

MERACIE NÁSTROJE NA HODNOTENIE FUNKČNÉHO STAVU SENIOROV SCREENING INSTRUMENTS TO MEASURE FUNCTIONAL STATUS

HUDÁKOVÁ Anna, OBROČNÍKOVÁ Andrea, KURIPLACHOVÁ Gabriela, MAJERNÍKOVÁ Ludmila

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov

ABSTRAKT

Úvod: V príspevku ponúkame prehľad skríningových nástrojov pre identifikáciu starších hospitalizovaných pacientov s rizikom funkčného poklesu. Ten je častým a závažným problémom u starších hospitalizovaných pacientov, ktorých výsledkom je zmena kvality života a životného štýlu.

Metodika: V rámci metodiky sme použili vyhľadávanie nástrojov na meranie funkčného stavu, ktoré boli prístupné v databázach Medline, ProQuest, Google Scholar. Zaujímala nás ich validita, reliabilita a štandardizácia.

Výsledky: Vek, znížený funkčný stav, kognitívne poruchy a postihnutie v inštrumentálnych aktivitách denného života (IADL) sú kritériá pre selekciu skríningových nástrojov starších hospitalizovaných pacientov. Štúdie ukázali, že u 30 až 60 % starších ľudí sa vyvinú nové závislosti na činnosti z každodenného života (ADL) v priebehu ich pobytu v nemocnici. Pomocou komplexného geriatrického posúdenia zistíme pokles funkčného stavu u pacienta a iné poruchy. Hodnotiace škály zohľadňujú nielen fyzický stav seniora, ale aj celkovú kvalitu jeho života.

Záver: Nepriaznivým javom hospitalizácie je zvýšená mortalita, neúmerná dlhodobá starostlivosť a zvýšenie závislosti starších ľudí. Funkčné vyšetrenie je prioritné pre identifikáciu pacientov s rizikom funkčného poklesu a celková liečba je závislá od ich potencionálu.

Kľúčové slová: Starší pacienti, Mobilita. Hodnotiaci nástroj. Funkčný pokles.

ABSTRACT

Introduction: This paper gives an overview of screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. He is a frequent and serious problem in elderly hospitalized patients, resulting in a change of quality of life and lifestyle.

Methodics: We used the methodology we used searching of tools for measurement of functional status that were available in the databases Medline, ProQuest, Google Scholar. We were interesting in their validity, reliability and standardization.

Results: Age, lowered functional status, cognitive impairment and disability in instrumental activities of daily living (IADL) are criteria for selection of screening instruments for elderly hospitalized patients. Studies have shown that 30 to 60 % of elderly people develop new depending on the activity of daily living (ADL) during their stay in hospital. Using a comprehensive geriatric assessment we find a decrease functional status of patient and other disorders. Of scales take into account not only the physical condition of the elderly, but also the overall quality of life.

Conclusion: The unacceptable phenomenon of hospitalization are increased mortality, disproportionate long-term care and increased dependence elderly people. Functional assessment is the priority to identify patients at risk of functional decline and the overall treatment is dependent on the potential of.

Key words: Elderly patients, Mobility. Tool for evaluation. Functional decline.

ÚVOD

Funkčný pokles jedinca definujeme ako pokles nezávislosti na seba obslužných aktivitách a určitý stav deteriorizácie. Vzhľadom na fakt, že pokles funkčných schopností predlžuje stav hospitalizácie a zvyšuje nároky na ošetrovateľskú starostlivosť je nevyhnutné hľadať riešenia na jeho skorú identifikáciu. Na hodnotenie funkčného stavu majú najväčší význam bazálne a inštrumentálne aktivity denného života (Hegyi, Krajčík a kol., 2010). Pre určenie validnej a klinicky vhodnej škály je potrebná špecifikácia nástrojov na základe prediktorov funkčného úpadku starších pacientov. Tie v praxi zisťujeme prostredníctvom položiek Komplexného geriatrického posúdenia (KGH). Podľa Németha a kol. (2011) je KGH zamerané na posúdenie starších jedincov, ktorí majú širokospektrálne zdravotno-sociálne problémy a zdôrazňuje stav (ne)spôsobilosti, (ne)sebestačnosti a hlavne úroveň kvality života. Jeho multidisciplinárny charakter podporuje ošetrovateľské intervencie smerom k implementácii štandardizovaných škál do starostlivosti o seniorov. KGH predstavuje jasný štandard v rámci získavania údajov od seniorskej populácie a umožňuje inkorporáciu a využitie posudzovacích škál v klinickej praxi.

METODIKA

V rámci metodiky sme použili analýzu dokumentov, ktoré boli prístupné v databázach Medline, ProQuest, Google Scholar na webovej stránke Univerzitetnej knižnice. Zistili sme, ktoré hodnotiace škály deklarujú možnosti hodnotenia funkčného stavu seniora. Rovnako nás zaujímali psychometrické vlastnosti jednotlivých nástrojov; teda ich validita, ktorá je základným kritériom vedeckej hodnoty výskumnej metódy a pokladá sa za najlepší ukazovateľ meracieho nástroja (Gurková, 2011, s. 113); ich reliabilita, ktorá vyjadruje stálosť, alebo akúsi zhodu získaných výsledkov (Reichel, 2009),

a napokon ich štandardizácia. V súvislosti s hľadáním v elektronických databázach boli použité slovné spojenia, ktoré obsahovo zahŕňali hodnotenia a merania funkčného stavu seniorov (hodnotiace nástroje, funkčný stav, pokles funkčného stavu, funkčné hodnotenie a pod.).

VÝSLEDKY

Pojmy funkčný stav (functional status) a funkčné hodnotenie (functional assessment) sú v odbornej literatúre zadefinované najmä pre potreby klinickej praxe v geriatrickej a fyzioterapii. Funkčný stav je viacozmerná veličina a zahŕňa hodnotenie zdravotného stavu (fyzického, psychického aj sociálneho) v kontexte s hodnotením vonkajšieho prostredia, pričom najviac metód hodnotí najmä fyzickú oblasť, ktorá významne ovplyvňuje celkové schopnosti jednotlivca. Funkčná disabilita sa definuje ako každé obmedzenie alebo nedostatočná schopnosť vykonávať denné aktivity a pracovnú činnosť bežným spôsobom alebo v normálnom rozsahu, akceptovateľnom pre jedinca. Spôsobuje neschopnosť udržať chod domácnosti, obmedzuje činnosti sebaopater, zvyšuje závislosť pacienta od rodiny (inej osoby, pomôcky, prístroja), negatívne mení sociálne roly, vedie ku strate zamestnania (Bóriková, 2009). Ošetrovateľstvo používa koncept aktivít denného života (activities daily living, ADL) ako súčasť funkčného stavu v zmysle vykonávania sebaobslužných aktivít vo vzťahu ku konkrétnym životným podmienkam. Následkom involučných zmien a obmedzení, súvisiacich s chorobami sa často mení schopnosť vykonávať základné aktivity denného života. Rozhodujúcim faktorom je miera obmedzenia pohyblivosti, ktorá spôsobuje čiastočnú alebo úplnú stratu sebastačnosti. Správne a presne zhodnotenie úrovne sebastačnosti je východiskom pri plánovaní ošetrovateľských intervencií. Zásadne je potrebné klasifikovať funkčnú úroveň chorého seniora tak, aby sa následne podporovala jeho nezávislosť a schopnosť zvládania denných činností (Peri et al., 2008).

Rozdiely v percepcii zdravotného stavu sú významne závislé od pohlavia seniorov. U výrazne menšieho počtu žien v porovnaní s mužskou populáciou je postoj optimistický, naopak ženy často vyjadrujú rezignovaný alebo pesimistický postoj. Účelnosť a možnosti použitia kompenzačných pomôcok je možné posúdiť len so znalosťou funk-

čného deficitu a kompenzačných schopností choreho, rovnako aj s náročnosťou a povahou prostredia, v ktorom sa pohybuje (Kalvach a kol., 2008).

Disabilita tvorí jednu z troch rovín hodnotenia funkčného postihnutia. Podľa medzinárodnej klasifikácie a handicapov svetovej zdravotníckej organizácie (World Health Organisation, WHO) revidovanej v roku 2001 Németh a kol. (2009) uvádzajú tieto roviny hodnotenia funkčného postihnutia:

- *Porucha* – poškodenie orgánovej funkcie (impairment).
- *Neschopnosť* – nespôsobilosť vykonávať konkrétnu činnosť, ev. činnosti (disability).
- *Spoločenské znevýhodnenie*, ktoré prináša svojmu hostiteľovi funkčné postihnutie (handicap), a obmedzenie v účasti na bežných spoločenských aktivitách (participace). V priebehu sociálneho učenia jednotlivé aktivity vyjadrujú individualitu jednotlivca a vo svojej podstate zodpovedajú základným biologickým potrebám. Počas ontogenetického vývinu sa okrem iného mení aj miera participácie pri ich uspokojovaní.

Starutie ľudskej populácie, vyšší výskyt chronických ochorení, polymorbidita, inštitucionalizácia geriatrických pacientov zdôrazňujú potrebu štandardného klinického vyšetrenia a diagnostiky. Podpora implementácie hodnotiacich nástrojov v klinickej praxi má obrovský význam: zvyšujú kvalitu diagnostického procesu, zlepšujú efektivitu starostlivosti, konzistentné dáta sú porovnateľné a prenositeľné medzi inštitúciami, zabezpečujú zvyšovanie autonómie profesie a zber pomerne veľkého počtu dát za relatívne krátky čas. Rovnako slúžia k zisteniu objektívneho stavu pacienta a zabezpečujú, že každá osoba, ktorá sa podieľa na starostlivosti, nebude implementovať do posudzovania vlastný obraz (z pohľadu odlišného chápania stavu pacienta). Hodnotiace škály sú ľahko prístupné, zrozumiteľné, jednoducho vykonateľné a používanie týchto osvedčených postupov je prínosom v priamej ošetrovateľskej starostlivosti (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 13; Turner et al., 2001).

V tabuľke 1 uvádzame hodnotiace nástroje na posudzovanie sebastačnosti a nezávislosti, ktoré sú v najväčšej miere využiteľné v klinickej praxi.

Pri ošetrovaní seniorov vykonávame Hodnotenie rovnováhy a chôdze podľa Tinettiovej (Performance-Oriented Mobility Assessment), čo je stupnica vytvorená Tinettiovou v roku 1986. Test rovnováhy a chôdze je určený pre podrobnejšie zhod-

Tab. 1 Hodnotiace nástroje na monitoring sebestačnosti

Nástroj	Charakteristika nástroja	Psychometrické vlastnosti	Výsledné skóre	Časová náročnosť
Katzov index nezávislosti Katz (1963)	Tvorí ho 6 oblastí bežných denných aktivít: kúpanie, obliekanie, používanie toalety, pohyblivosť, kontinencia, stravovanie	Rozptyl reliability sa pohybuje v rozmedzí 0,74–0,94; dobrá prediktívna validita	Maximálne hodnotenie škály je 6 bodov. Skóre 6 – plná funkciu, 4 – stredne ťažké poškodenie, 2 alebo menej – závažná funkčná porucha	nie je vhodný pre použitie v akútnej starostlivosti
Barthelovej test – ADL (Mahoney, Barthel, 1958)	Bázu tohto hodnotiaceho nástroja tvorí nasledujúcich 10 oblastí: jedenie a pitie, obliekanie, kúpeľ, osobná hygiena, kontinencia moču, kontinencia stolice, použitie WC, presun z lôžka na stoličku, chôdza po rovine, chôdza po schodoch.	Rozptyl reliability sa pohybuje v rozmedzí 0,87 – 0,93. dobrá prediktívna validita	Bodové rozmedzie je: 0–40 vysoká závislosť 45–60 závislosť stredného stupňa 65–95 ľahká závislosť 100 nezávislosť	5–10 minút. nejasné rozlíšenie medzi ľahkou a strednou závislosťou
Test inštrumentálnych všedných činností IADL (Lawton, Brody, 1969).	Základnú bázu tohto nástroja tvorí 8 oblastí: telefonovanie, transport, nakupovanie, varenie, domáce práce, práce okolo domu, užívanie liekov, financovanie.	Reliabilita – 0,85, významná validita	0–40 bodov (závislý) 41–75 bodov (čistočne závislý) 76–80 bodov (nezávislý)	10–15 minút vhodný pre komunitnú starostlivosť

(Bóriková, Žiaková, 2007).

notenie rovnováhy a chôdze u pacientov vyššieho veku, ktorí vykazujú určité obmedzenia. Ide o funkčné zhodnotenie, ktoré neumožňuje diagnostikovať príčinu porúch, ale sleduje ich klinickú závažnosť a možné dôsledky (riziko úrazu a pádu). Každá oblasť je hodnotená váženým skóre s maximom 28 bodov. Osoby dosahujúce 26 a menej bodov majú už zvýšené riziko pádov, pacienti s menej ako 19-timi bodmi majú spomínané riziko zvýšené päťnásobne. Skupina s abnormálnym bodovým skóre predstavuje chorých, ktorí budú profitovať z ďalšieho diagnostického vyšetrenia, rehabilitačných opatrení alebo budú vyžadovať kompenzačnú pomoc (Bóriková, 2010).

Test hodnotenia chôdze hodnotí tieto oblasti: iniciáciu chôdze, dĺžku a výšku kroku, súmernosť kroku, plynulosť kroku, udržanie smeru kroku, rovnováha trupu, chôdzu. Test hodnotenia rovnováhy: rovnováha v sede, postavenie zo sedu na stoličke, postavenie z ľahu na posteli, rovnováha po postavení, rovnováha v stoji, stoj pri tlaku na sternum, stoj so zavretými očami, otočenie o 360 stupňov, posadenie späť na stoličku. Súčty oboch testov zrátajú. Bodové rozmedzie je: < 19 (vysoké riziko pádu); 19–24 (stredné riziko pádu); 25–28 (nízke riziko pádu). Nástroj má až 95 % reliabilitu celkového hodnotiaceho nástroja, senzitivita sa pohybuje na hodnote 64,0 % a špecificita je 62,5 %. Časová náročnosť testu je 10–15 minút (Faber et al., 2006).

V minulosti bola používaná batéria dvoch testov – Functional Independence Measure (FIM) a Functional Assessment Measure (FAM), kde bola meraná funkčná nezávislosť (položky podobné ADL testu), a tiež bola analyzovaná funkčná výkonnosť (čítanie, písanie, emočný stav, orientácia, adaptácia, pozornosť a iné) (McPherson et. al., 1996; In. Németh a kol., 2011). V rámci projektu: „Quality of Life of Frail Elderly People” bola použitá batéria krátkej fyzickej výkonnosti (Short Physical Performance Battery, SPPB) na zistenie rovnováhy, chôdze, sily dolných končatín a pod. Iba 28,2 % starších ľudí zo skúmaného súboru praktizovalo pravidelnú fyzickú aktivitu, čo predstavovalo nízky fyzický výkon podľa hodnotenia SPPB (v celkovej hodnote 5,9; ± 2,6). Signifikantné korelácie skúmaného súboru potvrdili použitie testu FIM total v praxi (p=0.010). Zistenia poukázali na fakt, že väčšina starších ľudí s nízkou fyzickou výkonnosťou vykazujú súčasne úplnú alebo čiastočnú závislosť na každodenných činnostiach. Uvedené škály boli prijaté na medzinárodnom kongrese Európskej gerontologickej spoločnosti v spolupráci s American Gerontology Society ako štandardne použiteľné nástroje pre klinickú prax aj výskumné účely.

Bean et al. (2007) vykonal prierezovú štúdiu na vzorke 94 seniorov s priemerným vekom 79 rokov a nízkym socioekonomickým statusom, ktorá bola zameraná na odborné poradenstvo a hodnotenie cvičenia u osôb, ktorí absolvovali batériu testov: Short

Physical Performance Battery (SPPB) – Batéria fyzickej výkonnosti, Activities of Daily Living (ADL) a Instrumental Activities of Daily Living (IADL). Osoby s ťažkosťami v ADL alebo IADL teste preukazovali nízku mieru sebestačnosti pri cvičení a menej pripravenosti na cvičenie v porovnaní s osobami bez ťažkosti. Napriek tomu, skúmané osoby, ktoré mali výrazné obmedzenia v mobilite dolných končatín (SPPB<7) pravidelne vykonávali vybrané fyzické cvičenia, a najmenej 40 % seniorov vyjadriло pripravenosť začať alebo zvyšovať fyzickú aktivitu. V štúdiu bol zistený veľmi silný vzťah medzi mierou sebestačnosti (ADL IADL test), úrovňou výkonnosti a zdravotného postihnutia ($p<0.0001$). Postoje k cvičeniu súviseli nielen so zdravotným postihnutím a fyzickým stavom, ale aj s ekonomickou situáciou seniorov.

V terminológii Severoamerickej asociácii pre sesterské diagnózy (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA - I) je deficit sebaopatery (v zmysle ne/vykonávania ADL) zadaný ako narušená schopnosť vykonávať aktivity súvisiace s hygienou, obliekaním a úpravou zovňajšku, so stravovaním a vyprázdňovaním dočasného, trvalého alebo progresívneho charakteru. Jednotlivé deficity so špecifikáciou oblasti a funkčnej úrovne vykonávania ADL sú v geriatrickej praxi pomerne frekvencovanou diagnostickou kategóriou. V komplexnom hodnotení stavu seniora môžeme v ošetrovatelstve použiť štandardizované, medzinárodné validné meracie nástroje – rôzne indexy ADL, ktoré kvantifikujú a objektivizujú funkčný potenciál jednotlivých oblastí denného života. Úlohou týchto nástrojov (škál, dotazníkov) je „odhaliť“ ťažkosti a vytvoriť časový priestor na vykonanie účinných opatrení s cieľom predísť organovým alebo funkčným dekompenzáciám (Bóriková, 2009).

DISKUSIA

Výkonové testy (performance measures) sa charakterizujú schopnosťou organizmu vykonávať určité výkony vo vzťahu k disabilite. Sú nevyhnutné pre definovanie chorých vo výskumných štúdiách, zvlášť epidemiologických, aby „vniesli“ štandardizáciu do oblasti prevažne subjektívnych výpovedí. Využívajú sa aj klinicky pre identifikáciu rizikových geriatrických pacientov ohrozených negatívnou prognózou, geriatrickou krehkosťou alebo kumuláciou geriatrických symptómov a deficitov (Hegyí, Krajčík a kol., 2010; Pfeiffer., Švestková., 2008). Niektoré testy sa orientujú na somatické, iné

na mentálne schopnosti. K najpoužívanejším testom patrí: hodnotenie stoja a chôdze; test schopnosti vstať zo sedu na stoličku (sit-to-stand test) – čas jedného či viacero postavení bez opory pažami; test rýchlosti chôdze – u krehkých geriatrických pacientov na krátke vzdialenosti niekoľko metrov (4, 6, či 8 metrov), niekedy v časovom intervale (6 minút), alebo s otočkou. Test odráža celkový zdravotný stav, pacienti volia rýchlosť s minimálnym výdajom energie na meter dráhy; walking behavior – u závažne nezdatných pacientov, počet ubehnutých ako telovýchovná aktivita a počet obídených blokov za týždeň; test sily stisku ruky – sila stisku ruky pacienta vyjadruje stav organizmu; test zdvíhania a prenesenia bremena – pacient počas tohto testu zdvíha bremeno s hmotnosťou zvyčajne 2,5–3,0 kg; test sit-and-reach – sleduje sa dosah ruky v sedu pri natiahnutých dolných končatinách v rôznej modifikácii; test „zámok – kľúč“ – zisťujeme jemnú motoriku a mentálne schopnosti pri zamykaní a odomykaní; test varenia čaju, či instantnej polievky – motorické a mentálne schopnosti hodnotenia konštrukčnej apraxie; mentálne testy – pacient napr. kreslí hodiny (Hudáková a kol., 2016; Kalvach a kol., 2008; Németh a kol., 2011).

Kľúčový problém pri chápaní zdravia v starobe je potenciál zdravia. Ide o prepojenosť troch komponentov: zdatnosti, odolnosti a kreatívnej adaptability. Potenciál zdravia je individuálne špecifický, je subjektívne i objektívne hodnotiteľný. Zmeny involučné (napr. pokles regulačnej kapacity), režimové (napr. dekonícia, atrofia z nečinnosti, poruchy výživy) i chorobné (multimorbidita) vedú v starobe k úbytku zdravia s poklesom zdatnosti (výkonnosti, fungovania, sebestačnosti), odolnosti (nielen k infekčným chorobám, ale aj k stresorom, k záťaži s opakovaným zlyhávaním a s predlžovaním doby zotavenia, rekonvalescencie) i adaptability s rozvojom stareckej krehkosti a funkčných deficitov (Hoogerduijn et al., 2007).

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zlepšiť schopnosť sebaopatery, alebo ju udržať na existujúcej úrovni, čo najdlhší čas. Základným predpokladom dosiahnutia tohto cieľa je získanie seniora pre spoluprácu vhodnou motiváciou. Fyzická zdatnosť vo vyššom veku je priaznivá nielen pre somatickú oblasť, ale aj pre kognitívne a emocionálne prežívanie. Poulin (2009) z Lekárskej fakulty univerzity v Calgary v Kanade skúmali údaje žien vo veku nad 65 rokov a zistil, že ženy, ktoré pravidelne cvičili, mali skoré kognitívnych funkcií o 10% vyššie, ako

ich rovesníčky, ktoré necvičili. Aktívne ženy mali nižší krvný tlak a lepšie vaskulárne reakcie v mozgu, čo naznačuje, že lepší perfúzia mozgu zvyšuje kogníciu jedinca.

Vzájomná závislosť emocionálnej pohody od funkčného stavu seniora je evidentná. Tomagová (2010) vo svojej empirickej štúdií, kde zisťovala mieru sily vzťahu medzi štandardizovaným testom - SMMSE (Standardized Mini-Mental State Examination) a FAQ nástrojom (Functional Activities Questionnaire) poukázala na možnosti ich využitia pri posudzovaní seniora. Vo výskume boli kognitívne funkcie a sebaistoť v IADL teste posudzované u 200 seniorov s priemerným vekom $74,10 \pm 7,43$ rokov. Výrazne znížená priemerná hodnota výsledku FAQ ($17,79 \pm 7,87$ bodov) u seniorov v zariadeniach sociálneho typu potvrdzuje zvyšovanie závislosti na pomoci v súvislosti s prítomnosťou kognitívneho deficitu. Priemerná hodnota výsledku SMMSE $20,53 \pm 5,03$ bodov vyjadrujúca miernu kognitívnu poruchu. SMMSE je reliabilný nástroj, ktorý posudzuje kognitívne funkcie a v prípade zníženia jeho skóre sa zvyšuje závislosť v IADL škále.

Udržanie fyzickej zdatnosti je pozitívnym faktorom dlhovekosti. Hoci neexistuje vekové obmedzenie pre pohybové aktivity, dôležitá je primeranosť, postupnosť a vhodnosť celkovej telesnej záťaže (Polhorská, 2009). Jednou z možností pohybovej aktivity a rehabilitácie seniorov je v komunitnej starostlivosti severská chôdza (nordic walking). Je prirodzenou, účinnou a bezpečnou metódou udržania a zlepšenia telesnej kondície pre starších mužov a ženy. Základným princípom je chôdza v prírodnom teréne, s rôznym stupňom obťažnosti so špeciálnymi palicami. Môže sa realizovať počas celého roka a vo všetkých vekových a výkonnostných skupinách. Výhodou je menšie napätie v oblasti krčnej chrbtice, aktivovanie trojhlavého svalu ramena, veľkého prsného pletenca a širokého svalu chrbta a ďalších, v priemere až 90 % svalov ľudského tela. Pri severskej chôdzi sa trénuje obehový systém, posilňuje imunitný, pričom bedrá, kolená sú zaťažene menej. Chodec ma lepšiu stabilitu a istotu, preťažovanie nosných kĺbov je o 30 % nižšie, preto je severská chôdza vhodná aj pri degeneratívnych kĺbových ochoreniach. Palice poskytujú pocit opory, predovšetkým pre starších ľudí. Ich optimálna dĺžka je približne 70 % telesnej výšky, pri ich uchopení v stojí a opretí o podložku sú laktové kĺby flektované do 90-stupňového uhla (Škopek, 2010). Základom

chôdze je pohyb kontralaterálnej hornej a dolnej končatiny dopredu. Palice smerujú spredu zhora dozadu nadol, hrot je na úrovni päty kontralaterálnej nohy, vzpriamené fyziologické držanie tela umožňuje plynulý pohyb (Polhorská, 2009). Význam severskej chôdze v rehabilitácii seniorov je veľmi širokospektrálny.

ZÁVER

V súčasnosti sú vypracované mnohé škály pre potreby geriatrickej a geriatrického ošetrovateľstva. Kačmárová, Mikulášková, (2012) upozorňujú na mnohé sociodemografické prediktory, ktoré vplyvajú na celkovú kvalitu života seniorov. Ich celkový stav je výsledkom kooperácie mnohých atribútov, nielen zdravotných. Funkčné hodnotenie je prioritnou bázou pre identifikáciu pacientov s rizikom funkčného poklesu a celková liečba je závislá od ich potencionálu. Okrem iného podporuje v rámci interakcie vzájomnú komunikáciu sestry a pacienta ako neoddeliteľnej súčasť práce ošetrovateľstva (Kačmárová, 2010). Vzhľadom na schopnosti sestier pozorovať a koordinovať pacientov na „ich ceste za zdravím“ majú sestry hrajú kľúčovú úlohu pri implementácii hodnotiacich nástrojov v klinickej praxi.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- BEAN, J.F. – BAILEY, A. – KIELY, D. K. et al. 2007. Do attitudes toward exercise vary with differences in mobility and disability status? – a study among low-income seniors. In *Disability and Rehabilitation*. 2007; 29 (15): 1215–1220.
- BORIKOVÁ, I. 2010. Posudzovanie aktivít denného života. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 1, s. 24–30. ISSN 1804-2740.
- BORIKOVÁ, I. – ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovateľstve. In Bužgová, R.- Jarošová, D. *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007, s. 13–18. ISBN 978-80-7368-230-9.
- BORIKOVÁ, I. 2009. Posudzovanie aktivít denného života u seniorov. In *Sestra*, 2009, roč. 8, č. 7-8, s. 28–29.
- FABER, M. – BOSSCHER, R. – CW VAN WIERINGEN, P. 2006. Clinimetric Properties of the Performance-Oriented Mobility Assessment. In *Physical Therapy*, 2006, Vol. 86, No. 7, p. 944 – 954. ISSN 0031-9023.

- FOLSTEIN, M.F. – FOLSTEIN, S.E. – MCHUGH, P.R. 1975. „Mini mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician,” *Journal of Psychiatric Research*. Vol. 12. No. 3, 1975, pp. 189–198.
- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života*. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. et al. 2010. *Geriatría*. Bratislava: HERBA, 2010. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- HOOGERDUIJN, J.G. – SCHUURMANS, M.J. – DUIJNSTEE, M.S.H. et al. 2007. A systematic review of predictors and screening Instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. In *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 16, Issue 1, p. 46–57.
- HUDÁKOVÁ, A. – NOVOTNÁ, Z. – NÉMETH, F. et al. 2016. *Geriatrické syndrómy ako prediktory ošetrovatelstva v geriatrii*. Prešov. Prešovská univerzita v Prešove, 2016, 190 s. ISBN 978-80-555-1749-0
- KAČMÁROVÁ, M. – MIKULÁŠKOVÁ, G. 2012. Sociodemografické prediktory kvality života seniorov. In Jeleňová, I., Moravčíková, A., Herausová, H. (Eds.). *Zborník z konferencie Ľudský kapitál a spoločnosť*. Fakulta verejnej správy UPJŠ: Košice, s. 75–80.
- KAČOROVÁ, J. 2010. Komunikace ve zdravotnictví 1. Distanční studijní opora a e-learningový kurz. In *Rozvoj vzdělávání v ošetrovatelství*. Zborník z mezinárodní konference. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 2008, s 40–42. ISBN 978-80-7248-467-6.
- KALVACH, Z. et al. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KATZ, S. – FORD, A.B. – MOSKOWITZ, R.W. et al. 1963. Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *J Am Medical Assoc*. 1963; 185: 914–919.
- LAWTON, M.P. – BRODY, E.M. 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. In *Gerontologist*, 1969. Vol. 9, No. 3, p. 179–186.
- MAHONEY, F.I. – BARTHEL, D. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.
- McPHERSON, K.M. – PENTLAND, B. – CUDMORE, S.F. et al. 1996. An inter-rater reliability study of the Functional Assessment Measure (FIM + FAM). In *Disability & Rehabilitation*, 1996; 18 (7): 334–341.
- NÉMETH, F. – BABČÁK, M. – ELIÁŠOVÁ, A. et al. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2009, 193 str., ISBN 978-80-8063-314-1.
- NÉMETH, F. – DERŇÁROVÁ, Ľ. – HUDÁKOVÁ, A. 2011. *Komplexné geriatrické hodnotenie a ošetrovanie seniorov*, Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov. Datapress, s. r. o. Prešov, 2011. 216 s. ISBN 978-80-555-0381-3.
- PERI, K. – KERSE, N. – ROBINSON, E. et al. 2008. Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities. In *Age and Ageing*. 2008; 37: 57–63.
- PFEIFFER, J. – ŠVESTKOVÁ, O. 2008. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada, 2008. 280 s.
- POLHORSKÁ, M. 2009. Optimálny pohyb pre seniorov. *Sestra a lekár v praxi*, 2009, č. 7–, s. 13. ISSN 1335-9444
- POULIN, F.J. 2009. Can Long Meridional Length Scales Yield Faster Rossby Waves? In *J. Phys. Oceanogr*. 2009; 39, 472–478.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŠKOPEK, M. 2010. *Nordic walking*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 96 s. ISBN 978-80-247-3242-8.
- TOMAGOVÁ, M. 2010. Nástroje Štandardizovaný test psychických funkcií a Dotazník funkčného stavu v posudzovaní seniora - pilotná štúdia Tools Standardized Mini-Mental state Examination and Functional Activities Questionnaire in assessment elders. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2010, roč. 1, č. 1, str. 31–36. ISSN 1804-2740.
- TURNER, J.T. – LEE, V. – FLETCHER, K. et al. 2001. Measuring quality of care with an inpatient elderly population: The geriatric resource nurse model. In *Journal of Gerontological Nursing*. 2001; 27 (3): 8–18.