odpovědi na dotaz zaměřující se na hodnocení porozumění nástroje SARC-F. Nejvíce odpovědí byla zaměřeno na střední porozumění (39,9 %; n = 197). Porozumění „hodně“ označilo 24,8 % (n = 124) a trochu nástroji porozumělo 17,2 % (n = 86) sester. Maximální porozumění uvedlo 12,4 % (n = 62) a vůbec nástroji neporozumělo 6,3 % (n = 32).

Graf 38 Porozumění nástroji SNAQ

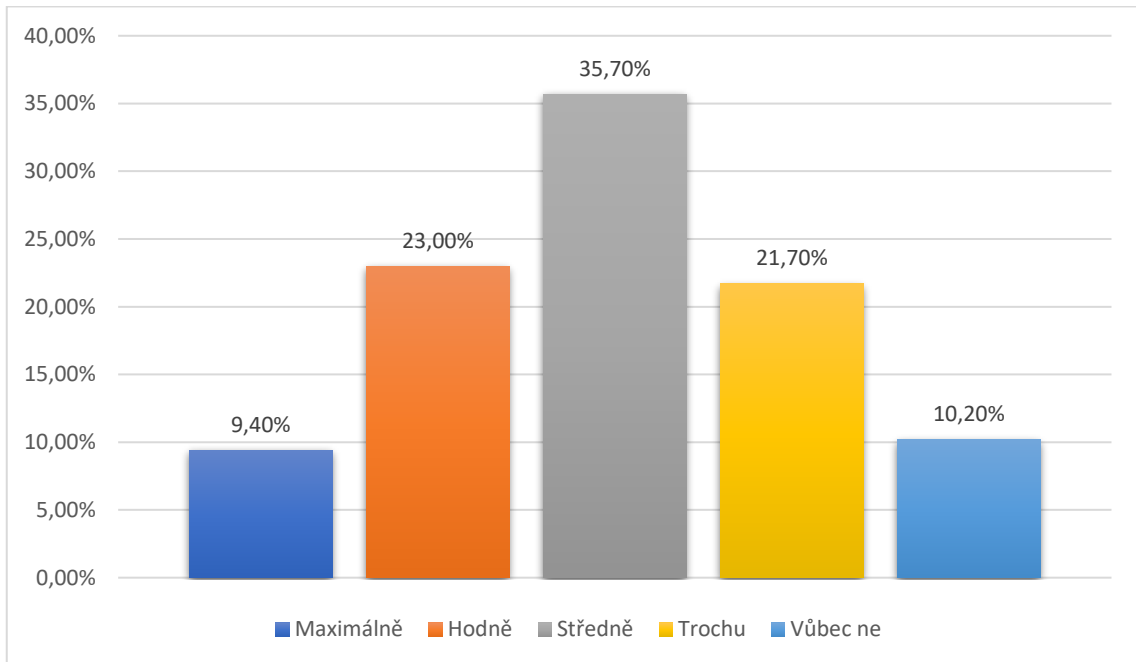


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 38 prezentuje odpovědi na dotaz ohledně porozumění nástroje SNAQ. Nejvíce odpovědí se pohybovalo ve středním porozumění 34,1 % (n = 171). Hodně nástroji

porozumělo 25,9 % (n = 130) a trochu porozumělo 16,8 % (n = 84). Maximálně nástroji porozumělo 15,8 % (n = 79) a nejméně odpovědí bylo v oblasti „vůbec ne“ (7,4 %; n = 37).

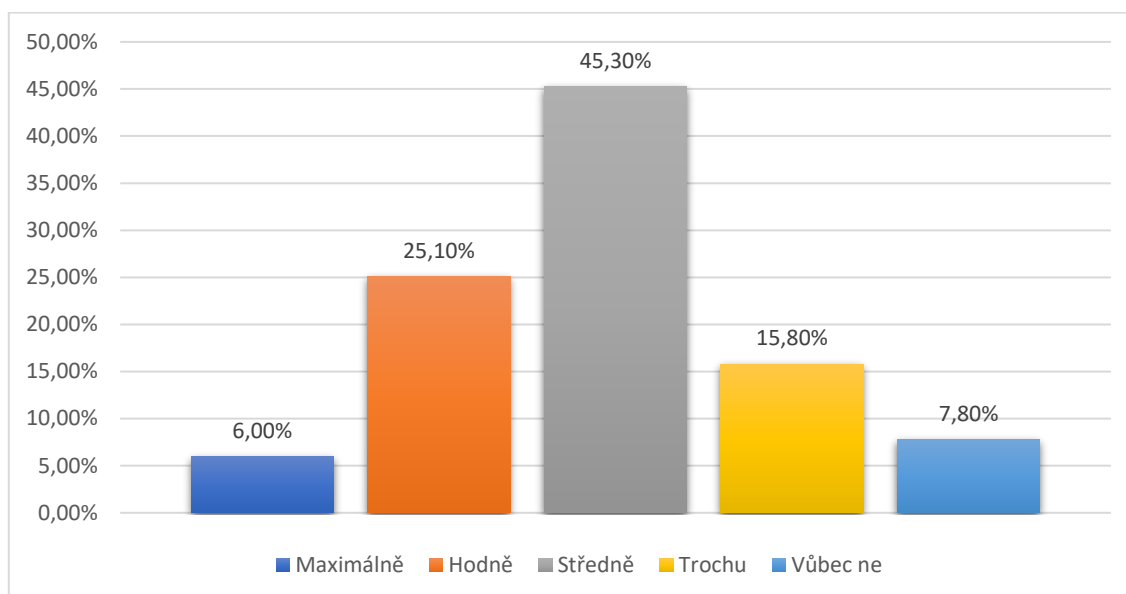
Graf 39 Srozumitelnost nástroje RCS



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 39 zobrazuje odpovědi na dotaz ohledně srozumitelnosti nástroje RCS. Nejvíce odpovědí se nacházelo ve střední srozumitelnosti (35,7 %; n = 179). Hodně srozumitelný byl nástroj pro 23,0 % (n = 115) a trochu srozumitelný byl pro 21,7 % (n = 109) sester. Nesrozumitelný byl nástroj pro 10,2 % (n = 51) a maximálně srozumitelný byl pro 9,4 % (n = 47) sester.

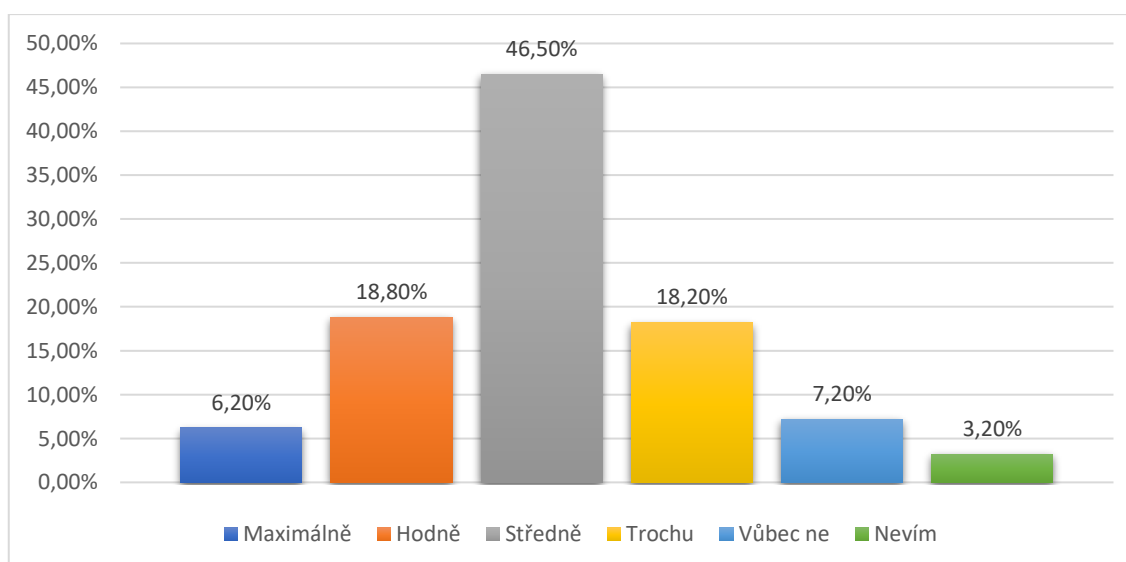
Graf 40 Efektivnost nástroje RGA



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 40 prezentuje odpovědi na dotaz týkající se efektivnosti nástroje RGA. Nejvíce sestry vnímají efektivnost nástroje RGA jako střední 45,3 % (n = 227), dále jako hodně efektivní 25,1 % (n = 126) a následně jako trochu efektivní 15,8 % (n = 79). Jako neefektivní vnímá nástroj RGA 7,8 % (n = 39) a maximálně efektivní je pro 6,0 % (n = 30) sester.

Graf 41 Využití výsledků RGA v praxi

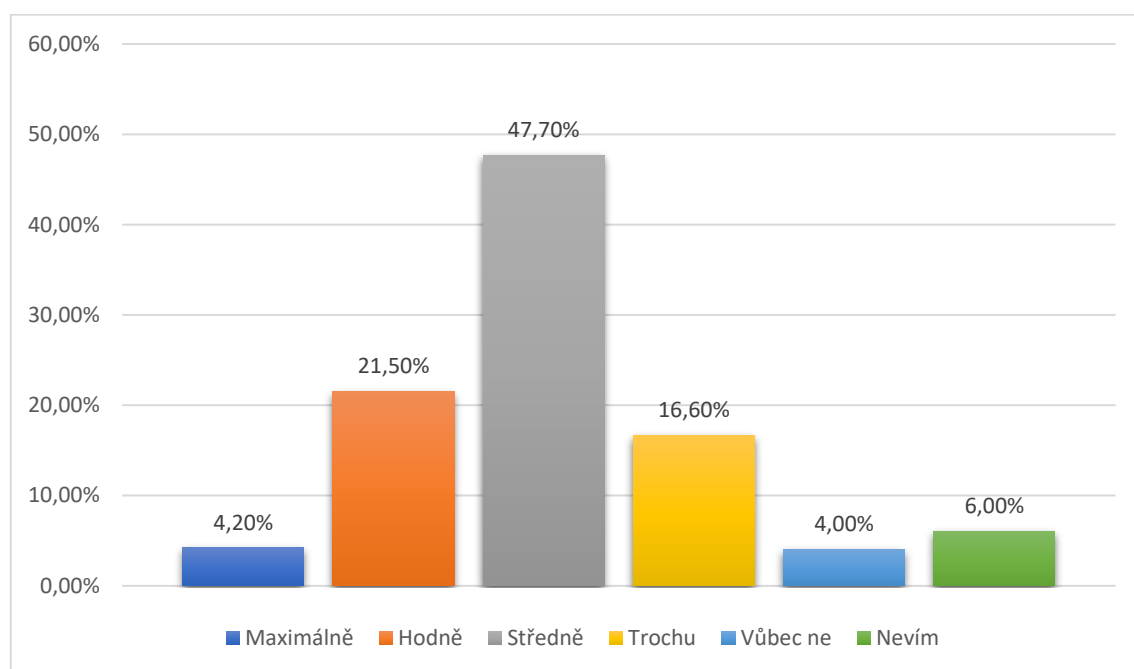


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 41 prezentuje názor sester na dotaz, zda výsledky RGA lze využít v praxi. Nejvíce sester vnímá výsledky nástroje RGA jako středně využitelné (46,5 %; n = 233),

dále jak hodně využitelné (18,8 %; n = 94) a jako trochu využitelné (18,2 %; n = 91). Dále se sestry přikloňují k názoru, že výsledky nejsou využitelné v praxi (7,2 %; n = 36) a naopak k maximální využitelnosti se přiklání 7,2 % (n = 36). „Nevím“ jako možnost označilo 3,2 % (n = 16) sester.

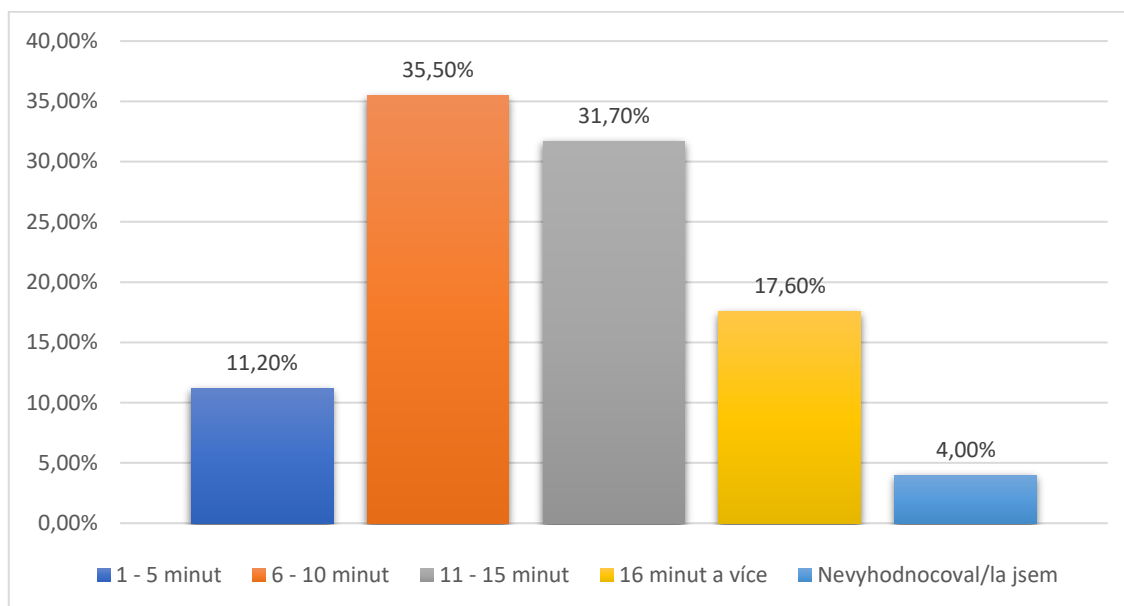
Graf 42 Objektivita nástroje RGA



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 42 prezentuje odpovědi sester na otázku zaměřující se na objektivitu nástroje RGA. V rámci odpovědí se nejčastěji vyskytovala střední objektivita, tedy 47,7 % (n = 239), za hodně objektivní nástroj považovalo 21,5 % (n = 107) sester. Za trochu objektivní vnímá nástroj 16,6 % (n = 83) sester a odpověď „nevím“ označilo 6,0 % (n = 31) sester. Za maximálně objektivní považuje nástroj 4,2 % sester a za neobjektivní jej považují 4,0 % (n = 20). Za neobjektivní byl nástroj RGA většinou považován z důvodu nedostatku času. Dalšími důvody byla dle názoru sester již tak nadbytečná dokumentace.

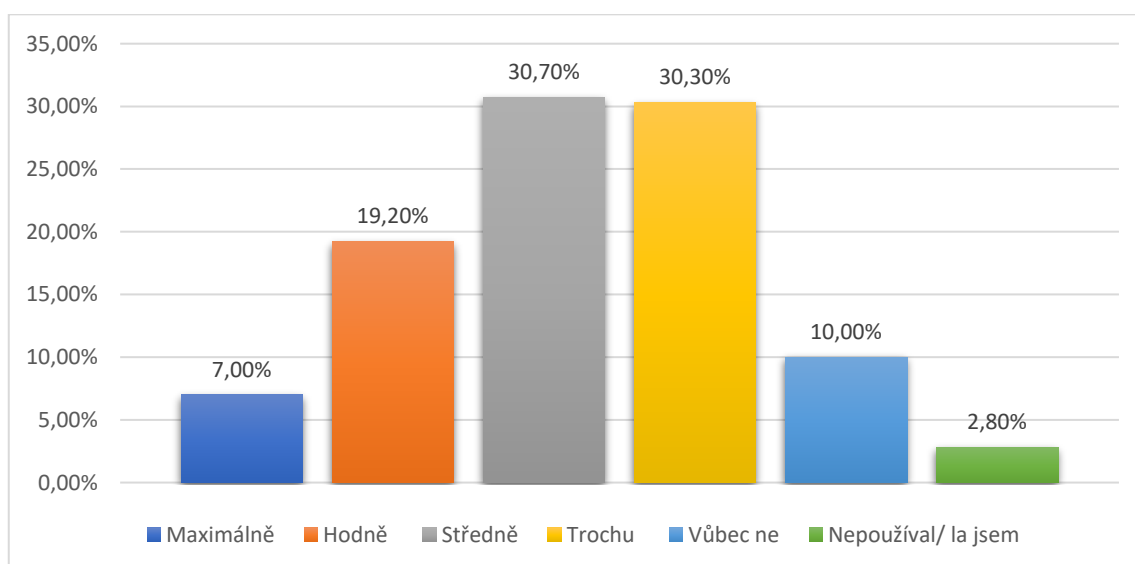
Graf 43 Délka vyhodnocení nástroje RGA



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 43 prezentuje odpovědi na dotaz týkající se časového údaje o vyplnění nástroje RGA. Nejčastěji sestry nástroj vyhodnocovaly 6 až 10 minut, tedy 35,5 % (n = 178) a 11 až 15 minut 31,7 % (n = 159). Dále 16 a více minut nástroj vyhodnocovalo 17,6 % (n = 88) sester, 1 až 5 minut 11,2 % (n = 56) sester a nástroj nevyhodnocovalo 4,0 % (n = 20) sester.

Graf 44 Zátěž s nástrojem RGA

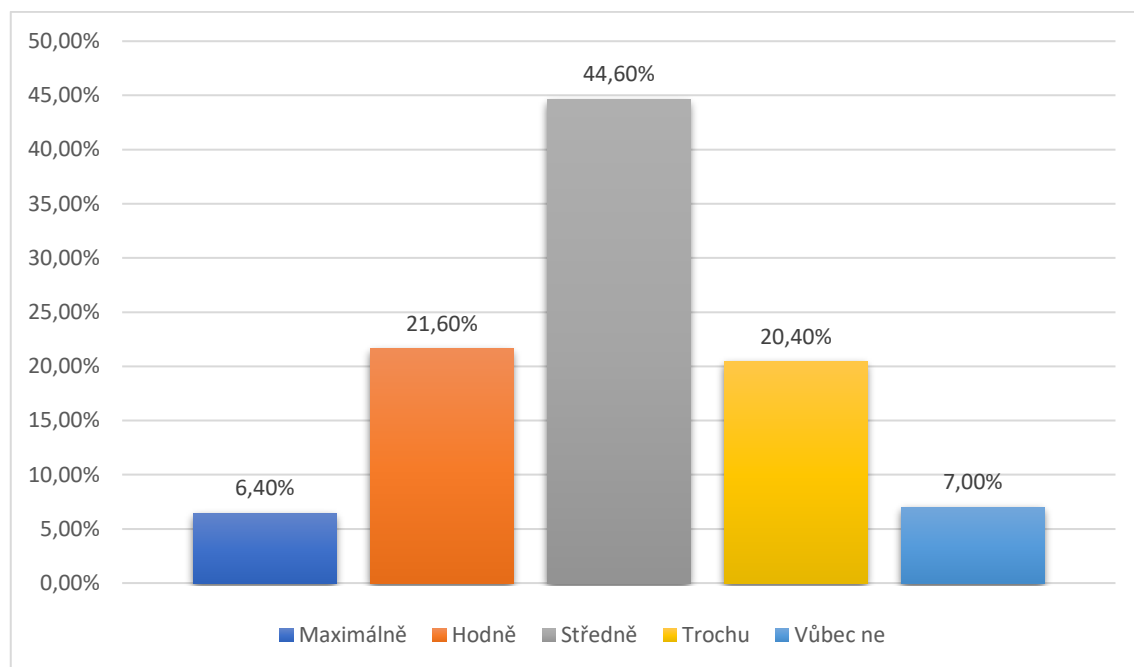


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 44 prezentuje odpovědi na dotaz ohledně toho, jak zatěžující byla pro sestry práce s nástrojem RGA. Nejčastěji sestry vypovídaly tak, že práce s nástrojem RGA je

středně zatěžující, tuto možnost označilo 30,7 % (n = 154) a téměř totožně označily sestry, že práce s nástroj RGA je zatěžující trochu, tedy 30,3 % (n = 152). Žádnou zátěž formou odpovědi „vůbec ne“ pozorovalo 10,0 % (n = 50) sester a naopak, maximální zátěž pozorovalo 7 % (n = 35) sester. Nástroj z pohledu zátěže nehodnotilo 2,8 % (n = 14) sester, protože jej nepoužívaly.

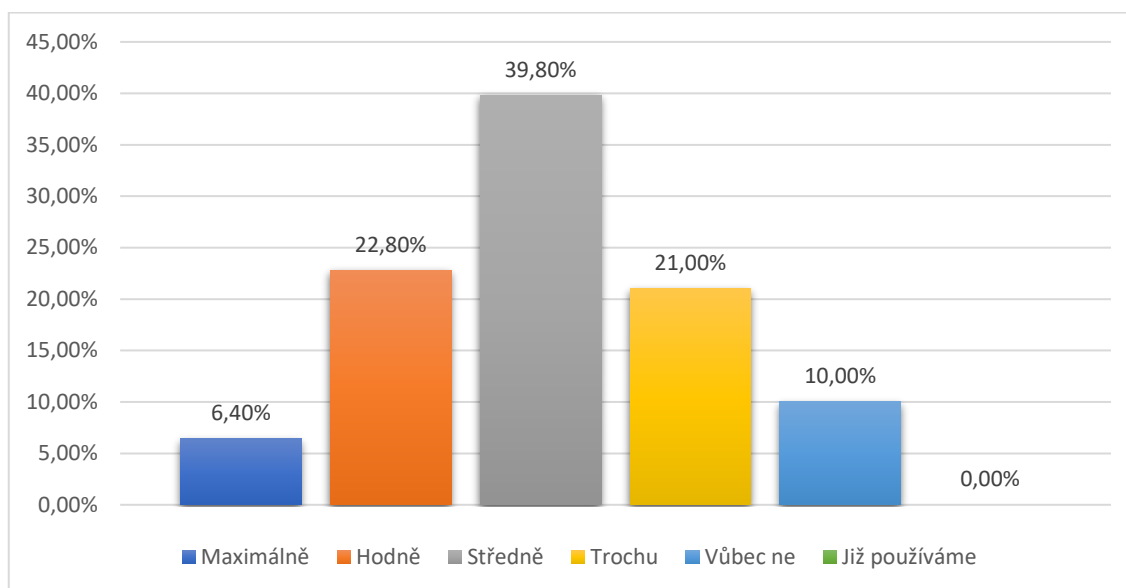
Graf 45 Používání Nástroje RGA v rámci českého ošetrovatelského prostředí



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 45 prezentuje odpovědi na dotaz týkající se nástroje RGA a jeho využitelnosti v českém ošetrovatelském prostředí. Nejvíce sester zodpovědělo na otázku „středně“ 44,6 % (n = 224). „Hodně“ odpovědělo 21,6 % (n = 108) sester a „trochu“ 20,40 % (n = 102) sester. Vůbec si v rámci českého ošetrovatelského prostředí nedokáže nástroj RGA představit 7 % (n = 35), naopak maximálně hodnotilo 6,4 % (n = 32).

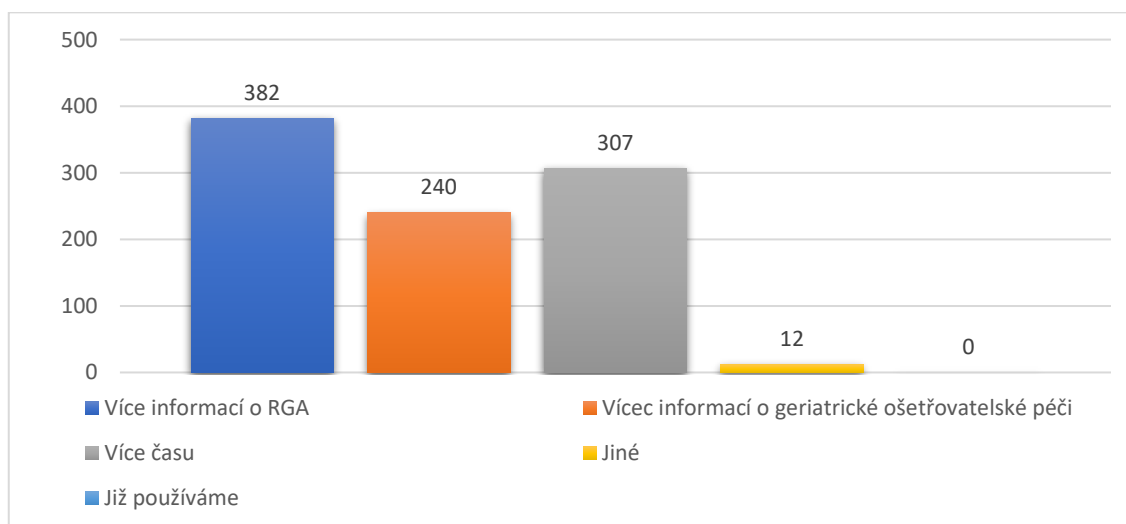
Graf 46 Používání nástroje RGA v rámci zařízení



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 46 prezentuje odpovědi na otázku týkající se využitelnosti RGA v rámci zařízení, kde sestry realizují ošetrovatelskou péči. Nejvíce sester se shodlo na odpovědi „středně“, konkrétně 39,8 % (n = 200). Dále byly odpovědi „hodně“ 22,8 % (n = 114) a „trochu“ 21,0 % (n = 105). „Vůbec ne“ uvedlo 10,0 % (n = 50) sester a „maximálně“ 6,4 % (n = 32) sester. Byla uvedena i možnost, že zařízení již nástroj používá, ale tohoto výběru nikdo nevyužil.

Graf 47 Potřebné informace k používání RGA

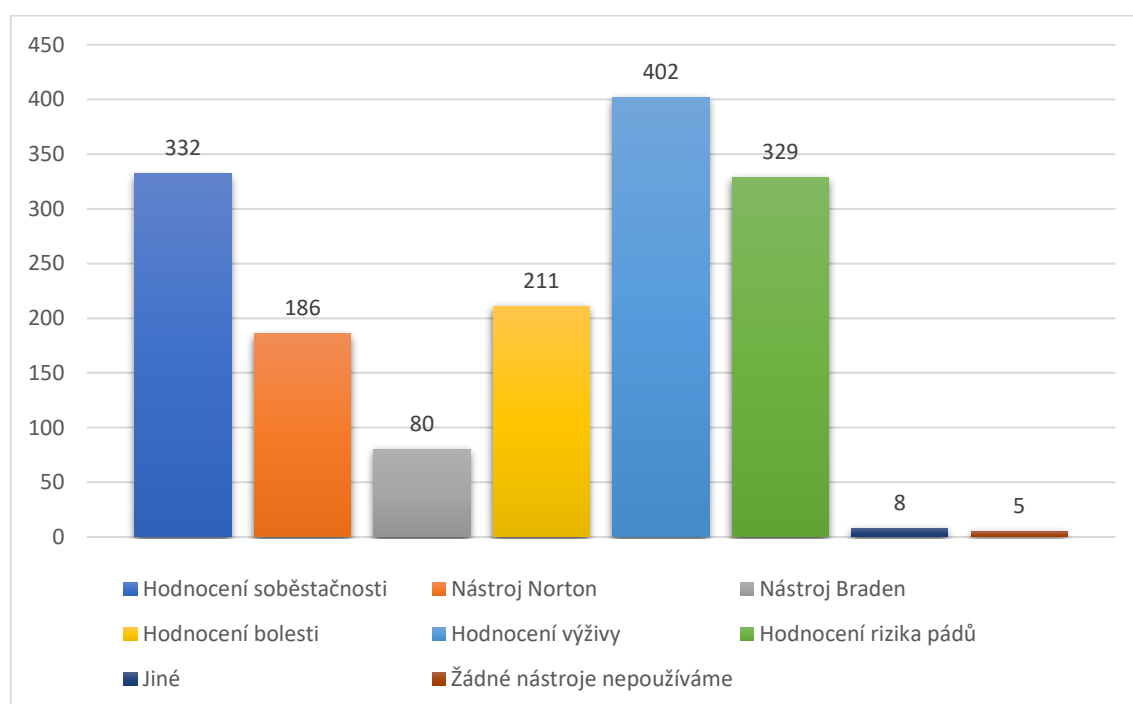


(Zdroj: vlastní výzkum)

Následující graf je tvořen na základě otázky, u které měly sestry možnost zvolit více odpovědí. Jelikož se tedy nejedná o úplný vzorek výzkumného souboru B byly do grafu

zpracovány absolutní hodnoty odpovědí. Z grafu 47, který prezentuje názory na dotaz ohledně informací nutných k používání RGA v rámci zařízení nejčastěji sestry volily možnost „Více informací o RGA“ (n = 382). Dále by sestry potřebovaly více času (n = 307) a také i více informací o geriatrické ošetrovatelské péči (n = 240). Opět v rámci odpovědi, které potvrzuje používání nástroje RGA v zařízení nikdo neodpověděl. V rámci možnosti „jiné“, ke které se vyjádřilo 12 sester se nejčastěji objevovaly argumenty směřující na nedostatek času, již dostatek aktuálně používaných nástrojů a nechtění nového nástroje v praxi.

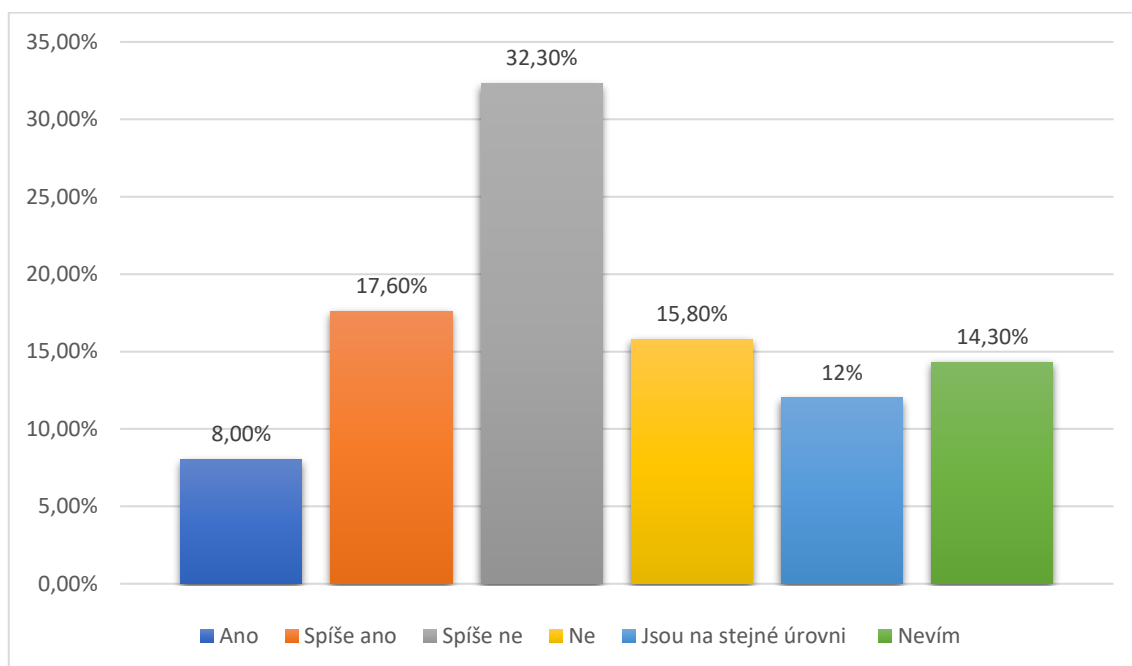
Graf 48 Aktuálně používané nástroje



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 48 prezentuje odpovědi na dotaz, jaké jsou aktuálně používané nástroje v zařízeních, kde sestry poskytují ošetrovatelskou péči. Na otázku bylo možné zvolit více odpovědí, graf tedy prezentuje hodnoty absolutní. Dle sester se nejvíce používá hodnocení výživy (n = 402), dále hodnocení soběstačnosti (n = 332) a hodnocení rizika pádů (329). Hodnocení bolesti probíhá pomocí nástroje u 211 sester a k hodnocení dekubitů používají nástroj Norton (n = 186). Další nástroj hodnocení dekubitů tedy Braden se používá méně (n = 80). Jiné nástroje uvedlo 8 sester, nejčastěji byl v rámci rozšíření možnosti „jiné“ o vlastní text doplněno hodnocení kognice. Pouhých 5 sester uvedlo, že nepoužívají žádný z uvedených ani jiných nástrojů.

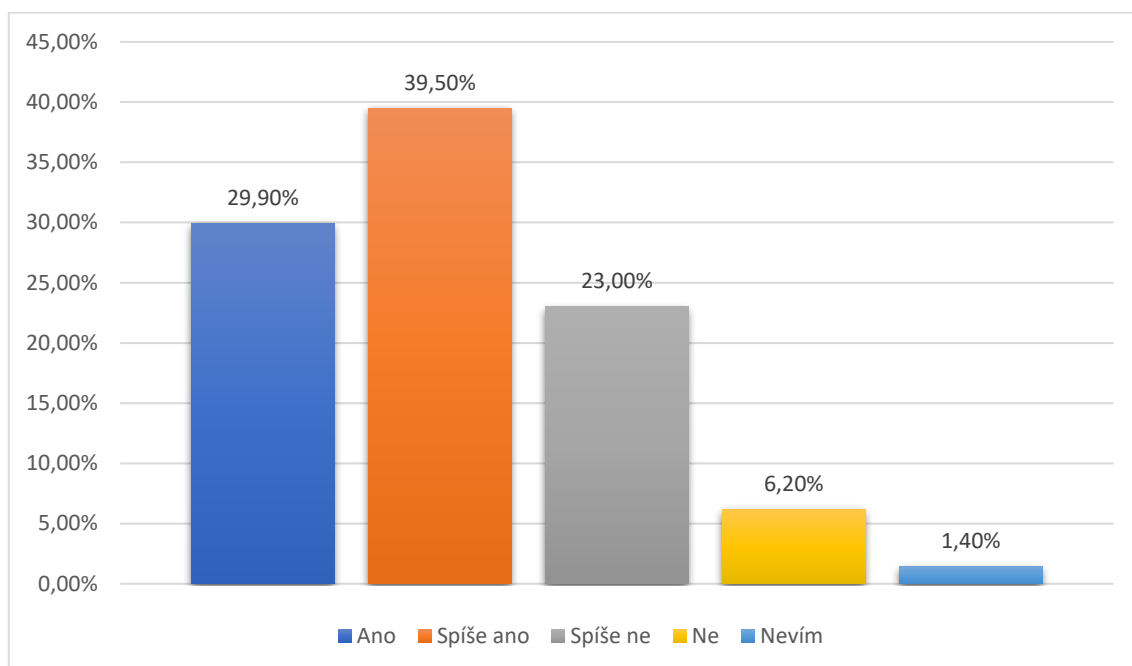
Graf 49 Přínos RGA a aktuálně používaných nástrojů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 49 zobrazuje odpovědi na dotaz týkající se využitelnosti RGA v porovnání s již používanými nástroji. Z grafu je patrné, že se sestry nejvíce přikláněly k možnosti „spíše ne“, konkrétně 32,3 % (n = 162). K odpovědi „spíše ano“ se přiklonilo 17,6 % (n = 88) a k odpovědi „ne“ 15,8 % (n = 79) sester. Dále se sestry 14,3 % (n = 72) vyjádřily tak, že neví, zda je RGA v porovnání s již používanými nástroji využitelný, 12 % (n = 60) uvedlo odpověď „jsou na stejné úrovni“. Pouze 8 % (n = 40) vyjádřilo jasný souhlas odpovědí „ano“.

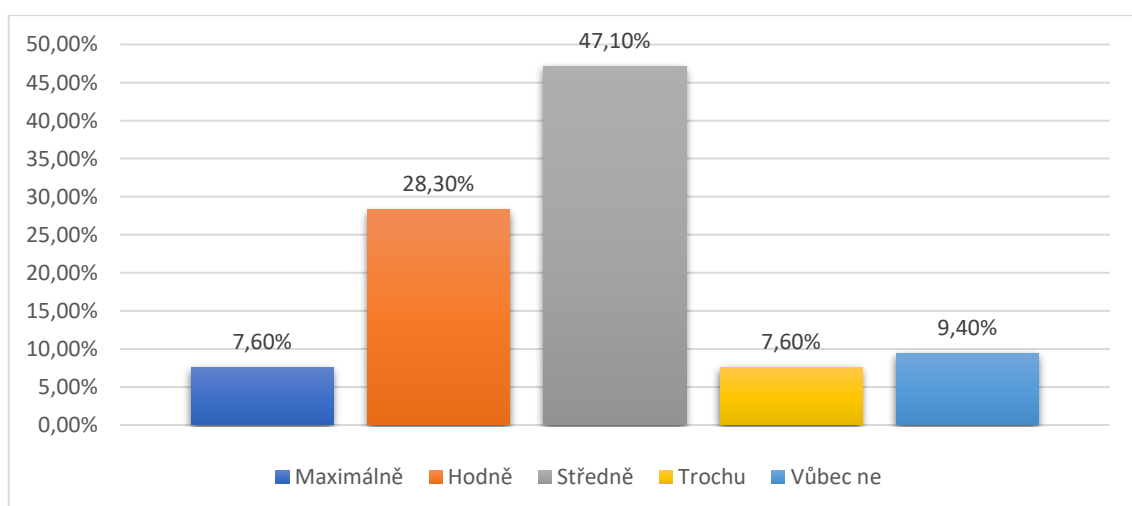
Graf 50 Pravidelnost vyplňování hodnotících nástrojů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 50 prezentuje odpovědi na otázky týkající se pravidelnosti ve vyplňování hodnotících nástrojů. Nejvíce sester se v rámci této otázky přiklonilo k odpovědi „spíše ano“, konkrétně 39,5 %; $n = 198$). Dále byly odpovědi „ano“ 29,9 % ($n = 150$) a „spíše ne“ 23,0 % ($n = 115$). Pouze 6,2 % ($n = 31$) sester se přiklonilo k odpovědi „ne“ a 1,4 % ($n = 7$) nevědělo, jak pravidelnost vyplňování zhodnotit.

Graf 51 Dostatečnost používaných nástrojů pro hodnocení geriatrických pacientů

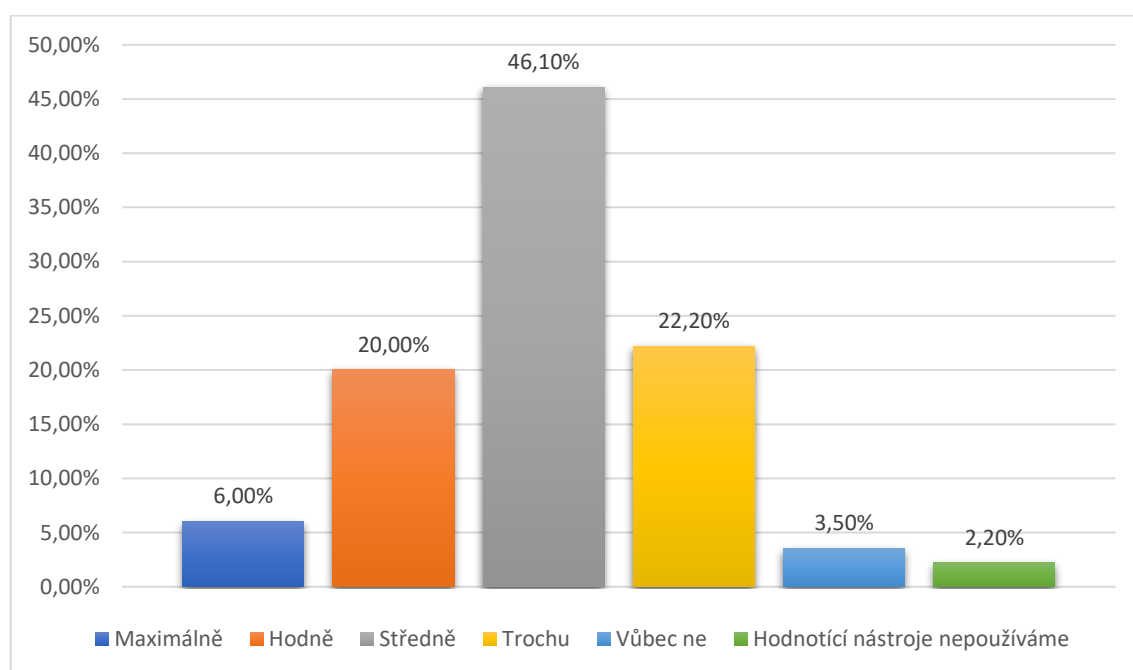


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 51 prezentuje odpovědi na dotaz ohledně dostatečnosti používaných nástrojů pro hodnocení geriatrických pacientů. Nejvíce se sestry přiklápely k odpovědi „středně“,

konkrétně 47,1 % (n = 236). Dále byla vyjádřena dostatečnost pomocí možnosti „hodně“ 28,3 % (n = 142) a dále se odpovědi pohybovaly pod hranicí 10 %. „Vůbec ne“ označilo 9,4 % (n = 47) sester, a stejné hodnoty tedy 7,6 % (n = 38) dosáhly odpovědi „maximálně“ a „trochu“. Pro sestry, které označilo možnost „vůbec ne“ byla vytvořena další nabídka, která určila, z jakého důvodu nepovažují sestry hodnocení geriatrických pacientů za dostačující. Nejvíce se sestry přiklínely k variantě „výsledky hodnocení nemají vliv na poskytovanou péči“ (6,8 %; n = 34), dále „hodnocení není komplexní“ 1,4 % (n = 7) a „hodnocení se neuskutečňuje pravidelně 1,2 % (n = 6).

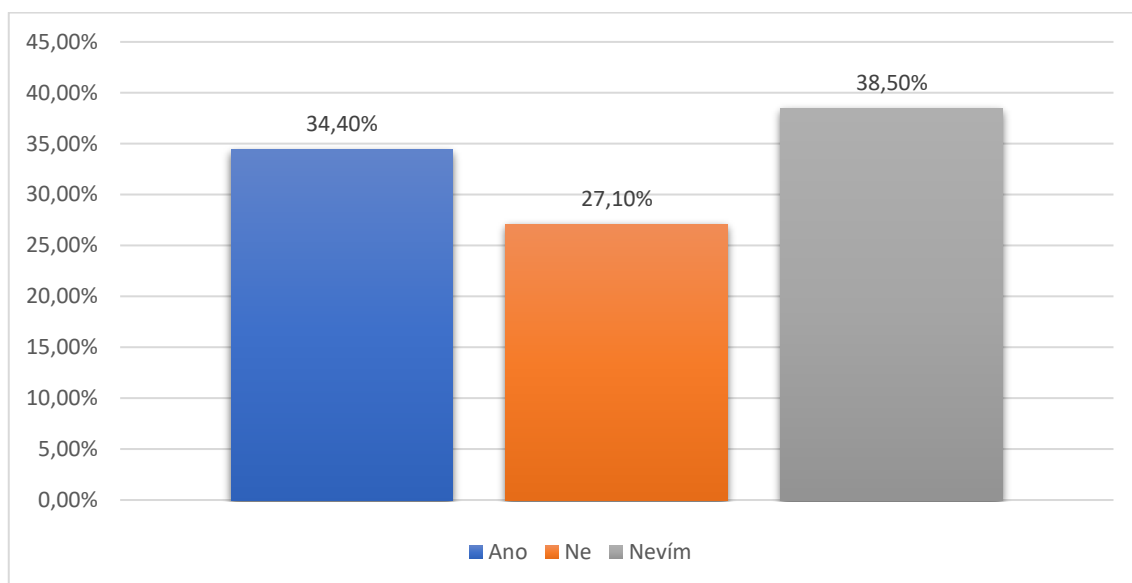
Graf 52 Efektivnost aktuálně používaných hodnotících nástrojů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 52 prezentuje odpovědi na otázky týkající se zhodnocení efektivnosti aktuálně používaných nástrojů. Nejvíce sester se přiklonilo k možnosti „středně“ 46,1 % (n = 231). Dále byly možnosti „trochu“ 22,2 % (n = 111) a „hodně“ 20,0 % (n = 100). Možnost „maximálně“ zvolilo 6,0 % (n = 30), možnost „vůbec ne“ zvolilo 3,5 % (n = 19) a nejméně sester se přiklonilo k možnosti „Hodnotící nástroje nepoužíváme“ 2,2 % (n = 10).

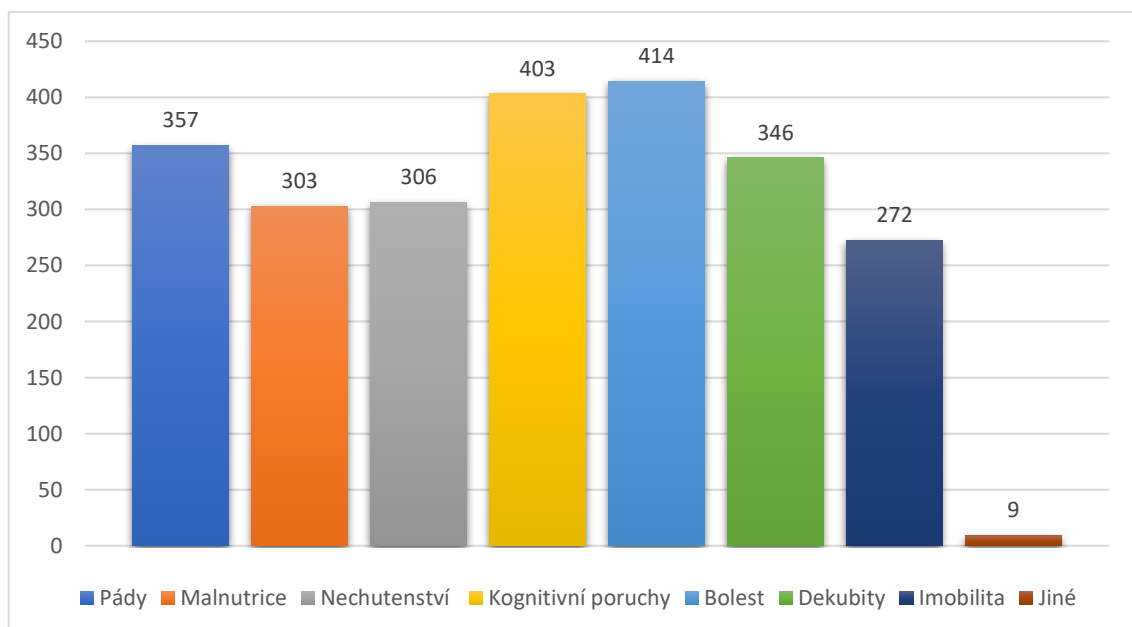
Graf 53 Doporučené postupy pro hodnocení geriatrických pacientů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 53 zobrazuje odpovědi na dotaz týkající se doporučených postupů v jednotlivých zařízeních, kde sestry realizují ošetrovatelskou péči. Nejvíce sester se přiklonilo k možnosti „nevím“ 38,5 % (n = 193). Dále byla zvolena možnost „ano“ 34,4 % (n = 172) a nejméně sester se přiklonilo k variantě „ne“ 27,1 % (n = 136).

Graf 54 Pozorované komplikace v péči o geriatrické pacienty

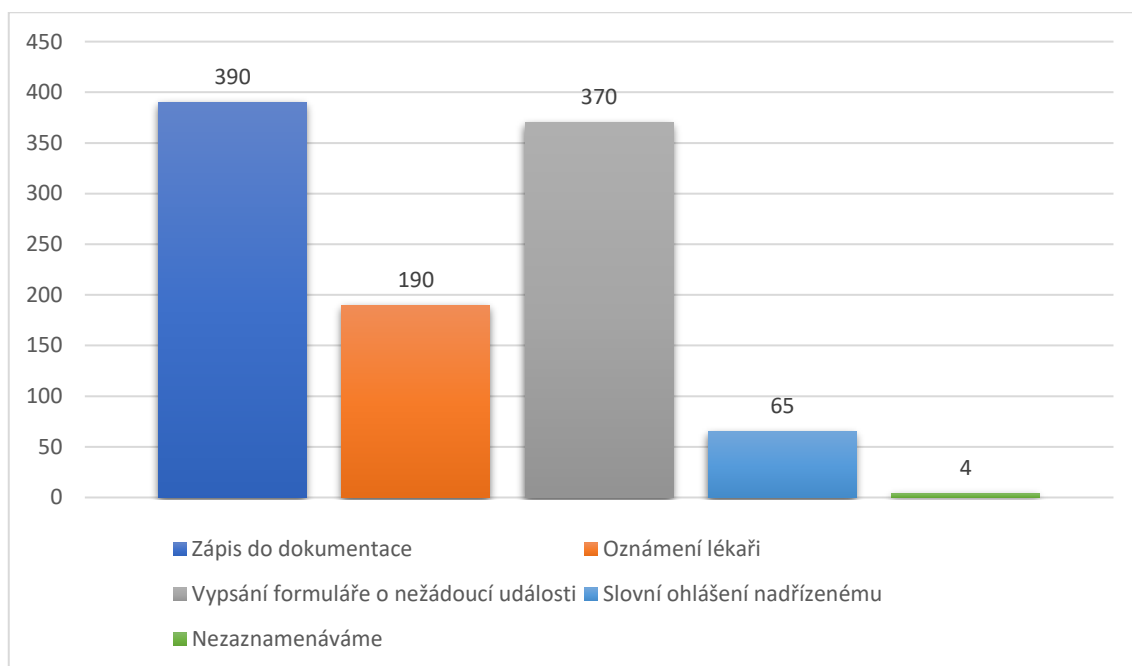


(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 54 prezentuje odpovědi týkající se dotazu ohledně pozorovaných komplikací v péči o geriatrické pacienty. V rámci této otázky byla možnost výběru více možností.

Hodnoty uvedené v grafu jsou tedy uvedeny v absolutních hodnotách. Jako největší komplikaci v péči o geriatrické pacienty vnímají sestry bolest (n = 414), dále kognitivní poruchy (n = 403) a pády (n = 357). Dále bylo sestrami jako komplikace určeno nechutenství (n = 306) a s tím související malnutrice (n = 303) a nejméně byla označována jako komplikace imobilita (n = 272). V rámci možnosti „jiné“ měly sestry možnost rozvést odpověď a doplnit ji o komplikaci, která ve výběru nebyla. Sestry doplnily možnosti jako deficit sebezpečí, inkontinence či nezájem rodiny.

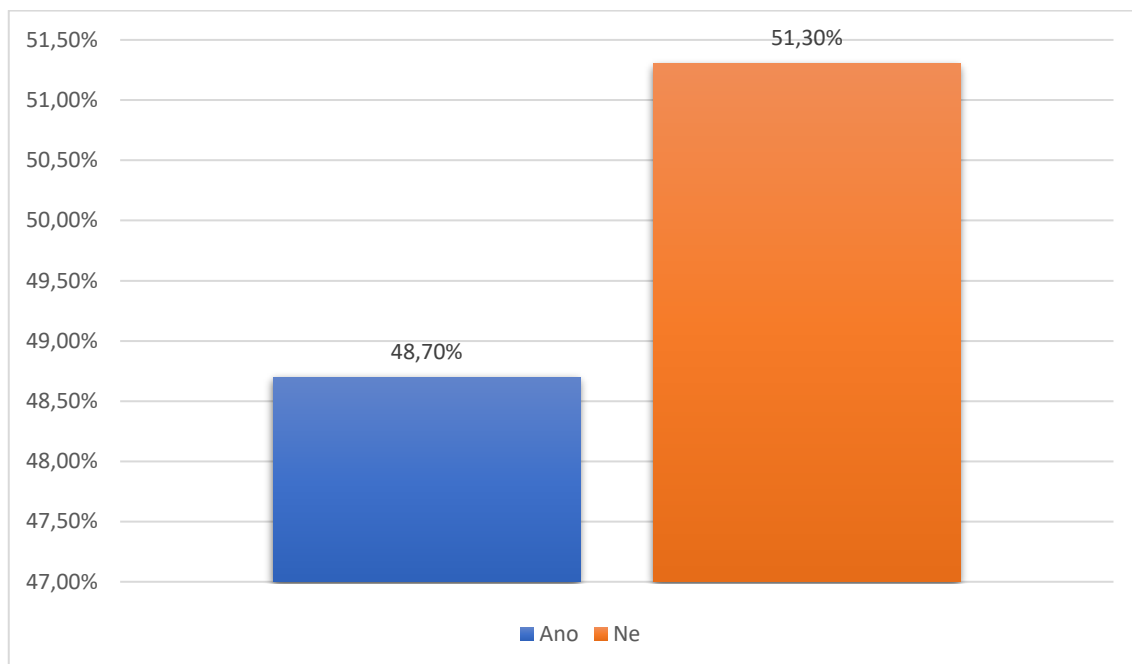
Graf 55 Záznam pádů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 55 prezentuje dotaz ohledně zaznamenávání pádů, v rámci odpovědi měly sestry možnost opět vybrat více možností. Nejvíce byla označena odpověď „zápis do dokumentace“ (n = 390). Dále byly označovány odpovědi „vypsání formuláře o nežádoucí události“ (n = 370) a poté „oznámení lékaři“ (n = 190). V menším zastoupení byla označena odpověď „slovní ohlášení nadřízenému“ (n = 65) a nejméně byla označena možnost „nezaznamenáváme“ (n = 4).

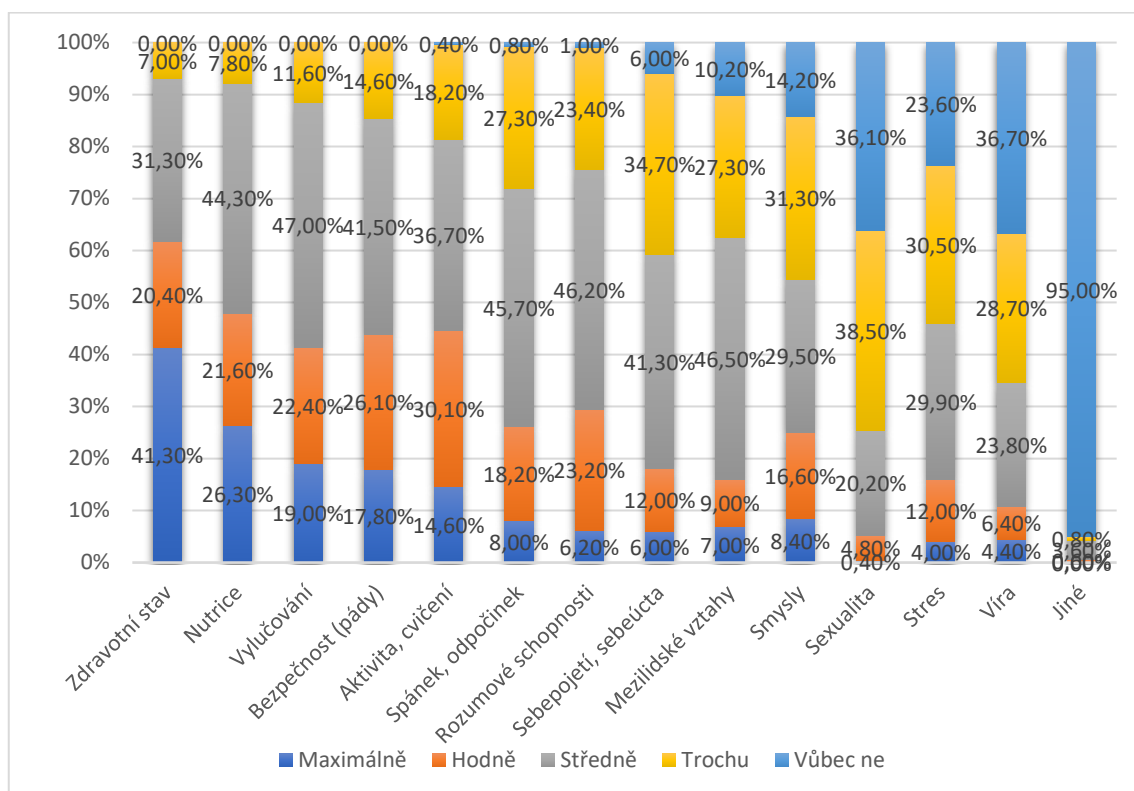
Graf 56 Pravidelné vzdělávání v geriatrickém ošetrovatelství



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 56 zobrazuje odpovědi na otázku týkající se pravidelnosti v rámci geriatrického ošetrovatelství. Více než polovina sester, tedy 51,3 % (n = 257) se pravidelně nevzdělává a 48,7 % (n = 244) sester pravidelné vzdělávání potvrdilo. Pokud byla odpověď pozitivní byla možnost rozšíření o to, jakým způsobem vzdělávání probíhá. Nejčastěji sestry uváděly různá školení 25,9 % (n = 130) a semináře 15,8 % (n = 79). Dále se sestry vzdělávají skrze odbornou literaturu 9,6 % (n = 48) nebo skrze konference 2,4 % (n = 12).

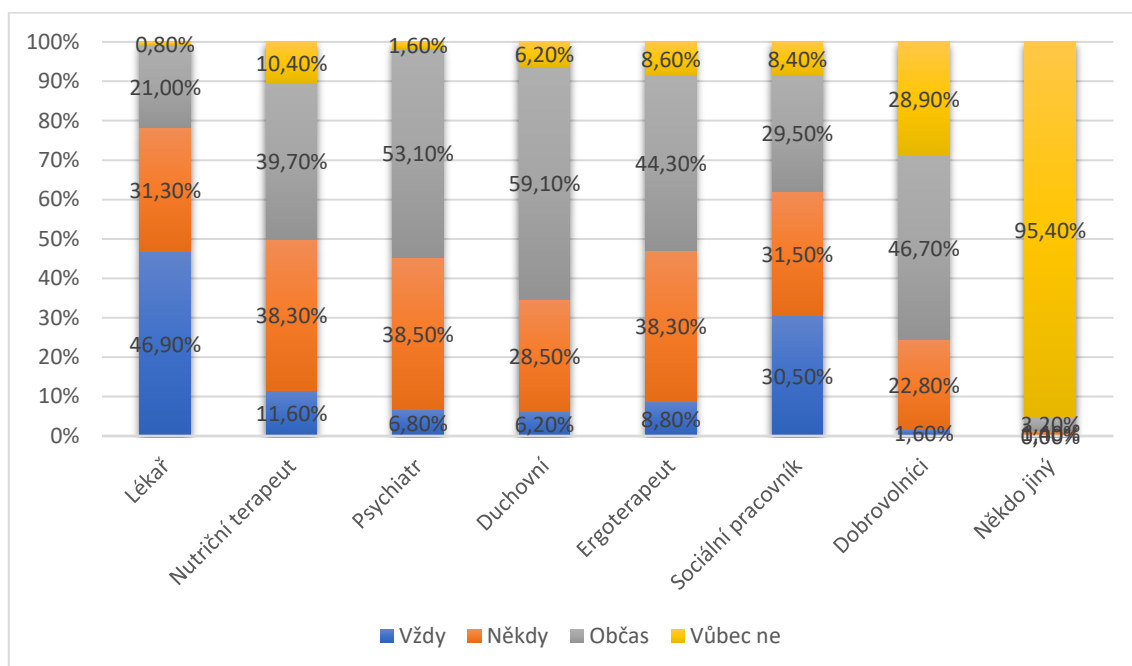
Graf 57 Hodnocení jednotlivých oblastí



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 57 prezentuje odpovědi na dotazy týkající se hodnocení určených oblastí. Vybrané oblasti byly doplněny o možnost „jiné“, do které mohly sestry vypsát oblast, která dle jejich názorů není do výběru zahrnuta a je třeba ji hodnotit. Nejvíce se sestry přikláněly k maximálnímu hodnocení oblastí jako zdravotní stav, konkrétně 41,3 % (n = 207), nutrice 26,3 % (n = 132) a vylučování 19,0 % (n = 95). Ve významnosti hodnocení vyjádřenou termínem „hodně“ se sestry nejvíce přikláněly k aktivitě a cvičení 30,1 % (n = 151), bezpečnosti a pádům 26,1 % (n = 131), rozumovým schopnostem 23,2 % (n = 116), vylučování 22,4 % (n = 112), nutriční 21,6 % (n = 108) a zdravotnímu stavu (20,40 %; n = 102). Významnost hodnocení vyjádřená termínem „trochu“ byla nevíce zastoupena u sexuality 38,5 % (n = 193), sebepojetí a sebeúcty 34,7 % (n = 174), smyslů 31,3 % (n = 157), stresu 30,5 % (n = 153) a víry 28,5 % (n = 144). Významnost hodnocení vyjádřená termínem „vůbec ne“ byla nejvíce zastoupena u oblastí víra 36,7 % (n = 184), sexualita 36,1 % (n = 181), stres 23,6 % (n = 118) a smysly 14,2 % (n = 71). Možnost „jiné“ byla nejčastěji doplněna o hodnocení bolesti.

Graf 58 Spolupráce sester s ostatními pracovníky



(Zdroj: vlastní výzkum)

Graf 58 prezentuje odpovědi na dotazy ohledně spolupráce s ostatními pracovníky v rámci zařízení, ve kterém sestry poskytují ošetrovatelskou péči. Spolupráce vyjádřená termínem „vždy“ byla nejčastěji zastoupena u lékařů 46,9 % (n = 235), sociálních pracovníků 30,5 % (n = 153) a nutričních terapeutů 11,6 % (n = 58). Termínem „někdy“ byla spolupráce hodnocena nejčastěji u psychiatrů 38,5 % (n = 193), nutričních terapeutů 38,3 % (n = 192), ergoterapeutů 38,3 % (n = 192) a sociálních pracovníků 31,5 % (n = 158). Termínem „občas“ byla spolupráce nejčastěji hodnocena u duchovních 59,1 % (n = 296), psychiatrů 53,1 % (n = 266), dobrovolníků 46,7 % (n = 234) a ergoterapeutů 44,3 % (n = 222). Termínem „vůbec ne“ byla nejčastěji hodnocena spolupráce s dobrovolníky 28,9 % (n = 145), nutričními terapeuty 10,4 % (n = 52), ergoterapeuty 8,6 % (n = 43) a sociálními pracovníky 8,4 % (n = 42).

4.5 Hodnocení kvalitativního výzkumného šetření výzkumného souboru B

Kvalitativní výzkumné šetření bylo zacíleno na ošetrovatelskou dokumentaci a její úpravu a následnou využitelnost pro populaci starší 60 let. Focus group probíhal u sester jak z nemocniční, tak domácí sféry, následně byla modifikovaná dokumentace otestována v praxi a poté byl opět utvořen focus group.

4.5.1 Focus group 1

Prvního sezení se zúčastnily 2 skupiny, v každé bylo 8 osob, moderátor a zapisovatel. V úvodní části byli zúčastnění osoby seznámeny s cílem práce a celkového focus groupu. Byla představena současná ošetrovatelská dokumentace, specifika ošetrovatelské péče o populaci starší 60 let a případná modifikace samotné ošetrovatelské dokumentace.

V rámci zhodnocení obecné dokumentace byly separovány části, které slouží především pro oddělení intenzivní péče, protože cílem modifikace dokumentace nebylo aby sloužila pro účely intenzivní péče. Dále se diskutovalo nad ponecháním zhodnocení soběstačnosti dle už používaných hodnotících nástrojů a totéž platilo i pro hodnocení dekubitů, rizika pádů a výživy. U výživy se diskutovalo i nad tím, zda do modifikované dokumentace bude vpraven nástroj SNAQ jelikož se problematiky výživy také dotýká. Po zhodnocení se ovšem zúčastnění přiklonili k tomu zavést do nové verze i nástroj SNAQ jelikož výstupné hodnocení poukazuje na úbytek minimálně 5% tělesné hmotnosti za posledních 6 měsíců což je velice důležitý a přínosný údaj pro dlouhodobou péči. Pro hodnocení dekubitů se vybíralo mezi nástrojem Braden a Norton, byla vybrána škála Braden, kterou zúčastnění znali a měli s nástrojem dobré zkušenosti.

Po vysvětlení klíčových pojmů a souvislostí se pozitivně zúčastnění z obou skupin stavěli k nástroji RGA a ke všem jeho součástem. Přivítali zařazení hodnocení křehkosti, sarkopeni i kognitivních funkcí. Zástupce některých zařízení zmínili, že hodnocení kognice u nich probíhá, ale pouze lékařem a nástrojem MMSE. Toto hodnocení sestrou vnímali jako přínosné a pro populaci starší 60 let užitečné.

4.5.2 Focus group 2

Druhého sezení se opět zúčastnily 2 skupiny, každá čítala 8 osob, dále moderátor a zapisovatel. V úvodní části proběhla rekapitulace z předchozího sezení a seznámení s tím, co se bude projednávat.

Zúčastnění se shodli v tom, že nástroj RGA a veškerého jeho součástí mají přínosné výsledky, které je mohou upozornit na důležité faktory v rámci ošetrovatelské péče. Ujasnili se některé faktory v rámci již zavedených a běžně používaných nástrojů. I po testování modifikované dokumentace se zúčastnění přikláněli k nástroji Braden.

Dále bylo také ujasněno postavení hodnocení hydratace a výživy a nástroj SNAQ. V podstatě se potvrdilo to, k čemu zúčastnění dospěli již v minulém setkání a nástroj byl i tak nadále ponechán. Stejně tak byl ponechán i nástroj RCS, se kterým měli zúčastnění dobré zkušenosti.

Zúčastnění se shodli na tom, že takto postavená dokumentace může dobře sloužit pro hodnocení populace starší 60 let. Především byla kvitována oblast pro hodnocení geriatrických syndromů, jelikož to není běžnou součástí. Zúčastnění však upozornili i na to, že bude ještě nějakou dobu trvat, než se uzpůsobí ošetrovatelská péče natolik, aby výsledky nástroje RGA měly ještě větší vliv na poskytovanou péči a plánování intervencí.

4.6 Statistická analýza vztahů

Statistický analýza vztahů prezentuje vyhodnocení hypotéz vztahující se k sesterské části a k pacientské části výsledků.

4.6.1 Souvislost závažného onemocnění a uspokojování vybraných potřeb

U seniorů jsme zjišťovaly, zda existuje významná souvislost mezi zvoleným nejzávažnějším typem onemocnění a mezi uspokojováním nebo vykonáváním uvedených potřeb.

Tabulka 24 Souvislost mezi onemocněním a uspokojováním daných potřeb

ONEMOCNĚNÍ, KTERÉ POVAŽUJÍ PACIENTI ZA NEJZÁVAŽNĚJŠÍ A ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
NAKOUPI SI	87,820	24	<0,001	***
PŘIPRAVIT SI JÍDLO	63,527	24	<0,001	***
NAJÍST SE	49,031	24	<0,01	**
OBLÉKÁNÍ	58,806	24	<0,001	***
OBUTÍ	58,124	24	<0,001	***
HYGIENA	50,879	24	<0,01	**
POUŽITÍ WC	47,861	24	<0,01	**
CHŮZE PO ROVINĚ	75,572	24	<0,001	***
CHŮZE PO SCHODECH	71,703	24	<0,001	***
PŘESUN Z LŮŽKA NA ŽIDLI ČI NAOPAK	49,879	24	<0,01	**
VYKONÁVAT PĚČI O DOMÁCNOST (ÚKLID)	54,275	24	<0,001	***
PLATIT ÚČTY	44,647	24	<0,01	**

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s nakupováním. Seniori se zhoubným onemocněním a s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s nakupováním významně častěji, seniori s kardiovaskulárním onemocněním problémy s nakupováním uvádějí ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s přípravou jídla. Seniori s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s přípravou jídla významně častěji, seniori s kardiovaskulárním onemocněním uvádějí problémy s přípravou jídla ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a schopností najít se. Senioři se zhoubným onemocněním uvádějí problémy v této činnosti významně častěji, senioři s kardiovaskulárním onemocněním uvádějí problémy v této činnosti ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s oblékáním. Senioři s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s oblékáním významně častěji, senioři s kardiovaskulárním onemocněním a onemocněním metabolického systému uvádějí problémy s oblékáním ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s obouváním. Senioři s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s obouváním významně častěji, senioři s kardiovaskulárním onemocněním uvádějí problémy s obouváním ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s hygienou. Senioři s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s hygienou významně častěji, senioři s kardiovaskulárním onemocněním a onemocněním metabolického systému uvádějí problémy s hygienou ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s použitím WC. Senioři s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s použitím WC významně častěji, senioři s kardiovaskulárním onemocněním uvádějí problémy s použitím WC ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s chůzí po rovině. Senioři s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s chůzí po rovině významně častěji, senioři s kardiovaskulárním onemocněním a onemocněním trávicího ústrojí uvádějí problémy s chůzí po rovině ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s chůzí po schodech. Senioři s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s chůzí po schodech významně

častěji, senioři s kardiovaskulárním onemocněním a onemocněním trávicího ústrojí uvádějí problémy s chůzí po schodech ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s přesunem z lůžka na židli a naopak. Senioři s onemocněním pohybového aparátu uvádějí problémy s přesunem z lůžka na židli a naopak významně častěji, senioři s kardiovaskulárním onemocněním a onemocněním trávicího ústrojí a metabolického systému uvádějí problémy s přesunem z lůžka na židli a naopak ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s vykonáváním péče o domácnost (úklidem). Senioři s onemocněním pohybového aparátu a se zhoubným onemocněním uvádějí problémy s vykonáváním péče o domácnost (úklidem) významně častěji, senioři s onemocněním trávicího ústrojí uvádějí problémy s vykonáváním péče o domácnost (úklidem) ve významně menší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a problémy s placením účtů. Senioři s onemocněním pohybového aparátu a se zhoubným onemocněním uvádějí problémy s placením účtů významně častěji.

Je tedy prokazatelné, že nejméně závažně vnímané onemocnění má vliv na vykonání a uspokojování vybraných potřeb a hypotéza byla tedy potvrzena.

4.6.2 Dosažené vzdělání a postoj vůči hodnotícím nástrojům

Nejprve jsme u sester zjišťovali, zda výše dosaženého vzdělání ovlivňuje postoj vůči hodnotícím nástrojům především v oblastech pravidelného vyhodnocování nástrojů, pohledu na dostatečnost používaných nástrojů a efektivnosti používaných nástrojů.

Tabulka 25 Nejvyšší dosažené vzdělání a souvislost s vybranými faktory

NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
VYPLŇOVÁNÍ POUŽÍVANÝCH HODNOTÍCÍCH NÁSTROJŮ	14,453	8	0,071	n.s.
DOSTATEČNOST HODNOCENÍ GERIATRICKÝCH PACIENTŮ	22,757	8	<0,01	**
EFEKTIVNOST POUŽÍVANÝCH HODNOTÍCÍCH DOTAZNÍKŮ	22,792	10	<0,05	*

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a názorem sester na dostatečnost hodnocení geriatrických pacientů. S růstem vzdělání významně více považují sestry hodnocení geriatrických pacientů za dostatečné. Hypotéza v tomto případě nebyla potvrzena.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a názorem sester na efektivnost používání hodnotících dotazníků. S růstem vzdělání významně více považují sestry používané hodnotící dotazníky za efektivní. Hypotéza byla v tomto případě potvrzena.

4.6.3 Dosažené vzdělání a hodnocení vybraných oblastí

U sester jsme se dále zaměřili i na to, zda výše dosaženého vzdělání má vliv na postoj vůči hodnocení vybraných oblastí.

Tabulka 26 Nejvyšší dosažené vzdělání a hodnocení vybraných oblastí

VZDĚLÁNÍ A NÁZORY NA MÍRU MONITOTROVÁNÍ POTŘEB GERIATRICKÝCH JEDINCŮ ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
ZDRAVOTNÍ STAV	34,670	6	<0,001	***
NUTRICE	50,171	6	<0,001	***
VYLUČOVÁNÍ	15,231	6	<0,05	*
BEZPEČNOST (PÁDY)	55,394	6	<0,001	***
AKTIVITA, CVIČENÍ	81,833	6	<0,001	***
SPÁNEK, ODPOČINEK	36,002	6	<0,001	***
ROZUMOVÉ SCHOPNOSTI	36,694	6	<0,001	***
SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA	24,220	8	<0,01	**
MEZILIDSKÉ VZTAHY (SOCIÁLNÍ KONTAKT S BLÍZKÝMI)	19,084	8	<0,05	*
SMYSLY (ZRAK, SLUCH ...)	29,961	8	<0,001	***
SEXUALITA	11,201	6	0,082	n.s.
STRES	18,881	8	<0,05	*
VÍRA	18,619	8	<0,05	*

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním sester a všemi znaky, uvedenými v tabulce číslo 2 s výjimkou sexuality. Ve všech prokázaných případech kladou významně větší důraz na nutnost monitorování jednotlivých potřeb geriatrických jedinců zdravotní sestry s nejvyšším, tj. vysokoškolským vzděláním. Hypotéza byla potvrzena.

4.6.4 Délka praxe sester a postoj vůči hodnotícím nástrojům

V rámci hodnocení vztahů sester k hodnotícím nástrojům jsme porovnávali i délku jejich praxe a postoje vůči samotným nástrojům. Jako u vzdělání jsme hodnotili vliv délky praxe na pravidelné vyhodnocování, vnímanou dostatečnost a efektivitu nástrojů.

Tabulka 27 Délka praxe sester a hodnocení vybraných faktorů

DÉLKA PRAXE SESTER A ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
VYPLŇOVÁNÍ POUŽÍVANÝCH HODNOTÍCÍCH NÁSTROJŮ	47,734	16	<0,001	***.
DOSTATEČNOST HODNOCENÍ GERIATRICKÝCH PACIENTŮ	30,113	16	<0,05	*
EFEKTIVNOST POUŽÍVANÝCH HODNOTÍCÍCH DOTAZNÍKŮ	60,849	20	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe sester a vyplňováním používaných hodnotících nástrojů. S růstem délky praxe sester jsou hodnotící nástroje vyplňovány ve významně větší míře.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe sester a názorem sester na dostatečnost hodnocení geriatrických pacientů. Sestry s nejdelší délkou praxe ve významně větší míře považují hodnocení geriatrických pacientů za dostatečné.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi délkou praxe sester a názorem sester na efektivnost používání hodnotících dotazníků. Sestry s delší praxí významně více považují používané hodnotící dotazníky za efektivní.

Tabulka 28 Délka praxe sester a hodnocení vybraných oblastí

DÉLKA PRAXE A NÁZORY NA MÍRU MONITOTROVÁNÍ POTŘEB GERIATRICKÝCH JEDINCŮ ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
ZDRAVOTNÍ STAV	33,433	12	<0,001	***
NUTRICE	32,421	12	<0,01	**
VYLUČOVÁNÍ	31,456	12	<0,01	**
BEZPEČNOST (PÁDY)	14,677	12	0,260	n.s.
AKTIVITA, CVIČENÍ	24,643	12	<0,05	*
SPÁNEK, ODPOČINEK	16,678	12	0,162	n.s.
ROZUMOVÉ SCHOPNOSTI	17,350	12	0,137	n.s.
SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA	32,613	16	<0,01	**
MEZILIDSKÉ VZTAHY (SOCIÁLNÍ KONTAKT S BLÍZKÝMI)	29,359	16	<0,05	*
SMYSLY (ZRAK, SLUCH ...)	14,444	16	0,566	n.s.
SEXUALITA	22,826	12	<0,05	*
STRES	17,836	16	0,334	n.s.
VÍRA	22,738	16	0,121	n.s.

(Zdroj: vlastní výzkum)

Statisticky významná souvislost mezi délkou praxe sester a znaky, uvedenými v tabulce číslo 4 s výjimkou sexuality spočívá v tom, že v prokázaných případech kladou významně větší důraz na nutnost monitorování jednotlivých potřeb geriatrických jedinců zdravotní sestry s větší délkou praxe. Na sexualitu kladou větší důraz sestry s kratší dobou praxe.

4.6.5 Křehkost a kvalita života

U pacientů, kteří po vyhodnocení nástrojem FRAIL vyšli jako křehcí byla následně vyhodnocena i kvalita života. Zaměřili jsme se na obě skupiny, tedy bez potvrzené křehkosti a s křehkostí a monitorovali jsme rozdíl mezi oběma skupinami.

Tabulka 29 Křehkost a domény kvality života

FRAIL_kat2			dom1	dom2	dom3	dom4
			Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
0 bez potíží	N	Valid	363	363	363	363
		Missing	0	0	0	0
	Mean		12,82	13,44	13,46	14,05
	Median		12,57	14,00	13,33	14,50
	Std. Deviation		2,74	2,50	2,63	2,26
1 křehkost	N	Valid	135	135	135	135
		Missing	0	0	0	0
	Mean		8,59	10,66	12,46	13,00
	Median		8,57	10,67	13,33	13,00
	Std. Deviation		2,56	2,63	2,91	2,18

(Zdroj: vlastní výzkum)

Testování souvislostí bylo provedeno U testem Mann-Whitney a testem Wilcoxon W. Byl identifikován statisticky významný rozdíl v kvalitě života, měřené dle WHOQOL BREF mezi křehkými pacienty (dle FRAIL 2 - kategorie) a pacienty bez potíží ve všech doménách.

Tabulka 30 Hodnocení domén kvality života pacienty s křehkostí

	dom1 Fyzické zdraví	dom2 Prožívání	dom3 Sociální vztahy	dom4 Prostředí
Mann-Whitney U	6664,000	11039,000	19988,000	17866,000
Wilcoxon W	15844,000	20219,000	29168,000	27046,000
Z	-12,515	-9,456	-3,207	-4,659
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000
Cohenovo d	1,12	0,85	0,29	0,42
<i>hodnocení efektu</i>	<i>velký efekt</i>	<i>velký efekt</i>	<i>malý efekt</i>	<i>malý efekt</i>

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z hlediska efektu identifikovaných souvislostí byl u domény fyzické zdraví a prožívání naměřen velký efekt, u domény sociálních vztahů a prostředí střední efekt (testováno pomocí Cohenova d). Jednoznačně platí, že křehcí pacienti mají významně nižší kvalitu života v obou těchto doménách, hypotéza byla tedy potvrzena.

4.6.6 Sarkopenie a kvalita života

V rámci hodnocení vztahu mezi kvalitou života a sarkopenií jsme se zaměřili na to, zda prokázaná sarkopenie má vliv na hodnocení samotné kvality života.

Tabulka 31 Sarkopenie a domény kvality života

SARCF_kat			dom1 Fyzické zdraví	dom2 Prožívání	dom3 Sociální vztahy	dom4 Prostředí
0 bez sarkopenie	N	Valid	246	246	246	246
		Missing	0	0	0	0
	Mean		13,85	13,94	13,93	14,55
	Median		14,29	14,00	14,67	15,00
	Std. Deviation		2,54	2,49	2,58	2,22
1 pacient se sarkopenií	N	Valid	252	252	252	252
		Missing	0	0	0	0
	Mean		9,55	11,46	12,47	12,99
	Median		9,71	12,00	13,33	13,00
	Std. Deviation		2,43	2,58	2,70	2,08

(Zdroj: vlastní výzkum)

Testování souvislostí bylo provedeno U testem Mann-Whitney a testem Wilcoxon W. Byl identifikován statisticky významný rozdíl v kvalitě života, měřené dle WHOQOL

BREF mezi pacienty se sarkopenií – úbytkem svalové hmotnosti a pacienty bez sarkopenie (dle SARC-F) ve všech doménách.

Tabulka 32 Hodnocení domén kvality života pacienty se sarkopenií

	dom1 Fyzické zdraví	dom2 Prožívání	dom3 Sociální vztahy	dom4 Prostředí
Mann-Whitney U	6779,500	15296,500	21500,500	18395,000
Wilcoxon W	38657,500	47174,500	53378,500	50273,000
Z	-15,105	-9,803	-5,997	-7,865
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Cohenovo d	1,35	0,88	0,54	0,70
<i>hodnocení efektu</i>	<i>velký efekt</i>	<i>velký efekt</i>	<i>střední efekt</i>	<i>střední efekt</i>

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z hlediska efektu identifikovaných souvislostí byla zejména u domény fyzické zdraví a prožívání naměřena velká věcná významnost - testováno pomocí Cohenova d. Jednoznačně platí, že u seniorů se sarkopenií, je horší kvalita života především v doménách fyzického zdraví a prožívání (s velkým efektem), ale též v doménách sociálních vztahů a prostředí (se středním efektem). Hypotéza byla tedy potvrzena.

4.6.7 Porucha kognitivních funkcí a kvalita života

Z hlediska kognitivních poruch byl sledován vliv přítomné kognitivní poruchy na kvalitu života. Byl hodnocen vliv potvrzené mírné kognitivní poruchy a demence.

Tabulka 33 Mírná kognitivní porucha a demence a hodnocení domén kvality života

RCS_kat			dom1	dom2	dom3	dom4
			Fyzické zdraví	Prožívání	Sociální vztahy	Prostředí
0 normální kognice	N	Valid	216	216	216	216
		Missing	0	0	0	0
	Mean		12,87	13,70	13,75	14,18
	Median		12,57	14,00	13,33	14,50
	Std. Deviation		3,24	2,65	2,43	2,28
1 mírné kognitivní zhoršení	N	Valid	195	195	195	195
		Missing	0	0	0	0
	Mean		11,04	12,28	12,83	13,57
	Median		10,86	12,67	13,33	13,50
	Std. Deviation		3,05	2,60	2,97	2,24
2 demence	N	Valid	87	87	87	87
		Missing	0	0	0	0
	Mean		10,12	11,09	12,60	13,15
	Median		10,29	11,33	12,00	13,00
	Std. Deviation		2,85	2,76	2,70	2,22

(Zdroj: vlastní výzkum)

Testování souvislostí bylo provedeno Kruskal Wallis testem na základě Chi-Square rozdělení. Byl identifikován statisticky významný rozdíl v kvalitě života, měřené dle WHOQOL BREF mezi pacienty s demencí, s mírným kognitivním zhoršením (dle RCS) a pacienty s normální kognicí ve všech doménách.

Tabulka 34 Hodnocení domén kvality života pacienty s mírnou kognitivní poruchou a demencí

	dom1 Fyzické zdraví	dom2 Prožívání	dom3 Sociální vztahy	dom4 Prostředí
Chi-Square	58,313	54,692	14,870	14,800
df	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,000	,000	,001	,001
Fisherovo eta ² (η^2)	0,12	0,11	0,03	0,03
<i>hodnocení efektu</i>	<i>střední efekt</i>	<i>střední efekt</i>	<i>malý efekt</i>	<i>malý efekt</i>

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z hlediska efektu identifikovaných souvislostí byla u domény fyzické zdraví a prožívání naměřena střední věcná významnost - testováno pomocí Fischerova η^2 (η^2). Platí, že čím je měřená kognice horší, tím nižší je kvalita života především v doménách fyzického zdraví a prožívání (se středním efektem), ale též v doménách sociálních vztahů a prostředí (s malým efektem). Hypotéza byla potvrzena.

4.6.8 Úbytek svalové hmoty a kvalita života

V rámci této oblasti byl sledován vliv úbytku svalové hmoty na kvalitu života.

Tabulka 35 Úbytek hmotnosti a hodnocení domén kvality života

SNAQ_kat			dom1 Fyzické zdraví	dom2 Prožívá ní	dom3 Sociální vztahy	dom4 Prostře dí
0 bez rizika	N	Valid	225	225	225	225
		Missing	0	0	0	0
	Mean		13,42	13,99	14,17	14,64
	Median		13,14	14,00	14,67	15,00
	Std. Deviation		2,71	2,40	2,31	2,10
1 velké riziko alespoň 5% úbytku hm.	N	Valid	273	273	273	273
		Missing	0	0	0	0
	Mean		10,23	11,61	12,38	13,04
	Median		10,29	12,00	13,33	13,00
	Std. Deviation		3,01	2,68	2,81	2,18

(Zdroj: vlastní výzkum)

Testování souvislostí bylo provedeno U testem Mann-Whitney a testem Wilcoxon W. Byl identifikován statisticky významný rozdíl v kvalitě života, měřené dle WHOQOL BREF mezi pacienty s rizikem úbytku hmotnosti a pacienty bez tohoto rizika (dle SNAQ) ve všech doménách.

Tabulka 36 Hodnocení domén kvality života pacienty s úbytek tělesné hmotnosti

	dom1 Fyzické zdraví	dom2 Prožívání	dom3 Sociální vztahy	dom4 Prostředí
Mann-Whitney U	13715,500	15935,000	19419,000	18305,000
Wilcoxon W	51116,500	53336,000	56820,000	55706,000
Z	-10,651	-9,270	-7,165	-7,780
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
Cohenovo d	0,95	0,83	0,64	0,70
<i>hodnocení efektu</i>	<i>velký efekt</i>	<i>velký efekt</i>	<i>střední efekt</i>	<i>střední efekt</i>

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z hlediska efektu identifikovaných souvislostí byla zejména u domény fyzické zdraví a prožívání naměřena i velká věcná významnost - testováno pomocí Cohenova d. Jednoznačně platí, že čím větší je riziko úbytku hmotnosti, tím nižší je kvalita života především v doménách fyzického zdraví a prožívání (s velkým efektem), ale též v doménách sociálních vztahů a prostředí (se středním efektem). Hypotéza byla potvrzena.

4.6.9 Souvislost vztahu pohlaví s vybranými geriatrickými syndromy

U populace seniorů jsme se dále zaměřili na to, zda se výskyt vybraných geriatrických syndromů váže na pohlaví či nikoliv.

Tabulka 37 Vliv pohlavní na výskyt vybraných geriatrických syndromů

POHLAVÍ A ...	HODNOTA X^2	df	p	Stat. význ.
KŘEHKOST (FRAIL)	1,586	2	0,453	n.s.
ÚROVEŇ VÝŽIVY (SNAQ)	0,003	1	0,959	n.s.
SARKOPENIE (SARC-F)	2,831	1	0,096	n.s.
RYCHLÉ KOGNITIVNÍ VYŠETŘENÍ (RCS)	0,514	2	0,773	n.s.

(Zdroj: vlastní výzkum)

Normální křehkost byla identifikována u 17,3 % zkoumaných seniorů. Předkřehkost byla naměřena u 55,6 % dotazovaných, 27,1 % seniorů vykázalo křehkost. Statisticky významné rozdíly nebyly v případě FRAIL z hlediska pohlaví identifikovány, muži a ženy se statisticky významně z hlediska křehkosti neliší ($p = 0,453$).

Pokud se týká výživy, normální stav byl identifikován u 41,0 % seniorů, riziko ztráty tělesné hmotnosti o 5 % za posledních 6 měsíců bylo naměřeno u 59,0 % zkoumaných

seniorů. Statisticky významné rozdíly nebyly v případě SNAQ mezi muži a ženami zjištěny ($p = 0,959$).

Sarkopenie (SARC-F) byla prokázána u 50,6 % seniorů, ve zbývajících případech byl naměřen normální stav. Sarkopenií trpí více ženy (53,9 %) než muži (46,3 %), rozdíl však nebyl testován jako statisticky významný ($p = 0,096$).

Rychlé kognitivní vyšetření (RCS) prokázalo normální stav u 43,3 % dotazovaných seniorů, mírná kognitivní porucha byla zjištěna 39,2 % případů a demence byla identifikována u 17,5 % seniorů. Statisticky významné rozdíly nebyly v případě RCS z hlediska pohlaví zjištěny ($p = 0,773$).

4.6.10 Souvislost vztahu mezi věkem a vybranými geriatrickými syndromy

V následující části jsou zaznamenány vztahové souvislosti věku a vybraných geriatrických syndromů.

Tabulka 38 Vliv věku na výskyt vybraných geriatrických syndromů

VĚK A ...	HODNOTA X^2	df	p	Stat. význam.
KŘEHKOST (FRAIL)	41,303	4	<0,001	***
ÚROVEŇ VÝŽIVY (SNAQ)	7,762	2	<0,05	*
SARKOPENIE (SARC-F)	33,179	2	<0,001	***
RYCHLÉ KOGNITIVNÍ VYŠETŘENÍ (RCS)	34,991	4	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a křehkostí FRAIL). S rostoucím věkem se ve významně zvyšuje i celková křehkost organismu.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a úrovní výživy (SNAQ). S rostoucím věkem riziko ztráty tělesné hmotnosti o 5% za posledních 6 měsíců klesá, nejvyšší je ve věkové skupině 65 – 74 let.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a sarkopenií (SARC-F). S rostoucím věkem se riziko sarkopenie statisticky významně zvyšuje.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a kognitivní poruchou ((RCS). S rostoucím věkem se ve významně zvyšuje riziko kognitivní poruchy, úroveň demence je nejvyšší v nejstarší věkové skupině.

4.6.11 Souvislost závažnosti onemocnění s uvedenými faktory

V následující části jsou zaznamenány souvislosti mezi závažným onemocněním a druhem zařízení, délkou pobytu v zařízení, subjektivním hodnocením psychického a fyzického zdraví a spokojeností s psychickým a fyzickým zdravím.

Tabulka 39 Souvislost závažného onemocnění a vybraných faktorů

ONEMOCNĚNÍ, KTERÉ POVAŽUJÍ SENIOŘI ZA NEJZÁVAŽNĚJŠÍ A ...	HODNOTA X^2	df	p	Stat. význ.
DRUH ZAŘÍZENÍ, VE KTERÉM SENIOR POBÝVÁ	81,079	30	<0,001	***
DÉLKA POBYTU V ZAŘÍZENÍ	56,372	24	<0,001	***
HODNOCENÍ VLASTNÍHO FYZICKÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU	27,671	6	<0,001	***
SPOKOJENOST S VLASTNÍM FYZICKÝM STAVEM	70,306	24	<0,001	***
HODNOCENÍ VLASTNÍHO PSYCHICKÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU	32,412	6	<0,001	***
SPOKOJENOST S VLASTNÍM PSYCHICKÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM	73,800	24	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a druhem zařízení, ve kterém senior pobývá. Senioři se zhoubným onemocněním významně častěji pobývají v nemocnici nebo léčebně dlouhodobých nemocných, senioři s onemocněním dýchacích cest významně častěji pobývají v domovech seniorů a senioři s kardiovaskulárním onemocněním významně častěji pobývají v domácím prostředí.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a délkou pobytu v zařízení. Senioři se zhoubným onemocněním významně častěji pobývají v zařízení nejkratší dobu, tj. méně než 1 rok.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a hodnocením vlastního fyzického zdravotního stavu. Senioři se zhoubným onemocněním významně častěji hodnotí vlastní fyzický zdravotní stav jako horší, senioři s kardiovaskulárním onemocněním významně častěji hodnotí vlastní fyzický zdravotní stav jako lepší.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a spokojeností s vlastním fyzickým zdravotním stavem. Senioři se zhoubným onemocněním jsou významně častěji s vlastním fyzickým zdravotním stavem výrazně nespokojeni.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a hodnocením vlastního psychického zdravotního stavu. Senioři se zhoubným onemocněním významně častěji hodnotí vlastní fyzický zdravotní stav jako horší, senioři s kardiovaskulárním a metabolickým onemocněním významně častěji hodnotí vlastní psychický zdravotní stav jako lepší.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vlastním onemocněním, kterému senior připisuje největší závažnost a spokojeností s vlastním psychickým zdravotním stavem. Senioři se zhoubným onemocněním jsou významně častěji s vlastním fyzickým zdravotním stavem výrazně nespokojeni, senioři s kardiovaskulárním onemocněním jsou s vlastním psychickým zdravotním stavem spokojenější.

4.6.11 Souvislost druhu zařízení s hodnocením a se spokojeností s fyzickým a psychickým zdravím

V následující části jsou uvedené souvislosti druhu zařízení, ve kterých senioři pobývají se subjektivním hodnocením psychického a fyzického zdravotního stavu a se spokojeností s psychickým a fyzickým zdravotním stavem.

Tabulka 40 Souvislost druhu zařízení a uvedených faktorů

DRUH ZAŘÍZENÍ, VE KTERÉM SENIOR POBÝVÁ A ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
HODNOCENÍ VLASTNÍHO FYZICKÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU	43,902	5	<0,001	***
SPOKOJENOST S VLASTNÍM FYZICKÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM	57,561	20	<0,001	***
HODNOCENÍ VLASTNÍHO PSYCHICKÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU	36,496	5	<0,001	***
SPOKOJENOST S VLASTNÍM PSYCHICKÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM	61,815	20	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi druhem zařízení, ve kterém senior pobývá a hodnocením vlastního fyzického zdravotního stavu. Senioři pobývající v domácím prostředí hodnotí vlastní fyzický zdravotní stav významně častěji jako lepší, jako horší hodnotí svůj fyzický zdravotní stav senioři pobývající v nemocnicích či LDN a v domech s pečovatelskou službou.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi druhem zařízení, ve kterém senior pobývá a spokojeností s vlastním fyzickým zdravotním stavem. Senioři pobývající v domácím prostředí jsou s vlastním fyzickým zdravotním stavem významně častěji spokojenější, významně více nespokojeni jsou senioři pobývající v nemocnicích či LDN.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi druhem zařízení, ve kterém senior pobývá a hodnocením vlastního psychického zdravotního stavu. Senioři pobývající v domácím prostředí hodnotí vlastní psychický zdravotní stav významně častěji jako lepší, jako horší hodnotí svůj psychický zdravotní stav senioři pobývající v nemocnicích či LDN.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi druhem zařízení, ve kterém senior pobývá a spokojeností s vlastním psychickým zdravotním stavem. Senioři pobývající v domácím prostředí jsou s vlastním psychickým zdravotním stavem významně častěji spokojenější, významně více nespokojeni jsou senioři pobývající v nemocnicích či LDN.

4.6.12 Souvislost místa pobytu seniorů a dotazování zdravotníků

V následující části jsou zaznamenány souvislosti hodnocení zdravotníky jednotlivých oblastí v rámci potřeb v závislosti na místě pobytu seniorů.

Tabulka 41 Souvislost místa pobytu a hodnocení zdravotníků

MÍSTO POBYTU SENIORŮ A DOTAZOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ NA JEDNOTLIVÉ POTŘEBY SENIORŮ ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat. význ.
ZDRAVOTNÍ STAV	4,364	5	0,498	n.s.
VÝŽIVA	36,005	5	<0,001	***
VYLUČOVÁNÍ	39,439	5	<0,001	***
BEZPEČNOST (PÁDY)	33,273	5	<0,001	***
AKTIVITA, CVIČENÍ	35,997	5	<0,001	***
SPÁNEK, ODPOČINEK	36,546	5	<0,001	***
ROZUMOVÉ SCHOPNOSTI	65,321	5	<0,001	***
SEBEPOJETÍ, SEBEÚCTA	49,315	5	<0,001	***
MEZILIDSKÉ VZTAHY (SOCIÁLNÍ KONTAKT S BLÍZKÝMI)	25,423	5	<0,001	***
SEXUALITA	27,370	5	0,001	***
STRES	10,660	5	0,059	n.s.
VÍRA, ŽIVOTNÍ HODNOTY	26,750	5	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi místem pobytu seniora a všemi znaky, uvedenými v tabulce číslo 5 s výjimkou zdravotního stavu a stresu. Ve všech těchto případech senioři pobývající v domácím prostředí logicky významně častěji uvádějí, že se jich na dané potřeby nikdo ze zdravotnických pracovníků nedotazoval, nejčastěji byli na uvedené potřeby dotazováni senioři žijící v domovech seniorů.

4.6.13 Souvislost hodnocení kvalit života s uvedenými faktory

V následující části jsou zaznamenány souvislosti vztahů mezi hodnocením kvality života a subjektivním hodnocením psychického a fyzického zdraví, spokojeností s psychickým a fyzickým zdravím a místem a délkou pobytu seniorů.

Tabulka 42 Souvislost kvality života s uvedenými faktory

HODNOCENÍ KVALITY VLASTNÍHO ŽIVOTA A ...	HODNOTA χ^2	df	p	Stat.význ
DRUH ZAŘÍZENÍ, VE KTERÉM SENIOR POBÝVÁ	75,991	20	<0,001	***
DÉLKA POBYTU V ZAŘÍZENÍ	33,313	16	<0,01	**
HODNOCENÍ VLASTNÍHO FYZICKÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU	102,403	4	<0,001	***
SPOKOJENOST S VLASTNÍM FYZICKÝM STAVEM	199,568	16	<0,001	***
HODNOCENÍ VLASTNÍHO PSYCHICKÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU	115,072	4	<0,001	***
SPOKOJENOST S VLASTNÍM PSYCHICKÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM	226,639	16	<0,001	***
PÁDY V POSLEDNÍM ROCE	52,111	8	<0,001	***

(Zdroj: vlastní výzkum)

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi hodnocením kvality vlastního života a druhem zařízení, ve kterém senior pobývá. Senioři pobývající v domácím prostředí významně častěji hodnotí kvalitu vlastního života jako dobrou nebo velmi dobrou. Nejhůře hodnotí kvalitu vlastního života senioři, pobývající v nemocnici nebo LDN.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi hodnocením kvality vlastního života a délkou pobytu v zařízení. Senioři pobývající v zařízení kratší dobu významně častěji hodnotí kvalitu vlastního života jako horší.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi hodnocením kvality vlastního života a hodnocením vlastního fyzického zdravotního stavu. Platí, že čím více je

hodnocena kvalita vlastního života jako horší, tím více je rovněž jako horší hodnocen vlastní fyzický zdravotní stav.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi hodnocením kvality vlastního života a spokojeností s vlastním fyzickým zdravotním stavem. Platí, že čím více je hodnocena kvalita vlastního života jako horší, tím menší je rovněž spokojenost s vlastním fyzickým zdravotním stavem.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi hodnocením kvality vlastního života a hodnocením vlastního psychického zdravotního stavu. Platí, že čím více je hodnocena kvalita vlastního života jako horší, tím více je rovněž jako horší hodnocen vlastní psychický zdravotní stav.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi hodnocením kvality vlastního života a spokojeností s vlastním psychickým zdravotním stavem. Platí, že čím více je hodnocena kvalita vlastního života jako horší, tím menší je rovněž spokojenost s vlastním psychickým zdravotním stavem.

Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi hodnocením kvality vlastního života a výskytem pádů u seniora v posledním roce. Senioři, kteří uvedli, že v posledním roce spadli významně častěji hodnotí kvalitu vlastního života jako horší, naopak senioři, kteří v posledním roce pád neměli významně častěji hodnotí kvalitu vlastního života jako dobrou nebo velmi dobrou.

5 Diskuse

Populace starší 60 let představuje významnou část příjemců ošetrovatelské péče která vlivem významných specifík dané populace musí být poskytována uzpůsobeně a citlivě. Ke geriatrické ošetrovatelské péči se váže několik zásadních bodů jako například dostatek informací o poskytování geriatrického ošetrovatelství, ale také nedostatek zájemců o tento obor, geriatrické ošetrovatelství není preferovaný obor u většiny studentů ošetrovatelství (McCloskey et al., 2020). Paradoxně je populace starší 60 let rychleji rostoucí než mladší populace. Jedná se o fakt, který patří mezi významné mezníky poskytování zdravotní péče ve 21. století, což by se mělo odrazit i již ve vzdělávání zdravotníků, taktéž i v ošetrovatelství (Garbrah et al., 2021). Je nutné dostatečné vzdělání považovat za základ poskytování kvalitní a odborné ošetrovatelské péče pro stárnoucí populaci. Pokud se v problematice posuneme dál, je nutné, aby sestry obsáhly specifika stárnutí a veškerou problematiku, která se stárnutím souvisí. Základem můžeme problematiku stárnutí rozdělit na změny spojené s věkem, které se dotýkají všech systémů. Další významná problematika se týká chronicity a geriatrických syndromů. Zdravotní změny se netýkají pouze fyzické stránky, ale také psychické stránky (Amarya et al., 2017), ovšem také se týkají socioekonomické stránky, ze které například plyne změna rolí či variabilní ekonomické situace (Oxman, Berkman, 1990).

Pro zjištění aktuálního stavu, a i pro část anamnestických údajů je nutné v rámci ošetrovatelské péče dobře pracovat s měřicími a hodnotícími nástroji. Používání hodnotících nástrojů je neodmyslitelnou součástí ošetrovatelského procesu, vede ke zkvalitnění péče, tvoří ji bezpečnější a efektivnější a vedou sestry k lepšímu rozhodování (Palese et al., 2014). Sestry by tedy měly vědět proč nástroje používají, jak je mají používat a jak by měly se získanými výsledky pracovat. Existuje velice široké spektrum nástrojů, které je možné v ošetrovatelské praxi využít, ovšem je důležité vybrat právě ty, které jsou uzpůsobeny pro danou skupinu pacientů, která se již na základě věku může velice odlišovat. Pro populaci seniorů je nejvhodnější použití CGA, což představuje komplexní a multidimenzionální hodnocení seniorů, které prokazatelně snižuje dobu hospitalizace (Nord et al., 2021). V praxi se ovšem setkáváme spíše se základním hodnocení soběstačnosti, rizika pádů, dekubitů a nutrice.

5.1 Zdravotně sociální problematika populace starší 60 let

Zdravotně sociální problematika představuje základní oblast, která je podkladem anamnestických údajů. Zdravotní problematika seniorů může být zprvu vnímána dle výskytu typu onemocnění, které se nejčastěji vyskytuje v chronické formě. Respondenti nejčastěji trpí onemocněním pohybovým, kardiovaskulárním a dýchacím. Dle výsledků Marengoni a kolektivu (2008) se u populace seniorů nejčastěji vyskytují onemocnění kardiovaskulární, mentální a neurosenzorické. Jako nejzávažnější onemocnění ovšem senioři nevnímali onemocnění kardiovaskulární, ale pohybové. Wenning a kolektiv (2005) svojí studií upozornili na vysokou prevalenci pohybových onemocnění u populace starších žen, ovšem upozornili také na fakt, že onemocnění nejsou uznávána a léčba nedosahuje patřičné dostatečnosti. Vnímání pohybového onemocnění jako nejzávažnějšího je zřejmě navázáno na pokles soběstačnosti a výkonosti, což jsou pro respondenty klíčové faktory a většina se snaží být soběstačná co možná nejdéle. Pokles pohybu může způsobit i pokles funkční kapacity, což může mít následně vliv i na sebezpečí a nezávislost pacientů. Nedostatečná sebezpečí a závislost pacientů na druhé osobě může často vést zdravotníky k nahrazování funkce jejich funkcí čili nedochází ke stimulaci sebezpečí a nezávislosti a celá problematika se tak ještě prohlubuje (Imaginário et al., 2019). Pohybová onemocnění mohou být také příčinou chronické bolesti a zdrojem psychických poruch. Přetrvávající chronická bolest pak může být příčinou invalidizujícího chronického onemocnění, dále snižuje možnost celkového zotavení a má i dopad na pokles kvality života (Butera et al., 2016). Právě bolest byla nejčastěji zmiňovaným důvodem, který limituje seniory v pohybu. Příčinou snížené pohyblivosti je dále samo onemocnění nebo dýchací obtíže. Se sníženou pohyblivostí také souvisí používání kompenzačních pomůcek. Nejvíce senioři používají hole, berle a chodítka.

Monitorace pádů vyplývá již ze záznamu nástroje SARC-F, kde pády za poslední rok potvrdila více než třetina seniorů. Aama (2011) uvádí, že u seniorů starších 65 let je pravděpodobnost pádů zhruba u 27 %, což se dle našeho výzkumu potvrdilo, pokud při hodnocení v anamnéze již pád figuruje či se objevila abnormalita v chůzi či v udržení rovnováhy hrozí riziko pádu až 50 % seniorů. Mezi komplikace vznikající v souvislosti s pádem byla nejčastěji zmíněna bolest, hematom a strach. Pasquetti a kolektiv (2014) jako prediktory pádů určili onemocnění kardiovaskulární, neurologické, dále některé z interních onemocnění jako dehydrataci či anémii, muskuloskeletární onemocnění, dále průjmů, inkontinenci, imobilitu, medikamentózní léčbu a psychiatrické onemocnění.

Autoři jako nejčastější komplikace pádů vnímají fraktury, poranění hlavy a poranění vnitřních orgánů.

Subjektivní hodnocení fyzického a psychického zdravotního stavu je další podstatnou součástí zmapování celkového pohledu respondentů na jich vlastní zdraví. Je velice důležité vědět, jakým způsobem se pacienti vnímají a jaké mají sebehodnocení v těchto oblastech. Subjektivní hodnocení fyzického zdravotního stavu se spíše pohybovalo ve středu či se přiklápělo k horšímu, tedy je možné říci, že respondenti nevnímají fyzický zdravotní stav pozitivně. Virtuoso a kolektiv (2011) upozorňují, že na sebehodnocení v rámci fyzického zdraví má u seniorů významný vliv mobilita a schopnost vykonávání denních aktivit. Spíše negativní hodnocení fyzického zdraví tedy může souviset i s vnímáním pohybových onemocnění jako nejzávažnějších. V rámci hodnocení kvality života ani dotazy směřující k pohybové aktivitě nebyly hodnoceny pozitivně, ale středně čili v této oblasti se spokojenost s fyzickým zdravím také nepotvrdila. Ani spokojenost nebyla příliš vysoká, ale spíše naopak. Většina respondentů se nevyjádřila k fyzickému zdravotnímu stavu spokojeně, projevovaly spíše průměrnou spokojenost a nespokojenost. Knapik a kolektiv (2019) potvrdily, že subjektivní hodnocení fyzického zdravotního stavu vysoce souvisí s fyzickou zdatností, konkrétně tedy více u žen než u mužů a také více u chronicky nemocných než u zdravých jedinců. Subjektivní hodnocení psychického zdravotního stavu bylo opět velmi často směřováno do středního hodnocení, ale v porovnání s fyzickým zdravotním stavem byla psychika hodnocena lépe. Subjektivním hodnocení psychického zdravotního stavu se také zabýval Cybulski a kolektiv (2017) a dle jejich výsledků bylo hodnocení negativní, a to bez ohledu na pohlaví, věk, depresivní či psychotické mentální syndromy. Spokojenost byla u psychického zdravotního stavu hodnocena lépe než u fyzického. Pokud na tuto část budeme nahlížet komplexně, je možné tvrdit, že respondenti hodnotí lépe psychický zdravotní stav než fyzický.

Soustředili jsme se také na to, jakým způsobem je hodnocen psychický a fyzický zdravotní stav v souvislosti s nejzávažněji vnímaným onemocněním. V subjektivním hodnocení fyzického a psychického zdravotního stavu sehrála významnou roli zhoubná onemocnění, která výrazně negativně promlouvala do hodnocení stavu i do spokojenosti se zdravotním stavem. Naopak u kardiovaskulárních onemocnění bylo hodnocení i spokojenost znatelně pozitivnější. Na problematiku je možno nahlížet z několika pohledů. Například data Krajské správy ČSÚ Jihočeského kraje prokazují, že nejčastější příčinou úmrtí v rámci Jihočeského kraje v roce 2015 byla onemocnění kardiovaskulární (2 923

úmrtí) a poté až zhoubná (1774 úmrtí). Skutečnost tedy naznačuje, že právě kardiovaskulární choroby by měly do subjektivního hodnocení promlouvat negativně. Paradoxně jsme u respondentů ovšem prokázali, že zhoubné onemocnění má drtivější dopad subjektivní hodnocení pacienta, ač není v příčinách úmrtí nejčastější. Vnímání zhoubných onemocnění ovlivňuje několik faktorů jako například závažnost, nepředvídatelnost, nezničitelnost, průběh léčby nebo strach ze smrti na rakovinu (Vrinten et al., 2017).

Na subjektivní hodnocení psychického a fyzického zdravotního stavu jsme také nahlíželi z pohledu zařízení, ve kterém senior setrvává. Respondenti pobývající v domácím prostředí hodnotili svůj fyzický zdravotní stav podstatně lépe, nejhůře svůj fyzický zdravotní stav hodnotili respondenti pobývající v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v domovech s pečovatelskou službou. Tyto výsledky hodnocení jsou poměrně logické, fyzický zdravotní stav by měl dosahovat určité úrovně, aby senior mohl setrvat v domácím prostředí s určitou úrovní soběstačnosti a nezávislosti. Stejně tak se pohybovala i spokojenost respondentů s fyzickým zdravotním stavem, nejspokojenější jsou senioři v domácím prostředí, naopak nejméně spokojeni jsou senioři v léčebnách dlouhodobě nemocných nebo v nemocnicích. Spokojenost tedy v tomto případě potvrzuje i samotné hodnocení. Psychický zdravotní stav byl nejlépe hodnocen opět respondenty v domácím prostředí, nejhůře jej opět hodnotili respondenti v nemocnicích a v léčebnách dlouhodobě nemocných. Opět je toto zjištění logické, senioři v domácím prostředí se cítí bezpečněji a jsou ve svém přirozeném prostředí, naopak v nemocnicích či léčebnách je pro seniory prostředí cizí a chybí a jak jsme i zjistili, četnost návštěv není ve všech případech pravidelná a častá. Toto se potvrdilo i v rámci spokojenosti s psychickým zdravotním stavem, respondenti v domácím prostředí jsou spokojenější než senioři v nemocnicích nebo léčebnách. Jak uvádí Bužgová a kolektiv (2013) je nutné monitorovat i psychosociální problematiku, která poskytuje zpětnou vazbu o vnímané pohodě pacientů a tím pádem může přispět i ke zlepšení komunikace v rámci vztahů sester, pacientů a lékařů. Z toho tedy vyplývá, že v rámci všech zařízení bychom jako zdravotníci měli mít dostatek informací o těchto oblastech, neboť mohou výrazně přispět k budování vzájemné důvěry, a tedy i podporovat kvalitu poskytované péče.

U respondentů, kteří jsou klienty domovů pro seniory nebo s pečovatelskou službou, či pacienty v nemocnicích byla monitorována spokojenost se zařízením. Respondenti pobývali v zařízení nejčastěji z důvodu onemocnění či poklesu nebo ztráty

soběstačnosti. Spokojenost s uvedenými zařízeními byla spíše pozitivní až neutrální. V rámci monitorovaných pozitiv byla často zmíněna celková úroveň kvality péče, sociální kontakt nebo přístup zdravotníků. Studie poukázala na pozitivní vliv seniorů žijících v domovech pro seniory, jedná se především o sociální podporu a samotnou poskytovanou péči (Lin et al., 2020). Vnímaná negativa byla ve spojitosti se nedostatkem soukromí či nepřítomnosti rodiny. Tao a kolektiv (2018) potvrdili, že nedostatek či ztráta soukromí bývá často problematickou oblastí poskytované péče v domovech pro seniory nebo podobných zařízeních. Dále jsme také mapovali četnost návštěv, kde se prokázalo že rodina je v této oblasti aktivnější než přátelé. Pobyt v zařízení či hospitalizace byla další monitorovaná souvislost, která prokázala vazbu nejzávažněji vnímaného onemocnění a druh zařízení, ve kterém respondent pobývá. V nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných nejčastěji pobývají respondenti se zhoubným onemocněním, senioři s onemocněním dýchacích cest pak nejčastěji pobývají v domovech pro seniory a pacienti s kardiovaskulárním onemocněním nejčastěji pobývají v domácím prostředí. Nejkratší dobu pobytu potom označili respondenti se zhoubným onemocněním a většinou se jednalo o dobu kratší než 1 rok. Z těchto faktů je tedy možné vyzorovat, že kardiovaskulární onemocnění i vzhledem ke své léčbě není často příčinou dlouhodobé hospitalizace. Naopak závažnost, průběh a léčba onemocnění zhoubných si toto vyžaduje.

U seniorů je podstatné také monitorovat soběstačnost v běžných denních aktivitách. Mezi nejproblematictější oblasti patřilo vyjít do schodů, nakoupit si, příprava jídla a úklid domácnosti. Yoshimura a kolektiv (2021) potvrzují, že mezi nejoblíbenější aktivity seniorů spadají právě ty, které jsou spojené s pohybovou aktivitou bez ohledu na pohlaví seniorů. Autoři dále také upozorňují na fakt, že dokud jsou klienti aktivní neklesá ani jejich soběstačnost, naopak pokud je monitorován pokles v rámci fyzické aktivity, klesá i soběstačnost. Lze tedy předpokládat, že respondenti označili jako za problematické právě ty aktivity, které jsou spojeny s vykonáním fyzické aktivity, což je limituje v jejich soběstačnosti. Tato skutečnost je potvrzena i vnímáním pohybových onemocnění jako nejzávažnějších. Nákup je možné jako problematický vnímat spíše z důvodu vykonání fyzické aktivity, protože v rámci hodnocení kvality života byl dotaz ohledně financí hodnocen pozitivně. Lze předpokládat, že chůze do schodů je silně problematická z důvodu často zmiňovaných pohybových onemocnění v kombinaci s dýchacími a kardiovaskulárními. Nejméně problematickou oblastí bylo respondenty určeno najít se a použití toalety následovalo jako druhá nejméně problematická činnost. Zde je možné předpokládat, že svoji roli při zhodnocení použití toalety hrál buď stud nebo vhodné

uzpůsobení prostředí. Velice zajímavé bylo také zjištění vztahů v rámci denních aktivit, které je možné vnímat i jako potřeby a nejzávažnějšího onemocnění. Téměř do všech potřeb největší měrou zasahovalo onemocnění pohybového aparátu, u některých potřeb je možné vnímat i vliv zhoubného onemocnění. Naopak překvapivě nejméně do vykonání a uspokojení potřeb zasahovalo onemocnění kardiovaskulární, popřípadě metabolické či trávicí. I v této oblasti se tedy potvrdil negativní dopad pohybového onemocnění, které tedy působí především na sebepečí a následně tedy i na nezávislost seniorů.

Geriatrické syndromy tvoří rozsáhlou oblast zdravotně sociální problematiky a také podstatnou část specifické ošetrovatelské péče. V rámci nástroje RGA jsme se zaměřili na křehkost, sarkopenii, úbytek tělesné hmotnosti, mírnou kognitivní poruchu a demenci. Křehkost byla potvrzena téměř u třetiny respondentů a hrozící křehkost více než u poloviny respondentů. Sarkopenie byla potvrzena u poloviny respondentů. Úbytek tělesné hmotnosti byl potvrzen u více než poloviny respondentů. Mírná kognitivní porucha byla potvrzena u více než třetiny respondentů a demenci u pětiny seniorů. Morley (2017) použil nástroj RGA a křehkost byla potvrzena u 23 % seniorů, sarkopenie u 32,8 %, úbytek tělesné hmotnosti u 34,7 %, mírná kognitivní porucha u 19,3 % a demence u 23,9 %.

Dále jsme také hodnotili, zda existuje nějaký vztah mezi geriatrickými syndromy a pohlavím nebo věkem. Dle našich výsledků pohlavní nemá vliv na výskyt geriatrických syndromů. Výzkum Ma a kolektivu (2018) ovšem potvrdil, že křehkost se váže především na ženy z venkovských oblastí, ve studii byla ovšem jako další rizikový faktor zmapována nízká úroveň vzdělání, chronické onemocnění nebo výskyt dalších geriatrických syndromů. Spojitost pohlaví geriatrických syndromů byl potvrzen i u studie Rauchse a kolektivu (2019), kteří zjistili, že geriatrické syndromy se více pojí s ženským pohlavím, ovšem významná spojitost byla nalezena i s postupujícím věkem. Metaanalýza potvrdila spojitost ženského pohlaví a mírné kognitivní poruchy, která ovšem není zaznamenána v anamnéze, naopak u seniorů s mírnou kognitivní poruchou uvedenou v anamnéze nebyla nalezena významná souvislost s pohlavím. Souvislost pohlaví a geriatrických syndromů je tedy variabilní, z uvedených zdrojů je možné spíše předpokládat, že k rozvoji geriatrických syndromů může přispět pohlaví, ale záleží také na sociálním a ekonomickém zázemí. Vztah věku a vybraných geriatrických syndromů ovšem poukázal na určité spojitosti. Výskyt křehkosti má vazbu na věk a lze tvrdit, že čím vyšší je věk pacienta tím vyšší má riziko vzniku křehkosti. Tuto skutečnost potvrdil i výzkum autora Carnerio a kolektivu (2017), kteří také zjistili významnou souvislost pokročilého věku a

výskytu křehkosti, mimo to také dospěli k závěru, kdy na prevalenci křehkosti má významný vliv žití bez partnera, pád nebo hospitalizace za posledních 12 měsíců. Ztráta tělesné hmotnosti se nejvíce váže na skupinu populace 65 až 74 let. Tsutsumimoto a kolektiv (2018) sledovali výskyt anorexie u seniorů, který dosáhl 10,7 % a byla nalezena i vazba na věk, dále bylo upozorněno i na to, že senioři trpící anorexií mají spadají do rizika vzniku křehkosti a disability. Sarkopenie má vazbu s věkem stejnou jako křehkost, tedy čím vyšší věk tím stoupá i riziko vzniku sarkopenie. Simsek a kolektiv (2019) potvrdili 5,2 % prevalenci sarkopenie a jako rizikové faktory byl stejně jako u nás určen vyšší věk, dále fyzická inaktivita, nízká hodnota BMI a přítomné riziko malnutrice. Kognitivní poruchy se taktéž vážou na věk, stejně jako křehkost a sarkopenie. Nejvíce demencí bylo nalezeno u nejstarších zúčastněných seniorů. Výskyt demence ve spojitosti s vyšší věkem byla potvrzena i studií od Bickel a kolektivu (2018), kteří dále potvrdili souvislost výskytu demencí u seniorů s nižším vzděláním a u seniorů závislých na ošetrovatelské péči, autoři dále potvrdili i to, že pouze 36,5 % z celkově potvrzených seniorů s demencí mělo demenci již jako zdokumentovanou diagnózu. Naše výsledky a uvedené zdroje se v případě geriatrických syndromů a věku shodují a je tedy možné tvrdit, že výskyt geriatrických syndromů se silně zvyšuje s postupujícím věkem. U starší populace seniorů je tedy nutné dbát na výskyt těchto syndromů, ovšem je nutné již v mladším věku dbát na prevenci a zabránit vzniku a rozvoji geriatrických syndromů.

5.2 Hodnocení kvality života

Kvalita života monitorovaná nástrojem WHOQOL – BREF byla hodnocena celkově a následně u skupin respondentů s potvrzenými geriatrickými syndromy a bez nich. Hodnocení kvality života velmi dobře odráží, jaký vliv má přítomnost vybraného syndromu na jednotlivé domény a jak silně tedy může zasahovat do subjektivního hodnocení kvality života. Toto zjištění také svědčí o tom, jak nutné je monitorovat geriatrické syndromy v praxi a proč je důležité poskytovat vysoce kvalifikovanou péči. Pokud se na problematiku hodnocení kvality života a vlivu geriatrických syndromů podíváme komplexně, nejhůře jsou hodnoceny domény fyzického zdraví a prožívání. Pro podrobnější představu křehkost nejvíce zasahovala do domén fyzického zdraví a prožívání, naopak u domén prostředí a sociálních vztahů nebyl vliv křehkosti natolik zásadní. Metaanalýza od Kojimi a kolektivu (2016) potvrzuje, že křehkost negativně ovlivňuje kvalitu života, a to v doménách mentálních i fyzických. Sarkopenie navíc ovlivnila domény fyzického zdraví a prožívání, u domén sociálních vztahů a prostředí byl

efekt sarkopenie střední. Negativní dopad sarkopenie na kvalitu života potvrdila také například studie Giglia a kolektivu (2018), mimo to také bylo upozorněno na riziko zvýšení hospitalizace a mortality. Úbytek tělesné hmotnosti nejvíce zasahoval do domén fyzického zdraví a prožívání, se středním efektem působil na domény prostředí a sociálních vztahů. Mírná kognitivní porucha a demence měly na domény prožívání a fyzického zdraví pouze střední efekt a na domény prostředí a sociálních vztahů malý efekt. Dle našich výsledků je tedy možné hovořit o tom, že největší vliv na kvalitu života má úbytek tělesné hmotnosti a sarkopenie, následně křehkost a nejméně kvalitu života ovlivňuje přítomnost mírné kognitivní poruchy či demence. Hodnocení kvality života je silně subjektivní záležitostí, nelze připisovat úroveň kvality života na základě odhadu druhé osoby, například na základě počtu nemocí, léků nebo věku. Není vyloučeno, že mladí lidé mohou svoji kvalitu života vnímat silně negativně, senioři pozitivně a naopak. Jedná se velice citlivé ohodnocení sebe sama, z hlediska ošetrovatelské péče je nutné tak i s takovou informací nakládat a pokud máme potvrzeno, že geriatrické syndromy mají negativní dopad na kvalitu života, měli bychom i v rámci intervencí pracovat na zkvalitnění života.

Na hodnocení kvality života jsme se také zaměřili u respondentů pobývajících v různých typech zařízení a v domácím prostředí. Respondenti v domácím prostředí mají vyšší hodnocení kvality života, nejhůře kvalitu života hodnotí respondenti v nemocnicích a v léčebnách dlouhodobě nemocných. I doba setrvaná v zařízení má vliv na kvalitu života, protože senioři pobývající kratší dobu hodnotí svoji kvalitu života významně hůře. U seniorů bylo dále prokázáno, že čím hůře hodnotí svoji kvalitu života tím hůře i hodnotí psychický a fyzický zdravotní stav. S tím souvisí i spokojenost, čím hůře je tedy hodnocena kvalita života tím horší je i spokojenost s psychickým a fyzickým zdravotním stavem. Na hodnocení kvality života měly vliv i pády, platí, že pokud respondent prodělal za poslední rok pád, hodnotí tím i hůře vlastní kvalitu života. Z těchto potvrzení je možné tedy vyčíst jaký dopad má hospitalizace nebo pobyt v léčebně dlouhodobě nemocných na kvalitu života a na vnímání psychického a fyzického zdravotního stavu. Carvalho a kolektiv (2018) také potvrzují, že hospitalizace u seniorů má vliv na pokles funkční kapacity, které se i po 30denní době po hospitalizaci nedorovná stavu, který měli senioři 15 dní před hospitalizací. Dlouhodobá hospitalizace vzbuzuje v seniorech izolovanost a díky rutině může vést i k opomenutí, jakým způsobem žil senior před hospitalizací, což po propuštění může mít negativní dopad na návrat do domácího prostředí. Pokud přičteme

i pokles funkčních kapacit může se senior po propuštění ocitnout i v život ohrožující situaci. Nejčastěji tato situace může vyústit v pád a závažné následky.

5.3 Pohled na hodnocení určených oblastí dle seniorů a sester

U zdravotníků i u seniorů jsme se výčtem konkrétních oblastí zaměřili na to, zda je seniori považují jako za zdravotníky hodnocené oblasti a u sester jsme se dotazovali, zda vnímají tyto oblasti jako významné pro pravidelné hodnocení. Sestry vnímají jako nejdůležitější oblast k monitoraci samotný zdravotní stav, seniori potvrdili, že se jedná o oblast, která je zdravotníky pravidelně hodnocena. Dále sestry považují za důležité hodnotit stav nutriční, s tím koresponduje i výpověď seniorů, protože výživa je druhou nejčastěji hodnocenou oblastí. Sestry jako další významné oblasti pro hodnocení vnímají vylučování a bezpečnost. Shoda se seniory a jejich pohledem na prováděné hodnocení v tomto případě panuje pouze v oblasti vylučování, dle seniorů je pravidelněji, než bezpečnost hodnocena oblast spánku a odpočinku a poté tedy následuje bezpečnost. Pokud se zaměříme na nejméně hodnocené oblasti, nalezneme opět shodu mezi zdravotníky a seniory. Jedná se o oblast sexuality, která tedy není dle seniorů pravidelně hodnocena a ani zdravotníci této oblasti nepřikládají větší význam pro hodnocení. Seniori jako další pravidelně nehodnocené oblasti zvolili sebepojetí a sebeúctu a víru a životní hodnoty. Z pohledu sester je méně nutné hodnotit oblasti stresu a následně oblast víry a životních hodnot. Stres byl seniory vnímán jako poměrně pravidelně hodnocenou oblastí, tento rozpor vyplývá zřejmě z častých dotazů zdravotníku ohledně strachu a dalších emocí spojených se stresem, ovšem nevnímají jej jako pravidelné hodnocení.

Stejně spektrum oblastí bylo seniorům nabídnuto i v dotazu mapující význam poskytování péče v daných oblastech. Zcela nejdůležitější oblastí pro poskytování péče je zdravotní stav, což se tedy slučuje i s jeho hodnocením. Následovala opět výživa, vylučování, bezpečnost a spánek a odpočinek. Nejméně hodnocenou oblastí se opět stala sexualita, následovala víra a životní hodnoty a rozumové schopnosti. Je možné předpokládat, že oblasti jako je sexualita nebo víra jsou zdravotníky i seniory vnímány jako oblasti choulostivé a maximálně privátní. V naší společnosti není zatím pravidlem tyto oblasti do zdravotní péče zahrnovat nebo je vnímat i jako možné spouštěče dyskomfortu. Studie Cherpaka a kolektivu (2016) potvrzuje, že zabývat se sexualitou u seniorů není běžné, jako překážky je možné vnímat nedostatek času a strach z rozpaků pacienta. Oblast víry nebo spirituality je velice individuální a záleží skutečně na každém jedinci, jak danou oblast prožívá nebo jakým způsobem ji spojuje se svojí nemocí nebo

uzdravením. Je možné že pokud vnímáme spiritualitu jako určitý duchovní způsob života bude se její vliv promítat i do pojetí nemoci a zdraví seniorů, ale i mladší populace. Určitý spirituální způsob života je v současné době velmi populární. U seniorů ovšem spíše existuje předpoklad klasického vyznání, tudíž zde bychom zcela jistě neměli opomíjet i potřebu vyznání ať už v rámci uspokojení vlastních potřeb nebo v rámci jakési duchovní součásti poskytované péče.

5.4 Pohled sester na hodnotící nástroje

U sester jsme se zaměřili na hodnocení nástroje RGA, respektive nás zajímal pohled sester na nástroj jako takový. Vzhledem k tomu, že se většina sester s nástrojem RGA nikdy nesešla byla tato oblast možná o něco obtížnější. Co se týká srozumitelnosti jednotlivých baterií, odpovídaly sestry nejvíce možnostmi středně, tedy zaujmulu neutrální názor. Největší srozumitelnost byla nalezena u nástroje SNAQ. Efektivnost a využitelnost v praxi byla opět nejvíce hodnocena středně, tedy neutrálně. To stejné by platilo i pro hodnocení objektivita nástroje RGA. Co se týká časové náročnosti nástroje sestry nejčastěji nástroj vyhodnocovaly 6 až 10 minut, což je poměrně krátká, ale žádoucí doba pro vyhodnocování a snadnou orientaci. Časovou nenáročnost deklarují i samotní autoři nástroje (Morley, 2017), také nástroj vnímají jako součást sekundární prevence, která může zabránit vzniku disability související s postupujícím věkem, dále může snižovat počet hospitalizací a předčasnou mortalitu. Sestry byly maximálně neutrální i v dalších dotazech směřující k nástroji RGA. K tomu, aby nástroj používaly by potřebovaly více informací o RGA, což je logické, vzhledem k tomu, že se s ním většina setkala poprvé, ale také více času a více informací o geriatrické ošetrovatelské péči. Nízká informovanost o geriatrickém ošetrovatelství vyplývá i z faktu, že většina sester se pravidelně nevzdělává v rámci své profese. Tudíž nové informace velmi stagnují a tento postoj k vzdělávání může být i důvodem k tomu, jaký mají sestry přístup k novým nástrojům. S určitou formou progresu a inovace stávající, ovšem stagnující ošetrovatelské péče o seniory také souvisí i zmapování odpovědí na dotaz, zda zařízení mají nějaké doporučené postupy či nikoli. Více než třetina sester neví, zda doporučené postupy mají a téměř třetina sester nemá v zařízení doporučené postupy. Je tedy jednoznačné, že problematika neuspokojivé progresu geriatrického ošetrovatelství a zkvalitňování péče neplyne pouze ze stran sester, ale i ze stran managementu a vedení jednotlivých zařízení.

U sester jsme dále monitorovali postoj k hodnotícím nástrojům, které běžně používají v rámci zařízení, ve kterém působí. Zjistili jsme, že mezi nejpoužívanější

nástroje patří hodnocení výživy, soběstačnosti, rizika pádů, bolesti, dekubitů a pouze minimum sester uvedlo buď nástroje jiné nebo nástroje v rámci zařízení nepoužívají. Hodnocení bolesti by mělo patřit mezi bazální používané nástroje, jelikož bychom neměli dopustit, aby pacient bolestí trpěl, je tedy zajímavé, že hodnocení bolesti neoznačila ani polovina sester. Tento přehled nástrojů je v rámci ošetrovatelské péče nejrozšířenější, ovšem zdaleka nepokrývá skutečnou potřebu hodnocení u silně specifické skupiny jako je populace seniorů. Pravidelnost prováděného hodnocení byla spíše pozitivní, pouze minimum sester se vyjádřilo tak, že se nehodnotí pravidelně nebo neví, jak dotaz zodpovědět. Běžně používané nástroje jsou tedy vyhodnocovány pravidelně, což tedy nasvědčuje tomu, že sestry mají dobrý přehled o výživě a hydrataci seniorů, dále o jejich rizikovitosti v oblasti pádů, o míře jejich soběstačnosti, o riziku vzniku dekubitů a o přítomnosti bolesti. Komplexní hodnocení by mělo být zaměřeno dále i na fyzický stav, popřípadě křehkost, denní aktivity, kognitivní funkce a poruchy nálad, sociální a ekonomické podmínky (Jiang, 2016). Některé z těchto věcí se sestry jistě dozívají v průběhu pobytu či hospitalizace, ale nejedná se o informace systematicky odebírané a vyhodnocené, jsou spíše hrubě orientační. U sester jsme také zkoumali, jak dostatečné se jim jeví aktuálně používané nástroje. Sestry se povětšinou shodly na tom, že aktuálně používané nástroje jsou dostatečné. Sestry, které projevíly nedostatečnost, použily argumenty, které možná nejlépe vystihují aktuální situaci ohledně hodnotících nástrojů. Argumenty pro nedostatečnost narážely na to, že hodnocení nemá vliv na poskytovanou péči, není prováděno pravidelně a není komplexní, což v podstatě vystihuje základní dovednosti a pravidla používání hodnotících nástrojů v ošetrovatelství. Pokud bychom se naopak zaměřili na dostatečnost nástrojů, je možné, že důvodem pro tuto volbu je časová vytíženost sester, nadměrná dokumentace nebo určitá forma nevěle vůči novým nástrojům. I zde můžeme opět narazit i na faktor, kdy se sestry ve větší míře pravidelně nevzdělávají v geriatrickém ošetrovatelství. Poněkud překvapivé bylo ovšem zjištění, že sestry s vyšším vzděláním považují používané nástroje za dostatečné. Dle Kurniawan a kolektivu (2019) existuje předpoklad, že sestry například s magisterským titulem mají širokou teoretickou základnu a jsou tak schopné lépe zachytávat problémy v poskytované péči. Zároveň v současné době neexistuje v Jihočeském kraji specializační vzdělávání v geriatrickém ošetrovatelství, za nejbližší studovaný obor je považováno vnitřní lékařství, které ovšem nemůže pojmout veškerá specifika geriatrické péče. Na základě již předchozích poznatků je důležité provádět hodnocení geriatrických syndromů. Ovšem postoj sester vůči novým nástrojům není příliš otevřený a hodnocení vnímají spíše jako

časově náročnou administrativu, která ovšem nevede ke zlepšení péče ale naopak. Je nutné si uvědomit, že takový postoj je značně zpátečnický. Pro úpravu současného stavu je třeba pracovat na specializačním vzdělání, již s ohledem na rozšiřující se populaci seniorů a zvyšování kvality poskytované péče.

6 Závěr

Populace starší 60 let představuje významnou část spektra pacientů nebo klientů, kterým by měla být poskytována specifická ošetrovatelská péče. Specifická ošetrovatelská péče nebo geriatrické ošetrovatelství by mělo být založeno na vědomostech sester o specificitě chorob a syndromů, které se vyskytují v tomto věkovém období, na správném zhodnocení a následně také na určení vhodné léčby, péče nebo rehabilitace. Současná ošetrovatelská péče je ovšem v oblasti populace starší 60 let velice obecná, což má za následek negativní dopad na zdravotní, ale i sociální situaci seniorů. V současné době máme zmapováno několik vlivů, které mohou toto dění ovlivňovat. Jedná se nejspíše o nepopularitu oboru jako takového, nedostatečné specializační vzdělávání v oblasti geriatrického ošetrovatelství a celkové nastavení zdravotně sociálního systému, kterým je tato část péče vnímána jako prodělečná a neperspektivní.

V rámci disertační práce jsme si stanovili několik cílů, které byly zaměřeny na zmapování postoje sester k hodnotícím a měřícím nástrojům, dále na zjištění přítomnosti vybraných geriatrických syndromů a jejich dopadu na kvalitu života a provedení jazykové validace nástroje Rapid Geriatric Assessment. Pro zpracování empirické části bylo stanoveno 8 hypotéz a 4 výzkumné otázky.

Nástroj RGA bylo možné na základě souhlasu autora přeložit do českého jazyka, pilotáží byla ověřena srozumitelnost a po příslušných korekturách byl nástroj použit jako zástupce standardizované části šetření. Nástroj prokázal schopnost zachytit křehkost, sarkopenii, úbytek tělesné hmotnosti, mírnou kognitivní poruchu a demenci a také díky bodovému rozlišení i poukázat na rizikové stavy. Na základě toho, je nástroj považován jako jazykově validní v rámci českého ošetrovatelského prostředí.

Výsledky disertační práce poskytují pohled na hodnotící nástroje a celkové hodnocení ze stran seniorů i sester. U seniorů jsme pomocí nástroje RGA prokázali přítomnost geriatrických syndromů jako je křehkost, sarkopenie, úbytek tělesné hmotnosti, mírná kognitivní porucha a demence. Monitorace kvality života nástrojem WHOQOL BREF pak prokázala, že u seniorů s přítomností geriatrických syndromů byla kvalita života nižší než u seniorů, kteří geriatrickými syndromy netrpí.

U seniorů se potvrdilo, že v závislosti na nejzávažněji vnímaném onemocnění se modifikují základní potřeby či aktivity, které jsou běžně vykonávány. Dle našich výsledků má na vykonání jednotlivých potřeb největší dopad pohybové a zhojbné onemocnění, naopak nejméně ovlivňuje vykonání jednotlivých potřeb onemocnění

kardiovaskulární. V rámci vybraných potřeb je tedy pro seniory nejméně problematické se najít, a naopak největší problémy činí seniorům péče nebo úklid domácnosti a nakupování.

U sester jsme se zaměřili na jejich přístup k hodnotícím a měřícím nástrojům. Předpokládali jsme, že u sester bude postoj k hodnotícím nástrojům ovlivněn dvěma faktory, tedy výší vzdělání a délkou praxe. Prokázali jsme, že sestry zejména s vysokoškolským vzděláním kladou větší důraz na monitoraci vybraných potřeb. Ovšem předpokládali jsme, že sestry s vysokoškolským vzděláním budou vůči současně používaným nástrojům kritické a považují je za nedostatečné, což se nepotvrdilo. Sestry s vyšším vzděláním považují současně používané nástroje za dostatečné. Délka praxe měla také vliv na používání hodnotících nástrojů. Sestry s delší praxí používají nástroje více než sestry s kratší dobou praxe a dále také sestry s delší dobou praxe kladou větší důraz na monitorování vybraných potřeb než sestry s kratší dobou praxe.

Z výsledků tedy vyplývá, že bylo potvrzeno 7 hypotéz (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H8) a 1 (H7) byla vyvrácena.

U seniorů tvořilo zajímavou část výsledků subjektivní hodnocení psychického a fyzického zdravotního stavu a spokojenost s fyzickým a psychickým zdravotním stavem. Zjistili jsme, že na ono subjektivní hodnocení má významný vliv místo pobytu seniorů. Senioři pobývající v domácím prostředí hodnotí nejlépe svůj fyzický a psychický zdravotní stav, naopak nejhůře jej hodnotí senioři pobývající v nemocnicích nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných. Stejně to bylo i se spokojeností, senioři v domácím prostředí potvrdili větší spokojenost než senioři v nemocnicích nebo léčebnách dlouhodobě nemocných.

U sester jsme také monitorovali celkový přístup k hodnotícím nástrojům a k novému nástroji RGA. Pokud se výsledky povídáme globálně, nemají sestry tendence k tomu měnit současně používané nástroje a nemají také potřebu, aby se do praxe vnášely nástroje nové. Vše zřejmě souvisí i s faktem, že u sester v praxi chybí dostatečné vzdělání v hodnocení specifických geriatrických stavů. Sestry působící v geriatrickém ošetřovatelství jsou zvyklé používat již známé nástroje, které ale nejsou dostačující.

Nástroj RGA se nám podařilo zanést i do modifikované verze ošetřovatelské dokumentace, kterou jsme vytvořili v rámci focus group. Na základě uvedení několika důležitých informací a usnesení společně se sestrami jsme dospěli k závěru, že je dobré použít nástroj RGA k monitorování již výše uvedených geriatrických syndromů.

Výslednou dokumentaci je možné použít v geriatrickém ošetrovatelství v jakémkoli zařízení.

Disertační práce přinesla několik podstatných bodů na základě, dle nichž je třeba dále pracovat na úpravě hodnocení seniorů v domácím prostředí nebo v zařízeních poskytující odbornou péči. Nutné je ovšem stále zvyšovat i kvalifikovanost sester v rámci geriatrického ošetrovatelství, která v současné době nedosahuje příliš vysoké úrovně. Máme skutečně potvrzeno, jaký dopad mají geriatrické syndromy na kvalitu života. Pokud ponecháme kvalitu poskytované péče na současné úrovni a promítneme do této myšlenky ještě souvislost s rostoucí populací seniorů, nemáme tedy dobré předpoklady na zvyšování kvality života seniorů ani na pokles výskytu geriatrických syndromů. Nutné je ovšem pracovat i na edukaci seniorů a na prevenci polymorbidit a specifických geriatrických zdravotních problémů.

Seznam použité literatury

- ALTMAN, B., M., 2014. Definitions, concepts, and measures of disability. *Annals of Epidemiology*. **24**(1), 2-7, doi: 10.1016/j.annepidem.2013.05.018
- ALVES, G., A., A., MARTINEZ, B., P., LUNARDI, A., C., 2019. Assessment of the measurement properties of the Brazilian versions of the Functional Status Score for the ICU and the Functional Independence Measure in critically ill patients in the intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. **31**(4), doi: 10.5935/0103-507X.20190065
- AL-AAMA T. 2014. Falls in the elderly: spectrum and prevention [published correction appears in *Can Fam Physician*. 60(3):225. *Can Fam Physician*. 57(7):771-776.
- AMARYA, S., et al., 2018. Ageing Process and Physiological Changes. D'ONOFRIO, Grazia, Antonio GRECO a Daniele SANCARLO, ed. *Gerontology*. InTech. doi:10.5772/intechopen.76249
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2000. 4. vydání. doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- AU, B., et al., 2017. Sex differences in the prevalence and incidence of mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*. **35**, 176-199. doi:10.1016/j.arr.2016.09.005
- BAHAT, G., İLHAN, B., 2016. Sarcopenia and the cardiometabolic syndrome: A narrative review. *European Geriatric Medicine*. **7**(3), 220-223, doi: 10.1016/j.eurger.2015.12.012
- BAK, T., H., 2005. Cognitive bedside assessment in atypical parkinsonian syndromes. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. **76**(3), 420-422, doi: 10.1136/jnnp.2003.029595
- BARKER, S., BOARD, M., 2012. *Dementia Care in Nursing*. London: SAGE Publications, doi: 10.4135/9781526435804
- BARTŮŇEK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BAUM, J., KIM, I., Y., WOLFE, R., 2016. Protein Consumption and the Elderly: What Is the Optimal Level of Intake? *Nutrients*. **8**(6), doi: 10.3390/nu8060359

- BAUMANN, L., 2007. Skin ageing and its treatment. *The Journal of Pathology*. **211**(2), 241-251, doi: 10.1002/path.2098
- BEKEL, G., HALMO, R., 2004. *Teorie deficitu sebezpečí: soubor textů*. Olomouc: Univerzita Palackého. Sborník (Univerzita Palackého v Olomouci). ISBN 80-244-0794-9.
- BELL, L., 2018. Using Patient Assessment Tools. *American Journal of Critical Care*. **27**(4), 279-279, doi: 10.4037/ajcc2018972
- BHARUCHA, A., E., et al., 2015. Epidemiology, Pathophysiology, and Classification of Fecal Incontinence: . State of the Science Summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop. *American Journal of Gastroenterology*. **110**(1), 127-136, doi: 10.1038/ajg.2014.396
- BHASIN, S., et al., 2010. Testosterone Therapy in Men with Androgen Deficiency Syndromes: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. **95**(6), 2536-2559, doi: 10.1210/jc.2009-2354
- BISHOP, P., N., et al., 2004. Age-Related Changes on the Surface of Vitreous Collagen Fibrils. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. **45**(4), doi: 10.1167/iovs.03-1017
- BLATNÝ, M., 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3434-7.
- BONE, A., E., et al., 2016. Sarcopenia and frailty in chronic respiratory disease. *Chronic Respiratory Disease*. **14**(1), 85-99, doi: 10.1177/1479972316679664
- BONOMO, L., LARICI, A., R., MAGGI, F., et al., 2008. Aging and the Respiratory System. *Radiologic Clinics of North America*. **46**(4), 685-702, doi: 10.1016/j.rcl.2008.04.012
- BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K., 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In: BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na dôkazoch. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 9788073682309.
- BORJI, M., 2017. The Impact of Orem's Self-Care Model on the Quality of Life in Patients with Type II Diabetes in Ilam. *Biomedical and Pharmacology Journal*. **10**(1), 213-220, doi: 10.13005/bpj/1100
- BOSKEY, A., L., COLEMAN, R., 2010. Aging and Bone. *Journal of Dental Research*. **89**(12), 1333-1348, doi: 10.1177/0022034510377791

- BOYCE, J., M., 2006. Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate Medical Journal*. **82**(966), 239-241, doi: 10.1136/pgmj.2005.039453
- BOYD, K., 2016. What is Presbyopia? American Academy of Ophthalmology. [Bit.ly/AAOPresbyopia](http://bit.ly/AAOPresbyopia)
- BRAES, T., MILISEN, K., FOREMAN, M., 2008. Assessing cognitive function. Evidencebased geriatric nursing protocols for best practice, National Guideline Clearinghouse, ISBN 978-0-8261-7128-3.
- BROWN, J., C., HARHAY, M., O., HARHAY, M., N., 2016. Sarcopenia and mortality among a population-based sample of community-dwelling older adults. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. **7**(3), 290-298, doi: 10.1002/jcsm.12073
- BROWN, J., S., et al., 2000. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. *Lancet*. 356:535.
- BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2462-296-5.
- BUTERA, K., A., et al., 2016. Toward a Transformed Understanding: From Pain and Movement to Pain With Movement. *Physical Therapy*. **96**(10), 1503-1507. doi:10.2522/ptj.20160211
- CAMPANINI, I., et al., 2018. Feasibility and predictive performance of the Hendrich Fall Risk Model II in a rehabilitation department: a prospective study. *BMC Health Services Research*. **18**(1), doi: 10.1186/s12913-017-2815-xx
- CAPEZUTI, E., 2008. *Evidence based geriatric nursing protocols for best practice*. 3. vydání. New York: Springer Publishing. ISBN 9780826111036.
- CARVALHO DO NASCIMENTO, P., R., POITRAS, S., BILODEAU, M., 2018. How do we define and measure sarcopenia? Protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*. **7**(1), doi: 10.1186/s13643-018-0712-y
- CASPARIS, H., et al., 2017. Surgery for cataracts in people with age-related macular degeneration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD006757.pub4
- CAWTHON, P., M., et al., 2017. Clinical Definitions of Sarcopenia and Risk of Hospitalization in Community-Dwelling Older Men: The Osteoporotic Fractures in

- Men Study. *The Journals of Gerontology: Series A*. **72**(10), 1383-1389, doi: 10.1093/gerona/glw327
- CESARI, M., CALVANI, R., MARZETTI, E., 2017. Frailty in Older Persons. *Clinics in Geriatric Medicine*. **33**(3), 293-303, doi: 10.1016/j.cger.2017.02.002
- CLEGG, A., et al., 2013. Frailty in elderly people. *The Lancet*. **381**(9868), 752-762, doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
- COKER, R., H., WOLFE, R., 2012. Bedrest and sarcopenia. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. **15**(1), 7-11, doi: 10.1097/MCO.0b013e32834da629
- CONLEY, T., G., 1999. GMM estimation with cross sectional dependence. *Journal of Econometrics*. **92**(1), 1-45, doi: 10.1016/S0304-4076(98)00084-0
- CONROY, S., ELLIOTT, A., 2017. The frailty syndrome. *Medicine*. **45**(1), 15-18, doi: 10.1016/j.mpmed.2016.10.010
- COOPER, K., GOSNELL, K., 2019. *Study Guide for Adult Health Nursing - E-book*. 8. vydání. St. Louis: Elsevier. ISBN 9780323523875.
- CRUZ-JENTOFT, A., J., et al., 2010. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*. **39**(4), 412-423, doi: 10.1093/ageing/afq034
- CRUZ-JENTOFT, A., J., et al., 2019. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*. **48**(1), 16-31, doi: 10.1093/ageing/afy169
- CYBULSKI, M., et al., 2017. Self-assessment of the mental health status in older adults in Poland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. **17**(1) doi:10.1186/s12888-017-1557-y
- ČELEDOVÁ, L., ČEVELA R., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.
- ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ČEŠKOVÁ, E., 2011. Léčba deprese ve stáří. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, **12**(3), 100-104. ISSN 1803-5272.
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 9788024739014.

- DAVIES, R., R., LARNER, A., J., 2013. Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) and Its Revision (ACE-R). LARNER, A. J., ed. *Cognitive Screening Instruments*. London: Springer. 7-7, s. 61-77, doi: 10.1007/978-1-4471-2452-8_4
- Dementia, 2020. *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO, 2019 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- DODDS, T., A., et al., 1993. A validation of the Functional Independence Measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. **74**(5), 531-536, doi: 10.1016/0003-9993(93)90119-U
- DONG, X., Q., et al., 2011. Elder Abuse and Mortality: The Role of Psychological and Social Wellbeing. *Gerontology*. **57**(6), 549-558, doi: 10.1159/000321881
- DUMIC, I., et al., 2019. Gastrointestinal Tract Disorders in Older Age. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. **19** (1), 1-19, doi: 10.1155/2019/6757524
- DYER, C., B., et al., 2007. Self-Neglect Among the Elderly: A Model Based on More Than 500 Patients Seen by a Geriatric Medicine Team. *American Journal of Public Health*. **97**(9), 1671-1676, doi: 10.2105/AJPH.2006.097113
- DZIECHCIAŻ, M., FILIP, R., 2014. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. **21**(4), 835-838, doi: 10.5604/12321966.1129943
- ELLIS, G., LANGHORNE, P., 2005. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin*. **71**(1), doi: 10.1093/bmb/ldh033
- ELSAWY, B., HIGGINS, K., E., 2011. The geriatric assessment. *Am Fam Physician*. **83**(1):48-56.
- ENGELHEART, S., BRUMMER, R., 2018. Assessment of nutritional status in the elderly: a proposed function-driven model. *Food & Nutrition Research*. **62**, doi: 10.29219/fnr.v62.1366
- ESMAILI, A., A., RENTON, J., 2018. A review of tinnitus. *Australian Journal of General Practice*. **47**(4), 205-208, doi: 10.31128/AJGP-12-17-4420
- FALCÃO, R., M., M., et al., 2019. Risco de quedas em pessoas idosas hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. **40**(spe), doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180266

- FAWCETT, J., 2016. *Applying Conceptual Models of Nursing*. New York, NY: Springer Publishing Company. doi: 10.1891/9780826180063.0006
- FELŠÖCI, M., TOMAN, O., ŠPINAR, J., 2009. Specifika kardiologických postižení ve vyšším věku. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, **6**(5), 240-242. ISSN 1803-5310.
- FERRUCCI, L., et al., 2007. Disability, Functional Status, and Activities of Daily Living. *Encyclopedia of Gerontology*. 427-436, doi: 10.1016/B0-12-370870-2/00075-5
- FLACKER, J., M., 2003. What Is A Geriatric Syndrome Anyway? *Journal of the American Geriatrics Society*. **51**(4), 574-576, doi: 10.1046/j.1532-5415.2003.51174.x
- FLETCHER, K., 2012. Dementia. In BOLTZ, M., CAPEZUTI, E., FULMER, T., et al. *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 163-185). New York, NY: Springer
- FLOOD, M., 2006. A mid-range theory of successful aging. *Journal of Theory Construction and Testing*, **9**(2), 35-39.
- FOLSTEIN, M., F., FOLSTEIN, S., E., MCHUGH, P., R., 1975. "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*. **12**(3), 189-198, doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- FRAGALA, M., S., et al., 2015. Strength and function response to clinical interventions of older women categorized by weakness and low lean mass using classifications from the foundation for the National Institute of Health Sarcopenia Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. **70**(2):202–9, doi: 10.1093/gerona/glu110
- FRANKOVÁ, V., 2007. Delirium ve vyšším věku. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, **2**(2), 56-59. ISSN 1803-5272.
- FRIED, L., P., et al., 2001. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. **56**(3), 146-157, doi: 10.1093/gerona/56.3.M146
- GABALEC, F., ČÁP, J., 2015. Endokrinologie stárnutí - krátký přehled. *Kardiologická revue*. Praha: Care Comm, **17**(2), 181-183. ISSN 2336-2898.
- GARBRAH, W., et al., 2021. Facilitating students' interest in older people nursing: Gerontological nurse teachers under scrutiny. *Nurse Education in Practice*. **50**. doi:10.1016/j.nepr.2020.102929

- GALE, S., A., ACAR, D., DAFFNER, K., R., 2018. Dementia. *The American Journal of Medicine*. **131**(10), 1161-1169, doi: 10.1016/j.amjmed.2018.01.022
- GALLAGHER, P., F., O'MAHONY, D., QUIGLEY, E., 2008. Management of Chronic Constipation in the Elderly. *Drugs & Aging*. **25**(10), 807-821, doi: 10.2165/00002512-200825100-00001
- GEORGI, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., 2014. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 9788024626284.
- GIGLIO, J., et al., 2018. Association of Sarcopenia With Nutritional Parameters, Quality of Life, Hospitalization, and Mortality Rates of Elderly Patients on Hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*. **28**(3), 197-207 doi:10.1053/j.jrn.2017.12.003
- GLADYSHEV, N. The , 2014. Free Radical Theory of Aging Is Dead. Long Live the Damage Theory! *Antioxidants & Redox Signaling*. **20**(4), 727-731, doi: 10.1089/ars.2013.5228
- GOODE, P., S., et al., 2005. Prevalence and Correlates of Fecal Incontinence in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. **53**(4), 629-635, doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53211.x
- GRAF, C., 2008. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. **18**. 315-6
- GRAGNER, C., V., et al., 1986. Advances in functional assessment for medical rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, **1**, 59-74.
- GUIGOZ, Y., 2006. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us?. *J Nutr Health Aging*. **10**(6):466-487.
- GUIGOZ, Y., VELLAS, B., GARRY, P., J., 1996. Assessing the Nutritional Status of the Elderly: The Mini Nutritional Assessment as Part of the Geriatric Evaluation. *Nutrition Reviews*. **54**(1), 59-65, doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x
- GUO, H., J., SAPRA., A., 2020. Instrumental Activity of Daily Living (IADL). In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- HAIGHT, B., K., et al., 2002. Thriving A Life Span Theory. *Journal of Gerontological Nursing*. **28**(3), 14-22, doi: 10.3928/0098-9134-20020301-05

- HAJDUCHOVÁ, H., et al., 2019. Factors associated with falls in hospitals: outcomes for nursing care. *Kontakt*. **21**(2), 114-120, doi: 10.32725/kont.2019.004
- HALMO, R., 2013. *Sebepéče jako projev autonomie člověka v procesu péče*. Praha. Disertační práce. Karlova univerzita. 1. lékařská fakulta.
- HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.
- HARRIS T., J., et al., 2008. Optimising recruitment into a study of physical activity in older people: a randomised controlled trial of different approaches. *Age Ageing*. **37**: 659-665, doi: 10.1093/ageing/afn159
- HASHEMLU, L., MASLAKPAK, M., H., BAGHERIE, F., 2015. The Effects of a Self-Care Educational Program Based on Orem's Theory on the Quality of Life of Elderly People Residing in Nursing Homes. *Modern Care Journal*. **12**(4), doi: 10.17795/modernc.8664
- HASWORTH, S., B., CANNON, M., L., 2015. Social theories of aging: A review. *Disease-a-Month*. **61**(11), 475-479, doi: 10.1016/j.disamonth.2015.09.003
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HEIDARI, B., 2011. Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. *Caspian J Intern Med*. **2**(2):205-212.
- HENDRICH, A., et al., 1995. Hospital falls: development of a predictive model for clinical practice. *Applied Nursing Research*. **8**(3), 129-139, doi: 10.1016/S0897-1897(95)80592-3
- HOBART, J., C., 2011. The five item Barthel index. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. **71**(2), 225-230, doi: 10.1136/jnnp.71.2.225
- HOPKINS, R., O., et al., 2017. Instrumental Activities of Daily Living after Critical Illness: A Systematic Review. *Annals of the American Thoracic Society*. **14**(8), 1332-1343, doi: 10.1513/AnnalsATS.201701-059SR
- HSHIEH, T., T., INOUYE, S., K., OH, E., S., 2018. Delirium in the Elderly. *Psychiatric Clinics of North America*. **41**(1), 1-17, doi: 10.1016/j.psc.2017.10.001
- HTWE, T., H., et al., 2007. Infection in the elderly. *Infect Dis Clin North Am*. **21**(3):711-743, doi: 10.1016/j.idc.2007.07.006.

- CHANG, K., V., et al., 2016. Association Between Sarcopenia and Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. **17**(12), 1164.e7-1164.e15, doi: 10.1016/j.jamda.2016.09.013
- CHANG, S., F., 2017. Frailty Is a Major Related Factor for at Risk of Malnutrition in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Nursing Scholarship*. **49**(1), 63-72, doi: 10.1111/jnu.12258
- CHAPMAN, I., M., et al., 2009. Effect of testosterone and a nutritional supplement, alone and in combination, on hospital admissions in undernourished older men and women. *The American Journal of Clinical Nutrition*. **89**(3), 880-889, doi: 10.3945/ajcn.2008.26538
- CHIARI, P., MOSCI, D., FONTANA, S., 2002. Valutazione di due strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti [Evaluation of 2 tools for measuring the risk of falls among patients]. *Assist Inferm Ric*. **21**(3):117-124.
- CHIU, A., F., et al., 2015. Association of urinary incontinence with impaired functional status among older people living in a long-term care setting. *Geriatrics & Gerontology International*. **15**(3), 296-301, doi: 10.1111/ggi.12272
- CHOWDHURY, R., et al., 2017. Frailty and chronic kidney disease: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. **68**, 135-142, doi: 10.1016/j.archger.2016.10.007
- IGNATAVICIUS, D., WORKMAN, L., 2015. *Medical-Surgical Nursing*. 8. Philadelphia: Saunders. ISBN 9780323392693.
- IMAGINÁRIO, C., et al., 2019. Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. **34**(1), 69-77. doi:10.1111/scs.12706
- IMPERATO, J., SANCHEZ, L., D., 2006. Pulmonary Emergencies in the Elderly. *Emergency Medicine Clinics of North America*. **24**(2), 317-338, doi: 10.1016/j.emc.2006.01.002
- INOUE, S., K., WESTENDORP, R., SACZYNSKI, J., S., 2014. Delirium in elderly people. *The Lancet*. **383**(9920), 911-922, doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1
- IVZIKU, D., MATARESE, M., PEDONE, C., 2011. Predictive validity of the Hendrich fall risk model II in an acute geriatric unit. *International Journal of Nursing Studies*. **48**(4), 468-474, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.002

- IWASAKI, S., YAMASOBA, T., 2015. Dizziness and Imbalance in the Elderly: Age-related Decline in the Vestibular System. *Aging and Disease*. **6**(1), doi: 10.14336/AD.2014.0128
- IZZO, C., et al., 2018. The Impact of Aging on Cardio and Cerebrovascular Diseases. *International Journal of Molecular Sciences*. **19**(2), 1-31, doi: 10.3390/ijms19020481
- JACKSON, R., A., et al., 2004. Urinary Incontinence in Elderly Women: Findings From the Health, Aging, and Body Composition Study. *Obstetrics & Gynecology*. **104**(2), 301-307, doi: 10.1097/01.AOG.0000133482.20685.d1
- JAGER-WITTENAAR, H., OTTERY, F., D., 2017. Assessing nutritional status in cancer. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. **20**(5), 322-329, doi: 10.1097/MCO.0000000000000389
- JAMIESON, H., et al., 2019. Evaluating the Influence of Social Factors on Aged Residential Care Admission in a National Home Care Assessment Database of Older Adults. *J Am Med Dir Assoc*. **20**(11):1419-1424
- JAROŠOVÁ, D., et al., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5426-0.
- JEGGER, D., et al., 2007. Effects of an aging vascular model on healthy and diseased hearts. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*. **293**(3), H1334-H1343, doi: 10.1152/ajpheart.00341.2007
- JIRÁK, R., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 9788072628735.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JONES, C., M., BOELAERT, K., 2015. The Endocrinology of Ageing: A Mini-Review. *Gerontology*. **61**(4), 291-300, doi: 10.1159/000367692
- JOYCE, P., EH MOORE, Z., CHRISTIE, J., 2018. Organisation of health services for preventing and treating pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD012132.pub2
- JULIUS, D., NATHANS, J., 2012. Signaling by Sensory Receptors. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*. **4**(1), a005991-a005991, doi: 10.1101/cshperspect.a005991
- KALARIA, R., N., et al., 2008. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *The Lancet Neurology*. **7**(9), 812-826, doi: 10.1016/S1474-4422(08)70169-8

- KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 9788024740263.
- KHANDELWAL, C., Kistler, C., 2013. Diagnosis of urinary incontinence. *Am Fam Physician*. 87(8):543-550.
- KIRKWOOD, T., B., L., 2005. Understanding the Odd Science of Aging. *Cell*. 120(4), 437-447, doi: 10.1016/j.cell.2005.01.027
- KITTNAR, O., 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4.
- KITZMAN, D., TAFFET, G., 2009. Effects of Aging on Cardiovascular Structure and Function. In HAZZARD, William R. a Jeffrey B. HALTER. *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. 6 vydání. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0071488723.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOHLER, F., et al., 2009. Agreement of functional independence measure item scores in patients transferred from one rehabilitation setting to another. *Eur J Phys Rehabil Med*. 45(4):479-485.
- KOJIMA, G., et al., 2016. Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 70(7), 716-721 doi:10.1136/jech-2015-206717
- KONDRUP, J., E., 2003. Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*. 22(4), 415-421, doi: 10.1016/S0261-5614(03)00098-0
- KOZAK-CAMPBELL, C., HUGHES, A., M., 1996. THE USE OF FUNCTIONAL CONSEQUENCES THEORY IN ACUTELY CONFUSED HOSPITALIZED ELDERLY. *Journal of Gerontological Nursing*. 22(1), 27-36, doi: 10.3928/0098-9134-19960101-06
- KOZÁKOVÁ, R., 2011. HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY PACIENTŮ V ZAŘÍZENÍCH DLOUHODOBÉ PÉČE. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Ostrava: Lékařská fakulta Ostravské univerzity, 2(1), 179-183. ISSN 1804-2740.
- KOZÁKOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D., 2010. Metody hodnocení stavu výživy seniorů. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 7(10), 396-397. ISSN 1803-5310.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. ISBN 9788024736044.

KUBEŠOVÁ, H., et al., 2006. Výživa ve stáří. *Medicína pro praxi*. Olomouc: SOLEN. 3 (3) , 118 - 123. ISSN 1214 – 8687 .

KUCKIR, M., et al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0054-5.

KUJUBU, D., A., ABOSEIF, S., R., 2008. An overview of nocturia and the syndrome of nocturnal polyuria in the elderly. *Nature Clinical Practice Nephrology*. 2008, **4**(8), 426-435, doi: 10.1038/ncpneph0856

LACHS, M., S., PILLEMER, K., A., 2015. Elder Abuse. *New England Journal of Medicine*. **373**(20), 1947-1956, doi: 10.1056/NEJMra1404688

LAMANTIA, M., A., et al., 2016. Department Use Among Older Adults With Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. **30**(1), 35-40, doi: 10.1097/WAD.0000000000000118

LANGE, J., GROSSMAN, S., 2018. *Gerontological nursing: competencies for care*. 4. vydání. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 9781284104479.

LÁŠTICOVÁ, M., 2014. Diabetes mellitus 2.typu ve stáří. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Europrint, **3**(2), 88-91. ISSN 1805-4684.

LÍMANOVÁ, Z., 2016. Onemocnění štítné žlázy se zaměřením na seniorský věk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Europrint, **5**(1), 28-33. ISSN 1805-4684.

LIN, S., C., et al., 2019. Test-retest reliability of the Mini Nutritional Assessment and its relationship with quality of life in patients with stroke. *PLOS ONE*. **14**(6), doi: 10.1371/journal.pone.0218749

LIN, Y., et al., 2020. Living arrangements and life satisfaction: mediation by social support and meaning in life. *BMC Geriatrics*. **20**(1). doi:10.1186/s12877-020-01541-8

LITTLE, M., O., 2017. The Rapid Geriatric Assessment: A Quick Screen for Geriatric Syndromes. *Mo Med*. **114**(2):101-104.

LOESER, R., F., DELBONO, O., 2009. Aging of the muscles and joints. In: J. B. HALTER, J. G. OUSLANDER, M., E., TINETTI, S., et al. Hazzard's geriatric

- medicine and gerontology, 6. vydání. New York: McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0071488723.
- LUECKENOTTE, A., 2000. *Gerontologic Nursing*. 2. vydání. St. Louis: Mosby. ISBN 978-0815155997.
- MA, L., et al., 2018. Prevalence of Frailty and Associated Factors in the Community-Dwelling Population of China. *Journal of the American Geriatrics Society*. **66**(3), 559-564. doi:10.1111/jgs.15214
- MAGANARIS, C., N., NARICI, M., V., MAFFULLI, N., 2009. Biomechanics of the Achilles tendon. *Disability and Rehabilitation*. **30**(20-22), 1542-1547, doi: 10.1080/09638280701785494
- MAHAN, K., RAYMOND, J., STUMP, S., 2011. *Krause's Food & the Nutrition Care Process*. 13. Philadelphia: Saunders. ISBN 9781455754519.
- MAHLER, D., A., FIERRO-CARRION, G., BAIRD, J., C., 2003. Evaluation of dyspnea in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*. **19**(1), 19-33, doi: 10.1016/S0749-0690(02)00050-2
- MAHONEY, F., I., 1965. BARTHEL DW. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Md State Med J*.14:61-65.
- MALÁ, E., et al. 2011. Výživa ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 3, s. 111–116. ISSN 1212–7299.
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027120307.
- MALMSTROM, T., K., et al., 2016. SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. **7**(1), 28-36, doi: 10.1002/jcsm.12048
- MALMSTROM, T., K., MORLEY, J., E., 2013. SARC-F: A Simple Questionnaire to Rapidly Diagnose Sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*. **14**(8), 531-532, doi: 10.1016/j.jamda.2013.05.018
- MAO, H., F., et al., 2018. Diagnostic accuracy of Instrumental Activities of Daily Living for dementia in community-dwelling older adults. *Age and Ageing*. **47**(4), 551-557, doi: 10.1093/ageing/afy021
- MAREŠ, J., 2013. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. ISBN 9788087878026.

- MARENGONI, A, et al., 2008. Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden. *American Journal of Public Health*. **98**(7), 1198-1200 doi:10.2105/AJPH.2007.121137
- MARIEB, E., HOEHN, K., 2015. *Human Anatomy & Physiology, Global Edition*. 1. vydání. New York: Pearson. ISBN 9781292096988.
- MASORO, E., AUSTAD, S., 2011. *Handbook of the Biology of Aging*. 7. vydání. Cambridge: Academic Press. ISBN 9780123786395.
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H., 2018. Závratě a pády jako častá symptomatologie kardiovaskulárního postižení ve vyšším věku. *Kardiologická revue - Interní medicína*, Praha: Ambit Media, a.s. 20 (1), 44-46. ISSN 1212-4540.
- MATIAS, A., G., C., et al., 2016. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (São Paulo)*. **14**(1), 6-11, doi: 10.1590/S1679-45082016AO3447
- MAUK, K. L., 2018. *Gerontological nursing: competencies for care*. 4. vydání. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 9781284104479.
- MCCLEANE, G., 2008. Antidepressants as Analgesics. *CNS Drugs*. **22**(2), 139-156, doi: 10.2165/00023210-200822020-00005
- MCCLOSKEY, R., et al., 2020. Changes in nursing students' knowledge, attitudes and interest in caring for older adults: A longitudinal cohort study. *Nurse Education in Practice*. **44** doi:10.1016/j.nepr.2020.102760
- MCDOWELL, I., 2006. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*,. 3. vydání. New York: Oxford University Press. ISBN 13 978-0-19-516567-8.
- MCGOWAN, P., O., SZYF, M., 2010. Environmental epigenomics: understanding the effects of parental care on the epigenome. *Essays in Biochemistry*. **48**, 275-287, doi: 10.1042/bse0480275
- Meleis, A., I., 2007. *Theoretical Nursing. Development and Progress*. 4. vydání. Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia.
- MIERTOVÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0850-3.
- MICHAUD, L., et al., 2007. Delirium: Guidelines for general hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*. **62**(3), 371-383, doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.004

- MILHOLLAND, B., et al., 2017. Differences between germline and somatic mutation rates in humans and mice. *Nature Communications*. **8**(1), 1-8, doi: 10.1038/ncomms15183
- MILISEN, K., BRAES, T., FOREMAN, M., D., 2012. Assessing cognitive function. In: BOLTZ, M., CAPEZUTI, E., FUMLER, T., et al. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4. vydání. New York (NY): Springer Publishing Company. ISBN 978-0826171283.
- MILLER, M., P., 1991. Factors promoting wellness in the aged person: an ethnographic study. *ANS Adv Nurs Sci*. **13**(4), 38-51, doi:10.1097/00012272-199106000-00006
- MILLER, R., P., et al., 2010. Mechanisms of Cisplatin Nephrotoxicity. *Toxins*. **2**(11), 2490-2518, doi: 10.3390/toxins2112490
- MITNITSKI, A., B., MOGILNER, A., J., ROCKWOOD, K., 2001. Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging. *The Scientific World JOURNAL*. **1**, 323-336, doi: 10.1100/tsw.2001.58
- MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MORLEY, J., E., 2017. Rapid Geriatric Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine*. **33**(3), 431-440, doi: 10.1016/j.cger.2017.03.006
- MORLEY, J., E., et al., 2011. Sarcopenia With Limited Mobility: An International Consensus. *Journal of the American Medical Directors Association*. **12**(6), 403-409, doi: 10.1016/j.jamda.2011.04.014
- MORLEY, J., E., CAO, L., 2015. Rapid screening for sarcopenia. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. **6**(4), 312-314, doi: 10.1002/jcsm.12079
- MORLEY, J., E., et al., 2013. Frailty Consensus: A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*. **14**(6), 392-397, doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022
- MORLEY, J., E., 2017. RAPID GERIATRIC ASSESSMENT. *Innovation in Aging*. **1**(1), 1-1. doi:10.1093/geroni/igx004.0011.
- MORSE, J., 2008. *Preventing Patient Falls*. 2. vydání. New York: Springer Publishing. ISBN 9780826103901.
- MUSCARITOLI, M., et al., 2010. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: Joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-

- anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics”. *Clinical Nutrition*. **29**(2), 154-159, doi: 10.1016/j.clnu.2009.12.004
- NASREDDINE, Z., S., et al., 2005. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. **53**(4), 695-699, doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- NAVRÁTIL, L., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0210-5.
- NEČAS, E., 2009. *Patologická fyziologie orgánových systémů*. 2. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 9788024617114.
- NIEUWENHUIS-MARK, R., E., 2010. The Death Knoll for the MMSE: Has It Outlived Its Purpose? *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. **23**(3), 151-157, doi: 10.1177/0891988710363714
- NIMROD, G., KLEIBER, D., A., 2016. Reconsidering Change and Continuity in Later Life: Toward an Innovation Theory of Successful Aging. *The International Journal of Aging and Human Development*. **65**(1), 1-22, doi: 10.2190/Q4G5-7176-51Q2-3754
- NOLL, K., R., et al., 2018. Neurocognitive functioning is associated with functional independence in newly diagnosed patients with temporal lobe glioma. *Neuro-Oncology Practice*. **5**(3), 184-193, doi: 10.1093/nop/npx028
- NORD, M., et al., 2021. Costs and effects of comprehensive geriatric assessment in primary care for older adults with high risk for hospitalisation. *BMC Geriatrics*. **21**(1) doi:10.1186/s12877-021-02166-1
- NORRIS, D., CLARK, M., S., SHIPLEY, S., 2016. The Mental Status Examination. *Am Fam Physician*. **94**(8):635-641.
- NORTON, C., et al., 2003. Randomized controlled trial of biofeedback for fecal incontinence. *Gastroenterology*. **125**(5):1320-9
- NYBERG, L., et al., 2012. Memory aging and brain maintenance. *Trends in Cognitive Sciences*. **16**(5), 292-305, doi: 10.1016/j.tics.2012.04.005
- NYROP, K., A., et al., 2012. Likelihood of Nursing Home Referral for Fecally Incontinent Elderly Patients is Influenced by Physician Views on Nursing Home Care and Outpatient Management of Fecal Incontinence. *Journal of the American Medical Directors Association*. **13**(4), 350-354, doi: 10.1016/j.jamda.2011.01.010
- OHURA, T., et al., 2014. Assessment of the Validity and Internal Consistency of a Performance Evaluation Tool Based on the Japanese Version of the Modified Barthel

- Index for Elderly People Living at Home. *Journal of Physical Therapy Science*. **26**(12), 1971-1974, doi: 10.1589/jpts.26.1971. ISSN 0915-5287
- ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.
- OREM, D., E., 1997. Views of Human Beings Specific to Nursing. *Nursing Science Quarterly*. **10**(1), 26-31, doi: 10.1177/089431849701000110
- OREM, D., E., TAYLOR, G., T., RENPENNING, K., M., 2001. *Nursing: concepts of practice*. 6. vydání. St. Louis: Mosby. ISBN 978-0323008648.
- OREM, W., H., FINKELMAN, R., B., 2003. Coal Formation and Geochemistry. In: Mackenzie, F.T., Ed., *Sediments, Diagenesis, and Sedimentary Rocks: Treatise on Geochemistry, Volume 7*, Elsevier-Pergamon, Oxford, 191-222, doi: 10.1016/b0-08-043751-6/07097-3
- OXMAN, T., E., BERKMAN, L., F. 1990. Assessment of Social Relationships in Elderly Patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. **20**(1), 65-84 doi:10.2190/G6CX-YCGL-HAB3-8BMC
- OZER, S., et al., 2016. A systematic review of the diagnostic test accuracy of brief cognitive tests to detect amnesic mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. **31**(11), 1139-1150, doi: 10.1002/gps.4444
- PADDON-JONES, D., et al., 2015. Protein and healthy aging. *The American Journal of Clinical Nutrition*. **101**(6), 1339-1345, doi: 10.3945/ajcn.114.084061
- PADRÓN-MONEDERO, A., et al., 2017. Effect of comorbidities on the association between age and hospital mortality after fall-related hip fracture in elderly patients. *Osteoporosis International*. **28**(5), 1559-1568, doi: 10.1007/s00198-017-3926-2
- PALESE, A., et al., 2014. Clinical assessment instruments validated for nursing practice in the Italian context: a systematic review of the literature. *Ann Ist Super. Sanita*. **50**(1):67-76. doi: 10.4415/ANN_14_01_11
- PAQUETTE, C., FRANZÉN, E., HORAK, F., B., 2016. More Falls in Cerebellar Ataxia When Standing on a Slow Up-Moving Tilt of the Support Surface. *The Cerebellum*. **15**(3), 336-342, doi: 10.1007/s12311-015-0704-6

- PARHAM, L., D., et al., 2011. Development of a Fidelity Measure for Research on the Effectiveness of the Ayres Sensory Integration(R) Intervention. *American Journal of Occupational Therapy*. **65**(2), 133-142, doi: 10.5014/ajot.2011.000745
- PARISSOPOULOS, S., KOTZABASSAKI, S., 2004. Orem's self-care Theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. *ICUS and Nursing Web Journal* 17: <http://www.nursing.gr/OREM.pdf> (11p).
- PASQUETTI, P., et al., 2014. Pathogenesis and treatment of falls in elderly. Clinical cases in mineral and bone metabolism : the official journal of the Italian Society of Osteoporosis, Mineral Metabolism, and Skeletal Diseases, **11**(3), 222–225.
- PARK, S., C., KIM, J., M., JUN, T., Y., 2017. How many different symptom combinations fulfil the diagnostic criteria for major depressive disorder? Results from the CRESCEND study. *Nordic Journal of Psychiatry*. **71**(3), 217-222, doi: 10.1080/08039488.2016.1265584
- PETRALIA, R., S., MATTSON, M., P., YAO, P., J., 2014. Communication breakdown: The impact of ageing on synapse structure. *Ageing Research Reviews*. **14**, 31-42, doi: 10.1016/j.arr.2014.01.003
- PFISTERER, M., H., et al., 2006. The Effect of Age on Lower Urinary Tract Function: A Study in Women. *Journal of the American Geriatrics Society*. **54**(3), 405-412, doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00613.x
- PIDRMAN, V., 2007. Demence - 1. část: diagnostika a diferenciální diagnostika. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, **2**(2), 83-88. ISSN 1803-5310.
- PIETSCHMANN, M., et al., 2008. Changes of performance monitoring with learning in older and younger adults. *Psychophysiology*. **45**(4), 559-568, doi: 10.1111/j.1469-8986.2008.00651.x
- PILGRIM, A., L., et al., 2017. Measuring appetite with the simplified nutritional appetite questionnaire identifies hospitalised older people at risk of worse health outcomes. *The journal of nutrition, health & aging*. doi: 10.1007/s12603-015-0533-9
- PILOTTO, A., MARTIN, F., 2018. The Different Domains of the Comprehensive Geriatric Assessment. *Comprehensive Geriatric Assessment*. Cham: Springer. ISBN 9783319625027.
- PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

- POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
- POLEDNÍKOVÁ, E., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 8080632081.
- PRINCE, M., et al., 2016. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*. **8**(1), doi: 10.1186/s13195-016-0188-8
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, ISBN 9788024619859.
- RANSON, R., N., SAFFREY, M., J., 2015. Neurogenic mechanisms in bladder and bowel ageing. *Biogerontology*. **16**(2), 265-284, doi: 10.1007/s10522-015-9554-3
- RAZANI, J., et al., 2008. Predicting Everyday Functional Abilities of Dementia Patients With the Mini-Mental State Examination. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. **22**(1), 62-70, doi: 10.1177/0891988708328217
- RAUSCH, C., et al., 2019. Y. Social position and geriatric syndromes among Swedish older people: a population-based study. *BMC Geriatrics*. **19**(1) doi:10.1186/s12877-019-1295-8
- RÉMOND, D., et al., 2015. Understanding the gastrointestinal tract of the elderly to develop dietary solutions that prevent malnutrition. *Oncotarget*. **6**(16), 13858-13898, doi: 10.18632/oncotarget.4030
- REUBEN, D., B., TINETTI, M., T., 2012. Goal-Oriented Patient Care — An Alternative Health Outcomes Paradigm. *New England Journal of Medicine*. **366**(9), 777-779, doi: 10.1056/NEJMp1113631
- RILEY, T., PURSSELL, H., ANG Y., 2018. Biomarkers in Barrett's oesophagus. *Journal of Laboratory and Precision Medicine*. **3**, 90-90, doi: 10.21037/jlpm.2018.10.02
- RIZZOLI, R., et al., 2013. Quality of Life in Sarcopenia and Frailty. *Calcified Tissue International*. **93**(2), 101-120, doi: 10.1007/s00223-013-9758-y
- ROCKWOOD, K., ANDREW, M., MITNITSKI, A., 2007. A Comparison of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. **62**(7), 738-743, doi: 10.1093/gerona/62.7.738

- ROCKWOOD, K., MITNITSKI, A., SONG, X., et al., 2006. Long-Term Risks of Death and Institutionalization of Elderly People in Relation to Deficit Accumulation at Age 70. *Journal of the American Geriatrics Society*. **54**(6), 975-979, doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00738.x
- ROKYTA, R., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4867-2.
- ROMŽOVÁ, M., 2014. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, **15**(5), 221-226. ISSN 1803-5299.
- ROSEN, T., STERN, M., E., ELMAN, A., et al., 2018. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clinics in Geriatric Medicine*. **34**(3), 435-451, doi: 10.1016/j.cger.2018.04.007
- ROSENBERG, I., 1989. Summary comments: epidemiological and methodological problems in determining nutritional status of older persons. *Am J Clin Nutr*. **50**:1231–3.
- ROSKOS, E., R., WILBER, S., T., 2006. *Annals of Emergency Medicine*. **48**(4), doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.07.666
- RUBENSTEIN, L., Z., STUCK., A., E., SIU, A.,L., et al., 1991. Impact of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*. **39**:8S-16S.
- RUBENSTEIN, L., Z., 2006. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. **35**(suppl_2), 37-41, doi: 10.1093/ageing/afl084
- SAEEDIFAR, E., S., et al., 2018. Use of the Orem self-care model on pain relief in women with rheumatoid arthritis: a randomized trial. *Electronic Physician*. **10**(6), 6884-6891, doi: 10.19082/6884. ISSN 20085842
- SAGHALEINI MAHMOODPOOR, S., et al., 2018. Pressure ulcer and nutrition. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. **22**(4), 283-289, doi: 10.4103/ijccm.IJCCM_277_17
- SANTILLI, V., et al., 2014. Clinical definition of sarcopenia. *Clin Cases Miner Bone Metab*. **11**(3):177-180.
- SARAGAT, B., et al., 2012. Nutritional and psycho-functional status in elderly patients with Alzheimer's disease. *The journal of nutrition, health & aging*. **16**(3), 231-236, doi: 10.1007/s12603-011-0347-3

- SARKER, S., J., et al., 2012. Comparison of 2 Extended Activities of Daily Living Scales With the Barthel Index and Predictors of Their Outcomes. *Stroke*. **43**(5), 1362-1369, doi: 10.1161/STROKEAHA.111.645234
- SATALOFF, R., 2016. Presbystasis and Balance in the Elderly, *Sataloff's Comprehensive Textbook of Otolaryngology Head and Neck Surgery*. New York: Jaypee Brothers Medical Publishers. ISBN 9789351524557.
- SHAMLIYAN, T., A., et al., 2009. Prevalence and risk factors of fecal incontinence in community-dwelling men. *Rev Gastroenterol Disord*. 9(4):97-110.
- SHARMA, G., GOODWIN, J., 2006. Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clinical Interventions in Aging*. **1**(3), 253-260, doi: 10.2147/ciia.2006.1.3.253
- SCHAAP, L., A., et al., 2018. Associations of Sarcopenia Definitions, and Their Components, With the Incidence of Recurrent Falling and Fractures: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The Journals of Gerontology: Series A*. (9), 1199-1204, doi: 10.1093/gerona/glx245
- SCHNELLE, J., F., 2008. Urinary and Fecal Incontinence in Nursing Home Residents. *Gastroenterology Clinics of North America*. **37**(3), 697-707, doi: 10.1016/j.gtc.2008.06.005
- SCHULC, E., PALLAUF, M., MUELLER, G., 2015. Is the Barthel Index an Adequate Assessment Tool for Identifying a Risk Group in Elderly People Living at Home? *International Journal of Nursing & Clinical Practices*. **2**(1), doi: 10.15344/2394-4978/2015/140
- SILBERNAGL, S., LANG, F., 2012. *Atlas patofyziologie*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3555-9.
- SIMSEK, H., et al., 2019. Prevalence of sarcopenia and related factors in community-dwelling elderly individuals. *Saudi Medical Journal* . **40**(6), 568-574. doi:10.15537/smj.2019.6.23917
- SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.
- SMITH, C., M., COTTER, V., 2012. Age-related changes in health. In: Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 4. vydání. New York (NY): Springer Publishing Company. ISBN 9780826171665.

- SMITH, H., A., CONNOLLY, M., J., 2003. Evaluation and Treatment of Dysphagia Following Stroke. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. **19**(1), 43-59, doi: 10.1097/00013614-200301000-00004
- SOBEL, R., K., TIENOR, B., 2013. The coming age of enophthalmos. *Current Opinion in Ophthalmology*; 24: 5, 500-505.
- SOGEBI, O., A., OLUWOLE, L., O., MABIFAH, T., O., 2015. Functional assessment of elderly patients with hearing impairment: A preliminary evaluation. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. **6**(1), 15-19, doi: 10.1016/j.jcgg.2014.08.004
- SOUČEK, M., et al., 2011. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2110-1.
- SOYSAL, P., et al., 2019. Mini Nutritional Assessment Scale-Short Form can be useful for frailty screening in older adults. *Clin Interv Aging*. 14:693-699. doi:10.2147/CIA.S196770
- SPERING, C., C., et al., 2012. Diagnostic Accuracy of the MMSE in Detecting Probable and Possible Alzheimer's Disease in Ethnically Diverse Highly Educated Individuals: An Analysis of the NACC Database. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. **67**(8), 890-896, doi: 10.1093/gerona/gls006
- STEFFL, M., et al., 2017. Relationship between sarcopenia and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*. **12**, 835-845, doi: 10.2147/CIA.S132940
- STRATTON, R., J., et al., 2004. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *British Journal of Nutrition*. **92**(5), 799-808, doi: 10.1079/BJN20041258
- STRAUSS, E., SHERMAN, E., M., S., SPREEN, O., 2006. *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0195159578
- Struktura a stárnutí obyvatelstva, 2019. *Eurostat Statistics Explained* [online]. European Union: Statistics Explained, 2019 [cit. 2020-07-12]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/cs

- SUHAYDA, R., WALTON, J., C., 2002. Preventing and managing dehydration. *Medsurg Nurs.* 2002;11(6):267-279.
- SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 9788086429625.
- ŠNEJDRLOVÁ, M., KALVACH, Z., 2008. Funkční stav v pokročilém stáří a genetická dispozice k dlouhověkosti. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 5(4), 157-160. ISSN 1803-5310.
- ŠTEJFA, M., 2007. *Kardiologie*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1385-4.
- TALIÁNOVÁ, M., JEDLINSKÁ, M., MORAVCOVÁ, M., 2013. The using evaluation and measuring scales in nursing. In *Ošetrovatelstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. 3 (1) 25-30. Available on: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo-1/vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skal-v-osetrovatelstvi>
- TAO, Y., et al., 2018. Privacy and Well-Being in Aged Care Facilities with a Crowded Living Environment: Case Study of Hong Kong Care and Attention Homes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15(10). doi:10.3390/ijerph15102157
- TEPLAN, V., 2013. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2881-3.
- TEWARI, N., et al., 2013. The utilisation of the MUST nutritional screening tool on vascular surgical wards. *BMJ Quality Improvement Reports*. 2(1), doi: 10.1136/bmjquality.u201374.w1122
- THAW O., M., 2017. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): The Best Integrated Care Approach against Frailty. *MOJ Gerontology & Geriatrics*. 1(4), doi: 10.15406/mojgg.2017.01.00022
- THEOU, O., ROCKWOOD, K., 2012. Should frailty status always be considered when treating the elderly patient? *Aging Health*. 8(3), 261-271, doi: 10.2217/ahe.12.8
- TOBIN, D., J., 2017. Introduction to skin aging. *Journal of Tissue Viability*. 26(1), 37-46, doi: 10.1016/j.jtv.2016.03.002
- TOMAGOVÁ, M., 2009. ASSESSMENT TOOLS FOR ASSESSING COGNITIVE FUNCTIONS OF ELDERLY. *Profese online*. 2(2), 65-77, doi: 10.5507/pol.2009.006
- TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.

- TOMEŠ, I., ŠÁMALOVÁ, K., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
- TONEY-BUTLER, T., J., UNISON-PACE, W., J., 2020. Nursing Admission Assessment and Examination. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;
- TOPINKOVÁ, E., 2010. *Geriatric pro praxi*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-365-5.
- TOPINKOVÁ, E., 2018. Sarkopenie jako závažné orgánové selhání, její diagnostika a současné možnosti léčby. *Vnitřní lékařství*. Praha: Solen, **64**(11), 1038-1052. ISSN 1801-7592.
- TÓTHOVÁ, V., 2014. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2. vydání. Praha: Triton. 978-80-7387-785-9
- TRACHTOVÁ, E., 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-324-8.
- TSUTSUMIMOTO, K., et al., 2018. Aging-related anorexia and its association with disability and frailty. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*. 834-843 doi:10.1002/jcsm.12330
- TURANO, W., ALMEDIA, C., 1999. Educação Nutricional. In Gouveia ELC. *Nutrição, saúde & Comunidade*. 2. vydání. Rio de Janeiro: Revinter. 57-77.
- TURNER-STOKES, L., SIEGERT, R., J., 2013. A comprehensive psychometric evaluation of the UK FIM + FAM. *Disability and Rehabilitation*. **35**(22), 1885-1895, doi: 10.3109/09638288.2013.766271
- UOTINEN, V., et al., 2006. Change in Subjective Age among Older People over an Eight-Year Follow-Up: 'Getting Older and Feeling Younger?'. *Experimental Aging Research*. **32**(4), 381-393, doi: 10.1080/03610730600875759
- URBANETTO, S., et al., 2017. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. **25**, doi: 10.1590/1518-8345.1551.2862
- VAN KAN, G., A., et al., 2008. Frailty: Toward a Clinical Definition. *Journal of the American Medical Directors Association*. **9**(2), 71-72, doi: 10.1016/j.jamda.2007.11.005

- VELASCO, C., et al., 2011. Comparison of four nutritional screening tools to detect nutritional risk in hospitalized patients: a multicentre study. *European Journal of Clinical Nutrition*. **65**(2), 269-274, doi: 10.1038/ejcn.2010.243
- VELLAS, B., et al., 1999. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*. **15**(2), 116-122, doi: 10.1016/S0899-9007(98)00171-3
- VERGARA, I., et al., 2012. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*. **10**(1), doi: 10.1186/1477-7525-10-130
- VIRTUOSO J., S., et al., 2011. Reliability of functional fitness tests in women from 60 to 80 years. *Motricidade*. 7:7–13.
- VOHLÍDKOVÁ, M., 2009. Poruchy sluchu ve stáří. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, **11**(6), 291 - 293. ISSN 803-5256.
- VOLKERT, D., 2013. Malnutrition in Older Adults - Urgent Need for Action: A Plea for Improving the Nutritional Situation of Older Adults. *Gerontology*. **59**(4), 328-333, doi: 10.1159/000346142
- VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5304-1.
- Vyhláška č. 137/2018 Sb., O zdravotnické dokumentaci, 2018. In: Sbírká zákonů České republiky, částka 71, s. 1769-1776. ISSN 1211-1244. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-o-zdravotnicke-dokumentaci_15716_3888_11.html
- VYHNÁLEK, R., 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada. ISBN 9788024717159.
- WADENSTEN, B., CARLSSON, M., 2003. Nursing theory views on how to support the process of ageing. *Journal of Advanced Nursing*. **42**(2), 118-124, doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02594.x
- WAGG, A., 2016. *Incontinence*. 6. vydání. Bristol: International Continence Society. ISBN 978-0-9569607-3-3.
- WALDRON-PERRINE, B., AXELROD, B., N., 2012. Determining an appropriate cutting score for indication of impairment on the Montreal Cognitive Assessment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **27**(11), 1189-1194, doi: 10.1002/gps.3768

- WALSTON, J., D., 2012. Sarcopenia in older adults. *Current Opinion in Rheumatology*. **24**(6), 623-627, doi: 10.1097/BOR.0b013e328358d59b
- WARD, K., T., et al., 2017. Comprehensive geriatric assessment - UpToDate.
- WEBER, P., 2008. „Frailty“ – stařecká křehkost.“ *Interní medicína pro praxi*. 10 (2) ISSN 1212-7299
- WEINSTEIN, J.,R., ANDERSON, S., 2010. The Aging Kidney: Physiological Changes. *Advances in Chronic Kidney Disease*. **17**(4), 302-307, doi: 10.1053/j.ackd.2010.05.002
- WEISKOPF, D., WEINBERGER, B., GRUBECK-LOEBENSTEIN, B., 2009. The aging of the immune system. *Transplant International*. **22**(11), 1041-1050, doi: 10.1111/j.1432-2277.2009.00927.x
- WELSH, T., J., GORDON, A., L., GLADMAN, J., R., 2014. Comprehensive geriatric assessment - a guide for the non-specialist. *International Journal of Clinical Practice*. **68**(3), 290-293, doi: 10.1111/ijcp.12313
- WENNING, G., K., et al., 2005. Prevalence of movement disorders in men and women aged 50–89 years (Bruneck Study cohort): a population-based study. *The Lancet Neurology* . **4**(12), 815-820. doi:10.1016/S1474-4422(05)70226-X
- WERNHER, I., LIPSKY, M. S., 2015. Psychological theories of aging. *Disease-A-Month*, **61**(11), 480-488. doi:10.1016/j.disamonth.2015.09.004
- WHITE, D., K., WILSON, J., C., KEYSOR, J., J., 2011. Measures of adult general functional status: SF-36 Physical Functioning Subscale (PF-10), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ), Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, Functional Independ. *Arthritis Care & Research*. **63**(S11), 297-307, doi: 10.1002/acr.20638
- WHITEHEAD, W., E., et al., 2009. Fecal Incontinence in US Adults: Epidemiology and Risk Factors. *Gastroenterology*. **137**(2), 512-517, doi: 10.1053/j.gastro.2009.04.054
- WILLIS, S., L., SCHAIE, K., MARTIN, M., 2009. Cognitive plasticity. Springer Publishing Company. doi: 10.5167/uzh-23497
- WITLOX, J., EURELINGS, S., M., DE JONGHE, F., M., et al., 2010. Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. *JAMA*. **304**(4), doi: 10.1001/jama.2010.1013
- WOLLER, M., J., et al., 2002. Aging-Related Changes in Release of Growth Hormone and Luteinizing Hormone in Female Rhesus Monkeys. *The Journal of*

Clinical Endocrinology & Metabolism. **87**(11), 5160-5167, doi: 10.1210/jc.2002-020659

YIALLOUROUROS, P., K., et al., 2019. Wide phenotypic variability in RSPH9-associated primary ciliary dyskinesia: review of a case-series from Cyprus. *Journal of Thoracic Disease*. **11**(5), 2067-2075, doi: 10.21037/jtd.2019.04.71

YOUNG, Y., et al., 2009. Concurrent Validity of Administering the Functional Independence Measure (FIM) Instrument by Interview. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. **88**(9), 766-770, doi: 10.1097/PHM.0b013e3181a9f1d6

Zdravotnická ročenka České republiky. 1993. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 80-7280-286-0.

ZHAO, J., G., et al., 2017. Association Between Calcium or Vitamin D Supplementation and Fracture Incidence in Community-Dwelling Older Adults. *JAMA*. **318**(24), doi: 10.1001/jama.2017.19344

ZHOU, X., J., et al., 2008. The aging kidney. *Kidney International*. **74**(6), 710-720, doi: 10.1038/ki.2008.319

ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š., 2016. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 9788024752297.

Seznam příloh

Příloha č.1 Ošetrovatelská dokumentace

Příloha č.2 Dotazník sestry

Příloha č.3 Dotazník senioři

Seznam tabulek

- Tabulka 9** Rozložení výzkumného souboru A dle věku
- Tabulka 10** Přehled národností výzkumného souboru A
- Tabulka 11** Typ nejzávažnějšího onemocnění
- Tabulka 12** Druh zařízení aktuálního pobytu
- Tabulka 13** Rodinný stav
- Tabulka 14** Spokojenost s fyzickým zdravotním stavem
- Tabulka 15** Spokojenost s psychickým zdravotním stavem
- Tabulka 9** FRAIL Hodnocení únavy
- Tabulka 10** FRAIL Hodnocení chůze do schodů
- Tabulka 11** FRAIL Hodnocení aerobního pohybu
- Tabulka 12** FRAIL Onemocnění
- Tabulka 13** FRAIL Ztráta tělesné hmotnosti
- Tabulka 14** Potvrzená křehkost na základě FRAIL
- Tabulka 15** SARC-F Hodnocení sarkopenie
- Tabulka 16** Riziko úbytku alespoň 5 % tělesné hmotnosti dle SNAQ
- Tabulka 17** Hodnocení kognice
- Tabulka 18** Průměrné hodnoty jednotlivých položek WHOQOL BREF
- Tabulka 19** Hodnocení domén WHOQOL BREF
- Tabulka 20** Věkové kategorie výzkumného souboru B
- Tabulka 21** Zastoupení pohlaví ve výzkumném souboru B
- Tabulka 22** Nejvyšší dosažené vzdělání výzkumného souboru B
- Tabulka 23** Délka praxe sester u geriatrických pacientů
- Tabulka 24** Souvislost mezi onemocněním a uspokojováním daných potřeb
- Tabulka 25** Nejvyšší dosažené vzdělání a souvislost s vybranými faktory
- Tabulka 26** Nejvyšší dosažené vzdělání a hodnocení vybraných oblastí
- Tabulka 27** Délka praxe sester a hodnocení vybraných faktorů
- Tabulka 28** Délka praxe sester a hodnocení vybraných oblastí
- Tabulka 29** Křehkost a domény kvality života
- Tabulka 30** Hodnocení domén kvality života pacienty s křehkostí
- Tabulka 31** Sarkopenie a domény kvality života

- Tabulka 32** Hodnocení domén kvality života pacienty se sarkopenií
- Tabulka 33** Mírná kognitivní porucha a demence a hodnocení domén kvality života
- Tabulka 34** Hodnocení domén kvality života pacienty s mírnou kognitivní poruchou a demencí
- Tabulka 35** Úbytek hmotnosti a hodnocení domén kvality života
- Tabulka 36** Hodnocení domén kvality života pacienty s úbytkem tělesné hmotnosti
- Tabulka 37** Vliv pohlaví na výskyt vybraných geriatrických syndromů
- Tabulka 38** Vliv věku na výskyt vybraných geriatrických syndromů
- Tabulka 39** Souvislost závažného onemocnění a vybraných faktorů
- Tabulka 40** Souvislost druhu zařízení a uvedených faktorů
- Tabulka 41** Souvislost místa pobytu a hodnocení zdravotníků
- Tabulka 42** Souvislost kvality života s uvedenými faktory

Seznam grafů

Graf 1 Přehled aktuálních onemocnění

Graf 6 Důvod k pobytu v nynějším zařízení

Graf 3 Spokojenost s místem pobytu

Graf 7 Pozitiva spojená s pobytem v zařízení

Graf 8 Negativa spojená s pobytem v zařízení

Graf 9 Délka pobytu v zařízení

Graf 10 Četnost návštěv rodiny

Graf 8 Četnost návštěv přátel a známých

Graf 9 Hodnocená vybraných oblastí zdravotnickým pracovníkem

Graf 10 Důležitost poskytování zdravotní péče ve vybraných oblastech

Graf 11 Subjektivní hodnocení fyzického zdravotního stavu

Graf 12 Subjektivní hodnocení psychického zdravotního stavu

Graf 13 Faktory snižující pohyblivost

Graf 14 Používané kompenzační pomůcky

Graf 15 Následky pádu

Graf 16 Subjektivní hodnocení vybraných denních aktivit

Graf 17 Celkový počet bodů FRAIL

Graf 18 SARC-F Nesení 5 kilové zátěže

Graf 19 SARC-F Pohyb po místnosti

Graf 20 SARC-F Vstání ze židle

Graf 21 SARC-F Vystoupání 10 schodů nebo jednoho patra

Graf 22 SARC-F Počet pádů za poslední rok

Graf 23 SARC-F Celkový počet bodů

Graf 24 SNAQ Chut' k jídlu

Graf 25 Pocit nasycení

Graf 26 Chut' jídla

Graf 27 Počet konzumovaných jídel za den

- Graf 28** Celkový počet dosažených bodů SNAQ
- Graf 29** RCS Vyznačení hodin
- Graf 30** Vyznačení konkrétního času
- Graf 31** Zapamatování si 5 předmětů
- Graf 32** Určení státu
- Graf 33** Celkový počet bodů RCS
- Graf 34** Setkání s nástrojem RGA
- Graf 35** Porozumění nástroji RGA
- Graf 36** Porozumění nástroji FRAIL
- Graf 37** Porozumění nástroji SARC-F
- Graf 38** Porozumění nástroji SNAQ
- Graf 39** Srozumitelnost nástroje RCS
- Graf 40** Efektivnost nástroje RGA
- Graf 41** Využití výsledků RGA v praxi
- Graf 42** Objektivita nástroje RGA
- Graf 43** Délka vyhodnocení nástroje RGA
- Graf 44** Zátěž s nástrojem RGA
- Graf 45** Používání Nástroje RGA v rámci českého ošetrovatelského prostředí
- Graf 46** Používání nástroje RGA v rámci zařízení
- Graf 47** Potřebné informace k používání RGA
- Graf 48** Aktuálně používané nástroje
- Graf 49** Přínos RGA a aktuálně používaných nástrojů
- Graf 50** Pravidelnost vyplňování hodnotících nástrojů
- Graf 51** Dostatečnost používaných nástrojů pro hodnocení geriatrických pacientů
- Graf 52** Efektivnost aktuálně používaných hodnotících nástrojů
- Graf 53** Doporučené postupy pro hodnocení geriatrických pacientů
- Graf 54** Pozorované komplikace v péči o geriatrické pacienty
- Graf 55** Záznam pádů
- Graf 56** Pravidelné vzdělávání v geriatrickém ošetrovatelství
- Graf 57** Hodnocení jednotlivých oblastí
- Graf 58** Spolupráce sester s ostatními pracovníky

Seznam zkratek

RGA – Rapid Geriatric Assessment

FRAIL – fatigue, resistance, ambulation, illness, loss of weight

SARC-F – strenght, assistance of walking, rise from chair, climb stairs, falls,

SNAQ – Simplified Nutritional Appetite Questionnaire

RCS – Rapid Cognitive Screen

WHO - The World Health Organization

WHOQOL – BREF - The World Health Organization Quality of Life

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

Přílohy

Příloha 1 Ošetrovatelská dokumentace

Příjem			
Datum přijetí			
Čas			
Opakovaná hospitalizace	Ano	Ne	
Informovanost rodiny o hospitalizaci	Ano	Ne	
Alergie	Ano/co.....	Ne	Ano/co
Zvláštní upozornění			
Vnímání			
Vědomí	jasné	zastřené	bezvědomí
Orientace	plná	částečná	dezorientace
Kontakt	dobry	obtížný	nelze navázat
Řeč	plynulá	obtížná	němý/á
Paměť	dobrá	zapomíná	
Zrak	dobry	zhoršený P/L	nevidomý/á
Sluch	dobry	zhoršený P/L	hluchota
Kompenzační pomůcky	brýle	čočky	sluchadlo
Psychický stav			
nespolupracuje	klidnost	úzkost	deprese
strach	rozrušenost	agrese	apatie
Bolest			
Ano	Ne	akutní	chronická
Tlumení bolesti:			
Charakter	vyzařující	lokalizovaná	
	stálá	občasná	
tupá	ostrá	bodavá	
svíravá	pálivá	kolikovitá	
jiná:			
Intenzita Označte na stupnici 1 - 5	1 - 2 - 3 - 4 -5		
Pohyblivost/soběstačnost			
chodí sám/sama	plně soběstačný		
chodí s dopomocí	částečně soběstačný		
vysozování do křesla		dopomoc při	hygieně
ležící pohyblivý			oblékání
ležící nepohyblivý			chůze
paréza	plegie		stravování
Kompenzační pomůcky	protéza	berle	vozik
	hůl	chodítko	jiné

Riziko pádu	Ano	Ne	
Výživa/hydratace			
jí sám/a	diabetik	Ano	Ne
Je krmen/a	p.o. nepřijímá	Dieta ...	
iv.kanyla	centrální	periferní	od kdy ...
porucha polykání	Ano	Ne	
Chuť k jídlu	Ano	Ne	
Chrup	dobry	neúplný	protéza H/D
forma stravy	normální	kašovitá	tekutá
Zvláštnosti:			
Denní příjem tekutin	do 1 litru	1,5 - 2 litry	2 a více litrů
pocit žízně	normální	nadměrný	snížený
sliznice	vlhké	suché	afty
kožní turgor	dobry	snížený	
Kůže:	normální	suchá	vlhká
bez defektu			
opruzenina	Stupeň dekubitu	1. zčervenání	
dekubit		2. puchýře	
bércový vřed		3. hluboké poškození tkáně	
ekzém		4. nekróza	
otok			
Vylučování			
Problém s močením	ano	ne	
retence	močový katétr	od kdy ...	
inkontinence	částečná	úplná	den/noc
Problém se stolicí	ano	ne	
Frekvence	denně	nepravidelně	jiná
Poslední stolice: ...			
zácpa	průjem	inkontinence	stomie
příměsi:			
Pro úpravu vyprazdňování užívá:			
Pomůcky:			
Krevní tlak	hypotenze	hypertenze	normotenze
Puls	fyzilogický	tachykardie	bradykardie

Spánek			
narušený	ne	ano, jak: ...	
Co užívá na úpravu spánku: ...			
Dýchání			
potíže	ne	ano, jak: ...	
dušnost	klidová	námahová	noční
	cyanóza	kašel	astma
Zvláštnosti:			
Sociální podmínky			
bydlí doma sám/sama		ne	ano
je v péči	domácí péče	DD	
	pečovatelská služba		rodina
	jiné		
potřeba zajistit kontakt se sociálním pracovníkem:			
	ano	ne	
Sociální pracovník kontaktován dne: ...			
Edukace			
zná pacient své onemocnění a léčebná opatření			
	ano	ne	
předpokládaná potřeba edukace			
Duchovní potřeby			
vyžaduje pacient nějaké duchovní potřeby			
	ano	ne	
Mohu v této oblasti nějak pomoci			
	ano	ne	
Cennosti a šaty			
uloženy v trezoru	ano		ne
doklad o úchově	u pacienta		dokumentace

Bartel index		
Příjem potravy	samostatně	10
	s pomocí	5
	neprovede sám	0
Oblékání	samostatně	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně	5
	s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	úplná inkontinence	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	úplná inkontinence	0
používí WC	samostatně	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Přesun lůžko - židle	samostatně	15
	s malou pomocí	10
	nepřesune, sedí	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně nad 50m	15
	s pomocí 50m	10
	na vozíku 50m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Celkem		
0b - bezvědomí, delirium		
do 40b. - vysoká závislost		
45 - 60b. - střední závislost		
65 - 95b. - lehká závislost		
100b. - nezávislost		

Zjištění rizika pádů	
Pohyb	
neomezený	0
potřebuje dopomoc	1
používá pomůcky	2
neschopnost pohybu	1
Věk	
18 - 65 let	0
65 let a více	1
Užívání léků	
antikonvulziva, antiparkinsonika	1
psychotropní látky	
benzodiazepiny	
antihypertenziva, diuretika	
Smyslové poruchy	
žádné	0
vizuální, sluchové	1
Vyprazdňování	
nepotřebuje pomoc	0
nykturie/inkontinence	1
potřebuje pomoc	1
Mentální status	
orientovaný, bystrý	0
občasná noční dezorientace	1
dezorientace, demence	1
Celkem	
skóre 3 a vyšší - pacient je vždy ohrožen rizikem pádů	

Bradenové stupnice								
Citlivost/percepce	úplně limitovaný	1	hodně limitovaný	2	mírně limitovaný	3	žádné poškození	4
Vlhkost	kůže velmi vlhká	1	příležitostně vlhká	2	zřídka mokrá	3	nikdy mokrá	4
Aktivita	nemocný upoután na lůžko	1	připoutaný k židli	2	příležitostně chodí	3	chodí často	4
Pohyblivost	úplná nepohyblivost	1	velmi omezená	2	mírně omezená	3	bez omezení	4
Výživa	velmi špatná	1	neadekvátní	2	adekvátní	3	výborná	4
Tření	problém	1	možný problém	2	bez problému	3		
Počet bodů	16 - minimální riziko		13 - 15 - střední riziko		12 a méně - vysoké riziko vzniku dekubitů			

Saint Louis University Rychlá geriatrická anamnéza					
Pohlaví	Věk				
Etnický původ	Čech	Slovák	Rom	Vietnamec	Ukrajinec
Jednoduchý dotazník FRAIL					
Únava	Cítíte se unavený/á?		Ano 1 bod	Ne 0 bodů	
Rezistenční pohyb	Dokážete vystoupat do jednoho poschodí?		Ano 0 bodů	Ne 1 bod	
Aerobní pohyb	Dokážete obejít jeden domovní blok?		Ano 0 bodů	Ne 1 bod	
Nemoc	Máte více než 5 nemocí?		Ano 1 bod	Ne 0 bodů	
Úbytek hmotnosti	Ztratil/a jste více než 5 % své tělesné hmotnosti za posledních 6 měsíců?		Ano 1 bod	Ne 0 bodů	
Bodování: 3 nebo více = křehký, 1 nebo 2 = hrozící křehkost			Celkový počet bodů:		
SNAQ (zjednodušený dotazník hodnotící výživu)					
Moje chuť k jídlu je:		Když jím:			
a) Velmi špatná	a) Cítím se najezený/ná hned po prvních soustech				
b) Špatná	b) Cítím se najezený/ná asi po třetině jídla				
c) Průměrná	c) Cítím se najezený/ná po polovině jídla				
d) Dobrá	d) Cítím se najezený/ná po skoro celém jídle				
e) Velmi dobrá	e) Skoro nikdy se necítím najezený/ná				
Jídlo mi chutná		Normálně jím			
a) Velmi špatně	a) Méně než jedno jídlo denně				
b) Špatně	b) Jedno jídlo denně				
c) Průměrně	c) Dvě jídla denně				
d) Dobře	d) Tři jídla denně				
e) Velmi dobře	e) Více než tři jídla denně				
Bodování: a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5					
Počet bodů ≤ 14 značí velké riziko alespoň 5 % úbytku hmotnosti za posledních 6 měsíců					
SARC – F (vyšetření sarkopenie - úbytek svalové hmotnosti)					
Síla: Jaké Vám dělá potíže zvednout a nést 5 kilo?			žádné = 0, jisté potíže = 1, používám pomůcky nebo neschopen/na = 2		
Pomoc při chůzi: Jaké Vám dělá potíže přejít přes místnost?			žádné = 0, jisté potíže = 1, používám pomůcky nebo neschopen/na = 2		
Vstát ze židle: Jaké Vám dělá potíže vstát ze židle?			žádné = 0, jisté potíže = 1, velké nebo nejsem schopen/na bez pomoci = 2		
Stoupat do schodů: Jaké Vám dělá potíže vystoupat 10 schodů nebo jedno patro?			žádné = 0, jisté potíže = 1, velké potíže nebo nejsem schopen/na = 2		
Pády: Kolikrát jste spadl/la za poslední rok?			ani jednou = 0, 1 – 3 pády = 1, 4 nebo více pádů = 2		

Celkový počet bodů 4 a více svědčí o sarkopenii
Celkový počet bodů SARC – F:
Rychlé kognitivní vyšetření (RCS)
Prosím zapamatujte si těchto 5 předmětů, zeptám se Vás na ně později.
Přečtete pacientovi asi se sekundovými intervaly
Jablko pero kravata dům auto
(Dejte pacientovi tužku a papír s prázdným ciferníkem)
Prosím vyznačte hodiny a vyznačte čas za 10 minut 11.
(Dva body za správné vyznačení hodin a dva body za správně vyznačený čas)
Kterých 5 předmětů jste si měl/měla zapamatovat?
(1 bod za každý předmět)
Budu Vám vyprávět příběh. Prosím, poslouchajte pozorně, protože se Vás budu potom ptát.
Jana byla velmi úspěšná makléřka. Vydělala na burze spoustu peněz. Pak se seznámila s Jakubem, úžasně pohledným mužem. Vzala si ho a měli tři děti. Žili v Brně. Přestala pracovat a zůstala doma s dětmi. Když byly děti v pubertě, vrátila se do práce. Žije s Jakubem spokojeně až dodnes.
V jakém státi žila?
Body: 8 – 10 Normální 6 -7 Mírné kognitivní zhoršení 0 -5 Demence



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ POTŘEB U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Pro výzkumný projekt: **GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetřovatelství**

Období realizace: roky 2018–2020

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je popsat využívané hodnoticí a měřicí nástroje v ošetřovatelské péči u vybraných skupin respondentů a navrhnout či ověřit postup, který by byl při poskytování péče vhodnější. Jednou z oblastí, kterou se zabýváme, je hodnocení potřeb u geriatrických pacientů. Vaše zkušenosti jakožto sestry pracující s geriatrickými pacienty jsou pro nás v této oblasti velmi cenné. Na základě získaných výsledků bude možné stanovit, zda jsou aktuálně používané měřicí a hodnoticí nástroje pro geriatrickou populaci dostačující či zda je možné v geriatrické ošetřovatelské péči používat dotazník Rapid Geriatric Assessment. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika. Výhodou jsou samotné výsledky, které mohou přispět ke zlepšení hodnocení geriatrické populace. Možným rizikem je nezařazení dotazníku do výzkumného šetření, pokud nebude zcela vyplněn.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, jež pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a prezentovány prostřednictvím příspěvků na odborných konferencích, v odborných člancích a v monografiích.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.;
Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.; Mgr. Romana Belešová;
Mgr. Jitka Doležalová; Mgr. Jan Neugebauer;
Mgr. Šárka Franková; Bc. Vendula Dvořáková;
Bc. Inka Kratochvílová; Bc. Simona Berková

1. Kolik je Vám let?

1) Uveďte:

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- 1) Žena
- 2) Muž

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1) Středoškolské
- 2) Vyšší odborné
- 3) Vysokoškolské (Bc., Mgr.)

4. Jak dlouho již pracujete s geriatrickými pacienty?

- 1) Méně než 1 rok
- 2) 1–5 let
- 3) 6–10 let
- 4) 11–15 let
- 5) 16 let a více

5. Setkal/a jste se již někdy s hodnoticím nástrojem RGA? (viz str. 7–10 dotazníku)

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Nevím

6. Do jaké míry rozumíte hodnoticímu nástroji RGA? (viz str. 7–10 dotazníku)

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

7. Do jaké míry jsou pro Vás jednotlivé škály srozumitelné? (v každém řádku označte jednu možnost)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Středně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. FRAIL (dotazník pro screening křehkosti)					
B. SARC-F (Vyšetření sarkopenie)					
C. SNAQ (zjednodušený dotazník hodnotící výživu)					
D. RCS (rychlé kognitivní vyšetření)					

8. Je dle Vašeho názoru hodnocení RGA efektivní?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

9. Jaké další významné oblasti hodnocení RGA nejsou podle Vás zahrnuty? (můžete označit více možností)

- 1) Riziko pádů
- 2) Dekubity
- 3) Hodnocení denních aktivit
- 4) Hodnocení bolesti
- 5) Jiné:
- 6) Zahrnuté oblasti jsou dostačující

10. Do jaké míry je možné výsledky hodnocení RGA použít pro úpravu poskytované péče?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne
- 6) Nevím

11. Do jaké míry považujete RGA hodnocení za objektivní?

- 1) Maximálně – pokračujte otázkou č. 13
- 2) Hodně – pokračujte otázkou č. 13
- 3) Středně – pokračujte otázkou č. 13
- 4) Trochu – pokračujte otázkou č. 13
- 5) Vůbec ne
- 6) Nevím – pokračujte otázkou č. 13

12. Pokud jste u otázky č. 11 uvedli „vůbec ne“, uveďte proč?

1. Uveďte:

13. Jak dlouho jste vyhodnocoval/a RGA?

- 1) 1–5 minut
- 2) 6–10 minut
- 3) 11–15 minut
- 4) 16 minut a více
- 5) Nevyhodnocoval/a jsem, uveďte proč:

14. Je pro Vás hodnocení Rapid Geriatric Assessment zatěžující?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne
- 6) Nevím, nepoužíval/a jsem

15. Do jaké míry si dokážete představit, že se v rámci českého geriatrického ošetřovatelství bude Rapid Geriatric Assessment běžně používat?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

16. Do jaké míry si dokážete představit, že byste RGA používali ve Vašem zařízení?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne
- 6) Již používáme

17. Co byste potřeboval/a k tomu, aby se ve Vašem zařízení RGA používalo? (můžete označit více možností)

- 1) Více informací o RGA
- 2) Více informací o geriatrické ošetřovatelské péči
- 3) Více času
- 4) Jiné, uveďte:
- 5) Již používáme

18. Jaké měřicí a hodnoticí nástroje používáte ve Vašem zařízení? (můžete označit více možností)

- 1) Hodnocení soběstačnosti
- 2) Škála Norton
- 3) Škála Braden
- 4) Hodnocení bolesti
- 5) Hodnocení výživy
- 6) Hodnocení rizika pádů
- 7) Jiné (uveďte):
- 8) Žádné měřicí a hodnoticí nástroje v našem zařízení nepoužíváme

19. Hodnotíte Rapid Geriatric Assessment jako přínosnější než Vámi používané hodnoticí nástroje?

- 1) Ano
- 2) Spíše ano
- 3) Spíše ne
- 4) Ne
- 5) Jsou na stejné úrovni
- 6) Nevím

20. Jak rozumíte pojmu geriatrická křehkost?

- 1) Uveďte:

21. Jak rozumíte pojmu sarkopenie?

- 1) Uveďte:

22. Jak rozumíte pojmu polyfarmacie?

- 1) Uveďte:

23. Vyplňujete hodnoticí nástroje, které ve Vašem zařízení používáte, pravidelně?

- 1) Ano
2) Spíše ano
3) Spíše ne
4) Ne
5) Nevím

24. Do jaké míry je dle Vašeho názoru Vámi používané hodnocení geriatrických pacientů dostačující?

- 1) Maximálně – pokračujte otázkou č. 26
2) Hodně – pokračujte otázkou č. 26
3) Středně – pokračujte otázkou č. 26
4) Trochu – pokračujte otázkou č. 26
5) Vůbec ne

25. Pokud jste u otázky č. 24 uvedl/a „vůbec ne“, uveďte, z jakého důvodu není hodnocení dostačující?

- 1) Neuskutečňuje se pravidelně
2) Výsledky hodnocení nemají vliv na poskytovanou péči
3) Hodnocení není komplexní
4) Jiné, uveďte:

26. Do jaké míry považujete Vámi používané hodnoticí dotazníky za efektivní?

- 1) Maximálně – pokračujte otázkou č. 28
2) Hodně – pokračujte otázkou č. 28
3) Středně – pokračujte otázkou č. 28
4) Trochu – pokračujte otázkou č. 28
5) Vůbec ne
6) Hodnoticí dotazníky nepoužíváme – pokračujte otázkou č. 28

27. Pokud jste u otázky č. 26 uvedl/a „vůbec ne“, uveďte, proč Vámi používané hodnoticí dotazníky nejsou dle Vašeho názoru efektivní?

- 1) Uveďte:

28. Máte ve Vašem zařízení nějaké doporučené postupy pro hodnocení potřeb geriatrických pacientů?

- 1) Ano
2) Ne – pokračujte otázkou č. 30
3) Nevím – pokračujte otázkou č. 30

29. Pokud ano, na jaké oblasti máte ve vašem zařízení doporučené postupy?

- 1) Uveďte:

30. Jaké komplikace pozorujete v péči o geriatrické pacienty? (můžete označit více možností)

- 1) Pády
- 2) Malnutrice
- 3) Nechutenství
- 4) Kognitivní poruchy
- 5) Bolest
- 6) Dekubity
- 7) Imobilita
- 8) Jiné, uveďte:

31. Jak zaznamenáváte pády? (můžete označit více možností)

- 1) Zápis do dokumentace
- 2) Oznámení lékaře
- 3) Vypsání formuláře o nežádoucí události
- 4) Slovně ohlásíme nadřízenému
- 5) Nezaznamenáváme

32. Vzděláváte se pravidelně v geriatrickém ošetřovatelství?

- 1) Ano
- 2) Ne – pokračujte otázkou č. 34

33. Jakým způsobem Vaše vzdělávání probíhá?

- 1) Uveďte:

34. Do jaké míry by měly být potřeby geriatrických jedinců dle Vašeho názoru monitorovány? (v každém řádku označte jednu možnost)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Středně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. Zdravotní stav					
B. Nutrice					
C. Vylučování					
D. Bezpečnost (pády)					
E. Aktivita, cvičení					
F. Spánek, odpočinek					
G. Rozumové schopnosti					
H. Sebepojetí, sebeúcta					
I. Mezilidské vztahy (sociální kontakt s blízkými)					
J. Smysly (zrak, sluch, ...)					
K. Sexualita					
L. Stres					
M. Víra					
N. Jiné, uveďte:					

35. Pokud jste u některých potřeb zvolil/a možnost „maximálně“ či „hodně“, uveďte prosím, z jakého důvodu by měly být zvolené potřeby více monitorovány? (do odpovědi uveďte prosím i název potřeby)

1) Uveďte:

36. Jaká oblast není dle Vašeho názoru do výběru zahrnuta?

1) Uveďte:

2) Dle mého názoru jsou zahrnuty všechny oblasti

37. S jakými odborníky navazujete spolupráci v rámci péče o geriatrické pacienty? (v každém řádku označte jednu možnost)

	1 Vždy	2 Někdy	3 Občas	4 Vůbec ne
A. Rehabilitační pracovník				
B. Lékař				
C. Nutriční terapeut				
D. Psychiatr				
E. Duchovní				
F. Ergoterapeut				
G. Sociální pracovník				
H. Dobrovolníci				
I. Jiné				

Příloha dotazníku – test RGA

**Saint Louis University
Rychlá geriatrická anamnéza**

*Na tyto screeningové nástroje není copyright a mohou být začleněny do elektronické zdravotní dokumentace bez povolení a zdarma.

1. Pohlaví: _____ **2. Věk:** _____

3. Etnický původ (zakroužkujte): Čech Slovák Rom Ukrajinec Vietnamec

Jednoduchý dotazník „FRAIL“

- 4. (Únava) Cítíte se unavený/ná?** (Ano = 1, Ne = 0)
- 5. (Rezistenční pohyb) Dokážete vystoupat do jednoho poschodí?** (Ano = 1, Ne = 0)
- 6. (Aerobní pohyb) Dokážete obejít jeden domovní blok?** (Ano = 1, Ne = 0)
- 7. (Nemoc) Máte více než 5 nemocí?** (Ano = 1, Ne = 0)
- 8. (Úbytek hmotnosti) Ztratil/la jste více než 5 % hmotnosti za posledních 6 měsíců?** (Ano = 1, Ne = 0)

Bodování: 3 nebo více = křehký, 1 nebo 2 = hrozící křehkost

9. Celkový počet bodů FRAIL: _____

SNAQ (zjednodušený dotazník hodnotící výživu)

10. Moje chuť k jídlu je:

- a) Velmi špatná
- b) Špatná
- c) Průměrná
- d) Dobrá
- e) Velmi dobrá

11. Když jím:

- a) Cítím se najedený/ná hned po prvních soustech
- b) Cítím se najedený/ná asi po třetině jídla
- c) Cítím se najedený/ná po polovině jídla
- d) Cítím se najedený/ná po skoro celém jídle
- e) Skoro nikdy se necítím najedený/ná

12. Jídlo mi chutná

- a) Velmi špatně
- b) Špatně
- c) Průměrně
- d) Dobře
- e) Velmi dobře

13. Normálně jím

- a) Méně než jedno jídlo denně
- b) Jedno jídlo denně
- c) Dvě jídla denně
- d) Tři jídla denně
- e) Více než tři jídla denně

Bodování: a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5

Počet bodů ≤ 14 značí velké riziko alespoň 5 % úbytku hmotnosti za posledních 6 měsíců

14. Celkový počet bodů SNAQ: _____

Z: Wison et al., Am J Clin Nutr 2005; 82: 1074–81

SARC-F (vyšetření sarkopenie – úbytek svalové hmotnosti)

- 15. Síla: Jaké Vám dělá potíže zvednout a nést 5 kilo?**
Body: žádné = 0, jisté potíže = 1, používám pomůcky nebo neschopen/na = 2
- 16. Pomoc při chůzi: Jaké Vám dělá potíže přejít přes místnost?**
Body: žádné = 0, jisté potíže = 1, používám pomůcky nebo neschopen/na = 2
- 17. Vstát ze židle: Jaké Vám dělá potíže vstát ze židle?**
Body: žádné = 0, jisté potíže = 1, velké nebo nejsem schopen/na bez pomoci = 2
- 18. Stoupat do schodů: Jaké Vám dělá potíže vystoupat 10 schodů nebo jedno patro?**
Body: žádné = 0, jisté potíže = 1, velké potíže nebo nejsem schopen/na = 2
- 19. Pády: Kolikrát jste spadl/la za poslední rok?**
Body: ani jednou = 0, 1 – 3 pády = 1, 4 nebo více pádů = 2

Celkový počet bodů 4 a více svědčí o sarkopenii

20. Celkový počet bodů SARC – F: _____

Z: Malmstrom TK, Morley JE Frailty and Ageing, 2013, 2:55–56

Rychlé kognitivní vyšetření (RCS)

Prosím zapamatujte si těchto 5 předmětů, zeptám se Vás na ně později.

(Přečtete pacientovi asi se sekundovými intervaly)

Jablko pero kravata dům auto

(Dejte pacientovi tužku a papír s prázdným ciferníkem)

21. Prosím vyznačte hodiny a vyznačte čas za 10 minut 11.

(Dva body za správné vyznačení hodin a dva body za správně vyznačený čas)

22. Kterých 5 předmětů jste si měl/a zapamatovat? (1 bod za každý předmět)

23. Budu Vám vyprávět příběh. Prosím, poslouchejte pozorně, protože se Vás budu potom ptát.

Jana byla velmi úspěšná makléřka. Vydělala na burze spoustu peněz. Pak se seznámila s Jakubem, úžasně pohledným mužem. Vzala si ho a měli tři děti. Žili v Brně. Přestala pracovat a zůstala doma s dětmi. Když byly děti v pubertě, vrátila se do práce. Žije s Jakubem spokojeně až dodnes.

V jakém státě žila?

Body: 8–10 Normální

6–7 Mírné kognitivní zhoršení

0–5 Demence

24. Celkový počet bodů: _____

Z: Malmstrom TK, Voss VB, Cruz-Oliver DM et., J Nutr Health Aging 2015; 19:741–744



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ POTŘEB U GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Pro výzkumný projekt: **GAJU č. 058/2018/S Využití měřicích nástrojů v ošetřovatelství**
Období realizace: roky 2018–2020

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je popsat využívané hodnotící a měřicí nástroje v ošetřovatelské péči u vybraných skupin respondentů a navrhnout či ověřit postup, který by byl při poskytování péče vhodnější. Jednou z oblastí, kterou se zabýváme, je hodnocení potřeb u geriatrických pacientů. Vaše zkušenosti jakožto staršího člověka jsou pro nás v této oblasti velmi cenné. Na základě získaných výsledků bude možné stanovit, jaké jsou Vaše aktuální potřeby či problémy, o které by se měl ošetřovatelský personál více zajímat a jak by je měl i hodnotit. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika. Výhodou pro Vás může být zlepšení poskytované péče a větší zájem ošetřovatelského personálu o Vaši osobu. Možným rizikem je nezařazení dotazníku do výzkumného šetření, pokud nebude zcela vyplněn.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, jež pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely výzkumu. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a prezentovány prostřednictvím příspěvků na odborných konferencích, v odborných člancích a v monografiích.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracovány v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Děkujeme za spolupráci.

Řešitelé projektu:

prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.;
Mgr. Věra Olišarová, Ph.D.; Mgr. Romana Belešová;
Mgr. Jitka Doležalová; Mgr. Jan Neugebauer;
Mgr. Šárka Franková; Bc. Vendula Dvořáková;
Bc. Inka Kratochvílová; Bc. Simona Berková

1. Jakým onemocněním trpíte? (můžete označit více možností)

- 1) Kardiovaskulární
- 2) Pohybové
- 3) Trávicí/zažívací
- 4) Metabolické
- 5) Dýchací
- 6) Zhoubné
- 7) Psychické
- 8) Netrpím žádným onemocněním – pokračujte otázkou č. 3
- 9) Jiné, uveďte:

2. Které z Vašich onemocnění považujete za nejzávažnější?

- 1) Uveďte:

3. Jaký je Váš rodinný stav? (můžete označit více možností)

- 1) Svobodný
- 2) Ženatý/vdaná
- 3) Vdovec/vdova
- 4) Rozvedený/ rozvedená
- 5) Druh, družka

4. V jakém druhu zařízení pobýváte?

- 1) Dům s pečovatelskou službou
- 2) Dům seniorů
- 3) Nemocnice, LDN
- 4) Domácí prostředí
- 5) Nevím
- 6) Jiné, uveďte:

5. Z jakého důvodu pobýváte v zařízení?

- 1) Uveďte:
- 2) Nepobývám v žádném zařízení – pokračujte otázkou č. 12
- 3) Nevím

6. Do jaké míry jste spokojen/a s pobytem v zařízení?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

7. V čem pozorujete *pozitiva* spojená s pobytem v zařízení?

- 1) Uveďte:
- 2) Žádná pozitiva nespátřuji

8. V čem pozorujete *negativa* spojená s pobytem v zařízení?

- 1) Uveďte:
- 2) Žádná negativa nespátřuji

9. Jaká je Vaše délka pobytu v zařízení

- 1) Méně než 1 rok
- 2) 2–5 let
- 3) 6–9 let
- 4) 10–14 let
- 5) 15 let a více

10. Jak často Vás navštěvuje rodina?

- 1) 1× za týden a častěji
- 2) Asi 1× za měsíc
- 3) Asi 1× za půl roku
- 4) Asi 1× za rok
- 5) Nikdy
- 6) Nemám rodinu

11. Jak často Vás navštěvují známí a přátelé?

- 1) 1× za týden a častěji
- 2) Asi 1× za měsíc
- 3) Asi 1× za půl roku
- 4) Asi 1× za rok
- 5) Nikdy
- 6) Nemám známé či přátele

12. Do jaké míry jste spokojeni se společenským životem?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

13. Jste kuřák/kuřačka?

- 1) Ano
- 2) Ne

14. Dotazoval se Vás již nějaký zdravotnický pracovník na některou z vybraných oblastí? (v každém označte jednu možnost)

	ANO	NE
A. Zdravotní stav		
B. Výživa		
C. Vylučování		
D. Bezpečnost (pády)		
E. Aktivita, cvičení		
F. Spánek a odpočinek		
G. Rozumové schopnosti		
H. Sebepojetí, sebeúcta		
I. Mezilidské vztahy (sociální kontakt s blízkými)		
J. Sexualita		
K. Stres		
L. Víra, životní hodnoty		

15. Na kolik považujete za důležité, aby Vám byla poskytnuta péče v konkrétní oblasti? (v každém řádku uveďte odpověď)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Středně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. Zdravotní stav					
B. Výživa					
C. Vylučování					
D. Bezpečnost (pády)					
E. Aktivita, cvičení					
F. Spánek a odpočinek					
G. Rozumové schopnosti					
H. Sebepečetí, sebeúcta					
I. Mezilidské vztahy (sociální kontakt s blízkými)					
J. Sexualita					
K. Stres					
L. Víra, životní hodnoty					

16. Jak hodnotíte svůj fyzický zdravotní stav? (1 – nejlepší, 10 – nejhorší)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

17. Na kolik jste spokojen/a se svým fyzickým zdravotním stavem?

1. Maximálně
2. Hodně
3. Středně
4. Trochu
5. Vůbec ne

18. Jak hodnotíte svůj psychický zdravotní stav? (1 – nejlepší, 10 – nejhorší)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

19. Na kolik jste spokojen/a se svým psychickým zdravotním stavem?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

20. Co Vás omezuje při pohybu? (můžete označit více možností)

- 1) Bolest
- 2) Snížená pohyblivost
- 3) Nadváha
- 4) Onemocnění
- 5) Smyslová vada (zhoršení zraku, sluchu, ...)
- 6) Jiné, uveďte:

21. Jste se svým pohybem spokojen/a?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

22. Používáte nějaké kompenzační pomůcky, např. hůl, chodítka, berle apod.?

- 1) Ano, uveďte:
- 2) Ne, nepoužívám

23. Spadl/a jste v posledním roce?

- 1) Ano
- 2) Ne – pokračujte otázkou č. 25
- 3) Nevím – pokračujte otázkou č. 25

24. Pokud ano, jaké jste měl/a následky? (můžete označit více možností)

- 1) Bolest
- 2) Oděrka
- 3) Hematom
- 4) Zlomenina
- 5) Strach
- 6) Úzkost
- 7) Jiné, uveďte:

25. Do jaké míry pocítujete únavu během dne?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

26. V jakém denním období pocítujete únavu nejvíce?

- 1) Ráno
- 2) Dopoledne
- 3) Odpoledne
- 4) Večer
- 5) Během noci
- 6) Únavu nepocítuji

27. Kolikrát si během dne jdete odpočinout?

- 1) Jednou
- 2) Dvakrát
- 3) Třikrát
- 4) Vícekrát
- 5) Během dne neodpočívám

28. Do jaké míry Vám činí potíže ujít 100 metrů po rovině?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne

29. Pokud máte možnost volby, preferujete výtah, či chůzi po schodech?

- 1) Preferuji chůzi po schodech
- 2) Preferuji výtah

30. Znáte svoji aktuální tělesnou hmotnost?

- 1) Ano, uveďte v kilogramech:
- 2) Ne
- 3) Nevím

31. Pozorujete v posledním půlroce nějakou změnu ve Vaší tělesné hmotnosti?

- 1) Přibral/a jsem
- 2) Shodil/a jsem
- 3) Nepozoruji žádné změny
- 4) Nevím

32. Nakolik je pro Vás problematické uskutečnit uvedené denní aktivity? (v každém označte jednu možnost)

	1 Maximálně	2 Hodně	3 Středně	4 Trochu	5 Vůbec ne
A. Nakoupit si					
B. Připravit si jídlo					
C. Najíst se					
D. Oblékání					
E. Obutí					
F. Hygiena					
G. Použití WC					
H. Chůze po rovině					
I. Chůze po schodech					
J. Přesun z lůžka na židli či naopak					
K. Vykonalvat péči o domácnost (úklid)					
L. Platit účty					

33. Jak Vám chutná strava podávaná v zařízení ve srovnání se stravou, kterou jste jedli před pobytem v zařízení?

- 1) Maximálně
- 2) Hodně
- 3) Středně
- 4) Trochu
- 5) Vůbec ne
- 6) Nepobývám v zařízení

34. V jakém stavu je Váš chrup?

- 1) Vlastní chrup
- 2) Náhrada
- 3) Nemám vlastní chrup ani náhradu

35. Máte nějaké zažívací potíže?

- 1) Ano, uveďte:
- 2) Ne
- 3) Nevím

36. Saint Louis University

Rychlá geriatrická anamnéza

*Na tyto screeningové nástroje není copyright a mohou být začleněny do elektronické zdravotní dokumentace bez povolení a zdarma.

36. 1. Pohlaví: _____

36. 2. Věk: _____

36. 3. Etnický původ (zakroužkujte): Čech Slovák Rom Ukrajinec Vietnamec

Jednoduchý dotazník „FRAIL“

36. 4. (Únava) Cítíte se unavený/ná? (Ano = 1, Ne = 0)

36. 5. (Rezistenční pohyb) Dokážete vystoupat do jednoho poschodí? (Ano = 1, Ne = 0)

36. 6. (Aerobní pohyb) Dokážete obejít jeden domovní blok? (Ano = 1, Ne = 0)

36. 7. (Nemoc) Máte více než 5 nemocí? (Ano = 1, Ne = 0)

36. 8. (Úbytek hmotnosti) Ztratil/la jste více než 5 % hmotnosti za posledních 6 měsíců? (Ano = 1, Ne = 0)

Bodování: 3 nebo více = křehký, 1 nebo 2 = hrozící křehkost

36. 9. Celkový počet bodů FRAIL: _____

SNAQ (zjednodušený dotazník hodnotící výživu)

36. 10. Moje chuť k jídlu je:

- a) Velmi špatná
- b) Špatná
- c) Průměrná
- d) Dobrá
- e) Velmi dobrá

36. 11. Když jím:

- a) Cítím se najedený/ná hned po prvních soustech
- b) Cítím se najedený/ná asi po třetině jídla
- c) Cítím se najedený/ná po polovině jídla
- d) Cítím se najedený/ná po skoro celém jídle
- e) Skoro nikdy se necítím najedený/ná

36. 12. Jídlo mi chutná

- a) Velmi špatně
- b) Špatně
- c) Průměrně
- d) Dobře
- e) Velmi dobře

36. 13. Normálně jím

- a) Méně než jedno jídlo denně
- b) Jedno jídlo denně
- c) Dvě jídla denně
- d) Tři jídla denně
- e) Více než tři jídla denně

Bodování: a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5

Počet bodů ≤ 14 značí velké riziko alespoň 5 % úbytku hmotnosti za posledních 6 měsíců

36. 14. Celkový počet bodů SNAQ: _____

Z: Wilson et al., Am J Clin Nutr 2005; 82: 1074-81

SARC-F (vyšetření sarkopenie – úbytek svalové hmotnosti)

- 36. 15. Síla: Jaké Vám dělá potíže zvednout a nést 5 kilo?**
Body: žádné = 0, jisté potíže = 1, používám pomůcky nebo neschopen/na = 2
- 36. 16. Pomoc při chůzi: Jaké Vám dělá potíže přejít přes místnost?**
Body: žádné = 0, jisté potíže = 1, používám pomůcky nebo neschopen/na = 2
- 36. 17. Vstát ze židle: Jaké Vám dělá potíže vstát ze židle?**
Body: žádné = 0, jisté potíže = 1, velké nebo nejsem schopen/na bez pomoci = 2
- 36. 18. Stoupat do schodů: Jaké Vám dělá potíže vystoupat 10 schodů nebo jedno patro?**
Body: žádné = 0, jisté potíže = 1, velké potíže nebo nejsem schopen/na = 2
- 36. 19. Pády: Kolikrát jste spadl/la za poslední rok?**
Body: ani jednou = 0, 1 – 3 pády = 1, 4 nebo více pádů = 2

Celkový počet bodů 4 a více svědčí o sarkopenii

36. 20. Celkový počet bodů SARC – F: _____

Z: Malmstrom TK, Morley JE Frailty and Ageing, 2013, 2:55-56

Rychlé kognitivní vyšetření (RCS)

Prosím zapamatujte si těchto 5 předmětů, zeptám se Vás na ně později.

(Přečtete pacientovi asi se sekundovými intervaly)

Jablko pero kravata dům auto

(Dejte pacientovi tužku a papír s prázdným ciferníkem)

36. 21. Prosím vyznačte hodiny a vyznačte čas za 10 minut 11.

(Dva body za správné vyznačení hodin a dva body za správně vyznačený čas)

36. 22. Kterých 5 předmětů jste si měl/a zapamatovat?

(1 bod za každý předmět)

36. 23. Budu Vám vyprávět příběh. Prosím, poslouchejte pozorně, protože se Vás budu potom ptát.

Jana byla velmi úspěšná makléřka. Vydělala na burze spoustu peněz. Pak se seznámila s Jakubem, úžasně pohledným mužem. Vzala si ho a měli tři děti. Žili v Brně. Přestala pracovat a zůstala doma s dětmi. Když byly děti v pubertě, vrátila se do práce. Žije s Jakubem spokojeně až dodnes.

V jakém státě žila?

Body: 8–10 Normální

6–7 Mírné kognitivní zhoršení

0–5 Demence

36. 24. Celkový počet bodů: _____

Z: Malmstrom TK, Voss VB, Cruz-Oliver DM et., J Nutr Health Aging 2015; 19:741-744

37. Kvalita života

PCP 2003/NUDZ 2015

Dotazník Světové zdravotnické organizace

WHOQOL-BREF (krátká verze)

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Odpovězte laskavě na každou otázku, zhodnoňte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď. Pokud si nejste jisti, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

37. 1. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

37. 2. Jak jste spokojena se svým zdravím?	velmi nespokojena	nespokojena	ani nespokojena ani spokojena	spokojena	velmi spokojena
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožívala určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
37. 3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
37. 4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohla fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
37. 5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
37. 6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
37. 7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
37. 8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
37. 9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
37. 10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
37. 11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
37. 12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
37. 13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
37. 14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
37. 15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojena	nespokojena	ani spokojena, ani nespokojena	spokojena	velmi spokojena
37. 16. Jak jste spokojena se svým spánkem?	1	2	3	4	5
37. 17. Jak jste spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
37. 18. Jak jste spokojena se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
37. 19. Jak jste spokojena sama se sebou?	1	2	3	4	5
37. 20. Jak jste spokojena se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
37. 21. Jak jste spokojena se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
37. 22. Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
37. 23. Jak jste spokojena s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
37. 24. Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
37. 25. Jak jste spokojena s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
37. 26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako jsou např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5