

Aplikácia komplexného geriatrického posúdenia v ošetrovateľskej praxi

Application of Comprehensive Geriatric Assessment in Nursing Practice

Oľga Kabátová, Silvia Puteková, Jana Martinková, Soňa Beňová

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava

Recenzenti/Reviewers: prof. MUDr. Vladimír Krčméry DrSc. Dr h.c. mult.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Submitted/Odoslané: 05. 10. 2016

Accepted/Prijaté: 29.10.2016

Abstrakt: Cieľ: cieľom prieskumu bolo aplikovať komplexné geriatrické posúdenie do ošetrovateľskej praxe. Metodika: metódou prieskumu boli hodnotiace nástroje, ktoré sme využívali pri komplexnom posudzovaní 40 geriatrických pacientov. Pri posudzovaní sme využívali Barthelovej test základných denných činností (ADL), Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej, Test kognitívnych funkcií (MMSE) a Škálu pre hodnotenie výživy (MNA). Výsledky: zistili sme, že existujú rozdiely v porovnávaní mužov a žien. Vo všeobecnom posudzovaní sebestačnosti, rovnováhy a chôdze, kognitívnych funkcií a stavu výživy sme zistili, že geriatrickí

pacienti majú veľké riziko pádov až 62,5 %, riziko podvýživy predstavovalo 70 % a narušené kognitívne funkcie preukazovalo 52,5 %. V oblasti sebestačnosti, bolo 62,5 % vzorky mierne závislá od pomoci iných. Záver: využívanie komplexného geriatrického posúdenia má široký význam pri ošetrovaní starších pacientov. Komplexné posudzovanie prináša obsiahlejšie informácie a tým môže byť zabezpečená efektívnejšia ošetrovateľská starostlivosť.

Kľúčové slová: Geriatrické ošetrovateľstvo. Komplexné geriatrické posúdenie. Posudzovacie škály. Senior. Ošetrovateľstvo. Prax.

Abstract: Objective: The aim of the survey was to apply a comprehensive geriatric assessment in nursing practice. Methods: The methods of investigation are evaluation tools that we use in comprehensive assessment of 40 geriatric patients. We used when assessing the Barthel test of basic daily activities, assessment of the balance and gait by Tinettiovej, tests of cognitive function and scale for the assessment of nutrition. Results: We found that there are differences in comparing men and women. In the general assessment of the sufficiency, balance and gait, cognitive and nutritional status we found that geriatric patients have a high risk of falls to 62.5%, the risk of malnutrition represented 70%, and impaired cognition demonstrating 52.5%. In the area of self-sufficiency was 62.5% of the sample slightly dependent on the assistance of others. Conclusion: The use of a comprehensive geriatric assessment has broad significance in the treatment of elderly patients. A comprehensive assessment provides more comprehensive information and thus can be secured by effective nursing care.

Key words: Geriatric nursing. Comprehensive geriatric assessment. The referral scale. Senior. Nursing. Practice.

Introduction:

Posudzovanie je proces, ktorého cieľom je sledovať zmeny seniora týkajúce sa starnutia a zdravotných problémov a následne vytvoriť databázu týchto zmien (Poledníková a kol., 2006). Orientuje sa na jeho potreby, ktoré sú v dôsledku staroby a choroby modifikované. Tieto údaje sestra získava metódou pozorovania, rozhovoru a vyšetrenia (Dlugošová, Tkáčová, 2010). Posudzovanie ako súčasť ošetrovateľského procesu predstavuje komplexné biopsychosociálne zhodnotenie staršieho človeka s rešpektovaním všetkých osobitostí vyššieho a vysokého veku (Poledníková a kol., 2013). Komplexné geriatrické posúdenie (comprehensive geriatric assessment - CGA) je neoddeliteľnou súčasťou pri posudzovaní seniora a jeho zdravotného stavu. CGA je multidisciplinárny diagnostický proces, ktorý je zameraný predovšetkým na stanovenie zdravotných, psychosociálnych a funkčných schopností u krehkých geriatrických pacientov. CGA teda chápeme ako komplexnejšie klinické vyšetrenie seniora, pričom sa vo väčšine prípadov uvádza ako pracovné a myšlienkové jadro geriatrického ošetrovateľstva vôbec (Kalvach a kol., 2008). Je využívané nielen pre posúdenie potrieb seniora, ale hovorí aj o vhodnej ošetrovateľskej starostlivosti (Jedlinská,

2013). Cieľom CGA je vytvoriť koordinovaný a zjednotený plán pre liečbu a dlhodobé sledovanie krehkých seniorov. Tento proces výrazne zlepšil diagnostickú presnosť a kvalitu života pacientov. Vďaka CGA nastalo zlepšenie prognózy u väčšiny seniorov a udržanie samostatnosti v bežnom živote (Ellis, Langhorne, 2005). Koncept CGA uplatňovala už v 30. až 40. rokoch 20. storočia vo Veľkej Británii Marjory Warren. Stala sa zástancom jeho aplikácie pred hospitalizáciou seniorov (Wieland, Hirth, 2003). Medzi pacientov, ktorým CGA výrazne pomohlo, patria hlavne krehkí seniori, ktorým ponúka individuálne, bezpečnejšie, komplexnejšie a praktickejšie služby. Seniori majú pri aplikácii CGA stanovenú individuálnejšiu diagnózu, majú tiež primeranú zdravotnú starostlivosť v rámci ich ochorenia a vo veľkej miere prispievajú k šetreniu finančných zdrojov (Kalvach a kol., 2008). CGA je hlavným ukazovateľom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a mal by byť neoddeliteľnou súčasťou anamnézy u pacientov. Jeho aplikácia má napriek mnohým kladom aj niekoľko záporov, medzi ktoré môžeme zaradiť časovú náročnosť pri zbieraní údajov, potrebu zaškolenia zdravotníckeho tímu, ale aj skúsenosť zdravotníkov s jeho vyhodnocovaním (Jedlinská, 2013). Význam CGA tiež dáva do pozornosti, že

napriek dlhému zoznamu vážnych chorôb v pacientovej dokumentácii sa o nich hovorí veľmi málo, ešte menej sa hovorí o malnutrícii, kognitívnych poruchách, o páde alebo o miere sebestačnosti (Kalvach a kol., 2008). Rozsah CGA je závislý na správnom nastavení zdravotníckeho tímu podľa prostriedkov, ktoré má k dispozícii. V procese CGA sa zdravotnícky tím zameriava na problémy prioritne tak, že najzávažnejšie sú riešené ako prvé (Wieland, Hirth, 2003). Nezastupiteľné uplatnenie v tíme má sestra – praktička (sestra s pokročilou praxou), ktorá môže koordinovať a riadiť proces, jednotlivé úkony, ako aj členov tímu (Grešš Halász, 2016). Podľa dostupných odborných zdrojov možno do CGA zaradiť posudzovanie nasledujúcich oblastí: hodnotenie funkčnej výkonnosti a zdatnosti (hodnotenie disability, rovnováhy a chôdze, nutričného stavu), hodnotenie duševného stavu (hodnotenie kognitívnych funkcií a emócií) a hodnotenie sociálneho stavu.

Methodics:

Hlavným cieľom tejto štúdie bolo aplikovať komplexné geriatrické posúdenie do ošetrovateľskej praxe. Na základe hlavného cieľa sme si stanovili čiastkové ciele:

- posúdiť úroveň sebestačnosti u hospitalizovaných seniorov,
- zistiť rozdiel v sebestačnosti medzi mužmi a ženami,
- posúdiť udržovanie rovnováhy a chôdze u hospitalizovaných seniorov,
- zistiť rozdiel v udržovaní rovnováhy a chôdze medzi mužmi a ženami,
- posúdiť stav výživy hospitalizovaných seniorov,
- zistiť rozdiel v stave výživy medzi mužmi a ženami,
- posúdiť kognitívne funkcie u hospitalizovaných seniorov,
- zistiť rozdiel kognitívnych funkcií medzi mužmi a ženami.

Základný súbor tvorili geriatrickí pacienti. Kalvach a kol. (2008) uvádzajú, že geriatrickým pacientom chápeme osobu, ktorá dovŕšila minimálny vek 65 rokov, aby mohla byť zaradená do geriatrického programu. Respondenti boli do súboru vybraný na základe zámerného výberu a museli spĺňať nami stanové kritériá: vek minimálne 65 rokov, aktuálna hospitalizácia, súhlas na vykonanie prieskumu, v deň realizácie nepodstúpiť žiadny bolestivý alebo obmedzujúci výkon. Na prieskumnej časti sa spolu podieľalo 40 pacientov, z toho 20 mužov a 20 žien. Informácie o geriatrických pacientoch sme

získavali pomocou štandardných hodnotiacich nástrojov: Barthelovej test základných denných činností (ADL), Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej, Test kognitívnych funkcií (MMSE), Škálu pre hodnotenie stavu výživy (MNA). Barthelovej index sebestačnosti (ADL) sa v CGA využíva najčastejšie na hodnotenie denných činností a v mnohých prípadoch sa stáva základným prvkom k vytvoreniu individuálneho plánu liečby. Jedná sa o hodnotenie samostatnej činnosti, ktorú pacient zvládne a nie činnosti, ktorú by relatívne mohol zvládnuť. V rámci posudzovania sebestačnosti podľa Barthelovej indexu hodnotíme 10 položiek, medzi ktoré patrí: príjem potravy, osobná hygiena, sprchovanie, presun z lôžka na vozík, použitie toalety, chôdza, chôdza po schodoch, obliekanie a vyzliekanie, kontinencia stolice a kontinencia moču (Schuler, Oster, 2010). Pri vyhodnotení Barthelovej indexu je maximálny získaný počet 100 bodov. Pri každej z 10 položiek môže pacient získať 0, 5 alebo 10 bodov. Ak pacient samostatne vykonáva činnosti je mu pridelených 10 bodov, s pomocou 5 bodov a 0 bodov získava ak nie je schopný samostatnej činnosti (Boriková, 2010). Na hodnotenie rovnováhy a chôdze sme zvolili hodnotenie podľa Tinettiovej, kedy sa hodnotí mobilita a riziko pádu. V klinickej

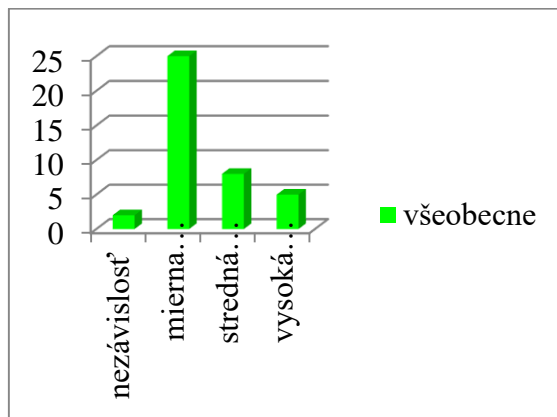
praxi je najčastejšie využívaný 28 bodový test, jednu polovicu tvorí hodnotenie rovnováhy a druhú polovicu hodnotenie chôdze pacienta. Pri teste je možné získať 28 bodov, za chôdzu 12 a za rovnováhu 16 bodov. Pri hodnotení chôdze sa posudzuje samotná chôdza, rovnováha trupu, plynulosť kroku a udržanie smeru, dĺžka kroku a podnety chôdze. Pri rovnováhe sledujeme a hodnotíme rovnováhu po postavení v trvaní 5 sekúnd, postavenie z ľahu na lôžku, postavenie zo stoličky, rovnováhu v sede, rovnováhu pri státi, státie s tlakom na sternum, státie so zavretými očami, otočenie sa o 360 stupňov a opätovné sadnutie na stoličku (Faber, 2006). Mini Nutritional Assessment (MNA) umožňuje rýchly prehľad o stave výživy u seniora. MNA je časovo nenáročný a jednoduchý (Schuler, Oster, 2010). Rozdeľuje sa na dve hlavné časti. V prvej časti posudzujeme stratu chuti do jedla, stratu hmotnosti za posledný mesiac, neuropsychické poruchy, vzniknutý psychický stres za 3 mesiace a BMI index telesnej hmotnosti. V druhej časti testom zisťujeme, či pacient žije v domácnosti, koľko krát za deň konzumuje jedlo, či užíva viac ako 3 lieky denne, koľko tekutín vypije počas dňa, či má dekubity, prijíma denne ovocie a zeleninu, množstvo proteínov, obvod lýtky a obvod v strede ramena, pýtame sa

na vlastné zhodnotenie stavu výživy a porovnanie s inými ľuďmi v približne rovnakom veku života (Jurašková, 2007). Ak pacient vo vyhodnotení získa menej ako 17 bodov z 30, trpí malnutríciou. Ak je hodnotenie od 17 do 23 je veľká pravdepodobnosť vzniku malnutrie (Zadák, 2008). Na hodnotenie kognitívnych funkcií sme využili Mini Mental State Examination (MMSE), ktorý nám odhaľuje poruchy kognitívnych funkcií, ale taktiež môže byť ukazovateľom začínajúcej Alzheimerovej demencie (Jirák, 2008). Zníženie kognitívnych funkcií výrazne ovplyvňuje zvládanie každodenných aktivít, a preto je posúdenie pamäte dôležité (Schuler, Oster, 2010). MMSE hodnotí niekoľko funkcií a to: orientáciu v čase a priestore, pamäť, počítanie a pozornosť, kapacitu pamäte, opakovanie vety, kreslenie podľa predlohy, písanie, vykonanie príkazu, pomenovanie predmetov. Získaný počet môže byť 30, pričom 30 až 27 nie je žiadne postihnutie a menej ako 10 bodov predstavuje ťažkú demenciu (Tomagová, 2009). Výsledky prieskumu sme spracovali pomocou programov Microsoft Word a Microsoft Excel. Výsledky prieskumu sme prezentovali pomocou grafov.

Results:

V prieskumnej časti bolo oslovených 40 respondentov. Respondenti boli rozdelení do dvoch skupín. Prvú skupinu tvorilo 20 žien a druhú skupinu 20 mužov. V prieskume sme sa zaoberali sebestačnosťou seniorov, ich rovnováhou a chôdzou, výživou a kognitívnymi poruchami.

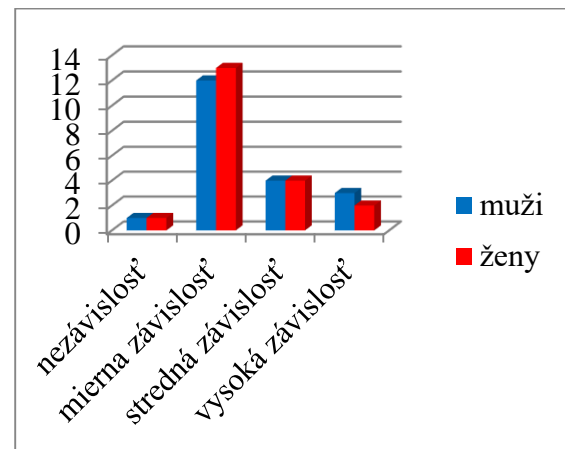
Otázka 1: Aká je úroveň sebestačnosti u hospitalizovaných seniorov?



Graf 1 Úroveň sebestačnosti hospitalizovaných seniorov

V úrovni sebestačnosti hospitalizovaných seniorov prevláda mierna závislosť. Z celkového počtu 40 respondentov je 25 seniorov mierne závislých na pomoci iných. Nezávislosť zo 40 predstavovali len dvaja seniori. Pomoc pri väčšine denných činností vyžadujú zo 40 respondentov 8 seniori. Vysokú závislosť predstavujú 5 respondenti z celkového počtu 40.

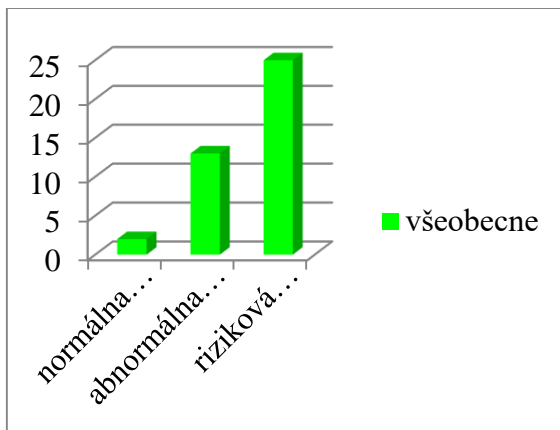
Otázka 2: Existuje rozdiel v sebestačnosti medzi mužmi a ženami?



Graf 2 Rozdiel v sebestačnosti – muži, ženy

Rozdiel v sebestačnosti medzi mužmi a ženami je prevažne rovnaký. Z 20 mužov nezávislosť predstavuje 1 muž. Z 20 žien predstavuje nezávislosť 1 žena. V miernej závislosti predstavujú väčšiu skupinu ženy v počte 13, muži v počte 12. V hodnotení strednej závislosti rozdiel nie je, z oboch skupín, ktoré tvorili 20 respondentov, boli 4 muži a 4 ženy stredne závislé. Z 20 žien predstavujú vysokú závislosť 2 respondentky. Vo vysokej závislosti predstavujú riziko skôr muži, a to 3 z počtu 20 respondentov.

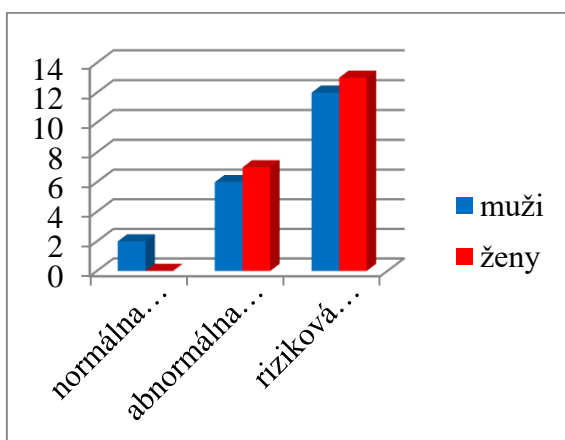
Otázka 3: Aký je stav udržovania rovnováhy a chôdze u hospitalizovaných seniorov?



Graf 3 Udržovanie rovnováhy a chôdze u hospitalizovaných seniorov

V posudzovaní udržiavania rovnováhy a chôdze zo všetkých 40 respondentov, mali normálnu chôdzu bez rizika pádov 2 seniори. Respondenti, u ktorých sa objavila abnormálna chôdza a je nutné vyšetrenie boli 13 zo 40. Až 25 seniorov z celkového počtu 40 predstavovalo rizikóvú chôdzu a následne veľké riziko pádov.

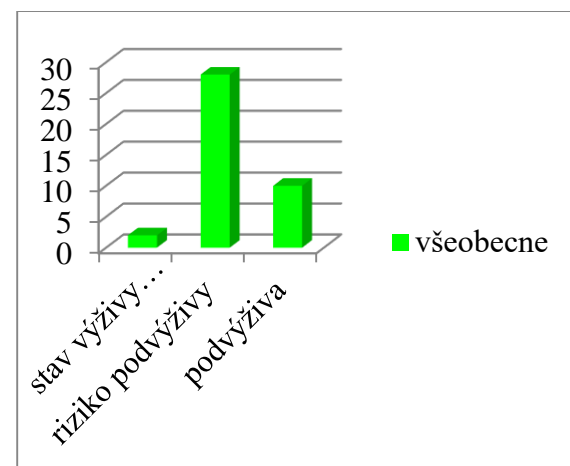
Otázka 4: Existuje rozdiel v udržiavaní rovnováhy a chôdze medzi mužmi a ženami?



Graf 4 Rozdiel v udržiavaní rovnováhy a chôdze – muži, ženy

Narušená rovnováha a s ňou súvisiace pády sú rizikom nielen pre geriatrických pacientov. Domnievame sa však, že je pre starších ľudí väčšou záťažou, ako pre mladších jedincov. Z celkového počtu respondentov 40 sme zistili, že ženy majú väčšie problémy v udržiavaní rovnováhy a chôdze ako muži. Až 13 žien z 20 predstavuje veľké riziko pádov. U mužov predstavuje toto riziko 12 respondentov z 20. Abnormálnu chôdzu a nutné vyšetrenie by potrebovalo 7 žien a 6 mužov. V Skupine s normálnou chôdzou a bez rizika pádov sme vyhodnotili z celkového počtu 20 mužov 2, z celkového počtu 20 žien 0 respondentiek.

Otázka 5: Aký je stav výživy u hospitalizovaných seniorov?

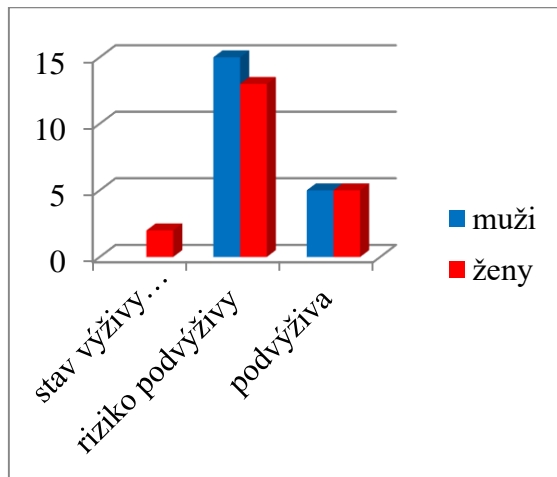


Graf 5 Stav výživy u hospitalizovaných seniorov

V otázke 5 sme zisťovali stav výživy u seniorov. 28 seniorov zo 40 predstavuje skupinu s rizikom podvýživy. Zistili sme,

že podvýživou trpí až 10 respondentov zo 40. Len 2 respondenti z celkového počtu 40 mali stav výživy veľmi dobrý.

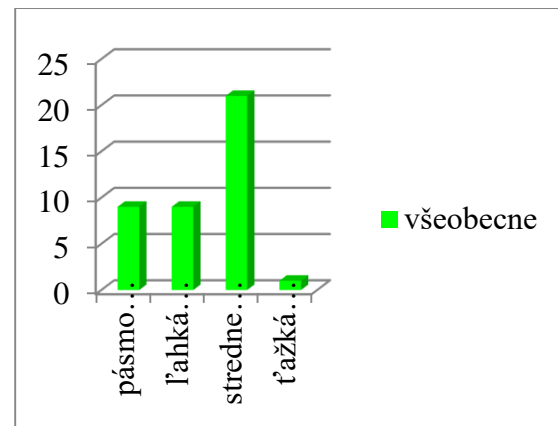
Otázka 6: Existuje rozdiel v stave výživy medzi mužmi a ženami?



Graf 6 Rozdiel v stave výživy – muži, ženy

Skupinu s rizikom podvýživy tvorilo viac mužov ako žien. Z počtu 20 malo riziko podvýživy až 15 mužov, čo predstavuje o 2 respondentov viac ako ženy. Riziko podvýživy hrozilo u 13 žien z 20. V skupine podvýživy neboli zistené rozdiely. Z celkového počtu 40 respondentov, malo podvýživu 5 mužov a 5 žien. Stav výživy veľmi dobrý mali len 2 respondenti. Z počtu 20 do tejto skupiny spadajú 2 ženy. Z 20 mužov do tejto skupiny nespadá ani jeden.

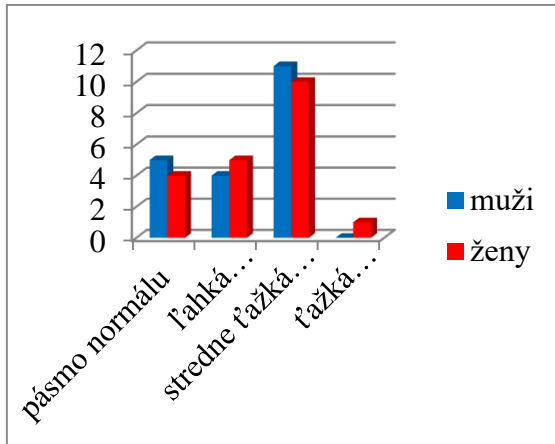
Otázka 7: Aký je stav kognitívnych funkcií u hospitalizovaných seniorov?



Graf 7 Úroveň kognitívnych funkcií u hospitalizovaných seniorov

Najväčšiu skupinu zo 40 respondentov tvorí práve 21 respondentov, ktorí spadajú do skupiny so stredne ťažkou kognitívnu poruchou. V našich výsledkoch sú na tom rovnako skupiny kde patrí pásmo normálu a ľahká kognitívna porucha. Obidve skupiny predstavujú rovnaký počet respondentov. V každej skupine 9 respondentov z celkového počtu 40. Naším posudzovaním sme vyhodnotili len 1 respondenta s ťažkou kognitívnu poruchou zo všetkých 40 respondentov.

Otázka 8: Existuje rozdiel v stave kognitívnych funkcií medzi mužmi a ženami?



Graf 8 Rozdiel v úrovni kognitívnych funkcií – muži, ženy

Najväčšiu skupinu, so stredne ťažkou kognitívnu poruchou predstavovalo spolu 21 respondentov. Z 21 respondentov tvorilo túto skupinu 11 mužov z počtu 20 a 10 žien z počtu 20. Len 1 žena z celkového počtu respondentov 40, tvorila skupinu s ťažkou kognitívnu poruchou. Pásmo normálu o jedného respondenta viedli práve muži a to z celkového počtu 20 práve 5 muži. Z 20 žien tvorili pásno normálu 4 respondentky. Pri skupine ľahkej kognitívnej poruchy práve naopak viedli o jedného respondenta práve ženy. Z počtu 20 žien, 5 žien malo ľahkú kognitívnu poruchu. Z 20 mužov, mali ľahkú kognitívnu poruchu 4 respondenti.

Discussion:

V úvode prieskumu sme uviedli niekoľko cieľov, medzi ktoré patrí posúdenie seniora pomocou 4 štandardných hodnotiacich nástrojov, ktoré sú súčasťou CGA. Németh a kolektív (2009) uvádzajú, že CGA je určené predovšetkým pre krehkých starších pacientov, ktorí si vyžadujú individuálny prístup sestier a následnú ošetrovateľskú starostlivosť. Taktiež tvrdia, že komplexnejším posúdením seniora sa môže zlepšiť jeho zdravotný stav a kvalita života. Na kvalitu života vo veľkej miere vplyva sebestačnosť pacienta, zlé stravovanie, rôzne poruchy kognitívnych funkcií, ale aj problémy s rovnováhou a chôdzou. Práve z tohto dôvodu, sme si za prioritné vybrali práve posúdenie oblastí, ako sebestačnosť, rovnováha a chôdza, kognitívne funkcie a stav výživy.

Sebestačnosť nie je dôležitá len pre pacienta, ale mala by byť bodom záujmu u zdravotníckych pracovníkov. Pri posúdení sebestačnosti môžeme zistiť, ako veľmi pacient potrebuje našu pomoc pri činnostiach, ako napríklad jedenie, pitie, kúpanie, obliekanie, ale aj to, či sa u neho vyskytujú problémy s inkontinenciou. Pri posúdení našich respondentov sme využívali Barthelov test základných denných činností. Naši respondenti mali problémy hlavne s obliekaním, pričom až 47,5 % potrebovalo pri obliekaní našu

pomoc. Problémy pri obliekaní boli spojené s oslabením svalstva. Pacienti mali problém zodvihnúť ruky prípadne nohy. Thiago Silva a kol. (2014) vykonávali štúdiu v Brazílii na vzorke 746 pacientov, ktorí mali viac ako 65 rokov. Štúdia sa snažila zistiť, aké rizikové faktory dokáže zistiť komplexné geriatrické posúdenie. V štúdiu zistili, že 48 % pacientov bolo závislých na aktivitách denného života. Konečné výsledky hovoria aj o tom, že CGA dokáže identifikovať viaceré faktory súvisiace s kognitívnym, funkčným, sociálnym, ale aj stravovacím hodnotením. Problém v hodnotení sebestačnosti tvorila aj občasná inkontinencia moču, ktorá sa objavila až u 60 % všetkých respondentov. Pri tomto posudzovaní sme sa stretli s rozličnými postojmi. Niektorí si túto skutočnosť pripúšťali len veľmi ťažko, iní boli otvorení a stotožnení s problémom inkontinencie. Vo všeobecnosti sme zistili, že 62,5 % seniorov potrebuje len miernu pomoc nakoľko pri posudzovaní získali od 65 - 95 bodov. Našu úplnú pomoc si vyžadovalo 12,5 % seniorov, ktorí získali od 0 – 40 bodov. Práve pri tomto výsledku je zjavné, že ak by sa posudzovanie sebestačnosti robilo do 24 hodín od prijatia, vedel by sa veľmi efektívne rozdeliť čas pre ďalšie intervencie a vhodnú ošetrovateľskú starostlivosť. Mercant a kol. (2014) vykonali výskum

s 1192 respondentmi, ktorí spĺňali kritéria podobné našim a to: vek nad 65 rokov, pacient hospitalizovaný dlhšie ako 24 hodín a taktiež podpís o súhlase s vykonaním výskumu. Podľa ich zistení sú so sebestačnosťou na tom lepšie pacienti, ktorí počas hospitalizácie absolvujú rehabilitačnú liečbu. Môžeme teda predpokladať, že ak by pacienti, u ktorých sme zistili vysokú závislosť absolvovali rehabilitácie počas pobytu v nemocnici, mohla by sa ich sebestačnosť zvýšiť a neboli by odkázaní na našu úplnú pomoc pri každodenných činnostiach. V tomto prípade by bolo prospešné pre pacienta, ale aj pre zdravotníkov, aby sa posúdenie sebestačnosti robilo do 24 hodín od prijmu pacienta a podľa toho by sa stanovila adekvátne starostlivosť.

Ďalším záujmom našej štúdie bolo posúdiť rovnováhu a chôdzu podľa Tinettiovej. V prvej časti sme posudzovali rovnováhu a v druhej chôdzu, pričom sme dané výsledky na konci spočítali dohromady. V posúdení rovnováhy sme zistili, že až 17,5 % respondentov malo problémy s udržovaním rovnováhy tesne po postavení. Skoro všetci z týchto respondentov sa domnievali, že je to v dôsledku zlého tlaku krvi, respektíve nedostatkom pitného režimu počas dňa. Krajčík (2008) uvádza, že výskyt pádov sa starnutím neustále zvyšuje. Potvrďuje to aj naše posudzovanie, v ktorom sme zistili,

že pre väčšinu bolo dôvodom hospitalizácie práve poranenie v dôsledku pádu. Krajčík (2008) tiež uvádza, že zo seniorov nad 65 rokov spadne každý rok približne 1/3. Tento počet sa líši u ľudí, ktorí už majú nad 80 rokov. U týchto seniorov pády predstavujú až polovicu, teda 50 %. Riziko pádov v našom prieskume predstavovalo 62,5 % seniorov. Zistili sme tiež, že väčšie riziko pádov majú skôr ženy ako muži. Rovnaké zistenie uvádza aj Krajčík (2008) V posudzovaní chôdze sme zistili, že väčšie problémy robilo seniorom udržanie smeru chôdze. Práve z tohto dôvodu viac ako polovica našich respondentov používala pomôcku pri chôdzi. Najčastejšou pomôckou pre nich znamenala pomôcka. Približne 1/3 respondentov sa tiež vyjadrila, že pri chodení sa chytá stien alebo iných predmetov. Problémy s udržaním smeru chôdze malo 62,5%, čo predstavuje viac ako polovicu našich respondentov. Je teda pravdepodobné, že ak sa posúdenie rovnováhy a chôdze nebude vykonávať na začiatku hospitalizácie seniora, alebo maximálne do 24 hodín od jeho nástupu, zvyšuje sa riziko pádu u starších ľudí. S ďalšími pádmi sa môžu pridružiť viaceré komplikácie alebo iné ochorenia. Kognitívne funkcie respondentov sme posudzovali pomocou MMSE. Stredne ťažkú kognitívnu poruchu vykázalo 52,5 %

respondentov. Staroba má vplyv nielen na sebestačnosť človeka a na zmeny v jeho organizme, ale tiež spomaľuje vedenie nervových vlákien a zmyslových orgánov. Aktivity, ktoré vykonávame, pôsobia na našu mozgovú činnosť a neustále sa ju snažia posilniť. Ak je mozgová činnosť oslabená, zhoršuje sa tým aj naša pamäť (Kľevetová, Dlabalová, 2008). Pomocou MMSE sme zisťovali, ako sú na tom naši respondenti s kognitívnymi funkciami. Najmenší problém pre našich respondentov predstavovala otázka aký je rok. Na túto otázku nám dokázalo odpovedať až 87,5 % opýtaných seniorov. Väčšie problémy mali seniori s otázkou, na akom poschodí sa nachádzame. Až 77,5 % seniorov nám na túto otázku nevedelo odpovedať. Niekoľkým respondentom robilo problém odčítavanie, 11 respondentov (27,5%) nevedelo od 100 odpočítať 7 ani jedenkrát. Odpočítavanie nerobilo problém 7 (17,5%) respondentom. Kognitívne poruchy ovplyvňujú liečbu a kvalitu života. Hager a kol. (2014) vykonávali štúdiu v Nemecku na 2557 pacientoch, ktorí mali viac ako 65 rokov. Štúdia bola zameraná na zistenie vplyvu kognitívnych porúch na kvalitu života a na zlepšenie funkčnej nezávislosti. Zistili, že pacienti bez kognitívnej poruchy, ale aj pacienti s miernou kognitívnou poruchou majú vyššie šance na zlepšenie funkčnej

nezávislosti a tým zlepšenie kvality života. Nízku pravdepodobnosť na zlepšenie funkčnej nezávislosti majú práve pacienti, ktorí dosiahnu v posudzovaní stredne ťažkú kognitívnu poruchu a ťažkú kognitívnu poruchu. Títo pacienti nielenže majú problémy s funkčnou nezávislosťou, ale vo veľkej miere je ovplyvnená kvalita ich života a s ňou spojené nálady, ktoré sú striedavé, ale aj premýšľanie o zmysle života. Práve seniori, ktorí boli stredne a vysoko závislí od pomoci iných mali pesimistickú náladu, stále opakovali zbytočnosť života. Od týchto pacientov sme neustále počúvali, že sú na tomto svete zbytočne a že už nič neznamenajú. Mohli by sme teda predpokladať, že ak má pacient problémy s funkčnou nezávislosťou, má to za následok práve porucha jednej z kognitívnych funkcií. Považuje preto za dôležité, aby sa posúdenie kognitívnych funkcií vykonávalo u každého pacienta nad 65 rokov a aby bolo neoddeliteľnou súčasťou komplexného posúdenia seniora pri prijímaní na hospitalizáciu.

V posúdení stavu výživy sme využili MNA, ktorý je rozdelený na 4 časti. V prvej časti sme posudzovali BMI kde až 82,5 % pacientov získalo v hodnotení viac ako 23 bodov, čo znamená obezitu. Riziko podvýživy a podvýživy sme zistili u 10 % pacientov. Štúdia, ktorá sa zaoberala

diagnostikovaním výživy a podvýživy zistila, že podporu výživy počas hospitalizácie formou enterálnej a parenterálnej výživy alebo formou orálnych doplnkov dostalo len 8,3 % pacientov. Táto štúdia bola zameraná na diagnostikovanie výživy a podvýživy u seniorov (Volkert, a kol., 2010). Ďalšou časťou v posudzovaní bolo posúdiť stravovacie návyky seniorov. V tomto posúdení sme zistili, že pacienti jedávajú prevažne 3 a viac krát, niektorí len 2 krát. Pacienti nám často hovorili, že nemávajú taký pocit hladu, a preto niekedy jedávajú menej. Niektorí dokonca tvrdili, že cez deň nejedávajú skoro vôbec, ale večer sa nevedia zastaviť v jedení. Predpokladáme, že nepravidelné stravovanie má za následok obezitu u väčšiny pacientov. Margareta Persson a kolektív (2008) vykonali štúdiu vo Švédsku. Cieľom tejto štúdie bolo zhodnotiť klinické vyšetrenie stavu výživy, jeho význam a úmrtnosť. Štúdia preukázala, že 26 % má stav výživy veľmi dobrý, 56 % má riziko podvýživy a 18 % má podvýživu. Zo štúdie je známe, že normálny stav výživy nemala ani 1/3 novoprijatých geriatrických pacientov. Úmrtnosť pacientov bola vyššia u tých, ktorí mali zistenú podvýživu. Z týchto dôvodov si myslíme, že posúdenie stavu výživy je dôležitým prvkom v posúdení seniora a môžeme ním predchádzať vzniku

nečakaných komplikácií. V posúdení výživy sme tiež zisťovali, ako sú na tom seniori s príjmom tekutín. Zistili sme, že 57,5 % pacientov denne vypije viac ako 1000 ml tekutín. Pod 1000 ml vypije denne 42,5 % pacientov. Pri zisťovaní, prečo nepijú viac tekutín niektorí odpovedali, že nemajú chuť a nepocitujú smäd. Niektorí pacienti dokonca nepijú vodu vôbec, okrem zapíjania liekov. Pritom až 77,5 % pacientov denne berie viac ako 3 lieky v rôznych intervaloch. Vellas a kol. (2015) uvádzajú, že MNA je praktický a efektívny nástroj, ktorý umožňuje rýchle nutričné ohodnotenie s efektívnym zásahom pre krehkých starších pacientov. V posudzovaní stavu výživy sme sa zameriavali aj na postoj pacientov k ich vlastnému stravovaniu, návykom a postojom k jedeniu. V tejto časti sme sa pacientov pýtali, či si myslia, že majú nejaké problémy s výživou alebo samotným stravovaním. Na túto otázku nám 57,5 % pacientov nevedelo odpovedať alebo nevedelo posúdiť svoju výživu. Prekvapujúco, niektorí pacienti, ktorým bola stanovená podvýživa, svoj stav hodnotili za dobrý. Na druhej strane, pacient, ktorý mal normálny stav výživy sa hodnotil za rizikovú skupinu. Ako vidíme, názory o vlastnom stave sa veľmi líšia. Práve z tohto dôvodu si myslíme, že posúdenie stavu výživy pomocou MNA je

naozaj dôležitým prvkom v posúdení geriatrického pacienta. Niektorí geriatrickí pacienti si vôbec nemusia uvedomovať svoje problémy a môžu svoj stav hodnotiť ako relevantný ich veku.

Conclusion:

Hospitalizácia patrí u seniorov k jednému z významných rizikových faktorov vedúcich k rozvoju mnohých komplikácií. Tieto komplikácie môžu viesť k predĺženiu pobytu v nemocnici, funkčnému poklesu a vyššej úmrtnosti (Inouye, 2000). V súvislosti s prevenciou týchto komplikácií je dôležitá včasná identifikácia rizikových osôb relatívne jednoduchou metodikou – hodnotiacimi a meracími technikami. V závere môžeme skonštatovať, že ciele, ktoré sme si stanovili, sme splnili. Komplexné posudzovanie seniora nám ukázalo všeobecné výsledky, ale aj rozdiely medzi mužmi a ženami. Posúdenie sebestačnosti preukázalo miernu závislosť seniorov. Rozdielom je pritom fakt, že kým ženy sú mierne závislé, muži sú stredne až vysoko závislí. Pri posúdení rovnováhy a chôdze sú na tom horšie ženy ako muži, ale všeobecne riziková chôdza je veľkým rizikom pre väčšinu geriatrických pacientov. Problém kognitívnych porúch je pravdepodobne súčasťou vyššieho veku u pacientov. Môžeme ale skonštatovať, že

kognitívne poruchy trápia o čosi viac mužov ako ženy. Zo všetkých našich respondentov mala väčšina riziko podvýživy, aj napriek tomu, že výpočty BMI hovorili o jasnej obezite pacientov. Riziko podvýživy predstavovali skôr muži a ženy. Na základe výsledkov tejto štúdie odporúčame vykonávať komplexné geriatrické posúdenie u každého geriatrického pacienta pri prijíme alebo maximálne do 24 hodín od nástupu, poveriť jednu sestru na oddelení, ktorá bude vykonávať len komplexné geriatrické posúdenie, nakoľko je toto posúdenie náročné na čas, posudzovať sebestačnosť pacientov pomocou Barthelovho testu základných denných činností a podľa výsledkov zabezpečiť potrebné pomôcky pre pacienta a správnu lokalizáciu lôžka na oddelení, pri prijíme pacienta na hospitalizáciu posúdiť stav výživy pomocou mininutričného posúdenia, posudzovať kognitívne funkcie do 24 hodín od prijatia pacienta na oddelenie pomocou Testu kognitívnych funkcií.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BÓRIKOVÁ, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 1, s. 24-30

2. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, Ľ. 2010. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s demencií . In *Sestra*. roč. 20, č. 12 (2010), s. 50-51.
3. ELLIS, G. – LANGHORNE, P. 2005. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. In *British medical bulletin*. 2005, 71(1), s. 45-59.
4. FABER, M. – BOSSCHER, R. – WIERINGEN, P. 2006. Clinimetric Properties of the Performance-Oriented Mobility Assessment. In *Physical Therapy*. 2006, vol. 86, no. 7, s. 944-954
5. GREŠŠ HALÁSZ, B. 2016. Moderné ošetrovatelstvo- pokročilá prax sestier. In *XI. Celoslovenská vedecká konferencie sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva: Zborník abstraktov*. SKSaPA, Bratislava. 2016 s.19- 20. ISBN 978-80-89542-56-7.
6. INOUYE, SK. 2000. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies. *Ann Med*. 2000, 32 (4): 257-263.
7. JEDLINSKÁ, M. 2013. Funkční hodnocení senioru, teorie a praxe. In *Geriatric a gerontologie*. 2013, roč. 2, č. 3, s. 134-137.

8. JIRÁK, R. 2008. Hodnocení psychických funkcí. In KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
9. JURAŠKOVÁ, B. 2007. Poruchy výživy ve stáří. In *Medicína pro praxi*. 2007, roč. 4, č. 11
10. KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
11. KLEVETOVÁ, D. – DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9
12. KRAJČÍK, Š. 2008. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrii*. Bratislava: Charis, 2008, 192 s. ISBN 978-80-88743-72-9.
13. MARGARETA, D. – PERSSON, M. D. 2014. Nutritional Status Using Mini Nutritional Assessment and Subjective Global Assessment Predict Mortality in Geriatric Patients. In *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50, no. 12, s. 1996-2002.
14. MORLEY, J. E. – HAREN, M. T. – ROLLAND, Y. – KIM, M. J. 2006. Frailty. In *Medical clinics of north America*. 2006, 90(5), s. 837-847.
15. NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2009. 190 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
16. POLEDNÍKOVÁ, Ľ. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
17. POLEDNÍKOVÁ, Ľ. a kol. 2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2013. 218 s. ISBN 978-80-8063-410-0.
18. SCHULER, M. – OSTER, P. 2010. *Geriatríe od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
19. TOMAGOVÁ, M. 2009. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. In *Profese on-line*. 2009, roč. 2, č. 2, s. 65-77.
20. VELLAS, B. et al. 2015. Relationships Between Nutritional Markers and the MiniNutritional Assessment in 155 Older Persons. In *Journal of the American Geriatrics Society*. 2015, vol. 48, no. 10, s. 1300-1309.

21. VOLKERT, D. – BERNER, Y. N.
– BERRY, E. et al. 2006. ESPEN
Guidelines on Enteral Nutrition:
Geriatrics. In *Clinical Nutrition*.
2006, 25(2), s. 330-360.
22. WIELAND, D. – HIRTH, V. 2003.
Comprehensive geriatric
assessment. In *Cancer Control*
2003, 10(6), s. 454-462.

Kontakt na autora:

PhDr. Oľga Kabátová, PhD.

TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva

Univerzitné nám. 1

Trnava

email: olga.kabatova@truni.sk