

Maladaptácia v seniorskom veku v kontexte preventívnych opatrení

PhDr. Iveta Ondriová, PhD., PhDr. Terézia Fertal'ová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove

Starnutie človeka je prirodzený, nepretržitý a nezvratný proces, pri ktorom dochádza k zmenám organizmu v závislosti od pôsobenia mnohých vonkajších a vnútorných faktorov. Otázky starnutia a postavenia seniorov v spoločnosti sa stávajú trvale aktuálnymi v rovine ekonomickej, psychologickej, etickej, kultúrnej, zdravotno-sociálnej, ale aj filozofickej. Ide tu o potrebu cieľavedome podporovať zdravie, ale tiež zabezpečiť choré a závislé osoby, o potrebu zlepšiť ich zdravotný stav a možnosti fungovania v spoločnosti, o ponúknutie prozdravotných programov a o snahu predĺžiť ich aktívny vek.

Kľúčové slová: staroba, adaptácia, maladaptácia, preventívne opatrenia.

Maladaptation in the elderly in the context of preventive measures

Human aging is a natural, continuous, and irreversible process, during which changes in the organism occur depending on the action of many external and internal factors. The issues of aging and the position of seniors in society are becoming permanently relevant at the economic, psychological, ethical, cultural, health-social, and philosophical levels. This is about the need to promote health purposefully, but also to provide for sick and dependent people, about the need to improve their health status and the possibilities of functioning in society, about offering health programs, and about the effort to extend their active age.

Key words: old age, adaptation, maladaptation, preventive measures.

Úvod

Aktívny prístup k zdraviu u seniorov sa v súčasnosti stáva nielen celospoločenskou, ale aj individuálnou zodpovednosťou. Seniori zostávajú až do neskorého veku individuálne osobnosti – sami sebou, a preto sa líšia vo svojej zdatnosti, v životných podmienkach, potrebách a nárokoch.

K **rizikám seniorskej populácie** patrí:

- pauperizácia (ekonomické zbedačovanie) znemožňujúca uspokojiť potreby primerané danej spoločnosti,
- ageizmus (veková diskriminácia),
- segregácia (vytesňovanie, nedobrovoľný život mimo spoločnosti),
- generačná intolerancia (pracovné príležitosti, vedúce pozície, bývanie),

- predsudky, napr. preceňovanie chorobnosti a poklesu funkčnej zdatnosti v starobe, apriórne podozrenie z prítomnosti diskreditujúcich postihnutí (demencia), podceňovanie liečiteľnosti zdravotných ťažkostí a potreby vekovej modifikácie zdravotných a iných služieb,
- maladaptácia na starnutie a s tým spojená zmena sociálnych úloh (penzionovanie), osamelosť (zvlášť spojená s ovdovením), rýchly vývoj spoločnosti, zastarávanie technologických znalostí, strata konkurencieschopnosti na trhu práce, zhoršenie orientácie (1, 2).

Adaptácia v starobe

Adaptácia je základnou vlastnosťou živých organizmov. U každého jedinca je indi-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr.: Med. Praxi. 2024;21(5):285-288

<https://doi.org/10.36290/med.2024.035>

Článek přijat redakcí: 4. 7. 2024

Článek přijat k tisku: 5. 9. 2024

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.

iveta.ondriova@unipo.sk

viduálna, ale u seniorov má svoje špecifiká, ktoré súvisia so zhoršením funkčného stavu organizmu, multimorbiditou, s komplikáciami sprevádzajúcimi ochorenia v starobe a so zmenenými životnými podmienkami v starobe. **V starobe bývajú narušené adaptačné mechanizmy**, preto je každá zmena vo vyššom veku stresujúca. V dôsledku stresu sa môže u seniorov rozvinúť geriatrický maladaptatívny syndróm.

Maladaptácia označuje neprispôsobenie sa novým podmienkam a neschopnosť vyrovnať sa s novou situáciou. Prejavuje sa:

- nedisciplinovaným správaním,
- neurózami,
- psychopatiou,
- psychózami (psychologické choroby),
- delikvenciou (extrémami v správaní).

Čím je človek starší, tým pevnejšie sú fixované jeho stereotypy a tým ťažšie a pomalšie sa prispôsobuje novým a komplikovaným životným situáciám (3). Mitty (2010) v štúdiu iatrogenézy, krehkosť a geriatrické syndrómy konštatuje, že starší pacienti sú ohrození iatrogenézou, najmä ak sú krehkí a majú jeden alebo viac geriatrických syndrómov. Iatrogénne príhody sa nevyskytujú len v akútnej starostlivosti, v domovoch dôchodcov postihujú ročne 65 % obyvateľov. Pre každý geriatrický syndróm sa navrhujú nástroje hodnotenia založené na dôkazoch. Dôležitým predpokladom pre úspešnú adaptáciu človeka je úroveň fyziologických a duševných funkcií. Tieto funkcie sú involučnými zmenami v procese starnutia limitované, ohrozené (4).

Geriatrický maladaptatívny syndróm – adaptačné zlyhanie vo vyššom veku

Geriatrický maladaptatívny syndróm (GMS) vzniká ako prejav zlyhania adaptácie typického pre neskorší vek. Dochádza k nemu na základe dlhotrvajúceho stresu podnieteného vážnym psychosociálnym impulzom, s klinickým prejavom najčastejšie v imunitnom a kardiovaskulárnom systéme, so závažným ohrozením zdravia aj života (5). **Inštitucionalizácia sa zhoršuje zdravotné problémy starších obyvateľov** vrátane podvýživy, dysregulácie rovnováhy vody a elektrolytov, pádov, kognitívnych a afektívnych chorôb, porúch správa-

nia, infekcií. Zmenený stav funkcií organizmu, chyba schopnosti adaptovať sa a prítomnosť viacerých ochorení patrí medzi hlavné dôvody negatívnej adaptačnej reakcie staršieho človeka na stresovú situáciu (3).

Etiológia rozvoja geriatrického maladaptatívneho syndrómu je:

- dlhodobý, chronický stres,
- stresor, ktorý ho vyvoláva, je obvykle psychosociálny,
- vzniká napríklad pri hospitalizácii alebo zmene bydliska,
- klinicky sa manifestuje na imunitnom a srdcovocievnom systéme, porušením psychických funkcií,
- pretrvávajúci stresor ohrozuje zdravie seniora a môže skončiť aj smrťou (6).

Rizikové faktory GMS

Medzi rizikové faktory vzniku zlyhania adaptácie patria riziká **psychosociálne a biologické**.

1. Sociálne riziká GMS:

- strata nezávislosti alebo ohrozenie vznikom odkázanosti na pomoc druhej osoby,
- neúnosná osamelosť seniora,
- život v sociálnej izolácii,
- závažné porušenie zdravotného stavu,
- strata celoživotného partnera,
- nedostatočný príjem,
- hrozba krátkodobej alebo dlhodobej inštitucionalizácie,
- presťahovanie sa,
- zmena životného štýlu osoby,
- zrušenie doterajších platných hodnôt,
- strata pravidelného programu (5).

2. Psychické riziká GMS:

- duševné ochorenia,
- submisívny typ osobnosti,
- stavy zmätenosti a dezorientácie,
- pasívny prístup k životu.

3. Biologické riziká GMS:

- vysoký vek,
- existencia závažného chronického ochorenia, hlavne v oblasti kardiovaskulárneho systému,
- prítomnosť imobility,
- inkontinencie moču a stolice (2).

Veizi (2023) v štúdiu Geriatrické syndrómy v populácii staršej ako 90 rokov: Prevalencia a súvislosť s chronickými ochoreniami stanovil cieľ zmapovať prevalenciu geriatrických syndrómov a komorbídnych stavov, ako aj ich vzájomné vzťahy u jedincov vo veku 90 a viac rokov. Závažnosť geriatrického syndrómu sa vypočítala sčítaním každého syndrómu, ktorý sa potom stratifikoval do jednej z dvoch skupín na základe strednej hodnoty. Do tejto štúdie bolo zakomponovaných celkom 235 účastníkov (93,2 ± 2,7 rokov). Autori zistili, že záťaž zdravotnými stavmi v staršej populácii nad 90 rokov môže významne ovplyvniť celkový zdravotný stav, s vysokou prevalenciou chronických ochorení a geriatrických syndrómov (7). Olde et al. (2003) v štúdiu Geriatrické syndrómy: lekárske nespásne pomenovanie alebo pokrok v geriatrici? konštatujú, že u krehkých starších pacientov sa veľký počet ochorení prejavuje prevládajúcimi atypickými symptómami (napr. imobilita, nestabilita, zhoršená kognícia a inkontinencia), ktoré sa označujú ako geriatrické syndrómy. Geriatrické vyšetrenie by preto malo pozostávať z hľadania a liečby etiologicky súvisiacich ochorení a z hodnotenia a redukcie rizikových faktorov.

Na **určovanie diagnózy GMS** sa používa funkčné vyšetrenie starého človeka, charakterizované ako **celkové posúdenie zdravotného stavu**. Je doplnené zhodnotením fyzickej výkonnosti a sebestačnosti. Zahŕňa posúdenie psychických funkcií v súvislosti so sociálnou situáciou starnúceho človeka. Diagnostika sa zameriava na osobitné potreby rizikových osôb, ktoré pre chorobné postihnutie a ohrozenie, obmedzenú alebo stratenú schopnosť sebaopatery vyžadujú špecifický prístup a starostlivosť (4).

Cieľom geriatrického vyšetrenia je zhodnotiť funkčný a zdravotný stav, odporozorovať alternatívy jeho zlepšenia a metódu spolupráce s blízkymi a vypracovať optimálny plán starostlivosti.

Testy vhodné na monitoring sebestačnosti a nezávislosti osoby sú:

- I-ADL – Test inštrumentálnych denných činností, pri ktorom sa posudzuje komplexný funkčný stav seniora, schopnosť

realizovať konkrétne aktivity v prostredí, v ktorom žije.

- ADL – Test sebaobslužných denných aktivít, zahŕňa sledovanie schopností realizovať 6 prirodzených aktivít, ktoré prezentujú samoobsluhu a mobilitu jedinca.

Na zhodnotenie mentálnych funkcií sa využívajú testy:

- MMSE (Mini Mental State Exam) – krátky test kognitívnych funkcií.
- GDS – škála depresie určená geriatrickým pacientom (6).

Do posudzovania zaraďujeme získanie informácií o osobnosti jedinca, o štýle života, životnom postoji a jeho motivácii. Dôraz sa kladie na sociálnu anamnézu, ktorá sa v rozšírenej forme nazýva „perignóza“. Zameriavame sa na sociálne úlohy, vzťahy, životný program, sociálnu patológiu, podmienky bývania, schopnosť sebaopatery a prípadný príjem sociálnych dávok. Pri diagnóze adaptačného zlyhania, ktorej podkladom je stresová reakcia, sa pozornosť upriamuje na starostlivé zhodnotenie rozsahu a charakteru chorobných prejavov a poškodenia orgánov, zdravotného stavu, predchádzajúcej anamnézy, analýzy stresovej situácie alebo životnej krízy (1).

Liečba GMS teda závisí od konkrétnej choroby. Ak dôjde k dostatočne včasnej diagnostike syndrómu, môžeme okamžite začať liečbu v skorom štádiu a zabezpečiť starostlivosť v oblasti psychiatrickej terapie. Taktiež sa odporúča postihnutého seniora zaradiť do skupinovej terapie zameranej na adaptáciu. Skupinovú terapiu je vhodné realizovať v priebehu prvých šiestich mesiacov od vstupu do zariadenia. Liečba nie je vždy úspešná a v súvislosti s predpokladaným neskorším priebehom nemusí mať kauzálny charakter (7, 8). Flood et al. (2007) v prospektívnej kohortovej štúdii zisťovali prevalenciu geriatrických syndrómov a výskyt vybraných nežiaducich účinkov u hospitalizovaných starších pacientov s kardiovaskulárnym ochorením. Mapovali 100 pacientov vo veku najmenej 70 rokov s kardiovaskulárnym ochorením hospitalizovaných na kardiologickom oddelení. Na posúdenie nálady a kognitívneho stavu sa vykonali štandardné geriatrické skriningy. Pacienti boli prospektívne sledovaní

pre nežiaduce udalosti, ako sú pády, infekcia močových ciest a používanie obmedzovacích prostriedkov. Prevládali geriatrické syndrómy a zahŕňali funkčnú poruchu (35 % v závislosti od > alebo = 1 aktivity každodenného života), kognitívne poruchy (19 % s abnormálnymi výsledkami v tzv. Short Blessed Test) a polyfarmáciu. Tridsaťsedem percent pacientov malo pri prijatí alebo prepustení predpísané potenciálne nevhodné lieky. Zistenia naznačujú, že geriatrické syndrómy prevládajú u starších pacientov a je potrebné realizovať intervencie určené na zvýšenie ich rozpoznania. Liečba syndrómov môže zlepšiť výsledky v tejto populácii pacientov (9).

Klinický priebeh GMS má zvyčajne tri fázy. V **prvej fáze** pozorujeme rozvoj syndrómu, ktorý sa spája so stavmi úzkosti. Sú prítomné pitiatické reakcie, agravácia fyzických ťažkostí s následnou orgánovou dekompenzáciou. Prvá fáza trvá niekoľko týždňov, prípadne mesiacov. V **druhej fáze** sa rozvoj syndrómu odzrkadľuje depresívnymi a úzkostnými reakciami, agresívnym správaním, hostilitou, prípadne abúziou (strata vôle), apatiou, sklonsmi k samovražde, zlyhaním kardiovaskulárneho systému, náhlou cievnou mozgovou príhodou, infarktom myokardu, zápalom pľúc a infekciami uropoetického systému. Druhá fáza pretrváva približne 6 mesiacov. Po nej nasleduje **tretia, tzv. následná fáza adaptačnej reakcie**. V prípade, že adaptácia prebehla úspešne, ide o doznievajúci stres a ťažkosti sa postupne upravujú do normálu. Pri neúspešnom procese adaptácie dochádza k prolongovanému zlyhávaniu adaptácie osoby s následnou rezignáciou. Nastáva sociálna dezintegrácia osobnosti, samovražedné tendencie a orgánová dekompenzácia. Posledná fáza adaptačného zlyhania trvá maximálne 12 mesiacov (10).

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s GMS

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s GMS spočíva v akceptovaní faktu, že u staršieho jedinca sú silnejšie fixované stereotypy, a preto sa na nové a komplikované životné situácie adaptuje pomalším a náročnejším tempom. Pred ubytovaním klienta v zariadení pre seniorov je potrebné oboznámiť ho

s neznámym prostredím a podmienkami v zariadení a eliminovať strach z neznámeho prostredia. Veľmi pomáha vytvorenie dobrej sociálnej klímy medzi klientmi a ošetrojúcim personálom. Dosahuje sa vykonávaním podporných činností pre nových obyvateľov a empatickým prístupom. Za vhodné sa považuje pravidelné sledovanie spokojnosti klientov s aktivitami a štýlom života v zariadení (11). Odporúča sa pre každého pacienta **vypracovať individuálny plán adaptácie, ďalej plán starostlivosti o osobu so špecifikáciou zainteresovania odborníkov, resp. profesionálneho tímu**.

V **individuálnom pláne** je podstatné:

- špecifikovať základné problémy osoby a postupné kroky, ktoré vedú k ich minimalizácii,
- v prípade potreby zabezpečiť odborné psychologické, psychiatrické alebo sociálne gerontologické poradenstvo,
- realizovať činnosti vedúce k prevencii vzniku imobility a imobilizačného syndrómu využívaním štandardných postupov v oblasti pohybovej aktivity a pod.,
- dôležité je udržiavanie orientácie človeka v čase a priestore,
- brať ohľad na bezpečnosť seniora, predovšetkým pri príznakoch zmätenosti,
- poučiť klienta o zásadách psychohygieny v inštitúcii a o dôležitosti držať sa týchto pokynov,
- intervencie zameriavať na efektívne využívanie a realizáciu psychoterapeutických, resocializačných a rehabilitačných techník so zreteľom na aktuálne potreby, požiadavky a možnosti staršieho človeka,
- povzbudzovať pacienta k vytváraniu nových spoločenských kontaktov a motivovať ho k aktívnemu spôsobu života (12, 13).

Možnosti prevencie geriatrického maladaptívneho syndrómu

Adaptačná reakcia je základným životným prejavom v súvislosti s každou novou situáciou. Nedostatočná adaptácia môže viesť k adaptačnému zlyhaniu. Aby sme tomu predišli, môžeme odstrániť niektoré rizikové faktory. Nie je však možné eliminovať vysoký vek, stratu partnera, zmierniť osamelosť.

Veľmi dôležitá je:

- prevencia a včasná liečba chorôb,
- rehabilitácia a starostlivosť o mentálne zdravie,
- prevencia zameraná na odstránenie rizikových faktorov,
- liečba depresí,
- prevencia bronchopneumónie,
- ovplyvnenie negatívnych sociálnych faktorov (14).

Preventívnymi opatreniami u novoprijatých obyvateľov v zariadeniach pre seniorov môžeme zabrániť vzniku a vývoju geriatrického maladaptívneho syndrómu.

Ako prevencia sa odporúča:

- každý domov dôchodcov by mal vydať informačný materiál o svojom zariadení, kde by priblížil životné podmienky svojich obyvateľov a pomohol tým odstrániť strach z neznámeho prostredia – ešte pred nástupom do zariadenia má senior navštíviť vybraný domov dôchodcov, spolu so sociálnym pracovníkom si ho prezrieť a zoznámiť sa so svojim budúcim najbližším i vzdialeným prostredím,
- v adaptačnom období maximálne udržiavať kontakt s rodinou podľa miery želania seniora, tiež aby rodina spolupracovala pri sociálnych i zdravotných potrebách,
- vytvoriť vhodnú sociálnu klímu vo vnútri domova dôchodcov i medzi obyvateľmi a personálom, s ústretovosťou, pomocou a podporou novým seniorom,
- pravidelne s klientom hodnotiť jeho spokojnosť s aktivitami a náplňou života v domove dôchodcov.

Pravidlá správania zdravotníka v kontakte so seniorom

- **Privítanie so zameraním na osobnosť seniora** – podanie ruky, trpezlivé vypočutie problémov, zoznámenie pacienta so zariadením a orientovaním sa v priestore, poskytnutie pocitu bezpečia a istoty.
- **Zaistenie rešpektovania identity** – pacienta oslovovať menom, prípadne používať akademický titul, vyhýbať sa neadekvátnym oslovením typu „babi, dedo“, zabezpečiť rešpektovanie súkromia, usilovať o čo najmenšiu zmenu životného štýlu pacienta.
- **Vytvorenie atmosféry dôvery a pokoja** – prejavíť o pacienta úprimný záujem, pristupovať k nemu individuálne a trpezlivo, získavať ho na aktívnu spoluprácu.
- **Asertívne správanie a profesionálny prístup** – v neverbálnej komunikácii dodržiavať proxemické zóny, využívať reč fyzického kontaktu (haptika), mimiku a gestikuláciu. Vo verbálnej komunikácii voliť správny výber slov, zreteľnosť a zrozumiteľnosť, využívanie mimojazykových prostriedkov (intenzita hlasu, intonácie, dĺžka prejavu), individuálny prístup k seniorovi, vedieť sa usmiať, nedotýkať sa pacientovej cti, zladať prostriedky verbálnej a neverbálnej komunikácie.
- **Poskytovanie informácií** – v konkrétnych situáciách poskytnúť vhodné, veku primerané informácie.
- **Vymedzenie hranice aktivity a odpôčinku** – optimálne organizovať čas pacienta, aktívne ho zapájať do relaxačných aktivít, umožniť mu sledovať televíziu a rozhlas, organizovať stretnutia s duchovným, ak si to pacient želá, umožniť mu, aby voľný čas trávil podľa vlastných predstáv,

ale v súlade s organizačným poriadkom zariadení, snažiť sa eliminovať stresové situácie.

- **Vymedzenie nezávislej existencie a bezpečnosti pacienta** – pomôcky na úpravu polohy, na uľahčenie pohybu na lôžku, na prevenciu dekubitov, na zaisťovanie bezpečnosti chorého, signalizačné zariadenie.
- **Plánovanie hygienickej starostlivosti** – vytvárať čisté a príjemné prostredie a napomáhať relaxácii pacienta, eliminovať prenikavý zápach.
- **Zabezpečenie rehabilitácie** – vypracovať individuálny plán v prevencii imobility.
- **Podpora interakcie pacienta a jeho rodiny** zabezpečiť prirodzenú medzigeneračnú solidaritu a kontinuitu (15, 16).

Záver

Zvláštnosti adaptácie vo vyššom veku sú determinované zmeneným funkčným stavom organizmu, poruchou adaptačných mechanizmov vo vyššom veku, polymorbiditou a častejším výskytom komplikácií, zmenenými životnými podmienkami v starobe. Medzi faktory, ktoré spôsobujú stratu nezávislosti a sebestačnosti seniora, patrí nepriaznivá ekonomická situácia, izolácia od spoločnosti, ťažký stupeň postihnutia zdravia.

Kauzálna terapia by mala spočívať v odstránení príčiny, ktorá vyvolala zlyhanie adaptácie. Keďže nedokážeme zmeniť vysoký vek a nevieme predísť strate životného partnera, len ťažko dokážeme zabrániť alebo minimalizovať osamelosť. Teda nemôžeme eliminovať kompletný rad psychosociálnych rizikových faktorov. Liečbu musíme zamerať na klinické prejavy adaptačného zlyhania.

LITERATÚRA

1. Fulmeková M. Nový pohľad na záverečnú etapu života. *Via Practica*. 2012;9(4).
2. Balogová B. Seniori 2. vyd. Prešov: Akcent print; 2005: 158 s.
3. Doktorová G. Adaptácia seniorov na život v zariadení sociálnej starostlivosti – review. *Sestra*. 2017;16(5-6):220-24.
4. Mitty E. Iatrogenesis, frailty, and geriatric syndromes. *Geriatr Nurs*. 2010 Sep-Oct;31(5):368-74. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.08.004. Epub 2010 Sep 15. PMID: 20832910.
5. Bartošovič I. Vybraná problematika gerontológie a geriatric – 2. diel. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety; 2014: 88 s.
6. Kalvach Z, et al. *Geriatricie a gerontologie*, Praha: Grada Publishing; 2004: 864 s.
7. Veizi BGY, Taşçı I, Naharci MI. Geriatric syndromes in the population older than 90 years: The prevalence and association

- with chronic diseases. *Australas J Ageing*. 2023 Sep;42(3):472-479. doi: 10.1111/ajag.13209. Epub 2023 May 9. PMID: 37161641.
8. Olde Rikkert MG, Rigaud AS, van Hoeyweghen RJ, de Graaf J. Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? *Neth J Med*. 2003 Mar;61(3):83-7. PMID: 12765229.
9. Flood KL, Rohlfing A, Le CV, Carr DB, Rich MW. Geriatric syndromes in elderly patients admitted to an inpatient cardiology ward. *J Hosp Med*. 2007 Nov;2(6):394-400. doi: 10.1002/jhm.234. PMID: 18081154.
10. Hudáková A, et al. Geriatrické syndrómy ako prediktory ošetrovateľstva v geriatrici. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity; 2016: s. 192.
11. Skálová A. Koncepcie dlhodobé péče stále chýbi: kdo bude pečovať o české seniory. *Zdravotníctví a medicína*. 2017;14(7-8):14-15.

12. Ondrášiová M. Kapitoly z gerontopsychiatrie. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry HERBA, spol. s r. o.; 2013: s.112.
13. Solomon DH, Judd HL, Sier HC, Rubenstein LZ, Morley JE. New issues in geriatric care. *Ann Intern Med*. 1988 May;108(5):718-32. doi: 10.7326/0003-4819-108-5-718. PMID: 3282466.
14. Dasgupta M. Cognitive Impairment in Hospitalized Seniors. *Geriatrics (Basel)*. 2016 Jan 5;1(1):4. doi: 10.3390/geriatrics1010004. PMID: 31022800; PMCID: PMC6371190.
15. Hrozenská M. Sociálna práca so staršími ľuďmi. Martin: Vydavateľstvo Osveta; 2008: 180 s.
16. Hudáková A, Majerníková L. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovateľství. Praha: Grada Publishing, a. s.; 2013: s. 128.