

HODNOTIACE NÁSTROJE A ICH VYUŽÍVANIE U SENIOROV *EVALUATION OF THE INSTRUMENT AND THEIR USE IN SENIORS*

LIBOVÁ Ľubica¹, SOLGAJOVÁ Andrea², JANKECHOVÁ Monika¹, OTRUBOVÁ Jana¹,
BALKOVÁ Hilda³

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

² Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre

³ Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava

ABSTRAKT

Príspevok sa zaoberá niektorými hodnotiacimi nástrojmi, ktoré sú použiteľné pri starostlivosti o seniorov. Opisujeme posúdenie, ktoré je jednou z nosných častí ošetrovateľského procesu, benefity hodnotiacich nástrojov, ktoré zjednodušujú prácu sestram, objektivizujú posúdenie, ktoré realizujú. Ďalej sa zaoberáme výberom hodnotiaceho nástroja ktorý musí spĺňať určité kritériá. Pri posúdení geriatrického pacienta sú nepochybne dôležité aj hodnotiace nástroje a funkčné testy a preto v príspevku uvádzame nami vybrané škály hodnotenia bolesti, sebestačnosti a mobility u seniorov. Pri hodnotení mobility sme použili Skríningový test mobility, Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej. Na hodnotenie bolesti vizuálnu analógovú škálu, numerickú škálu, škálu výrazov tváre a verbálnu škálu bolesti. K hodnoteniu sebestačnosti uvádzame Barthelovej test – ADL, test inštrumentálnych všedných činností IADL, Katzov index nezávislosti. V závere konštatujeme, že hodnotenie seniorov v našej praxi nie je dostatočné. Aj keď sa v literatúre uvádza pomerne veľké množstvo škál, musíme podotknúť, že len vo veľmi malom množstve sa používajú v zdravotníckych zariadeniach.

Kľúčové slová: Seniori. Hodnotiace nástroje. Ošetrovateľský proces. Posúdenie.

ABSTRACT

The paper deals with some evaluation tools that are applicable to senior care. We describe the assessment, which is one of the main parts of the nursing process, the benefits of evaluation tools that simplify the work of nurses, objectivize the assessments they make. We also deal with the selection of an evaluation tool that must meet certain criteria. When evaluating a geriatric patient, assessment tools and functional tests are undoubtedly important, and therefore, in the contribution, we have selected selected scales of assessment of pain, self-sufficiency and mobility in seniors. In the mobility assessment, we used the Mobility Screening Test, Tinetti's Equilibrium and Walk Assessment. To evaluate the pain of a visual analogue scale, a numerical scale, a range of facial expressions, and a verbal scale of pain. To evaluate self-sufficiency, we mention Barthel's test - ADL, the test of instrumental everyday activities - IADL, the Katz Independence Index. Finally, we note that the assessment of seniors in our practice is not sufficient. Although there is a relatively large number of scales in the literature, we must point out that they are used in very small quantities only in medical facilities.

Key words: Seniors. Evaluation tools. Nursing process. Assessment.

ÚVOD

Problematika využívania hodnotiacich nástrojov po podrobnom preskúmaní poskytuje jeden výrazný kontrast. V súčasnej ošetrovateľskej praxi jeho skúmanie môže poskytnúť dôležité informácie pri riešení situácie. Vo výučbe sestier na jednej strane neustále zaznieva evidencia based practice. Sestry sú oboznamované s najnovšími výsledkami v rámci širokej škály výskumov a v rámci ošetrovateľského procesu sú vedené k uplatneniu vedeckých informácií. Na strane druhej v našej praxi sa stretávame s nie zriedkavým obrazom, kedy sa sestra nastupujúca do práce úplne podvolí rutine zabehnutej na danom pracovisku, často chybné. Druhá alternatíva je, že sestry majú vôľu používanie hodnotiacich nástrojov presadiť, ale stretávajú sa s nevoľou manažmentu alebo multidisciplinárneho tímu, s ktorým pracujú. Individuálny prístup sestry ku každému pacientovi je deklarovaný v odbornej literatúre. K tejto individuálnej starostlivosti patrí aj individuálne posúdenie pacienta sestrou. Na základe týchto skutočností sme sa rozhodli popísať v tomto príspevku možnosti použitia hodnotiacich nástrojov v niektorých základných oblastiach, ako je hodnotenie bolesti, sebestačnosti a mobility u seniorov.

Ošetrovateľský proces a benefity hodnotiacich nástrojov

Ako uvádza Tomagová, Bóriková, et al. (2010; s.2), posúdenie je jednou z nosných častí v ošetrovateľskom procese, ktorý je systematická, racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Získané údaje, ktoré sestra získa by mala pravidelne vyhodnocovať. Relevanťnosť a celistvosť údajov sa neskôr odráža aj v ďalších fázach procesu a to hlavne v diagnostike a plánovaní. Posudzovanie sa nezakladá len na klasických metódach, ako je rozhovor alebo fyzikálne vyšetrenie, ale aj na využití hodnotiacich nástrojov (Vörösová et al., 2011, s. 54). Práve tieto môžu v neskorších fázach procesu zjednodušiť jej prácu

a zamerať sa tak len na oblasti, ktoré predstavujú riziko alebo v ktorých sa už vyskytuje deficit. Hodnotiaci nástroj je kľúčovou súčasťou posudzovacej fázy (New Zealand Guidelines Grup - NZGG, 2003, s. 25). Striktné viazanie hodnotiacich nástrojov nie je len na fázu posúdenia. Nakoľko ošetrovateľský proces nie je rigidný a nemenný, je potrebné priebežné, ako aj záverečné hodnotenie. A tu by mali mať hodnotiace nástroje nezastupiteľné miesto. Ak sa hodnotiace nástroje použili v úvodnej fáze – posúdení, je prínosom rovnaké aplikovať aj vo fáze hodnotenia. Nemali by sme sa v nej uspokojiť len so stručným slovným hodnotením, ale svoje zistenia aj objektivizovať. Vo fáze vyhodnotenia nám tak prinášajú nielen spätnú väzbu kvality poskytnutej starostlivosti, ale umožňujú aj kontinuálne takzvané napasovať nasledujúcu starostlivosť na požiadavky konkrétneho pacienta. Ošetrovateľská starostlivosť sa tak stáva individualizovanou, nie mechanickou a tým umožňujú sestram merať kvalitu ošetrovateľskej praxe (Žiaková, Galajda, Šutarík et al., 2003, s. 13), objektivizovať údaje, poskytujú sestram priestor pre rozvíjanie kritického myslenia a dôkazy pre rozvoj evidence based practice. Práve vďaka týmto hodnotiacim nástrojom je možné validne porovnať výsledky výskumov a štúdií. Snahou profesionálov v dnešnej dobe je vytvorenie kolekcií multifunkčných nástrojov pre špecifické skupiny pacientov – seniorov (Bóriková, Žiaková, 2007, s.13), ku ktorým nepochybne patrí aj gerontologické ošetrovateľstvo. Veľkým benefitom hodnotiacich nástrojov je, že zjednodušujú prácu sestram, objektivizujú posúdenie, ktoré realizujú. V zahraničí sú hodnotiace nástroje bežnou realitou v zdravotníckych zariadeniach. Posudzovacou stupnicou v ošetrovateľstve sú ukazovatele, ktoré sa používajú pri hodnotení zmien v zdravotnom stave osoby, pričom zmeny možno merať priamo alebo nepriamo a hodnotenie sa väčšinou vykonáva číselným súčtom (Z.z. 364/2005). Staňková (2001, s.7) uvádza, že v našich podmienkach sa tieto metódy využívajú iba sporadicky. Uvádzame aspoň niektoré z veľkého počtu benefitov, ktoré udávajú Bóriková, Žiaková (2007, s.13), Ulrichová (2012):

- zvyšujú kvalitu diagnostického procesu,
- zlepšujú efektivitu starostlivosti o pacienta,
- konzistentné dáta sú porovnateľné a prenositeľné medzi inštitúciami,
- zvyšujú autonómiu profesie,
- umožňujú zber pomerne veľkého počtu dát za relatívne krátky čas (Žiaková, Galajda, Šutarík, et al., 2003, s. 13),
- slúžia k zisteniu objektívneho stavu pacienta a zaisťujú, že každá osoba podieľajúca sa na starostlivosti, nebude vkladat' do posudzovania vlastný obraz z pohľadu odlišného chápania stavu pacienta,
- umožňujú sledovanie pokrokov v starostlivosti,
- zabráňujú zbytočnej duplicitě posudkov pri prechode medzi službami a zabráňujú predčasnemu prepusteniu / napr. z rehabilitačných služieb (NZGG, 2003, s. 11),
- sú prínosom v priamej ošetrovateľskej starostlivosti, keďže sú ľahko prístupné, zrozumiteľné, ľahko vykonateľné (Fulmer, Wallace, 2012, s.1),
- umožňujú posúdiť indikátory na hodnotenie poskytovanej zdravotnej starostlivosti kvality,
- pomáhajú určiť konkrétne deficity, nielen deficitnú obecnú oblasť.

Výber hodnotiaceho nástroja

V literárnych zdrojoch je dost' použitých hodnotiacich nástrojov, ktoré sú buď originálne, alebo modifikované. Avšak pri výbere hodnotiaceho nástroja musíme zohľadniť viacero kritérií a to:

- *musí byť validný* (validita je základným kritériom vedeckej hodnoty výskumnej metódy a pokladá sa za najlepší ukazovateľ meracieho nástroja (Gurková, 2011; s.113),
- *musí byť reliabilný* (reliabilita vyjadruje stálosť, alebo akúsi zhodu získaných výsledkov (Reichel, 2006; s.68),
- *musí byť kultúrne senzitivny* (rešpektujúci kultúrne špecifiká skúmanej populácie a adaptovaný v procese národnej validizácie),
- *štandardizovaný* (so zadanými pojmami a je pravidelne recenzovaný klinickými expertmi (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 14).

Škálovanie ako také pozostáva z určitých komponentov, ktoré majú svoju postupnosť a spolu tvoria hodnotiaci nástroj ako celok. Veselá et al. (2011, s. 191) uvádzajú tieto kroky:

- výber relevantných znakov,
- štúdium ich platnosti i s ohľadom na vlastnosti objektu,
- preskúšanie stability - reliability,
- výber metriky,
- výber postupu pre výpočet celej stupnice.

Posudzovanie a hodnotiace nástroje v geriiatrii

„Posudzovanie, ako jedna z fáz ošetrovateľského procesu, predstavuje komplexné bio-psycho-sociálne zhodnotenie starého človeka s rešpektovaním osobitostí geriatrického veku.“ (Balková, Hudáková et al., 2006, s. 45) Súčasťou posúdenia geriatrického pacienta sú nepochybne aj hodnotiace nástroje a funkčné testy. Posudzovanie je zamerané predovšetkým na potreby, ktoré sa následkom starnutia a choroby zmenili, alebo vznikli (Poledníková et al., 2006, s. 43). Súčasťou posúdenia geriatrického pacienta sú nepochybne aj hodnotiace nástroje a funkčné testy. Okrem toho hodnotiace nástroje pomáhajú zjednotiť zozbierané údaje a umožnia porovnať výsledky s inými pracoviskami (Žiaková, Galajda et al., 2003, s. 13). Vo fáze posudzovania vyplňa hodnotiace nástroje sestra, ale môžu ich vyplňať aj priamo pacienti vo forme dotazníkov. U geriatrického pacienta sa často vyskytujú poruchy zraku alebo aj kognitívne poruchy, ktoré môžu narušiť pochopenie jednotlivých častí dotazníka, preto prítomnosť sestry pri pacientovi počas vyplňania je dôležitá. Vörösová et al. (2011, s. 55) v knihe Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatelstve uvádza najčastejšie oblasti, v ktorých sestra využíva hodnotiace nástroje a škály. Sú to: výživa, vyprázdňovanie (v zmysle inkontinencie, zápchy), dýchanie, mobilita, sebaistočnosť, sebaopatera, vedomie, spánok, bolesť, stres, záťaž opatrovateľa, alkoholizmus, úzkosť, smútok, kvalita života a mentálny stav. S rastúcou autonómiou a profesionalitou sestier by mala narastať efektivita plánovania a ich samostatnosť pri posudzovaní pacienta (Žiaková, Galajda et al., 2003, s. 13). To platí aj v geriatrickom ošetrovatelstve. Hodnotiacich nástrojov je v súčasnej ošetrovateľskej praxi veľké množstvo a tak isto aj ich modifikácii, ale u seniorov sú často využívanými škály zamerané na hodnotenie bolesti, sebaistočnosti a mobility.

Hodnotenie mobility

Asi jedna tretina seniorskej populácie má problémy s mobilitou. Môžeme sa domnievať, že tieto problémy sú priamo spôsobené funkčnými zmenami staroby, ale nie je tomu celkom tak. Okrem nich sa často na poruche mobility podieľajú aj chorobné procesy (O'Hanlon, Twomey, 2009, s. 546). Ochorenia pohybového aparátu sú najčastejšie – osteoporóza, artróza kolenných a bedrových kĺbov, ďalej ochorenia vestibulárneho a nervového sys-

tému – Parkinsonova choroba, Alzheimerova demencia, internistické ochorenia – hypoglykémia, arytmie a pod. (Kalvach et al., 2008, s. 170; Fletcher, 2008). Určitý vplyv na mobilitu má aj užívanie liekov a u geriatrického pacienta často vyskytujúca sa polypragmázia. Často krát po redukcii liečby dôjde k výraznej zmene zdravotného stavu a z imobilného pacienta sa stane pacient už len s miernym obmedzením (O'Hanlon, Twomey, 2009, s. 546). Nie je však zriedkavé, že tento dynamický proces prebieha aj opačne. Často sa imobilita rozvíja pomerne rýchlo od príjmu pacienta. Preto je potrebné čo najskôr zhodnotiť mobilitu pacienta a zabrániť tak prípadným pádom, pretože tie v geriatrickej praxi predstavujú závažný problém. Krajčík (2006, s. 344) udáva, že „asi 25 % ľudí vo veku 65 – 74 rokov v priebehu roka spadne. Nad 75 rokov je to až 50 %.“ V geriatrickej praxi sú pády na piatom mieste z príčin úmrtia. Posúdením mobility sa odhalia príčiny pádov a hneď sa môžu naplánovať účinné intervencie, ktoré v konečnom dôsledku môžu predísť vzniku pádov. Medzi najčastejšie používané a odporúčané v našej praxi patrí Mobility screening test a hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej.

Skriningový test mobility - test je vhodný pre použitie ako v klinickej praxi, tak aj v primárnej starostlivosti. Môže ho vykonávať lekár, rehabilitačný pracovník ako aj sestra (Klán, Topinková, 2003, s. 38).

Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej - Anglicky označený aj ako Performance-Oriented Mobility Assessment, je to stupnica vyvinutá Tinettiovou v roku 1986. Je to nástroj hodnotenia mobility a rizika pádu, hlavne u seniorov (Faber et al., 2006, s. 950). Tento nástroj ma taktiež mnoho modifikácii. Rozdiely sú badateľné len v rozdielnom počte položiek.

Hodnotenie bolesti

Bolesť u seniorov je pomerne častá a spája sa s veľkým radom chronických ochorení, ako napríklad osteoporóza, artróza a artritída kĺbov, ale vyskytuje sa ako uvádza Horgas (2008) aj pri akútnych ochoreniach (operácie – najčastejšie krčka stehennej kosti, rakovina). Pri hodnotení geriatrického pacienta sa často zdravotnícki pracovníci dopúšťajú mnohých chýb. Medzi jednu z nich patrí mylný predpoklad, že bolesť spôsobujú degeneratívne zmeny spôsobené starnutím, teda vekom pacienta,

alebo že pacienti so zníženou kognitívnou schopnosťou nie sú schopní cítiť bolesť, alebo ju pociťujú menej. Je však dokázané, že degeneratívne zmeny prebiehajúce v mozgu pri Alzheimerovej chorobe nepostihujú časti, ktoré sú zodpovedné za interpretáciu bolesti. Títo pacienti teda pociťujú bolesť rovnako, majú však problém s vyjadrením bolesti (Curtiss, 2010, s. 8). Z dôvodu, ako uvádza Staňková (2001, s.9), že bolesť je považovaná za subjektívny zážitok, boli vytvorené metódy, ktoré pomáhajú tieto údaje kvantifikovať. Hodnotenie bolesti sa radí medzi kľúčové schopnosti sestier v ktoromkoľvek klinickom odbore. Správne vykonané hodnotenie vedie k vyselektovaniu správnych intervencií, tým aj k úľave od bolesti, čo v neposlednom rade ovplyvňuje kvalitu života seniora (Briggs, 2010, s. 36). Vyberáme najčastejšie používané v praxi: vizuálna analógová škála, numerická škála, škála výrazov tváre, verbálna škála bolesti.

Vizuálna analógová škála (VAS) – sa zaraďuje medzi najspôľahlivejšie a najcitlivejšie hodnotiace nástroje. V štúdiách sa zistilo, že VAS – 10 cm bola citlivejšia, ako ostatné numerické a verbálne škály.

Numerická škála – je meradlo, pri ktorom zdravotný pracovník vyzve pacienta, aby na ňom zaznačil intenzitu svojej bolesti. Obyčajne je to jedenásť bodová škála s bodovým rozhraním 0 až 10, alebo stobodová s rozmedzím 0–100, pričom 0 znázorňuje „bez bolesti“ a 10 alebo 100 predstavuje „najhoršiu bolesť“ (Žiaková et al., 2003 s 16; Powell et al., 2010, s. 67).

Škála výrazov tváre - táto hodnotiacia stupnica bola pôvodne vytvorená na hodnotenie bolesti u detí. Je považovaná za najčastejšie využívaný hodnotiaci nástroj u ľudí so zníženou kognitívnou schopnosťou a u detí (Mc Carberg, Stanos, 2008, s. 424). Medzinárodná asociácia pre štúdium bolesti IASP16 uvádza na svojej stránke aj inštrukcie k tomuto hodnotiacemu nástroju a to až 38 jazykoch (IASP, 2012). Jej spracovanie je ľahké a okrem fotokópii tváre nie je potrebné iné vybavenie. Škála obsahuje obrázky tváří, ktoré sú zoradené z ľavej strany smerom v pravo podľa intenzity bolesti a to tak, že úplne v ľavo na stupnici je tvár znázorňujúca tvár bez bolesti. Tváre podľa intenzity na stupnici postupujú smerom v pravo, kde úplne v pravo je tvár znázorňujúca najväčšiu intenzitu bolesti. Existuje aj modifikácia, pri ktorej sú ešte k tváram priradené číselné hodnoty: 0, 2, 4, 6, 8 a 10 (0 – bez bolesti, 10 najväčšia bolesť) (Powell et al., 2010, s. 67). Táto

hodnotiacia škála má časovú náročnosť 5 minút aj s edukáciou pacienta o používaní škály.

Verbálna škála bolesti – pacient verbálne vyjadrí pocity svojej bolesti, ako cíti a prežíva bolesť, vyjadruje nepohodlie a stres. Potom slovne alebo vizuálne vyberú jednu zo 6 možností: žiadna bolesť, mierna bolesť, stredná bolesť, silná bolesť, veľmi závažná bolesť a najhoršia možná bolesť. Niekedy sa k týmto údajom pridávajú čísla, tie sa však používajú hlavne pre uľahčenie vyhodnotenia záznamu (Powell et al., 2010, s. 67).

Hodnotenie sebestačnosti

Bóriková (2010, s.26) uvádza, že v starobe obyčajne chronická choroba spôsobí fyzickú disabilitu a tým aj obmedzenie alebo stratu určitých funkcií. Najčastejšie sa pod túto disabilitu podpisujú ochorenia muskuloskeletárne, neuromuskulárne a kardiovaskulárne. Výsledkom je pomerne často obmedzená schopnosť až neschopnosť vykonávať aktivity denného života v rozsahu, ktorý je považovaný za normálny. Jedným z hlavných cieľov ošetrovateľstva je pomáhať chorým udržať alebo dosiahnuť maximálne možnú úroveň sebestačnosti (Staňková, 2001, s. 32). Je nevyhnutné sa uistiť pred prepustením pacienta zo zdravotníckeho zariadenia do domáceho prostredia, či je schopný sa o seba postarať, alebo mu bude zaistená adekvátna pomoc. Hodnotenie je dôležité aj z pohľadu plánovania individuálnej starostlivosti o seniora. Sestra ma možnosť hodnotiacimi nástrojmi identifikovať priamo oblasti deficitu a v ošetrovateľskej starostlivosti sa špecializovať priamo na ne s cieľom dosiahnuť najvyššej možnej miery sebestačnosti. K hodnoteniu sebestačnosti nám slúžia najmä: Barthelovej test – ADL, test inštrumentálnych všedných činností IADL, Katzov index nezávislosti.

Barthelovej test (ADL) – prvý krát bol publikovaný v roku 1958. Tento nástroj bol pôvodne vyvinutý pre dlhodobo hospitalizovaných pacientov, pacientov s neuromuskulárnym ochorením a muskuloskeletárnym ochorením (Green et al., 2001, s. 671; Boriková, 2010, s. 27). Veľmi dobré výsledky ako uvádza Leung et al.(2007, s. 912) má aj v rehabilitácii seniorov po náhlejšej cievnej mozgovej príhode a osteoartrózy. Je považovaný za jeden z najpoužívanejších nástrojov v zdravotníckych zariadeniach a štúdie preukázali jeho citlivosť, dobrý skrining, ako aj jednoduchosť škálovateľnosti.

Test inštrumentálnych všedných činností IADL – nástroj bol vyvinutý v roku 1969 autorkami: Brody,

Lawton Powel (Boriková, 2010, s. 28). Tento hodnotiaci nástroj posudzuje inštrumentálne, nezávislé zručnosti bežného života. Tieto zručnosti sú však považované za zložitejšie ako základné činnosti každodenného života, hodnotené v ADL alebo v Katzovom indexe nezávislosti. Obsahuje 8 oblastí. Ženy sú hodnotené vo všetkých 8 oblastiach (telefonovanie, transport, nakupovanie, varenie, domáce práce, práce okolo domu, užívanie liekov, financovanie), zatiaľ čo muži len v 5 oblastiach. U mužov sa môže vynechať hodnotenie nakupovanie, varenie a domáce práce, ak ich bežne nevykonávajú (Graf, 2007, s.1).

Katzov index nezávislosti – prvýkrát bol publikovaný v roku 1963. Na začiatku bol vytvorený pre potreby domovov dôchodcov a rehabilitačnú starostlivosť. Tvorí ho 6 oblastí bežných denných aktivít: kúpanie, obliekanie, používanie toalety, pohyblivosť, kontinencia, stravovanie (Shelkey, 2012, s.1; Žiaková et al., 2003, s. 59). Jeho rozptyl reliability sa pohybuje v rozmedzí 0,74 – 0,94. Má taktiež dobrú prediktívnu validitu (Boriková, 2010, s. 28). Ku každej oblasti je slovné hodnotenie „nezávislý“ alebo „závislý“ spolu so slovným opisom, kde sa zaznačí jedna z vyššie uvedených možností, ktorá najbližšie zodpovedá funkčnému stavu pacienta. Existujú dva typy celkového hodnotenia a to buď hodnotenie podľa indexov: a) nezávislosť vo všetkých činnostiach b) nezávislý vo všetkých okrem jednej c) nezávislý vo všetkých okrem kúpania a niektorej ďalšej činnosti d) nezávislý okrem kúpania, obliekania a niektorej ďalšej činnosti e) nezávislý okrem kúpania, obliekania, používania toalety a niektorej ďalšej činnosti f) nezávislý okrem kúpania, obliekania, používania toalety, presunu na stoličku a niektorej ďalšej činnosti g) nezávislý vo všetkých 6 funkciách (Žiaková et al., 2003, s. 61) Číselné hodnotenie, pričom závislosť je označená 0 a nezávislosť 1 bodom. Celkové maximálne hodnotenie škály je 6 bodov. Skóre 6 ukazuje plnú funkčnosť, 4 značí stredne ťažké poškodenie, 2 alebo menej znamená závažnú funkčnú poruchu (Shelkey, 2012, s. 1). Tento hodnotiaci nástroj bol vytvorený na hodnotenie bežných, nie pokročilých bežných aktivít. Nie je vhodné použitie v akútnej starostlivosti (Shelkey, s. 1; Boriková, 2010, s. 27).

ZÁVER

V závere je možné skonštatovať, že hodnotenie seniorov v našej praxi nie je dostatočné. Aj keď sa v literatúre uvádza pomerne veľké množstvo škál,

musíme podotknúť, že len vo veľmi malom množstve sa používajú v zdravotníckych zariadeniach. Stretávame sa s rôznymi postojmi sestier. Pripisujeme to hlavne tomu, že naša súčasná ošetrovateľská prax je ešte stále v prevažnej miere zameraná na výkon. V podstate to vytvára určitý bludný kruh, kedy sestra zostavuje ošetrovateľský plán bez kvalitného vstupného posúdenia pacienta. To má za následok neefektívne plánovanie a vykonávanie často zbytočných a duplicitných intervencií, ktoré v konečnom dôsledku neprispievajú k riešeniu/odstráneniu problémov pacientov. Sestra pohltená množstvom neefektívnych intervencií, prehliada priebežné, ako aj záverečné hodnotenie a pacient je často prepúšťaný do domácej starostlivosti bez vyriešenia podstaty jeho problému. Nastáva neuspokojenie na obidvoch stranách, sestra sa sťažuje na veľký časový stres a pacient sa po čase opätovne vracia do zdravotníckeho zariadenia. Riešenie však nevidíme iba v náprave zmýšľania sestier, ale taktiež aj v manažmente zdravotníckych zariadení, ktorý má sestram vytvoriť vhodné podmienky pre aplikáciu praxe založenej na dôkazoch. Bez koordinácie obidvoch týchto zložiek to však nie je možné. Chceli sme poukázať na niektoré hodnotiace nástroje, ktoré sú časovo nenáročné, dajú sa využiť pri starostlivosti o seniorov. Hodnotiace nástroje taktiež pomáhajú vytvoriť určitý systém, ktorý by zhodnotil starostlivosť v danom zdravotníckom zariadení a umožnil by tým ju aj porovnať s inými zariadeniami. Tento systém by mali v prvom rade presadzovať zdravotné poisťovne aby mali relevantné údaje pri hodnotení indikátorov kvality tak zdravotnej ako aj ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra má podľa *Vyhlášky ministerstva zdravotníctva SR 364/2005 „identifikovať potreby ošetrovateľskej starostlivosti osoby, rodiny alebo komunity a zabezpečuje, alebo vykonáva uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, chorobou alebo umieraním.“* Na identifikáciu v procese posudzovania sú určené aj hodnotiace nástroje - keďže sestra podľa vyhlášky hodnotí a ošetruje poruchy celistvosti kože a slizníc (Z. z. 364/2005), malo by byť prirodzenou súčasťou ošetrovateľskej praxe používanie hodnotiacich nástrojov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV
BALKOVÁ, D. – HUDÁKOVÁ, A. et al. 2006. *Gerontologické ošetrovateľstvo: Vysokoškolské učebné texty*. 1 vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2006. 91 s. ISBN 80-8068-525-8.

- BORIKOVÁ, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740, 2010, roč. 1, č. 1, s. 24–30.
- BORIKOVÁ, I. – ŽIAKOVÁ, K. 2007. *Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. ISBN 978-80-7368-230-9, s. 13–18.
- CURTISS, C.P. 2010. Challenges in Pain Assessment in Cognitively Intact and Cognitively Impaired Older Adults With Cancer. In *Oncology Nursing Forum*. ISSN 0190535X, 2010, vol. 37, p. 8–11.
- FLETCHER, K. 2008. *Dementia: Nursing Standard of practice Protokol* [online]. 2008, [cit.2012-06-1]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/topics/dementia/want_to_know_more.
- FULMER, T. – WALLACE, M. 2012. Fulmer SPICES: An Overall Assessment Tool for Older Adults. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* [online]. 2011, no. 1, [cit.2012-01-1]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_1.pdf.
- GRAF, C. 2007. *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale*. In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* [online]. 2007, no. 23 [cit.2012-01-12]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_23.pdf.
- GREEN, J. – FORSTER, A. – YOUNG, J. 2001. A test-retest reliability study of the Barthel Index, the Rivermead Mobility Index, the Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale and the Frenchay Activities Index in stroke patients. In *Disability And Rehabilitation*. ISSN 0963-8288, 2001, vol. 23, no. 15, p. 670–676.
- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R., et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KRAJČÍK, Š. 2006. Pády a ich príčiny v starobe. In *VIA PRACTICA* [online]. 2006, roč. 3, č. 7/8 [cit. 2012-01-1]. Dostupné na internete: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=74&magazine_id=1.
- LEUNG, S.O. – CHAN, C. – CSHAH, S. 2007. Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index - validity and reliability. In *Clinical Rehabilitation*. ISSN 0269-2155, 2007, vol. 21, no. 10, p. 912–922.
- McCARBERG, B. – STANOS, S. 2008. Key Patient Assessment Tools and Treatment Strategies for Pain Management. In *Pain Practice: The Official Journal Of World Institute Of Pain*. ISSN 1530708, 2008, vol. 8, no. 6, p. 423–432.
- NEW ZEALAND GUIDELINES GRUP. 2003. Screening and assessment tools [online]. Wellington: NZGG, 2003. [cit. 2012-01-1]. Dostupné na internete: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0030/tools_summary.pdf.
- O'HANLON, S. – TWOMEY, C. 2009. Mobility impairment in older adults. In *InnovAiT*. ISSN 17557380, 2009, vol. 2, no. 9, p. 546–550.
- POLEDNÍKOVÁ, L. et al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- POWELL, A.R. et al. 2010. *Chapter 10 Pain History and Pain Assessment*. In *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* [online]. 2010, [cit. 2012-01-1]. Dostupné na internete: <http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=12173>.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SHELKEY, M. 2012. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). In *Try This: Best Practices in Nursing Care to Older Adults* [online]. 2012, no. 23 [cit.2012-01-12]. Dostupné na internete: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_2.pdf.
- STANKOVÁ, M. 2001. *České ošetrovatelství 6: Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
- TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. et al. 2010. *Ošetrovatel'ský proces (teória a prax)*. [elektronický dokument]. Martin: JLF UK, 2010. 75 s. ISBN 978-80-88866-87-9.
- ULRICHOVÁ, K. 2012. *Využívanie hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o seniorov*. Diplomová práca. Brno: Masaryková univerzita. 2012. 146s.

- VESELÁ, J. – KANIOKOVÁ VESELÁ, P. 2011. *Sociologické aspekty managementu*. Praha: Grada, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-2792-9.
- VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2011. *Ošetrovateľský proces v internom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2011. 240 s. ISBN 978-80-8063-358-5.
- ŽIAKOVÁ, K. – GALAJDA, P. – ŠUTARÍK, L. et al. 2003. *Ošetrovatel'stvo vo vnútornom lekárstve: Vysokoškolské skriptá*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, 2003. 261s. ISBN 80-88866-28-6.
- Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.