

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2008

Jana Velátová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**ÚLOHA SETRY V ROZPOZNÁVÁNÍ ČASNÝCH STÁDIÍ DEMENCE**

Bakalářská práce

Mgr. Hana Hajduchová Ph.D.

Jana Velátová

2008

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2008

Jana Velátová

## **The role of nurse in recognition of the early stages of dementia**

The aim of this work was to find out whether the nurses working in the rooms of G.P. for adults can recognize signals of early stages of clients' dementia, whether the nurses purposefully aim their effort to recognise the signals and whether the elderly people themselves are interested in such interventions.

The group to be investigated was made up of a group of nurses from the G.P. rooms in the Tabor District and a group of elderly people at the age of 65 and over from the Tabor District as well. The investigation was made through quantitative research, questions; structured questions were used for the collection of data.

The reason to do this work was to draw the attention to the nurses having broad possibilities to recognize the early stages of this disorder and to influence the fate of a lot of patients.

The findings did not confirm the hypothesis that the nurses working in the G.P. rooms do not have possibilities to fully use their competence or to use their new knowledge of nursing to recognize symptoms of dementia of the elderly people and to broaden awareness of healthy aging. The research confirmed the second hypothesis that the nurses in the G.P. rooms do not purposefully aim their efforts to identify the early stages of dementia. The third hypothesis was confirmed; the elderly people showed their interest in the nurse's intervention to identify the symptoms of dementia, thus confirming their reliance in nurses' expertise.

All three objectives were fulfilled. At the close of the study it was pointed out that the existing approach of the nurses in the G.P. rooms to this disorder should change, the nurses should partake in using standardised less time consuming methods to test the elderly people with a higher risk of dementia, and to broaden awareness of healthy aging and all possible ways to prevent the syndrome of dementia.

### **Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Úloha sestry v rozpoznávání časných stádií demence“ jsem vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Táboře dne: 5. května 2008

Jana Velátová

**Poděkování:**

Děkuji tímto Mgr. Haně Hajduchové PhD. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

## Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav .....	4
1.1 Význam definice demence v ošetrovatelství.....	4
1.2 Příčiny vzniku demence.....	5
1.3 Příznaky demence.....	6
1.3.1 Poruchy paměti.....	7
1.3.2 Poruchy myšlení.....	8
1.3.3 Poruchy poznávacích funkcí.....	8
1.3.4 Poruchy komunikace.....	9
1.3.5 Poruchy emotivity.....	10
1.3.6 Poruchy chování, pracovních a sociálních činností, osobnostní úpadek .....	10
1.4 Typy demencí.....	11
1.4.1 Atrofickodegenerativní demence.....	12
1.4.2 Sekundární demence.....	12
1.5 Stádia demence.....	14
1.6 Diagnostika demence.....	15
1.7 Hodnocení kognitivních schopností sestrou.....	16
1.7.1 Hodnocení paměti sestrou.....	17
1.7.2 Hodnocení řeči sestrou.....	18
1.7.3 Hodnocení psaného jazyka a pozornosti sestrou.....	19
1.7.4 Hodnocení abstrakce, úsudku a vhledu sestrou.....	19
1.7.5 Hodnocení prostorového vnímání a koordinace sestrou.....	20
1.7.6 Hodnocení výkonové funkce sestrou.....	20
1.8 Funkční hodnocení sestrou.....	21
1.9 Úloha sestry v léčbě demence.....	22
1.9.1 Úloha sestry ve farmakologické léčbě demence.....	22
1.9.2 Úloha sestry v nefarmakologické léčbě demence.....	24
1.10 Úloha sestry v edukaci pečujících o nemocné s demencí.....	26
1.11 Ošetrovatelská péče o seniory.....	26

1.12 Role sestry v preventivní péči o seniory.....	28
1.12.1 Intervence sestry v primární prevenci.....	29
1.12.2 Intervence sestry v sekundární prevenci.....	32
2. Cíle práce a hypotézy.....	34
2.1 Cíle práce.....	34
2.2 Hypotézy.....	34
3. Metodika.....	35
4. Výsledky.....	36
5. Diskuse.....	61
6. Závěr.....	69
7. Seznam použitých zdrojů.....	71
8. Klíčová slova.....	74
9. Seznam příloh.....	75



Motto:  
"Paměť je naším jediným bohatstvím.  
Teprve člověk, který o ni přijde, je skutečným žebrákem."

Jean Etienne Dominique Esquirol

## Úvod

Současná populace se vyznačuje nízkou porodností, minimální úmrtností v mladém věku, prodlužováním střední délky života a také délky života ve stáří. Během 20. století se významně zvýšil průměrný věk populace. Podle statistických údajů z roku 2005 je střední délka života v České republice 72,9 let u muže a 79,1 let u ženy.

Na novou seniorskou generaci pohlížíme jako na vzdělanější, vitálnější a zdatnější do značné míry ovlivňovanou informacemi z masmédií. Senioři právě díky těmto změnám mají také vyšší nároky na zdravotnickou péči a zejména v ordinaci praktického lékaře očekávají vstřícnost, zájem i pochopení. Asi nejvíce se obávají ztráty důstojnosti, sebeúcty a osamělosti. Pro všechny zdravotníky by mělo být prioritou, umožnit těmto lidem život v dosavadním domácím prostředí, respektovat jejich osobnost, posilovat sebeúctu. Přístup ke starším pacientům je ale dosud mylně ovlivněn předsudky. Aniž by zdravotníci respektovali specifické zvláštnosti a potřeby vyššího věku, podléhají názoru, že ve stáří jde pouze o větší výskyt věkově podmíněných chorob. K typické stářím podmíněné chorobě patří téměř nejobávanější syndrom demence. O tomto onemocnění se v současné době mnoho diskutuje a to nejen pro stále se zvyšující výskyt nových případů, ale také v souvislosti s moderními léčebnými metodami, které dokáží průběh této choroby významně pozitivně ovlivnit.

Téma „Úloha sestry v rozpoznávání časných stádií demence“ mi bylo velmi blízké, protože pracuji jako sestra v psychiatrické ambulanci. Využila jsem příležitost upozornit na široké možnosti sester zaznamenat včas první signály onemocnění a ovlivnit osud mnoha pacientů, u kterých lze v počátečním stádiu zahájit léčbu, a tím zlepšit kvalitu života s i s tak závažným onemocněním, kterým demence je.

V rámci práce mohu poukázat na kompetence sester se zaměřením na primární péči o seniory, na potřebné zavádění nových poznatků do jejich ošetrovatelské praxe a na intervence sester v posílení laické osvěty na téma o zdravém stárnutí a o formách prevence syndromu demence.

## 1. Současný stav

### 1.1 Význam definice demence v ošetrovatelství

Slovo demence vzniklo spojením latinských slov „mens“ což znamená mysl“ a předpony „de“, která značí „bez“. Slovo „demens“ tedy znamená něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumného jednání (20).

Demence je definována jako klinický syndrom charakterizovaný poklesem, až ztrátou globálních intelektových schopností v důsledku organického postižení mozku, které je obvykle ireverzibilní a trvale progredující a nepříznivě ovlivňuje pracovní a sociální funkce pacienta (27).

Nejedná se o jediné onemocnění – ale klinický syndrom. Diagnóza demence tak zahrnuje celou řadu onemocnění, ve kterých je zdůrazněn pokles intelektu a jde o úbytek z maximálních intelektových schopností dosažených během života. O demenci tedy lze hovořit nejdříve po dosažení 2. roku věku a je třeba ji odlišit od vrozených poruch intelektu. Protože údaj o intelektových schopnostech v období před onemocněním většinou chybí, usuzujeme na ně obvykle podle vzdělání, kvalifikace a zaměstnání, které pacient vykonává (32).

Demence je globální postižení intelektových schopností. Znamená to, že kromě časně se objevujících poruch paměti jsou postiženy i další kognitivní funkce, jako je abstraktní myšlení a rozhodování, plánování a organizace činností, chápání souvislostí, učení, orientace v čase a prostoru, řeč, poznávání a používání předmětů. Je nutno odlišit demenci od deprese, která může mít rysy počínající demence, zvláště zhoršení paměti, bradypsychismus, sníženou spontaneitu. Kvalitativní porucha vědomí je při deliriu. Mentální retardace má odlišnou anamnézu (nedostatečný rozvoj inteligence, která tam předtím nebyla) a je potřeba odlišit útlum působený farmaky (20).

Poruchy kognitivní a behaviorální jako další příznaky demence zapříčiňují obtíže ve zvládnutí běžných pracovních a v sociálních činnostech ( v časných fázích zejména řízení motorového vozidla, orientace v neznámém prostředí při cestování), později postihují i činnosti základní sebeobsluhy. Pro správné stanovení syndromu demence by měly příznaky trvat nejméně 6 měsíců (27) .

Uvedená definice přímo umocňuje důležitost holistického přístupu sestry k pacientovi. Základem ošetřovatelství je péče o celého člověka tím, že jsou brány v úvahu všechny jeho součásti: tělesné, sociální, emocionální, intelektuální a duchovní. Koncepce holismu aplikovaná na lidi a jejich zdraví zdůrazňuje skutečnost, že sestra musí brát na zřetel osobu jako celek v její bio-psycho-sociální jednotě. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednotka. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému (16).

Tato definice obsahuje několik důležitých komponentů. Za prvé si sestra musí uvědomit, že jde o poruchy získané, objevující se nejčastěji u lidí, kteří již dosáhli dospělosti, získali dospělé zkušenosti a plnili role dospělých jedinců. Sestra uznává a respektuje skutečnost, že pacient trpící demencí si nezávisle na svém postižení o sobě udržuje o sobě představu jako o dospělém. Druhý důležitý prvek se vztahuje k nezvratitelnosti pacientova stavu. Z pohledu sestry se může pacientovi čas od času anebo za určitých okolností dařit lépe, přesto však jeho duševní nezpůsobilost zůstává. Handicap je skrytý, uvězněný v lebeční dutině, a protože mnoho nemocných si udržuje společenské zvyky a dovednosti nabyté v průběhu života, mohou sestry snadno zapomenout, že pacient jedná pod silným tlakem (27).

## ***1.2 Příčiny vzniku demence***

Demence vzniká na základě organického poškození CNS. Jako organické psychické poruchy se označují ty, u nichž je prokazatelný patologicko anatomický nález. Příčina vzniku tohoto postižení může být různá (atrofie, zánět, nádor, zranění a poruchy výživy mozku), mohou ji vyvolat různé faktory, které se mohou ve svém účinku vzájemně ovlivňovat (21).

Primární příčinou demence mohou být genetické dispozice, nebo na nich alespoň závisí reakce organismu na jiné postižení či onemocnění. Může jít o poškození funkce konkrétních genů, jejichž důsledkem je vznik patologického proteinu, tak je tomu např. u Alzheimerovy choroby, u níž byla potvrzena porucha již několika genů, lokalizovaných na 1., 12., 14., a 21. chromozomu. V jiných případech, např. ve vztahu

k ischemicko-vaskulární demenci, se jedná spíše o podmíněnou dispozici ke vzniku cévního onemocnění (6, 9).

Biologickým základem demence je funkční či morfologická změna mozku. Metabolické odlišnosti jsou obvykle dány primární příčinou onemocnění, postižení neurotransmiterových systémů může být důsledkem komplexních degenerativních změn. Neurochemické studie potvrzují úbytek různých neurotransmiterů zejména v oblasti kortexu a hypokampu. Morfologické změny mohou být způsobeny degenerativními změnami mozkových buněk, krvácením, hypoxií, či mechanickým zhmožděním (1).

Exogenní fyzikální, chemické a biologické faktory mohou rovněž přispět ke vzniku demence, event. mohou být její přímou příčinou (v případě úrazů a otrav). Kouření je velmi vážný zátěžový faktor a souvisí s vaskulární demencí (1).

Sociální faktory mohou také do určité míry negativně ovlivnit nástup i průběh onemocnění, jehož důsledkem je demence. Nevhodný styl života, spojený s dlouhodobým užíváním alkoholu. Naopak aktivní a stimulující styl života, kvalita sociálního zázemí s pojená podporou v případě onemocnění, mohou mít pozitivní význam. Zásadní konkrétní vliv však mít nemohou (5).

### ***1.3 Příznaky demence***

Pro diagnózu demence se vyskytují současně 3 kategorie symptomů v různé intenzitě. Kognitivní poruchy – globální a mnohočetný deficit vyšších korových funkcí (kognitivní funkce jsou vyšší intelektové činnosti - paměť, orientace, myšlení, učení a zrakově-prostorové i vlastní výkonné funkce). Behaviorální poruchy – poruchy vnímání, poruchy myšlení, změny nálad a chování. Poruchy v oblasti funkčních schopností – zhoršení, až ztráta pracovních schopností, sociálních funkcí a později soběstačnosti (20).

Tyto příznaky nejsou specifické pouze pro demenci, ale objevují se i u jiných onemocněních. Izolované poruchy paměti jsou typické pro amnestický syndrom. Vyskytují se i jako věkově podmíněné změny u stařecké zapomnětlivosti, dále se s nimi můžeme setkat u delirií a cévních mozkových příhod. Sestry vybavené dobrými

znalostmi z oblasti klinických projevů demence jsou schopny samy včas zachytit svých pacientů již první signály vyvíjejícího se onemocnění. Vždy je vhodné u klientů vyšší věkové kategorie na tato postižení pomyslet a věnovat těmto příznakům náležitou pozornost (27).

Průběh i prognóza závisejí na příčině, typu a závažnosti základního postižení, které k této poruše vedlo, ale jsou do značné míry ovlivněny premorbidní osobností nemocného, jeho celkovým psychickým i somatickým stavem, způsobem života i aktuálními sociálními faktory. Primární poruchou je zhoršení úrovně poznávacích procesů, především inteligence a paměti, objevují se rovněž změny emočního ladění a chování, až dojde postupně ke změnám celé osobnosti (20).

### ***1.3.1 Poruchy paměti***

Již v časných fázích demence dochází k poškození krátkodobé a střednědobé paměti. To se projevuje neschopností učit se něčemu novému, uchovat nové informace. Proto sestry informují tyto nemocné co nejjednodušší formou a ověřují si opakovaně zapamatování nově sděleného nebo zvládnání právě naučených dovedností. V některých případech je vhodné, aby si nemocný důležitá fakta zapisoval, vytvořil si seznam, pokud je schopen jej používat. Vždy je po čase nevyhnutelná spolupráce s blízkými, nejlépe rodinnými příslušníky (7).

Postupně dochází i k obtížím ve vybavování starších vědomostí, k jeho zpomalení a nepřesnosti. Ve větší míře bývá postižena deklarativní paměť (zahrnující vybavitelné vědomosti a informace). V pokročilejší fázi onemocnění mizí dříve zafixované vzpomínky, naučené dovednosti a osvojené návyky. Nakonec může dojít k tak velkému úbytku paměťových kompetencí, že si nemocný nedokáže vybavit ani své jméno apod. V počátečním stadiu demence se lidé obvykle snaží zastřít svůj úpadek paměti konfabulacemi. V jejich vyprávění sestry objevují nesprávné údaje, leckdy zcela nesmyslné. Mohou mít potíže v rozlišení mezi pravdivými vzpomínkami a produkty vlastní představivosti, a právě zde je potřeba získat objektivní informace od některé blízké osoby. Úpadek paměti ovlivňuje i myšlení a řešení problémů. Každý organický proces, a tudíž i demence, se projevuje narušením pozornosti. Sestra mnohdy odhalí

jako příčinu náhlé nevykonnosti skutečnost, že nemocný není schopen se dostatečně soustředit (6, 7).

### ***1.3.2 Poruchy myšlení***

V důsledku demence se myšlení stává bradypsychickým, nevybavným, ztrácí flexibilitu, je rigidní, stereotypní a zabíhavé, obsahově zúžené a ochuzené. Nejprve mizí schopnost uvažovat abstraktně, konkrétní myšlení se uchovává delší dobu. Sestry v průběhu ošetrovatelské péče předpokládají, že demence s sebou přináší také problémy v samostatném rozhodování, plánování a organizování, nemocní mají problémy také s porozuměním souvislostí a vztahů. Mnohé problémy, nejdříve nové a posléze i ty běžné, se jim jeví jako nezvládnutelné. Najednou nevědí, co by měli v určité situaci dělat (ač stejný problém dříve běžně zvládali). Postupně se pro ně mohou stát neřešitelné i tak banální úkoly, jako je volba oblečení nebo naservírování jídla. Sestry musí tolerovat a zvládat situace, kdy se u nemocných s postupující demencí objeví úbytek kritičnosti a soudnosti, v určité fázi si totiž neuvědomují nesprávnost vlastních úvah či nepřijatelnost svého chování. Při výkonu ošetrovatelské péče je nutné zachovávat pacientovu sebeúctu, protože demence postihuje dospělé lidi, kteří o sobě mají tuto představu, ale ztrácejí schopnost dospěle fungovat (6, 21).

### ***1.3.3 Poruchy poznávacích funkcí***

V rámci demence dochází k postižení gnostických funkcí. Nemocní nedovedou adekvátně zpracovat ani běžné informace, nejsou schopni rozpoznávat známé objekty. Přesto, že mají zachované příslušné senzorní funkce. Jde o agnozie, kdy člověk sice vidí či slyší, ale nepoznává (23).

Důsledkem komplexní poruchy kognitivních schopností je narušení orientace v čase, prostoru, osobách a nakonec i v sobě samém. Nemocný často nepoznává zdravotnické zařízení, ve kterém se nachází, bloudí zde a sestra musí trpělivě a opakovaně pacienta uklidnit, jednoduše mu situaci vysvětlit. Mnohdy nemocný porozumí i jasným pokynům nesprávně a podle toho rovněž nepřiměřeně reaguje, proto si sestra taktně ověřuje, co si z rozhovoru zapamatoval. Nemocný v důsledku pokročilé

demence neví, který je den, zda je noc nebo den, nechápe běžné mezilidské vztahy, nepoznává lidi, může dojít až ke ztrátě vlastní identity. Jako reakce na poruchy paměti mohou vznikat bludná přesvědčení. Nemocný například zapomene, kam si schoval peníze a obviňuje lidi ze svého okolí, že mu je museli ukrást. Sestra se musí spolu s ním pokusit ztracené předměty nalézt, reaguje na jeho obvinění shovívavě, aby vzbudila v pacientovi důvěru, že je zde proto, aby mu pomohla. Opakovaně v průběhu ošetrovatelské péče informujeme nemocného o situaci, čase a místě, kde se nachází. Pomoci ke zlepšení orientace mohou rodinná alba, některé známé osobní předměty, připomenutí významných životních událostí. V pokročilejší fázi může být nemocný zmatený, jeho uvažování se může stát nesouvislým, a tudíž nesmyslným. Až postupně dochází k úplné ztrátě logicky myslet (6, 21).

#### ***1.3.4 Poruchy komunikace***

V počátku demence si setra u nemocného povšimne zjednodušení a zpomalení aktivního verbálního projevu, objevují se záměny pojmů, vynechávání některých slov, nemocný často opakuje totéž. Obvykle bývají potíže v porozumění sděleného, nemocný nechápe, co po něm ostatní požadují. Někdy je zachována komunikace na formální úrovni, kdy pacient odpovídá na přímé dotazy, ale zcela nesmyslně, může si také vytvořit vlastní způsob komunikace, kterému je těžko rozumět. Úroveň řeči nepříznivě ovlivňuje celkové zpomalení, narušení paměti i úpadek myšlení. V pokročilém stádiu demence může nemocný zcela ztratit řeč, vydává jen nesmyslné zvuky(13).

Sestry využívají svých komunikačních dovedností a dodržují některé důležité zásady. V kontaktu se snaží být vlídné, laskavé a především trpělivé. Při vlastním rozhovoru udržují obličej ve výši očí nemocného, aby mohl vnímat jak sluchem, tak zrakem (nutné je neopomenout používání brýlí a naslouchadel). Sestra mluví klidným hlasem, pomalou zřetelnou řečí a používá jednoduché výrazy, kterým nemocný rozumí. Není vhodné opravovat chybná slova a nesprávná větná spojení. Smysl vět je v některých případech možno doplnit obrázkem či názorným předvedením. S rozvojem onemocnění přestává být hlavním dorozumívacím prostředkem řeč, sestry pak využívají mimiku, úsměv, gesta, doteky (14, 17).

### ***1.3.5 Poruchy emotivity***

Pokud má nemocný dosud zachovanou soudnost a uvědomuje si vlastní úpadek i nepříznivou prognózu, mohou vzniknout jako reakce na postižení úzkost i deprese. Již na počátku onemocnění se objevují změny v celkovém ladění, zhoršuje se schopnost kontroly a ovládnání vlastních emocí, celkový neklid. Nemocný může být neadekvátně euforický, lítostivý, depresivní nebo úzkostný, zvyšuje se sklon k emoční labilitě, dráždivosti, někdy i k afektivním výbuchům. V těchto situacích je potřeba, aby sestra zachovala klid, neztrácela trpělivost a nedávala najevo strach. Nejlépe je předejít takovým reakcím vhodným odpoutáním pozornosti, zaměstnáním jednoduchými činnostmi. Nikdy není správné pacienty plísnit a kárat, protože si neuvědomují, jak nevhodně se chovají. Mnohem větší význam má odhalení příčiny současných problémů, sestry se pokusí zjistit, k jakým změnám ve způsobu života nebo návycích mohlo v předešlých dnech dojít. Podrážděnost může někdy vyvolat nedostatečný spánek nebo bolest hlavy. V pokročilejším stadiu převládá citová oploštělost a apatie. U většiny nemocných dochází ke zúžení motivace a redukci zájmů, event. k jejich úplné ztrátě. Tato změna vzniká jako důsledek zvýšené unavitelnosti, nevykonnosti a celkového úpadku kompetencí nemocného, často jej nic nezajímá, o nic neusiluje, nic nechce (27).

### ***1.3.6 Poruchy chování, pracovních, sociálních činností a osobnostní úpadek***

V chování nemocného může být narušena jeho dynamika, většinou jsou tito lidé celkově zpomalení a utlumení, dochází ke ztrátě iniciativy, k ochuzení veškerých projevů (pohybové aktivity, mimiky i řeči). Úroveň aktivity může kolísat, může se objevit neklid spojený s nutkáním k nějaké bezcílné činnosti, výjimkou nejsou ani záchvaty vzrušenosti a neklidu, dochází i k nesmyslným útěkům z domova a toulání. Sestry se pokusí porozumět tomu, zda není příčinou tuláctví nuda a nedostatek aktivity a podle toho zabezpečí dostatek rekreačních aktivit. Pokud je nemocný schopen samostatně opouštět byt, doporučí sestra jeho blízkým, aby umístili na krk nemocnému identifikační kartičky, s telefonním číslem, na které lze podat zprávu v případě, že je nalezen mimo domov. Vždy je potřeba si uvědomit, že tuláctví může výrazně zesílit v případě změny prostředí. Postupně veškerá aktivita ubývá a nemocný většinu času



proleží. Dále se u nemocných s demencí objevují apraxie, tj. úpadek naučených motorických dovedností, a může dojít až k závažnějším poškozením motoriky (2).

Na počátku onemocnění se mohou zvyrazňovat některé osobnostní rysy, např. extrovert začne být neodbytný, vtíravý. Zhoršuje se celková adaptabilita, nemocní přestávají rozumět běžným sociálním situacím, nerespektují obvyklé normy chování a ztrácejí své návyky. Pozbývají schopnosti empatie, stávají se obhroublými, egocentrickými a sobeckými. Bývají nedůvěřiví, konfliktní, nesnášenliví. Nejsou schopni pociťovat vinu, později mizí i pocity studu. Nedbají o svou osobní hygienu ani o své okolí. V důsledku kognitivních a behaviorálních poruch dochází k obtížnému zvládnutí běžných pracovních a sociálních činností. V časných fázích, zejména při řízení motorového vozidla, při orientaci v neznámém prostředí. Později přestávají nemocní zvládat běžnou činnost v oblasti sebeobsluhy a stávají se závislími. Je potřeba nemocné povzbuzovat k tomu, aby vykonávali běžné činnosti (hygienická péče, používání toalety, oblékání a stravování) jako běžnou rutinu. V pozdějších fázích bude docházet k postupnému zapomínání potřebných kroků k těmto každodenním činnostem a nemocní budou potřebovat komplexní péči po celých 24 hodin (2, 36).

#### ***1.4 Typy demencí***

Podle etiologie se demence obvykle dělí do tří skupin. První tvoří primárně degenerativní demence, u nichž je příčinou degenerativní onemocnění mozku. Alzheimerova demence, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence.

Druhou skupinu tvoří sekundární demence. Dementní syndrom doprovází jiná onemocnění která určitým způsobem poškozují CNS. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí. Nejčastější je ischemicko-vaskulární demence, která tvoří 10 – 20 %, dále demencí trpí minimálně 20% nemocných při Parkinsonově chorobě, demence se rozvíjí u Huntingtonovy choroby i v průběhu chronické metabolické poruchy. K dalším z této skupiny patří toxické demence, traumatické demence při nádorech CNS, demence při infekcích. Třetí skupina je označována za demence smíšeného typu, asi 10 % vzniká na smíšeném podkladě, nemocný trpí jak Alzheimerovou chorobou, tak vaskulárním poškozením mozku (31).

#### ***1.4.1 Atrofickodegenerativní demence***

Alzheimerova choroba je progresivním neurodegenerativním onemocněním, které se projevuje atrofií mozkové kůry s výskytem senilních plaků (plaky obsahují anuloid - látku, která dále ničí mozkové buňky) a smotků neurofibril. Neurochemické změny zahrnují úbytek acetylcholinu a postupně všech ostatních neuromediátorů (29).

Alzheimerova choroba představuje 50 – 70 % všech demencí . Typický pro všechny pacienty je plíživý, nenápadný začátek onemocnění s trvale progredujícím zhoršováním duševních schopností. Jednotlivé příznaky se projevují postupně a z počátku celkem nenápadně. Teprve po určité době si okolí uvědomí, že se nemocný změnil. Progrese potíží začíná být zřejmá teprve mezi 2. a 4. rokem od počátku onemocnění, které obvykle trvá 8 - 10 let a končí smrtí, individuální rozpětí přežití je 2 - 20 let. U nemocných, kde choroba propuká před 65. rokem, je její progrese rychlejší ve srovnání s nemocnými, u nichž nemoc začala až po 75. roce věku. Psychické funkce jsou postiženy rovnoměrně, úpadek je komplexní, zahrnuje veškeré kompetence i osobnost nemocného. Alzheimerova choroba představuje základní příčinu smrti (1, 21).

Druhou nejčastěji se vyskytující degenerativní demencí po Alzheimerově chorobě je difúzní choroba s Lewyho tělísky, vyznačuje se tím, že jsou přítomny jak alzheimerovské, tak parkinsonské změny. Kromě paměti jsou mnohem častěji postiženy řeč a časově prostorové funkce i praxe. Pravidlem jsou zrakové halucinace, poruchy chůze, pády, třes. Onemocnění probíhá celkově rychleji než Alzheimerova demence a během 5 až 8 let končí smrtí (21).

#### ***1.4.2 Sekundární demence***

Ischemicko-vaskulární demence jsou druhou nejčastější příčinou demence. Onemocnění cév vede až k postižení mozkové tkáně. Ke vzniku demence dochází buď po několika menších infarktech, nebo po jedné rozsáhlé mozkové příhodě. Klinický obraz onemocnění je závislý na lokalizaci i míře poškozené tkáně. Takto může dojít k poruše korových i podkorových oblastí. Poruchy korových funkcí jako je afázie, apraxie, gnostické poruchy lze mnohdy přinejmenším částečně zlepšit (1).

Ischemicko - vaskulární demence většinou vzniká náhle. Průběh bývá kolísavý, zhoršování má charakter skoků, a někdy může dojít i k přechodnému zlepšení a stabilizaci stavu. Psychické funkce nebývají postiženy ve stejné míře a osobnost nemocného nebývá narušena v takové míře jako u degenerativně podmíněných onemocnění. Náhled na vlastní onemocnění bývá zachován déle. Typická je přítomnost neurologických poruch jako je ochrnutí, nejčastěji hemiparéza. Predisponujícím faktorem je arteriální hypertenze (1, 21).

Další choroba řadící se mezi „převážně podkorové“ demence je Huntingtonova chorea. Základní symptomatika se skládá z demence a neurologických příznaků - především mimovolních pohybů obličeje, rukou, ramen, ale také nápadné pomalosti, svalové rigidity, dysfagie. Nemoc končí smrtí. Choroba je autosomálně dominantně geneticky přenosná - pravděpodobně onemocní každý druhý potomek bez rozdílu pohlaví (8, 21).

Parkinsonova choroba je příkladem tzv. podkorové demence, na rozdíl od Alzheimerovi choroby, která postihuje i mozkovou kůru, je to chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění. Demence není typickým příznakem Parkinsonovy choroby, tou trpí jen určitá část 10 – 30 % nemocných. Primárně je poškozena oblast bazálních ganglií, kdy dochází k úbytku neuronů v substantia nigra ve středním mozku, kde se tvoří dopamin. V důsledku nedostatku dopaminu dochází k poruše regulace hybnosti. Parkinsonova nemoc obvykle začíná ve středním věku okolo 50 - 60 let. První obtíže jsou obvykle nespecifické bolesti zad a ramen, pocit ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, monotónnost hlasu, zhoršení písma. Teprve později, a to o řadu měsíců či let, se objeví typické příznaky nemoci. Nejnápadnější je celkový bradypsychismus, který zatěžuje i myšlení. Nemocný není schopen řešit složitější úkoly, protože je omezena schopnost plánování a udržení kontinuity uvažování. Komunikaci zatěžuje zpomalení verbálního vyjadřování a obtíže při vybavování potřebných výrazů. Soudnost však zůstává zachována a s tím souvisí i uvědomění si choroby, což často vede k depresi. Sociálně nápadné a subjektivně omezující jsou i motorické potíže, které jsou základními příznaky onemocnění tremor, svalová ztuhlost, celková zpomalenost pohybů

(bradykineze), poruchy stoje a chůze. Během vývoje onemocnění se může charakter i intenzita obtíží měnit (5, 21).

### ***1.5 Stádia demence***

V prvním stádiu, ve fázi časně (lehké) demence probíhá úbytek kognitivních funkcí bez výkyvů, na počátku se projevují první subjektivní nespecifické příznaky a potíže. K těmto časným známkám se řadí zapomnětlivost jmen, kam co postižený dal, často si musí dělat poznámky, opakovaně telefonuje, zapomíná na schůzky, důležité události, únavnost, podrážděnost, ztráta zájmu, zhoršená schopnost se učit, nechů pracovat pod časovým stresem. Stereotyp většiny běžných činností zatím zůstává zachován, obtíže vznikají zejména v nových neznámých situacích. V této první fázi nemusí být přítomné poruchy paměti výrazné či nápadné a také nemívají vliv na schopnost vykonávat dosavadní povolání a vést normální život. První příznaky onemocnění jsou dávány do souvislosti s věkem pacienta, a to nejen jím samým, ale také jeho blízkými. Tyto první signály mnohdy sestra v kontaktu s pacientem nezaznamená (15).

Ve druhém stádiu, ve středně těžké fázi demence je porucha paměti závažnější a projevuje se rovněž v oblasti dlouhodobé paměti. Nemocnému činí vykonávání běžných denních činností i sebeobsluha činí narůstající obtíže a postupně není schopen je samostatně zvládat. Nemocní se stahují více do sebe, také proto, že mají strach z neúspěchu, přestávají vycházet z domu, ztrácí své zájmy. V této fázi se objevují i výrazné změny emotivity, zejména deprese, ale také strach a naopak agresivita. Osobnost a temperament pacientů se v souvislosti s prohlubujícím onemocněním také mění. Kromě krátkodobé paměti se projevuje i postižení dalších jejích složek, schopnost orientace v čase prostoru i osobě. Chování je nápadné úbytkem návyků a nerespektováním běžných sociálních norem. V tomto období se mohou vyskytovat bludy a halucinace, v důsledku kterých může být pacient neklidný, zvláště pak v noci pacienti bezcílne bloudí. Nemocný potřebuje dohled a trvalou pomoc, oporu potřebují i rodinní příslušníci, kteří o něj pečují (15, 17).

Ve třetím stádiu, v těžké, terminální fázi demence již pacient není schopen vykonávat i ty nejjednodušší sebeobslužné úkony, nedokáže kontrolovat vyměšování,

běžná je úplná inkontinence, možnosti komunikace jsou velmi omezené. Je již plně odkázán na péči sestry, je plně upoután na lůžko, jeho samostatná existence je vyloučena. V případě, že o nemocného pečují jeho blízcí, je nezbytná pomoc rodině. Vhodné je zajistit domácí zdravotní péči, pečujícím podávají sestry v rozsahu svých kompetencí informace o průběhu onemocnění a možných komplikacích, o způsobu provádění jednotlivých úkonů v domácím prostředí a o možnostech využití terénních sociálních služeb v regionu. V krajním případě je nutné přemístění do ústavního zařízení, kde je zajištěna veškerá ošetrovatelská péče výhradně na profesionální úrovni (15, 17).

### ***1.6 Diagnostika demence***

Diagnostika demencí je složitý proces, který je tvořen psychiatrickým vyšetřením (skládá se z klinického obrazu, anamnézy, z informací nejbližších příbuzných), biochemickými a hematologickými metodami (hladina vitamínu B12, séroreakce na Lues), elektrofyziologickými metodami (EEG), zobrazovacími metodami (počítačová tomografie mozku, nukleární magnetická rezonance), využívá se také perfuzní vyšetření mozku metodou SPECT, vyšetření očního pozadí, v neposlední řadě je to psychologické vyšetření, neuropsychologické metody, baterie posuzovacích a výkonnostních škál (1).

Základním předpokladem diagnostiky demence je správné zhodnocení kognitivních funkcí. Hodnotí se paměť, pozornost a orientace, výbavnost, verbální a jazykové schopnosti, psaní a zrakově prostorové schopnosti. Většina hodnotících škál a testů je určena specialistům (psychologům a psychiatrům), v běžné praxi se nejčastěji používá test psychických funkcí „Mini Mental State Examination“, test MMSE (příloha 3) spolu s testem kreslení hodin (příloha 4), nově využívaným rozšířeným testem je test Addenbrookova kognitivní baterie (příloha 5), jehož součástí je MMSE ve 30 bodech ze 100, ale je zaměřen také na verbální fluenci nebo paměťovou nápovědu, lépe testuje paměť, je vhodnější ve screeningu časných stádií demence a trvá asi 20 minut. Dalším důležitým ukazatelem je funkční hodnocení sebeobslužných činností, které se provádí formou dotazníků, kterými mohou být Barthelův test základních všedních činností ADL - Aktivita daily Libiny (příloha 6) a test Instrumentálních všedních činností IADL -

Instrumental Aktivitý Daily Living (příloha 7). Vzhledem k tomu, že se u starších lidí vyskytuje poměrně často demence současně s depresí, je velmi vhodné provádět časově nenáročný 15 otázkový test označený jako Škála deprese pro geriatrické pacienty (příloha 8), (1, 24).

U Alzheimerovy choroby je diagnóza jistá až po patologicko-anatomické verifikaci. V mnoha případech je bohužel syndrom demence rozpoznán až v pokročilejší fázi, protože poruchy paměti jsou mylně rodinnými příslušníky mnohdy i sestrami a lékařem považovány za normální projevy stárnutí (11).

### ***1.7 Hodnocení kognitivních schopností sestrou***

Když se sestra poprvé setká s nemocným, je nutné zabezpečit optimální podmínky prostředí - klid, dobré osvětlení, kompenzovat senzorické defekty (brýle, naslouchadlo) a motivovat pro spolupráci. V úvodu se snaží získat co nejúplnější obraz o jeho celkovém zdravotním stavu, a to ne jen z hlediska své odbornosti. Sestra mapuje pacientovu životní cestu, životní styl, základní biologické potřeby, jeho zkušenosti, názory, emociální úroveň, schopnost adaptace, vzdělání, sociální a ekonomickou situaci, vztahy a role rodiny. Získá cenné informace o tom, kdo jej v rodině podporuje, jaké má vztahy ke svým blízkým (28).

Před zahájením posuzování kognitivních funkcí si uvědomí, že každá její aktivita, která by mohla pacienta přímo konfrontovat s jeho handicapem, musí být provedena s citem a péčí. Když se objeví rozpor mezi jeho schopnostmi a očekáváním sestry, dojde k problému v jejich vzájemném vztahu, proto každý dotaz je pokládán s maximální opatrností a citlivostí. Při hledání objektivních informací je nejdůležitější osobou pacient, v případě kognitivních poruch ale nemůže spoléhat pouze na informace poskytnuté jím samým, neboť nemusí být spolehlivé. Proto získáváme data také od dalších osob, nejčastěji rodinných příslušníků nebo přátel (33).

Pro objektivní zhodnocení kognitivního deficitu lze použít zkrácený mentální bodovací test, tzv. hodnocení psychického stavu dle Geinda, který je časově méně náročný a umožní sestře hrubé posouzení postižení kognitivních funkcí (příloha 9). Za každou správnou odpověď je 1 bod. Při skóre 6 nebo méně bodů je nutné zajistit další

vyšetření lékařem. Výsledky mohou být ovlivněny věkem a vzděláním pacienta, je proto pravděpodobné, že mladší osoby s vyšším vzděláním dosáhnou vyššího skóre než osoby velmi staré se vzděláním základním. V praktické příručce pro sestry je uveden také výše zmiňovaný test kognitivních funkcí MMS jako jednoduchá orientační metoda vhodná k využití v ošetrovatelské praxi. Pro větší přesnost v hodnocení kognitivních funkcí se praktikuje forma dotazování a zadávání konkrétních úkolů, což je způsob časově náročnější (7, 24).

### ***1.7.1 Hodnocení paměti sestrou***

V hodnocení paměti se sestra v počátku dotazuje, zda si pacient dokáže vzpomenout na události z nedávné doby. Zjišťuje také, do jaké míry je schopen si vybavit události a situace z dávné minulosti. Ověří si shodu mezi tím, co říká on sám, a tím, co říkají jeho blízcí. S taktem se pokusí odhalit stanovisko pacienta ke své vlastní zapomnětlivosti. V průběhu rozhovoru věnuje pozornost případné konfabulaci, doplňování mezer v paměti logickými, avšak nepřesnými informacemi. Za účelem testování krátkodobé paměti požádá klienta, aby si vzpomněl na tři předložené předměty okamžitě potom, co je uviděl, a pak znovu po pěti minutách.

V hodnocení si všímá, zda je porušeno okamžité vybavování a krátkodobá paměť, což se projeví potřebou ujišťování o správnosti plnění úkolů, potřebou opakovat instrukce a dotazy. U pacientů může shledat učení nových věcí jako velmi náročné ve srovnání se zchovalou dlouhodobou pamětí. Obohacím každé interakce mohou být vzpomínky z dávných dob, protože ty většinou nepřinášejí žádné potíže. Objeví – li se konfabulace, nejedná se o úmyslné lhaní, ale jde o snahu dát význam současným událostem. Sestra předejde nežádoucí reakci, pokud nepokládá klientovi otázky s otevřeným koncem a netrvá na faktech (36).

### ***1.7.2 Hodnocení řeči sestrou***

Komunikace je nástroj, kterým se uskutečňují interakce mezi lidmi. Sestra používá dovednost komunikovat jako součást svého profesionálního vybavení a slouží jí k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. V průběhu rozhovoru si sestra všímá, jak

pacient mluví, jak formuluje věty, zda snadno nebo obtížně, rychle nebo pomalu. „Soustředí se na neverbální prostředky komunikace, protože 70% informací dostáváme a vysíláme pomocí neverbální komunikace.“(14 s.16).

Sleduje držení těla a výraz, gesta a mimiku, hovoří klidně a zřetelně, dívá se mu do očí. Omezí rušivé podněty na minimum, při komunikaci je vhodná interakce jedna sestra jeden pacient, předávejte informace v malých dávkách a nespěchá. Řeč zahrnuje složku receptivní – schopnost porozumět řeči, a složku expresivní – možnost vyjádřit se řečí (14).

Nemocný může mít problém vyjádřit své myšlenky, hledá slova, pomáhá si opisem slov, což vede k neschopnosti klienta dostat se k věci. Sestra se zaměří také na užívání neexistujících slov (neologismů) nebo skoro-slov (paraphasie) k vyjádření myšlenek. Při poruše expresivního jazyka může odhalit rozdíl mezi jazykem, kterým mluví klient spontánně a jazykem, kterým odpovídá na otázky. Ten první bývá obvykle plynulejší a sdílnější, zatímco druhý máloslovný a těžkopádný. Rozdíly bývají i v automatické řeči, říkanky ze školy nebo počítání jsou snazší než řeč konvenční. Při formální řeči zhodnotí, zda jsou zachovány emociální projevy (4).

K tomu, aby sestra uslyšela skrytý význam slov, musí vynaložit větší úsilí při naslouchání, sledovat pozorně komunikaci nonverbální a věnovat aktivní pozornost vnímání kontextu, ve kterém byl vzkaz sdělen. Sestra se vyvaruje opravování pacienta v případě, že užil nesprávné slovo a zásadně neodmítá zkomolenou řeč. Rovněž nelze předem na základě dobré automatické a spontánní řeči usuzovat, že jde o neporušenou jazykovou funkci (19).

I když je aktivně řeč zcela poškozená, je nutné zjistit, zda pacient rozumí sdělení, které vyjadřují druzí. Zda je schopen ukázat na určitý pojmenovaný předmět z nabídky dalších předmětů, zda dokáže naznačit odpověď „ano“ nebo „ne“ na jednoduchou otázku. Při postižení receptivního jazyka se pacient jeví zdánlivě jako nespolupracující a sestra musí minimalizovat závislost na verbální komunikaci a rozšířit svou řeč o nonverbální pokyny, jako jsou gesta nebo využití konkrétních objektů (14).



### ***1.7.3 Hodnocení psaného jazyka a pozornosti sestrou***

Sestra požádá pacienta o provedení jednoduché psané instrukce, například „tleskej“, „zavřete oči“. Před testováním čteného jazyka neopomene používání brýlí a volí vhodné jednoduché písmo v kontrastu s pozadím. Jestliže pacient dokáže číst nahlas, neznamená to ještě, že porozuměl smyslu čteného.. Pokud má pacient v této oblasti výrazný handicap, nelze již v ošetrovatelské péči spoléhat na použití psaných poznámek a rozpisů (14).

Sestra se zaměří na způsob, kterým je možno vzbudit pacientovu pozornost a za jakých okolností ji lze udržet po delší čas. Na schopnost soustředit se na plnění úkolu, ale také zda je možné ho při práci vyrušit. Provede testování pomocí jednoduchého úkolu, jako je vyjmenovat po sobě jdoucí měsíce roku dopředu a zpátky, kolik dokáže opakovat číslic dopředu a dozadu, nebo jak zvládne postupné odečítání sedmičky a pětky od stanovené hodnoty (7).

Pacient zde může mít potíže setrvat u úkolu, při pokračování rozhovoru se odkloní od tématu. Potřebuje často připomínat cíl jeho aktivity a opakovaně směřovat k tématu. V oblasti hodnocení pozornosti je mimořádně důležité vhodné prostředí bez rušivých vlivů, které by mohly narušovat soustředění pacienta (7).

### ***1.7.4 Hodnocení abstrakce, úsudku a vhledu sestrou***

Hodnocením abstrakce zjišťuje sestra, zda pacient rozumí smyslu vyjádření, neodrážející konkrétní realitu, nebo jak chápe pokyny týkající se předmětů, které nejsou bezprostředně přítomné. Zeptá se na vysvětlení podobnosti mezi dvěma různými objekty. Osobě s problémy v této oblasti bude činit potíže, má-li něco vysvětlit nebo si učinit představu o budoucích událostech či důsledcích svého jednání. Sestra proto dává jasné a jednoduché instrukce, navádí pacienta, klade otázky s konkrétními napovídajícími narážkami (36).

„Hodnocení úsudku je založeno na položení několika situačních otázek, např. „ Co byste dělal, kdyby ve vašem bytě vypukl požár?“. Z odpovědi se dozvídáme zda pacient dokáže řešit jednoduché problémy, zda dokáže předvídat důsledky svých činů.“ (36 s.55).

V průběhu rozhovoru sestra objasňuje jednoduché omyly, předchází neadekvátním reakcím vede pacienta krok za krokem pomocí přímých instrukcí (14).

Hodnocením vzhledu sestra zjišťuje, zda si pacient uvědomuje změny svých vlastních schopností, zda se hodnotí realisticky. Dotazuje se, jakým způsobem přijímá pomoc, co považuje za příčinu změn, pozoruje sama jeho reakci v situaci, když mu je pomoc nabízena. Vhodným doplněním hodnocení vzhledu sestrou je provedení zmiňovaného testu „Škála deprese pro geriatrické pacienty“. Uvědomění si vlastního úpadku vede často k rozvoji depresivních stavů, které je potřeba včas odhalit (36).

#### ***1.7.5 Hodnocení prostorového vnímání a koordinace sestrou***

Sestra požádá pacienta o splnění jednoduchých úkolů. Okopírování obrázků jako jsou protínající se trojúhelníky nebo krychle. Sleduje schopnost rozlišit pravou a levou stranu, vnímání polohy svého těla ve vztahu k okolním předmětům. Zjistí, zda má tendenci snadno ztrácet cestu, zda dokáže odhadnout správně vzdálenost a směr. Pro úplnost a přesnost údajů je vhodná spolupráce pacientovy blízké osoby. Poruchy vizuálně prostorového vnímání jsou příčinou nejistoty a problematické orientace v cizím prostředí a vedou často k bloudění. Způsob zadávání úkolů musí být jednoduchý a přesně formulován, pokud možno s využitím různých smyslových podnětů (36).

#### ***1.7.6 Hodnocení výkonové funkce sestrou***

Výkonové funkce zahrnují nejvyšší úroveň hybnosti, která spojuje řadu kroků, vytvářející dohromady složité naučené pohyby. Sestra hodnotí přesnost provedení dříve naučeného motorického úkonu, např. zatnout ruku v pěst nebo udělat kolečko spojením palce a ukazováku. Sleduje, zda pacient dokáže takové pohyby napodobit. Složitějším úkolem složeným z více kroků může být složení dopisu, jeho vsunutí do obálky a zalepení. Pacient, který má v této oblasti určité problémy, vyžaduje podrobný popis, jak postupovat krok za krokem. Důležité je odhadnout přiměřenou náročnost ukládaného úkolu a v případě neúspěchu jeho zjednodušení. Tak sestra předejde zmatenosti pacienta, který bude zneklidněn vzniklou situací (7).

### ***1.8 Funkční hodnocení sestrou***

K diagnostickým kritériím pro demenci patří kromě kognitivní poruchy i postižení funkčních schopností v obvyklých, běžných činnostech. Funkční hodnocení zkoumá schopnost jednotlivce s psychickým, intelektuálním nebo emociálním postižením vyrovnat se s úkoly každodenního života. Sestra ho využívá k identifikaci úkolů, které může pacient provádět zcela nezávisle, se kterými je mu třeba pomoci a které bude nutné udělat za něj. Tradiční nástroje hodnocení se skládají ze seznamu různých aktivit každodenního života, počínaje aktivitami základními, jako je oblékání, stravování, provádění toalety a úprava vlasů, až po udržování chodu domácnosti, využívání dopravního prostředku, užívání léků (29).

Jednou z metod je dotazník pro funkční hodnocení pacienta FAQ „Functional activities questionnaire“. Zahrnuje posouzení deseti komplexních sociálních a instrumentálních aktivit, které bývají postiženy již v počátečních fázích nemoci. Důležité je, aby funkční postižení bylo způsobeno kognitivní poruchou, a nikoli jiným somatickým onemocněním. V počátečních fázích demence může poskytnout validní údaje sám pacient, ale i v těchto případech je vhodné doplnit je od blízké osoby, která pacienta dobře zná. Schopnosti pacienta se vyjadřují 4 bodovou stupnicí. Výhodou je jednoduchost testu a jeho vysoká specifita (27).

Pro komplexnější zhodnocení sebeobslužných činností sestry také využívají mnohem častěji již uvedený Test instrumentálních všedních činností podle Lawsons a Lodyho (příloha 7), který zahrnuje telefonování, provádění domácích prací, cestování, nakládání s penězi a užívání léků, některé jsou zahrnuty shodně jako v dotazníku pro funkční hodnocení FAQ.

Dotazník patřící v ošetrovatelské praxi k nejrozšířenějším pro hodnocení funkčního postižení geriatrických pacientů je zmíněný Barthelův test základních všedních činností, zkráceně test ADL (příloha 6). Hodnotí se v něm 10 základních sebeobslužných činností nutných pro samotnou existenci (osobní hygiena, najedení, oblékání, chůze, kontinence moči a stolice). Přestože nebyl určen pro pacienty s demencí, je vhodným i když nespecifickým indikátorem, zejména u kombinovaných somaticko - psychických postižení (28).

V průběhu testování funkčních schopností záleží na vhledu sestry a na jejích komunikačních schopnostech. Informace by měly být shromažďovány mnoha různými způsoby, jako je rozhovor s pacientem, rozhovor s osobou jemu blízkou, pozorováním chování a mohou být odvozeny také ze znalosti minulosti pacienta a náhodných setkání. Zhodnocení testů má své využití ve stanovení úrovně potřebné péče pro daného pacienta, k nalezení vhodného programu, služby a druhu pomoci, který bude potřebovat k udržení optimální kvality života.. Slouží i jako podklad pro rozhodování, zda bude moci dotyčná osoba nadále žít sama, nebo zda bude moci vykonávat takové potencionálně nebezpečné činnosti jako je např. řízení vozidla. Provádění těchto osvědčených standardních metod sestrami v ordinacích praktických lékařů je vhodnou intervencí vedoucí k odhalení časných stádií demence (32, 34).

Na základě posouzení soběstačnosti pacientů mohou být přiznány příspěvky na péči. Zákon 108 ze dne 14.března 2006 o sociálních službách stanovuje v §9 odst.1 - 4. jednotlivé úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti (35).

### ***1.9 Úloha sestry v léčbě demence***

V léčbě demencí se uplatňují jak přístupy biologické, především farmakoterapie a terapie přidružených somatických poruch, tak přístupy psychosociální, jako jsou reedukační metody (využitím metod speciální pedagogiky se upravují narušené funkce) a práce s pečovateli pacientů (16).

Cíle léčby demence lze shrnout do 3 základních oblastí, které jsou zaměřeny na zlepšení stavu pacienta, udržení dosavadního stavu pacienta, zhoršování stavu s menší progresí, než jaké jsou předpoklady (20).

#### ***1.9.1 Úloha sestry ve farmakologické léčbě demence***

Medicínská léčba závisí na základní diagnóze a příčině demence. Základem je léčba kognitivních funkcí , která je doplněna farmakoterapií behaviorálních a psychologických symptomů demence – emočních poruch, poruch chování, poruch spánku a další (16).

S rozvojem farmakologie se stále rozšiřují možnosti léčby demencí, v současné době je jednou z metod vedoucích ke zlepšení kognitivních funkcí ovlivnění metabolismu acetylcholinu, a to buď podáváním jeho prekursoru (sójový lecitin ve velmi vysokých dávkách), nebo podáváním inhibitorů acetylcholinesterázy, enzymu zodpovědného za jeho odbourávání (studiemi je prokázána účinnost u středních a těžších stádií demencí Alzheimerova typu, nikoli u nejtěžších - terminálních). Největší příležitost pro zahájení komplexní léčby dává diagnóza stanovená v raných začátcích onemocnění (7). „Metoda léčby inhibitory acetylcholinesteráz je stále častěji předmětem mnoha jednání a sporů v různých zemích světa . S ohledem na velké výdaje za tuto léčbu se v odborných kruzích diskutuje o omezení protialzheimerovské terapie, o nestranném a spravedlivém přístupu k léčbě ve všech stádiích choroby “. (13 s. 5).

Inhibitory cholinesteráz jsou dnes léky první volby při léčbě Alzheimerovi nemoci, i v České republice, nejčastěji se zde užívají 3 formy: donepezil (Aricept), galatamin (Reminil), rivastigmin (Exelon) (8).

Zásadní problém terapie demencí v České republice stejně jako ve většině zemích světa zůstává v přístupu k tomuto onemocnění. Významnou prioritou je včasné rozpoznání prvních příznaků. Nejen lékaři, ale i sestry mohou ovlivnit včasné zahájení symptomatické léčby v počátečních fázích demence, čímž mnohým pacientům pomohou zlepšit kvalitu života a prodloužit jim období soběstačnosti. V ošetrovatelské péči jsou schopny svým profesionálním přístupem, díky odborným znalostem a dovednostem odhalit u svých pacientů první příznaky onemocnění (20).

Na základě dalších popsaných procesů probíhajících v mozku existují další skupiny léků. Jsou to antioxydanty (tzv. lapače volných radikálů) zejména vitamín E a C, nootropika (léky zlepšující funkci a metabolismus neuronů), hormonální substituční léčba pro ženy po menopauze, protizánětlivé léky, preparáty gingo biloba, látky snižující excitační aminokyseliny (nezbytné pro mechanismy učení a paměti), jako jediné vhodné léčivo z této skupiny se používá Memantin. Farmakologická léčba je dále zaměřena na redukci dílčích potíží, na deprese, úpravu neklidu a přidružená somatická onemocnění uroinfekce, dehydratace, tracheobronchitidy (20).

U pacientů s poruchami paměti bývají v souvislosti s užíváním léků potíže, často si zapomínají léky brát, nepamatují si jejich názvy. Podle situace sestra pacientovi užívání léků rozepíše a vysvětlí dávkování, doporučí užívat denní nebo týdenní lékové výdejní boxy, ale ani tehdy nemusí být jistota, že nemocný opravdu bere léky správně. Proto je potřeba si správnost užívání medikamentů ověřit a nejlépe zajisti dohled např. člena rodiny. K dalším aktivitám sestry ve farmakoterapii u demenčních pacientů patří sledování základních tělesných a psychických funkcí a neopomenout případné vedlejší účinky léčby. Důležitou úlohou sestry je využití nemedicínských postupů. Zjistit možnou příčinu poruch v uspokojování potřeb pacienta, stanovit ošetrovatelské diagnózy, vytvořit plán ošetrovatelské péče, zrealizovat konkrétní intervence a následně zhodnotit splnění cílů (29).

### ***1.9.2 Úloha sestry v nefarmakologická léčbě demence***

Cílem nefarmakologické léčby nemocných se syndromem demence je zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost, kognitivní funkce, smysluplné vyplnění volného času, ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního života, zlepšení verbální i neverbální komunikace pacienta. Všechny přístupy i přes svoji rozdílnost usilují o společné - zlepšit kvalitu života a maximalizovat fungování pacienta při existujícím deficitu (19).

Činnosti vedené sestrou tvoří pravidelnou součást denního režimu, ovlivňují psychickou i fyzickou stránku, psychosociální kontakty, saturují senzorické funkce, a jsou přizpůsobeny duševnímu i tělesnému stavu pacienta. Sestry podporují pacientovy silné stránky, nezdůrazňují ty slabé, důležité je, aby probíhaly v pacientově známém prostředí, kde se dobře orientuje. Sestra se zaměřuje na životní styl, fyzickou a psychickou aktivitu, optimalizaci senzorických funkcí a výživu. Ovlivnění životního stylu formou edukace pacienta, jeho podporu, trvalou péči a přátelskou atmosféru v prostředí, kde se nachází. Smyslem má být udržení pacienta co nejdéle v domácím prostředí a zachování sociální funkčnosti (9).

Přiměřená fyzická aktivita. Snížení fyzické aktivity vede nejen k narušení rytmu den-noc, ke snížené chuti k jídlu, ale i k duševnímu chátrání. Důležitou složkou v péči o dementní pacienty je léčebná tělesná výchova a sport, dále i specializovanější metody, pohybová a taneční terapie. Základní podmínkou k zařazení těchto činností do denního režimu je nepřepínat únavu, sestra si všímá toho, jak rychle je pacient unaven (34).

Psychická aktivita: zahrnuje mnoho souvisejících postupů. Neměli bychom pacienta vystavovat zbytečným změnám a novým situacím, zaměřme se na stálost prostředí. Měli bychom zajistit snadnou orientaci v čase zřetelně umístěnými jednoduchými zřetelnými hodinami a kalendářem, kde snadno odečte den v týdnu a datum. K udržení psychické aktivity nemocného je potřeba využívat emočně orientované psychoterapeutické přístupy, stimulace autobiografické paměti a ovlivnění nálady prostřednictvím vzpomínek na „životní příběh“. Vhodná je stálá mírná stimulace, styk s vnoučaty, fotografie blízkých umístěné na dohled, předčítání dopisů od rodiny. Svě místo zde má i „pet terapie“, která využívá malá domácí zvířata a vyžaduje individuální přístup. Velmi důležité je správné terapeutické vedení sestrou, protože pacienti mají narušenou soustředivost a vůli, takže se jim prostě nechce nic dělat a mají tendenci jen sedět a koukat, což jejich mozkové činnosti příliš neprospěje. Je důležité s nemocnými hovořit, předčítat knihy, zadávat jednoduché ruční práce, cvičit slovní zásobu a vyjadřovací schopnosti, které bývají demencí značně narušeny. Rovněž je vhodné cvičení písma a kreslení jednoduchých věcí. Na pacienty nespěcháme, za jakýkoli výsledek je správné pochválit, opravovat jen minimálně (10, 11).

Neopomenutelný význam má správný přístup sestry k ležícímu pacientovi. Prvořadá je komplexní ošetrovatelská péče, která odpovídá holistickému pojetí člověka. Zvláště u ležícího nemocného, který téměř nemluví, jen málo rozumí, je nutná komunikace verbální a dotyková. „Má smysl hovořit i na těžce dementního a nemluvícího pacienta, má smysl se ho tělesně dotýkat, hladit ho, držet ho za ruku. I tento člověk žije a vnímá, i když jinak než my. Slyší, cítí, i když již neumí odpovědět nebo na to nemá sil. Ale hlavně se vyvarujeme nepříjemných hovorů nad tímto nemocným, případně různých úvah o jeho odchodu ze života, protože i to může slyšet a vnímat.“(11 s.102).

Optimalizace senzorických funkcí je důležitým předpokladem dobré spolupráce sestra – pacient. Může se stát, že díky postižení senzorických funkcí, zejména zraku a sluchu, dochází k celé řadě nedorozumění, nemocný reaguje neadekvátně pouze z toho důvodu, že nepochopil naše zadání, protože mu nerozuměl (4).

Péče o výživu patří také k základním opatřením u demenčních pacientů. Velkou část nepříznivých vlivů v této oblasti může sestra velmi snadno sama ovlivnit, pokud na ně myslí. K zachování chuti k jídlu je potřebná kultura a hygiena stolování, běžné stereotypy v čase a způsobu podávání stravy a pestrost jídelníčku. Zdánlivě banální komplikací ve výživě může být stav chrupu a defekty v ústech z nedostatečné ústní hygieny. Ve vyšším věku je typické chybění pocitu žízně, sestra u demenčních pacientů aktivně kontroluje příjem tekutin a v dostatečné míře dbá na nabídku a pestrost nápojů. Dostatečný příjem tekutin a vhodná strava s obsahem vlákniny snižuje riziko obstrukce (29).

### ***1.10 Úloha sestry v edukaci pečujících o nemocné s demencí***

Demence je nemoc, která představuje zátěž nejenom pro samotného pacienta, ale i pro jeho okolí. Zátěž fyzickou, pro nejbližší rodinu také silnou emoční zátěž, ale také ekonomickou. Sestra zde zaujímá roli edukátorky pro rodinu a pečovatele. Nabízí poradenství nebo cvičení pečovatelů k získání praktických manuálních dovedností, spojených s ošetřováním v domácím prostředí. Zaměří se na vysvětlení přínosu domácího prostředí pro nemocné a vývoj vlastního onemocnění. Seznámí pečujících s individuálními perspektivami onemocnění, možnými problémy a komplikacemi, které s sebou péče o nemocné přináší. Dále podává informace o terénních a sociálních službách dostupných v regionu a nabídne zprostředkování psychologické podpory (32).

### ***1.11 Ošetrovatelská péče o seniory***

Proces stárnutí je zákonitý a fyziologický a nikdo živý se mu nemůže vyhnout. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, nýbrž přirozený fyziologický proces. Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související schopnost vést plný, kvalitní a nezávislý život. Z toho sestry vycházejí při jakémkoli



uvažování o zdravotnických i sociálních potřebách starších lidí. Cílem ošetrovatelské péče o zdravotní stav stárnoucích pacientů je zajištění schopnosti vést samostatně co nejkvalitnější život. Zatímco za rozhodující projev zdraví považujeme v dětství schopnost zdravého a normálního vývoje, v dospělosti pak pracovní a reprodukční schopnost, ve stáří se zaměřujeme zejména na soběstačnost, tedy schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život. Právě stárnutí a stáří je obdobím, kdy některé nemoci a poruchy přicházejí častěji a také lidé vyššího věku jsou častějšími klienty zdravotnických a sociálních služeb. U mnohých zdravotníků se však můžeme setkat s despektem vůči starší generaci. S postojem, že na péči poskytované seniorům už nezáleží a léčba staršího pacienta je jen plýtváním penězi (23, 28).

Stárnutí je individuální proces, který probíhá u jednotlivých lidí rozdílně, a stáří je označováno za konečnou etapu života. Dnes se podle návrhu Světové zdravotnické organizace člení na tři období: 60 - 74 let rané stáří, 75 - 89 let vlastní stáří, 90 a více dlouhověkost. Existují obecné rysy, které toto období charakterizují a týkají se různým způsobem všech systémů. V organismu starých lidí dochází k variabilním a konstantním změnám. K variabilním změnám většinou dochází následkem poranění a genetickou zátěží (hypercholesterolemie, endokrinní onemocnění, metabolické poruchy). Konstatní změny jsou ty, které souvisejí se stárnutím každého organismu. Aktivní buněčná hmota ubývá, výkonnost orgánů klesá. Projevy stárnutí jsou na jednotlivých orgánech rozdílné, ale existují obecné charakteristické rysy. Je snížena adaptační schopnost, proto stárnoucí lidé hůře a pomaleji reagují na veškeré změny. Projevuje se pokles řady fyziologických funkcí (snížená tvorba žaludeční či pankreatické šťávy, pokles funkčnosti střev, srdce, plic, nervového systému), pokles funkční tkáně ve svalové oblasti (úbytek aktivní svalové tkáně). Dochází ke snížení elasticity cév a ke snížení průtoku krve prakticky všemi systémy. Ve vyšším věku přicházejí sensorické poruchy (zhoršení sluchu, zraku, chuti), omezena je také propriocepce, ta část vnímání, která umožňuje identifikovat průběh a stav hybnosti. To vše způsobuje u zdravých seniorů některá omezení, která je třeba pokud možno kompenzovat (brýle, naslouchadla, lupa, opora chůze). Známé jsou nežádoucí psychologické důsledky deficitů ve smyslovém vnímání, rovněž umocněné nadměrným hlukem, světelnými kontrasty, oslněním. Úbytek

citlivosti na zvuky o vyšším kmitočtu ztěžuje porozumění řeči, a to zvláště na pozadí hluku. Chronický úbytek sluchu a zraku může vyvolávat emoční problémy, hlavně depresi, úzkosti nebo výbušnost. Větším frustracím jsou vystavováni lidé s potřebou intelektuálního zaměstnávání. Postupující zhoršení smyslového vnímání způsobuje „oddalování od okolí“, zvýšenou závislost na druhých, pocity izolace a osamělosti. Myšlení starších lidí může být pomalejší a může být přítomna i benigní stařecká zapomnětlivost. To vše mohou být důsledky přirozené involuce centrálního nervového systému, ale součástí normálního stárnutí však není demence, ta je vždy důsledkem onemocnění, které poškozuje mozkovou tkáň. Zpomalení psychické činnosti je charakterizováno výskytem po 50. roce, subjektivními potížemi s pamětí, které však neomezují globální intelektové funkce, nemají vliv na běžné činnosti ani neomezují samostatnost staršího člověka. Globální testy na demenci, jako např. MMSE jsou v normě a není zde riziko přechodu v demenci. Osoby s věkově podmíněnými změnami si stěžují na potíže při vybavování zapamatované události nebo informace. Jsou postiženy především detaily jako jména, čísla, data. Požadovaná informace se obvykle vybaví jindy. Objevuje se obvykle i porucha perspektivní paměti (co jsem chtěl právě udělat). Na rozdíl od demence není ovlivněn příjem informace (vštipivost) ani její zpracování a udržení, pouze její vybavení. Jednoduchou nápovědou se informace snadno vybaví. Zřejmé je, že se stoupajícím životním tempem (všeobecný spěch, dopravní ruch a další vlivy), nabývá snížená pohotovost k reagování na významu a může mít i negativní důsledky pro duševní zdraví starých lidí. Proto je dalším významným onemocněním deprese, která může vést až k suicidu (9, 12).

### ***1.12 Role sestry v preventivní péči o seniory***

Cílem preventivních činností v ošetrovatelské péči o seniory je podpora, udržení zdraví a soběstačnosti pomocí ovlivnění chování a způsobu života u osob středního věku a pokračují až do stáří. Mezinárodní zkušenosti dokazují, že lidé se dožívají stáří ve stále lepší kondici než minulé generace. K hlavním důvodům patří civilizační vývoj, prevence chorob a změny životního stylu. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky „Zdraví pro všechny v 21.století“ se v 5. cíli

zabývá problematikou zdravého stárnutí: „ do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let možnost plně využít svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti“ Koncept úspěšného stárnutí vychází z představy, že na funkčním stavu ve stáří se kromě biologické involuce podílejí významně i choroby, které jsou ovlivnitelné prevencí a účelnou intervencí, kondice, která je podmíněna životním způsobem a vliv prostředí.“ (20).

Sestry vedou své pacienty k zodpovědnosti za kvalitu svého života a v tomto směru podporují i aktivity seniorů. Na novou seniorskou generaci pohlížíme jako na vzdělanější, vitálnější a zdatnější, do značné míry ovlivňovanou informacemi z masmédií. Pro většinu starých lidí zůstává ale i nadále rozhodujícím zdrojem informací o zdraví a nemoci ordinace praktického lékaře. V primární péči je zapotřebí zvýšit vstřícnost lékařů a sester k těmto pacientům a posílit osvětu veřejnosti o možnostech zdravého stárnutí. Za úspěšné stárnutí označujeme stav, kdy nedochází u některých osob ani ve vysokém věku k prokazatelným změnám v kognitivních testech a jejich výkon je srovnatelný s jedinci mladšího nebo středního věku (týká se jak somatických, tak duševních schopností). Intervence sester, které vedou ke snížení rizika vzniku choroby, označujeme za primární prevenci. Je důležité, aby sestry měly dostatek podložených informací o skutečném efektu doporučovaných preventivních opatření a tím mohly své pacienty motivovat (9, 28).

### ***1.12.1 Intervence sestry v primární prevenci***

Primární péče o seniory zahrnuje intervence sester, které snižují riziko vzniku choroby. Základním předpokladem kvalitně poskytované zdravotní péče nemocným vyššího věku nad 65 je dobrá znalost zvláštností v diagnostice a léčbě chorob vyššího věku. K osvědčené a účinné intervenci v primární péči patří edukativní rozhovor, směřující k aktivní spolupráci pacienta (33).

Přestože ve věku 65 let je počet kuřáků nižší než v mladším věku, zůstává kouření nejdůležitějším negativním faktorem, který nesmí být v primární prevenci opomenut. Již samotný kouř z cigaret (označovaný jako „Kouř“ pasivního kouření“) představuje pro lidský organizmus veliké nebezpečí. Změna návyku výrazně sníží mortalitu, a to

i ve stáří. Sestry mohou hrát významnou roli v motivaci nemocného kuřáka, kterého nekompromisně vyzvou, aby kouřit přestal, nabídnou možnost léčby nikotinové závislosti v odborné ordinaci. Dalším rizikovým faktorem je nízká fyzická aktivita. Sestra zdůrazní, že výkonnost, zdatnost, odolnost k zátěži i svalová síla klesají nejen v důsledku stárnutí, ale především v důsledku nečinnosti. Dochází až k svalovým atrofiím. Protože stárnutí ani reakce na nečinnost neprobíhají ve všech svalech stejně, mění se způsob a rozsah pohybu v některých kloubech. Dochází k přetěžování některých kloubních struktur s důsledky např. pro rozvoj artrózy nosných kloubů. Ochabnutí břišních svalů mění vyklenutí a statiku páteře a spolu s ochablostí zádových svalů přispívá výrazně k jednomu z nejčastějších zdravotních problémů stáří – k bolestem a poruchám činnosti páteře. Pokles zdatnosti bývá pozvolný, nenápadný. Náhle se projeví v období mimořádné zátěže, kterou netrénovaný člověk ke svému překvapení nezvládne. Znovu sestra zdůrazní, že na vině není stárnutí, ale nečinnost. Vhodnou prevencí je udržování základních pohybových činností, především svižnější chůze. Pokud je pohybová aktivita celoživotní, přechází plynule ze středního věku do stáří. Pravidelné cvičení má velmi pozitivní vliv jak na fyzické tak i duševní zdraví (32,28).

K rozvoji závažných onemocnění přispívá také nedostatečná, nebo nesprávná výživa. Sestry věnují pozornost v péči o seniory stravovacím návykům a zdravé výživě, která pozitivně ovlivňuje kvalitu života, zlepšuje celkový stav organismu, tělesná i duševní výkonnost, odolnost infekci, lepší zvládnání stresu. Strava by měla být hodnotná, biologicky pestrá, ale energeticky úsporná, aby nedocházelo k nežádoucímu zvyšování tělesné hmotnosti. Ve stáří je bezpečná i o něco vyšší hmotnost než ve středním věku, ale BMI by neměl ani ve věku nad 65 let přestoupit hodnotu 27,0. Žádoucí je omezení konzumace sladkostí, cukru, smetanových výrobků, uzenin a tučných mas, nahrazení moučných jídel a pečiva zeleninou, omezení kalorických nápojů (pivo, limonády). Výhodnější je vyšší obsah vlákniny. Mimořádně důležitý je ve stáří pitný režim. Pokud nejde o zdravotní omezení, je žádoucí denní příjem 1500 až 2000 ml nekalorických tekutin se zvýšením v období horečky, pocení, průjmů či mimořádně horkého počasí (12, 28).

Zvláštní pozornost věnuje sestra duševním a sociálním aktivitám stárnoucích pacientů. V psychické oblasti je situace obdobná jako v oblasti tělesné. Méně závažné jsou projevy přirozeného stárnutí než projevy a důsledky mozkových onemocnění a psychické nečinnosti. Ty zhoršují obavu z neúspěchu, oslabují sebevědomí. V extrémních případech může pasivita vést až k projevům chorobného nedostatku smyslových a komunikačních podnětů, označovanému jako deprivace. Ale dokonce u osob zdánlivě psychicky aktivních, které se „pouze“ nezajímají o nové dění, může dojít během stárnutí a zvláště po penzionování k rychlému zastarávání znalostí a zkušeností. Základem psychické aktivity je komunikace s rozvíjením slovníku. Ze stejného důvodu je důležité i čtení. Vysedávání před televizí a pasivní životní styl mozku neprospívají, ale práce s novými podněty a informacemi, zvláště jsou-li zábavné, působí velmi pozitivně. Sestra může doporučit hraní her náročných na pozornost (pexeso, karty, šachy), v současné době může nabídnout také pracovní sešity přímo určené pro procvičení mysli, nebo začlenění do seniorských aktivit ve sdruženích v regionu. Jako nástroj aktivizace mozku je vhodné i seniorské vzdělávání - ať jako samostudium (pozoruhodné jsou vzdělávací rozhlasové a televizní pořady), nebo organizovanou formou jako kurzy, Univerzity třetího věku, či volného času (28, 32).

„Vzděláváním se prohlubují a rozšiřují vědomosti seniorů z různých vědních oborů, připravují se i na nové podmínky v současné společnosti. Průzkum dokázal, že senioři, absolventi Univerzity třetího věku, si uchovali nadšení pro život a to jim dává vitalitu, která vede k tvořivosti a ta zase ke zdraví, zpomaluje proces stárnutí, zbavují se subjektivních potíží, cítí se spokojenější a udržují si psychickou a fyzickou soběstačnost až do pozdního věku. Průzkumy dále dokazují, že čím více se starších osob účastní vzdělávacích aktivit a zároveň svých úloh v životě vlastních komunit, tím méně požadavků je kladeno na zabezpečovací systémy sociální sítě“ (22, s.93).

V současnosti je kladen důraz na počítačovou gramotnost seniorů – přibývá kurzů práce s počítačem speciálně pro seniory. V posledních letech se i v ČR rozšířily tréninky paměti či obecně poznávacích (kognitivních) schopností – tzv. kognitivní trénink u zdravých osob, či kognitivní rehabilitace při některých onemocněních mozku. K dispozici jsou i speciální publikace a pracovní sešity, které dnes mohou sestry svým

pacientům nabídnout. Ze sociálního hlediska jsou významné i dobrovolnické aktivity, především v rámci seniorské svépomoci a rozvoje seniorské klubové činnosti. Všechny tyto i podobné aktivity přispívají nejen k psychické činnostnosti, osobnostní integritě a k pocitu životní smysluplnosti, ale také k posilování a zahušťování sociální sítě, která kolem každého seniora brání osamělosti a navozuje atmosféru sounáležitosti a jistoty kontaktu (28, 32).

### ***1.12.2 Intervence sestry v sekundární prevenci***

Sekundární prevence směřuje k časnému vyhledávání onemocnění, ke snížení jeho negativního dopadu a vzniku komplikací. Intervence sester v této oblasti jsou u populace vyššího věku zvláště vhodné, protože staří lidé často sami nevyhledávají lékaře ani při řadě potíží. Vyhledávání ohrožených starých osob závisí především na ochotě lékařů a sester v primární péči. Součástí kvalitní ošetrovatelské péče o seniory je individualizovaný přístup v posuzování celkového stavu včetně jejich sociální a ekonomické situace. Sociální faktory, jako je osamělost, týrání, selhání pečovatele nebo úmrtí partnera, mohou velmi výrazně ovlivnit celkový zdravotní stav. Veškeré intervence vycházejí z potřeby člověka zůstat i ve vysokém věku sám sebou, setrvat ve svém domově a zachovat si sebeúctu (23).

Cílem preventivních opatření u seniorů jsou zejména funkční poruchy, senzorické defekty, poruchy výživy, onkologická prevence – u žen vyšetření mam 1x ročně, u rizikových osob (rodinná anamnéza, polypóza) screening kolorektálního karcinomu. U osob s pozitivní rodinnou anamnézou a obezitou se zpravidla provádí vyšetření glykémie. Intervence sester v sekundární prevenci u všech pacientů ve věku nad 65 let by bylo vhodné zaměřit také na cílené odhalování příznaků demence. Sesterskou anamnézu (velmi podstatné je u této skupiny pacientů provést podrobnou sociální anamnézu) doplní o orientační zhodnocení kognitivních schopností, hodnocení soběstačnosti, ale i o škálu deprese pro geriatrické pacienty. Může využít k posouzení některé uvedené měřicí techniky. „Zvláštní pozornost vyžadují ohrožené osoby se zvýšeným rizikem výskytu demence, jsou to všichni senioři starší 75 let, všichni nad 65 let se zhoršenou soběstačností, pacienti nad 65 před elektivními chirurgickými výkony

let, akutně hospitalizovaní pacienti starší 65 let po stabilizaci stavu, pacienti s rizikovými faktory demence - familiární výskyt, Downova nemoc, Parkinsonova choroba, stavy po iktech, deliriích“ (27 s. 43).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíle práce***

C1: Zjistit, zda sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro dospělé mají možnosti vyhledávat signály časných stádií demence u svých klientů.

C2: Zjistit, zda se sestry ve své praxi cíleně zaměřují na odhalení signálů časných stádií demence.

C3: Zjistit, zda obyvatelé nad 65 let mají zájem o intervence sester k rozpoznání časných stádií demence.

### ***2.2 Hypotézy***

H1: Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro dospělé nemají možnosti vyhledávat signály časných stádií demence u svých klientů.

H2: Sestry pracující v ordinacích praktických lékařů pro dospělé se ve své praxi cíleně nezaměřují na odhalení signálů demence.

H3: Obyvatelé nad 65 let vítají intervence sester k rozpoznání časných stádií demence.



### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

Výzkumná část práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumu, metodou dotazování, technikou sběru dat byl strukturovaný rozhovor. Výpovědi respondentů byly zaznamenávány standardním postupem do dotazníku. Otázky byly určeny sestřím z ordinací praktických lékařů v okrese Tábor (viz Příloha 1) a pro seniory nad 65 let (viz Příloha 2), kteří byli klienty ordinací praktických lékařů v okrese Tábor. Rozhovor se sestrami proběhl v prostředí ordinace, po předchozím souhlasu tamního praktického lékaře. Senioři byli předem osloveni osobně nebo telefonicky, a následně proběhl rozhovor.

Předmětem rozhovoru se sestrami bylo získání informací všeobecného charakteru o délce praxe v dané ordinaci a o dosaženém vzdělání. Další dotazy směřovaly k prevenci demence a využívání metod hodnocení kognitivních funkcí a schopností zvládat aktivity všedního dne. Všeobecné otázky pro seniory zjišťovaly pohlaví, věk a následující dotazy se orientovaly na problematiku syndromu demence a postoj pacientů k intervencím sester v odhalování počátečních stádií demence.

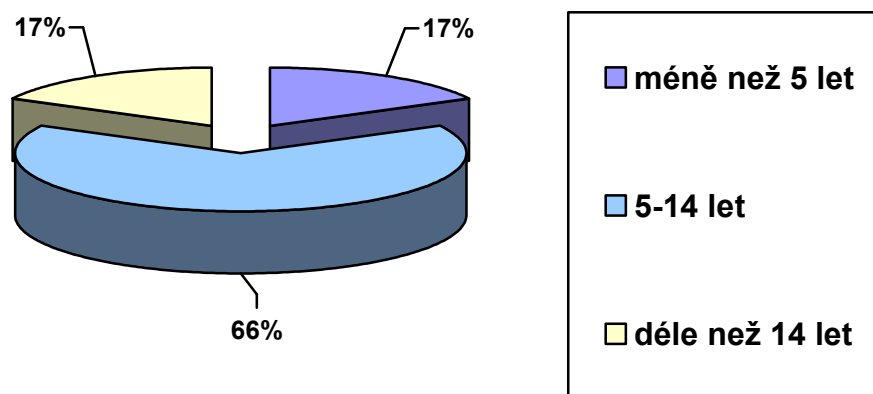
#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkum byl proveden během měsíců prosinec 2007, leden a únor 2008 v okrese Tábor. První výzkumný soubor tvořily sestry z ordinací praktických lékařů. Kontaktováno bylo celkem 32 praktických ordinací, v 1 případě lékař pracoval bez sestry, ve 3 případech sestry odmítly participovat. Výzkumný soubor tvořilo proto 29 sester, rozhovor proběhl přímo na jejich pracovišti, po předchozí telefonické domluvě a za standardních podmínek. Druhým výzkumným souborem byli senioři nad 65 let, kteří byli klienty těchto ordinací. O rozhovor určený seniorům bylo požádáno 68 respondentů, 8 z nich odmítlo spolupráci, zbývajících 60 se zapojilo.

## 4. Výsledky

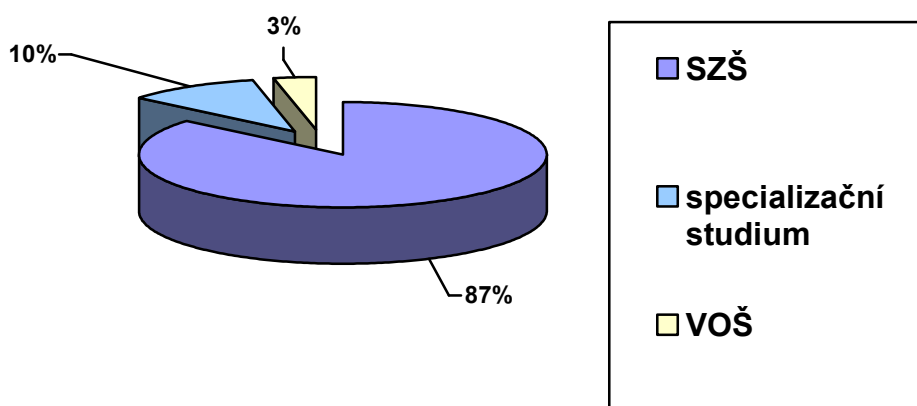
### 4.1 Výsledky rozhovorů (A) se sestrami z ordinací praktických lékařů v okrese Tábor

Graf 1 Délka práce sestry v praktické ordinaci (otázka č. 1 rozhovor A)



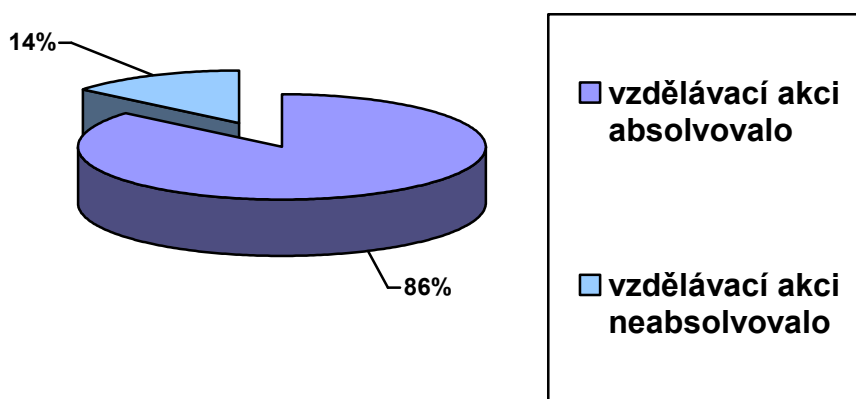
Po dobu menší než 5 let pracuje v dané ordinaci 5 sester (17 %), 19 sester (63 %) pracovalo v ordinaci v rozmezí od 5 let do 14 let a 5 sester (20 %) pracovalo po dobu delší než 14 let.

**Graf 2 Vzdělání sester (otázka č. 2 rozhovor A)**



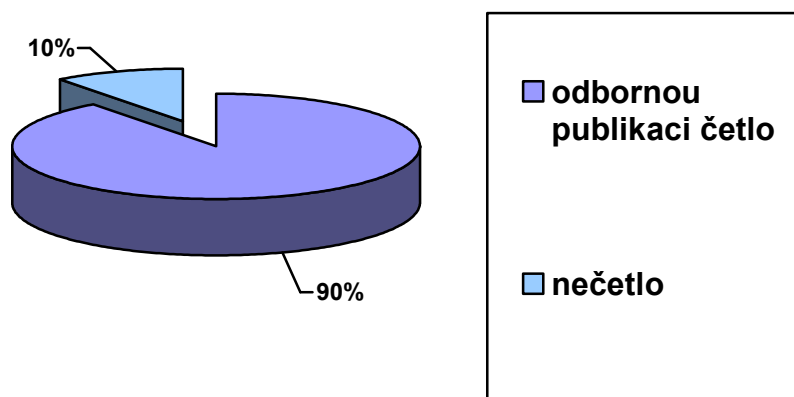
Z celkového počtu sester bylo 25 absolventek (87 %) Střední zdravotnické školy, 3 sestry (10 %) absolvovaly pomaturitní specializační studium a 1 sestra (3 %) je absolventka Vyšší zdravotnické školy.

**Graf 3 Účast sester na vzdělávacím programu k tématu demence (otázka č. 3 rozhovor A)**



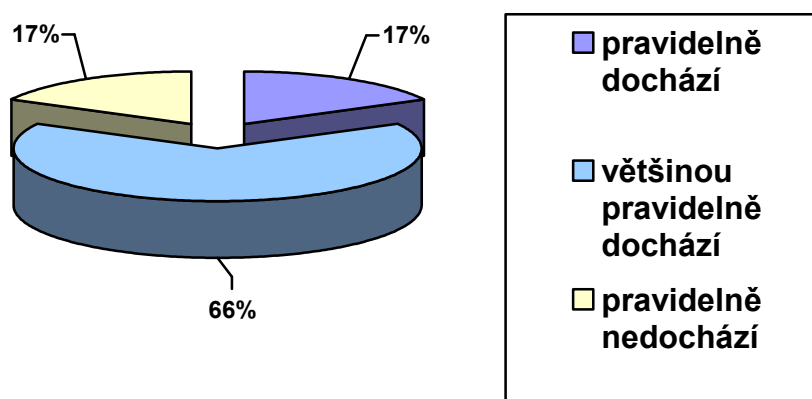
Vzdělávací akce k problematice syndromu demence se zúčastnilo 25 sester (86 %) a 4 sestry (14 %) odpověděly, že vzdělávací akci tohoto typu neabsolvovaly.

**Graf 4 Zájem sester o odborné publikace, články zaměřené na demenci (otázka č. 4 rozhovor A)**



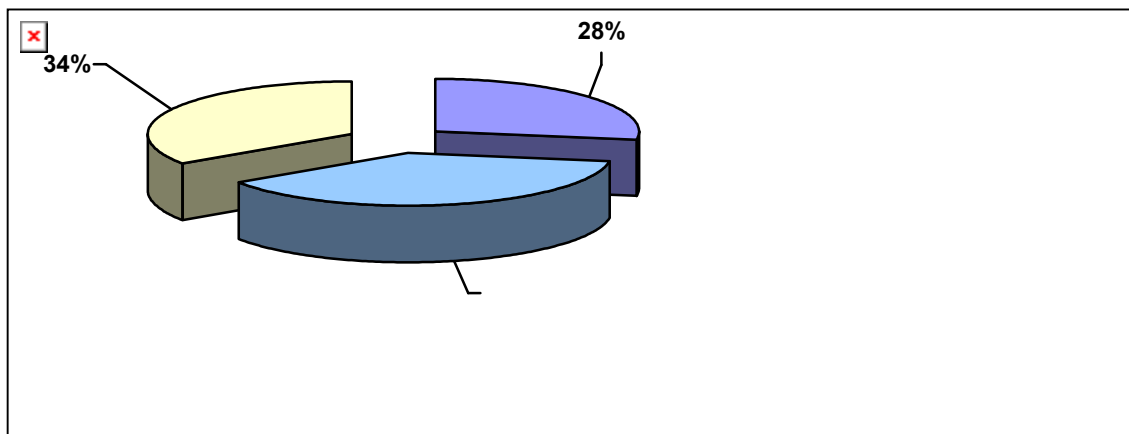
V posledních 3 letech si přečetlo odborný článek nebo publikaci na téma demence 26 sester (90 %), 3 sestry (10 %) uvedly, že si o demenci v posledních 3 letech nepřečetly nic.

**Graf 5 Dodržování pravidelné 2 - leté preventivní prohlídky u seniorských pacientů (otázka č. 5 rozhovor A)**



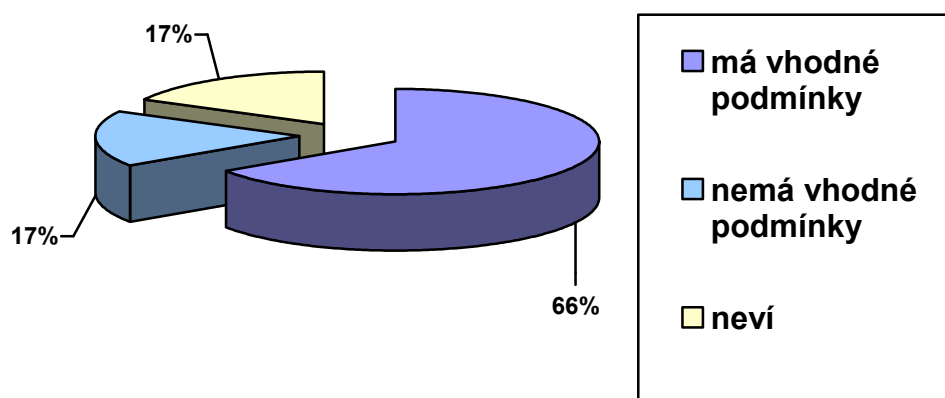
Pravidelně dochází odpovědělo 19 sester (66 %), že většinou dochází uvedlo 5 sester (17 %) a odpověď, že většinou pravidelně každé 2 roky na preventivní prohlídky nechodí dalo 5 sester (17 %).

**Graf 6 Časové možnosti sester k získávání anamnestických údajů  
(otázka č. 6 rozhovor A)**



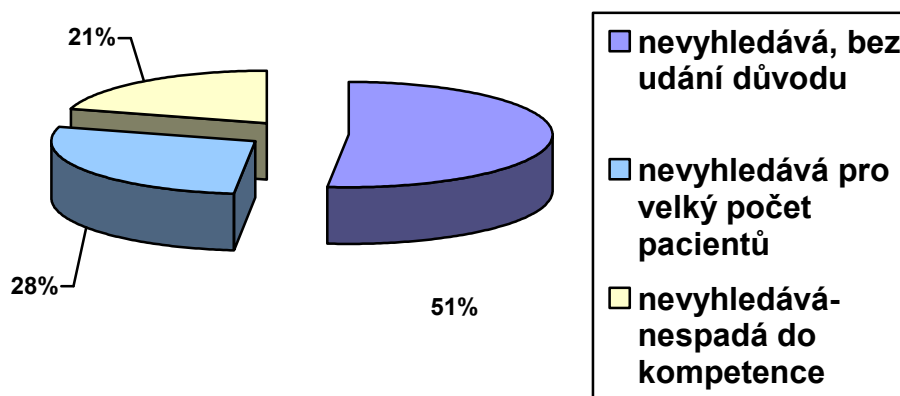
Dostatek času k získání anamnestických údajů od všech seniorů mělo 8 sester (28%), 11 sester (38 %) odpovědělo, že k doplnění údajů mělo čas pouze v některých dnech a 10 sester (34 %) odpovědělo, že dostatek času získat anamnestické údaje od seniorů nemá, protože seniorských pacientů je příliš mnoho.

**Graf 7** Vhodnost podmínek k rozhovoru se seniory (otázka č. 7 rozhovor A)



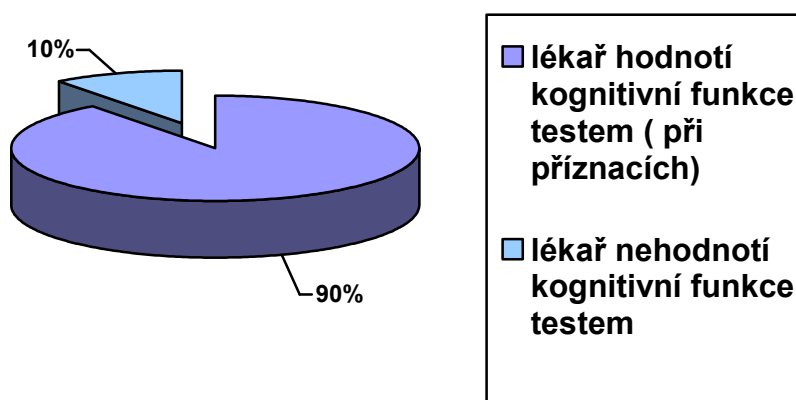
Zajistit vhodné podmínky pro rozhovor se seniory mohlo 19 sester (66 %), 5 sester (17 %) odpovědělo že neví a 5 sester (17 %) odpovědělo ne.

**Graf 8** Vyhledávání osob se zvýšeným rizikem vzniku demence v praktických ordinacích (otázka č. 8 rozhovor A)



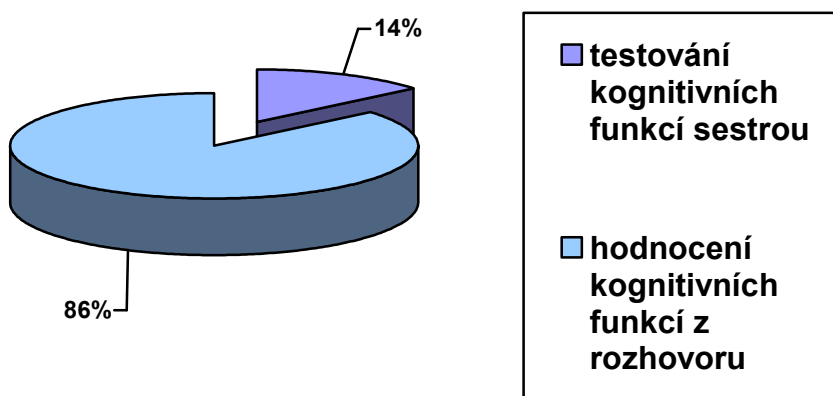
Cíleně osoby ohrožené demencí nevyhledává 15 sester (51 %), 8 sester (28 %) odpovědělo, že nevyhledává ohrožené a ani to není možné realizovat pro velký počet pacientů času, 6 sester (21 %) nevyhledává a má odlišný názor, protože si myslí, že vyhledávání ohrožených osob demencí se má věnovat pozornost v odborných ordinacích.

**Graf 9 Hodnocení kognitivních funkcí lékařem (otázka č. 9 rozhovor A)**



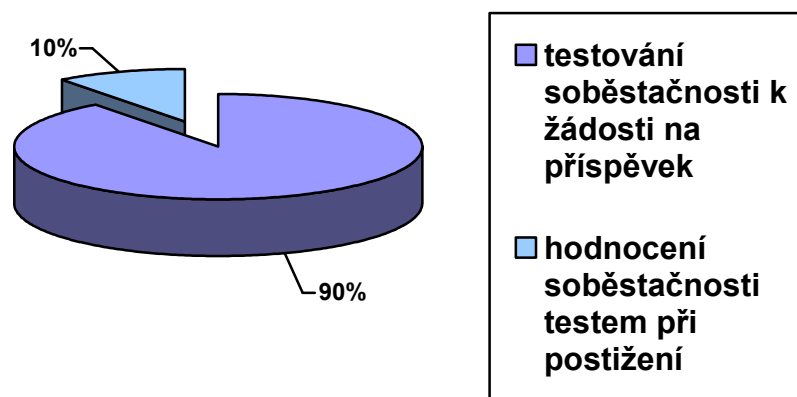
Hodnocení kognitivních funkcí v ordinaci prováděl lékař podle odpovědí 26 sester (90 %), vždy u pacientů s příznaky postižení, 3 sestry (10 %) odpověděly že testy k hodnocení kognitivních funkcí lékař nepoužívá.

**Graf 10 Hodnocení kognitivních funkcí samostatně sestrou (otázka č. 10 rozhovor A)**



Formou testu kognitivní funkce samostatně sestry nehodnotily vůbec, ve 25 případech (86 %) proto, že jsou schopny možné příznaky demence odhalit při rozhovoru, nebo sběru anamnézy a 4 sestry (14 %) uvedly, že test provádí, ale pouze u pacientů, kde provedení testu indikuje lékař.

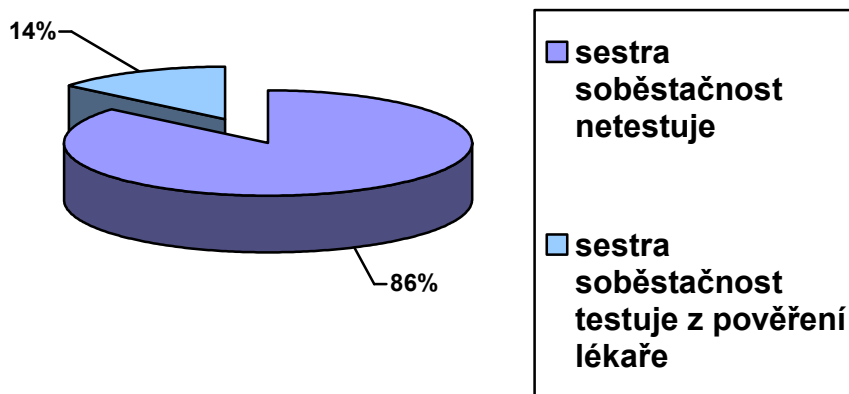
**Graf 11 Hodnocení soběstačnosti lékařem (otázka č. 11 rozhovor A)**



Z dotazovaných odpovědělo 26 sester (90 %), že hodnocení soběstačnosti u pacientů provádí lékař jako součást lékařského nálezu k žádosti o příspěvek na péči, a 3 sestry (10%) odpověděly, že lékař provádí hodnocení soběstačnosti formou testu u pacientů, kde jsou patrné známky porušení soběstačnosti.

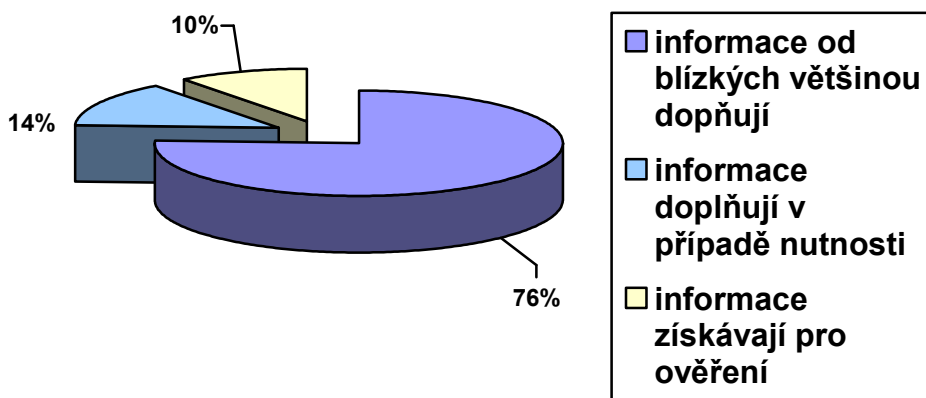


**Graf 12 Hodnocení soběstačnosti sestrou (otázka č. 12 rozhovor A)**



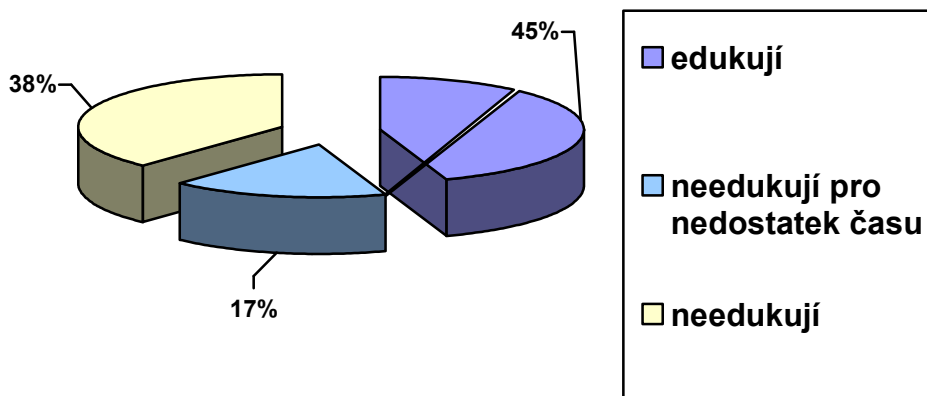
Hodnocení soběstačnosti formou testu neprovádělo 25 sester (86 %) vůbec, 4 sestry (14 %) používaly hodnocení formou testu, pokud byly lékařem k provedení testu u pacienta pověřeny.

**Graf 13 Doplnování informací o seniirech od blízkých a příbuzných (otázka č. 13 rozhovor A)**



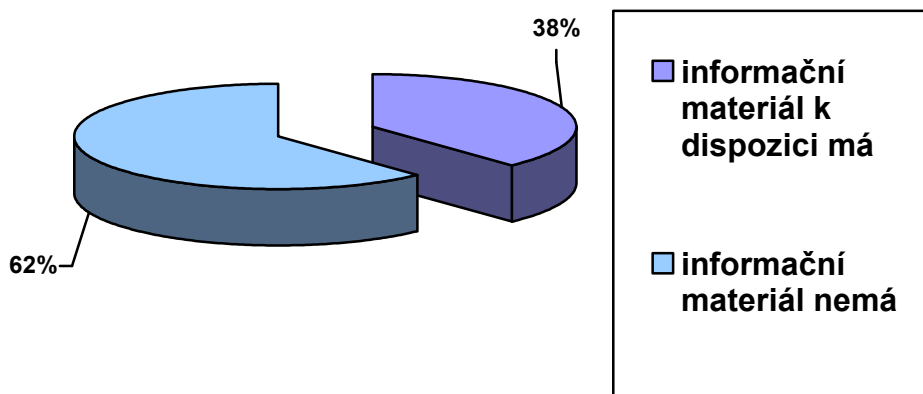
Z dotazovaného souboru odpovědělo 22 sester (76 %), že informace o pacientovi většinou doplňují od jeho blízkých, 4 sestry (24 %) doplňují, ale jen pokud je to nezbytně nutné a 3 sestry (10 %) získávají informace pro ověření údajů.

**Graf 14 Edukace seniorů sestrou k prevenci demence (otázka č. 14 rozhovor A)**



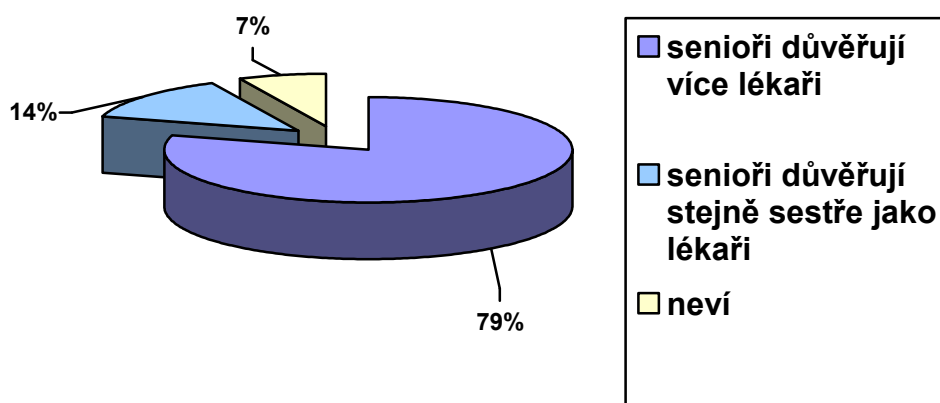
O prevenci, riziku nebo příznacích demence 13 sester (45 %) seniory informovalo, 5 sester (17 %) neinformovalo pro nedostatek času a 11 sester (38 %) neinformovalo bez udání důvodu.

**Graf 15 Dostupnost informačních materiálů k demenci (otázka č. 15 rozhovor A)**



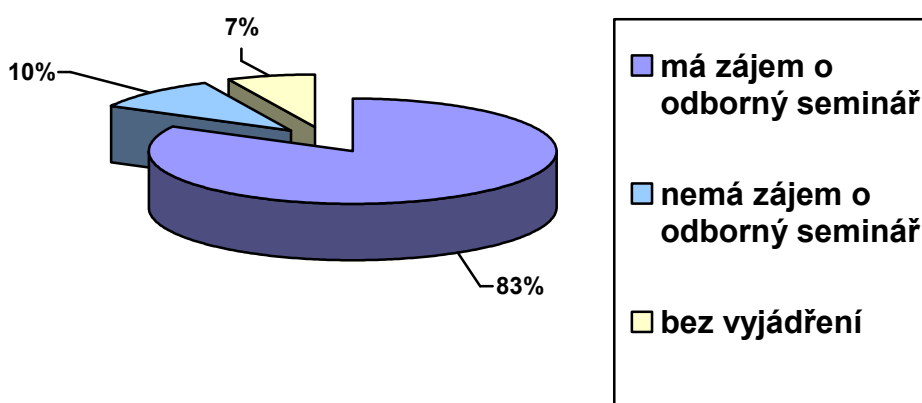
Sestry z 11 ordinací (38 %) uvedly, že informační materiál k demenci pro pacienty měly k dispozici, sestry z 18 ordinací (62 %) tento materiál k dispozici neměly.

**Graf 16 Vliv sester v edukaci seniorů (otázka č. 16 rozhovor A)**



Svou odpověď potvrdilo 23 sester (79 %) názor, že senioři v jejich ordinaci mají větší důvěru v edukaci praktickým lékařem než k edukaci sestrou, 4 sestry (17 %) si myslí, že senioři k lékaři v edukaci nemají větší důvěru než k sestře a 2 sestry (7 %) neví.

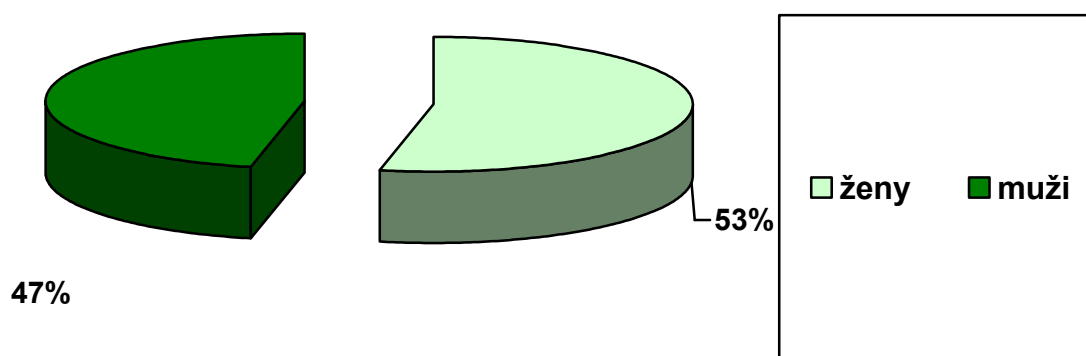
**Graf 17 Zájem o seminář o úloze sestry v odhalování demence (otázka č. 17)**



Zájem o odborný seminář zaměřený na úlohu sester v odhalování časných stádií demence projevilo 24 sester (83 %), 3 sestry (10 %) zájem o seminář neměly a 2 sestry (7 %) nedokázaly dát jednoznačnou odpověď.

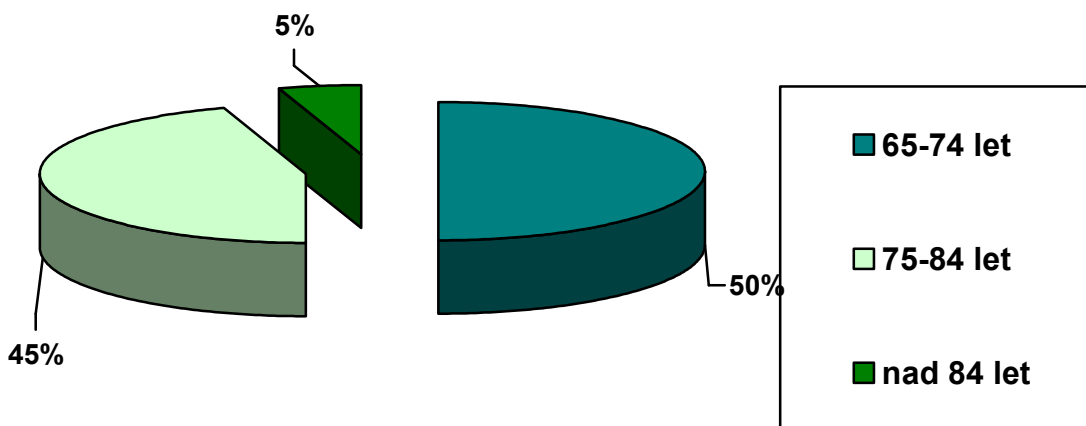
#### 4.2. Výsledky rozhovorů (B) se seniory z okresu Tábor

**Graf 18 Pohlaví dotazovaných seniorů (otázka č. 1 rozhovor B)**



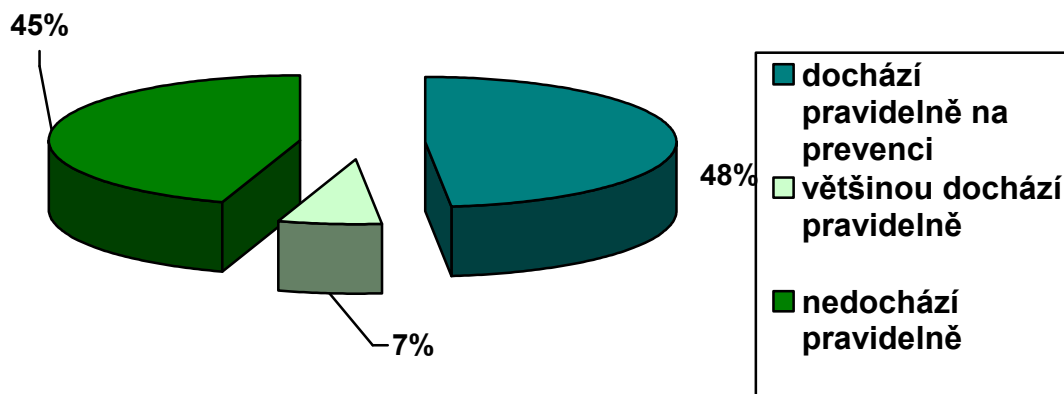
Z celkového počtu 60 dotazovaných seniorů bylo 32 žen (53 %) a 28 mužů (47 %).

**Graf 19 Věková kategorie seniorů (otázka č. 2 rozhovor B)**



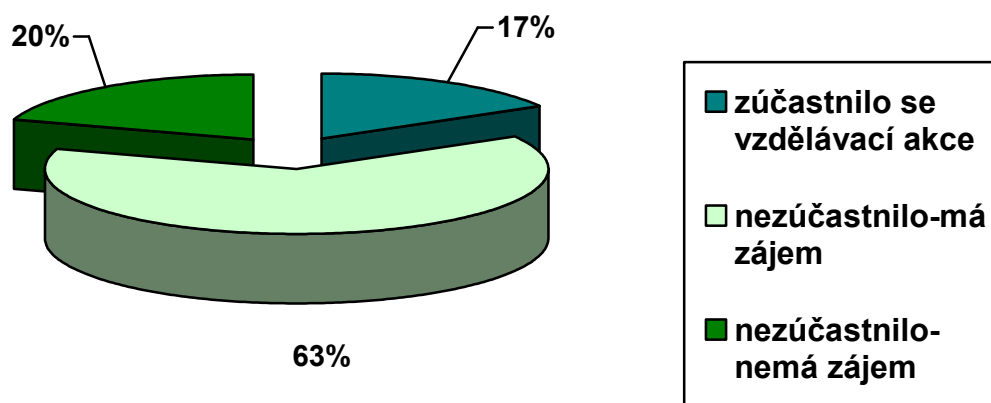
Výzkumný soubor tvořilo 30 seniorů (50 %) ve věku mezi 65. a 74. rokem, ve věkové skupině mezi 75. a 84. rokem bylo dotazovaných 27 (45 %) a ve věku vyšším než 84 let byli 3 seniři (5 %).

**Graf 20 Docházení seniorů na preventivní prohlídky (otázka č. 3 rozhovor B)**



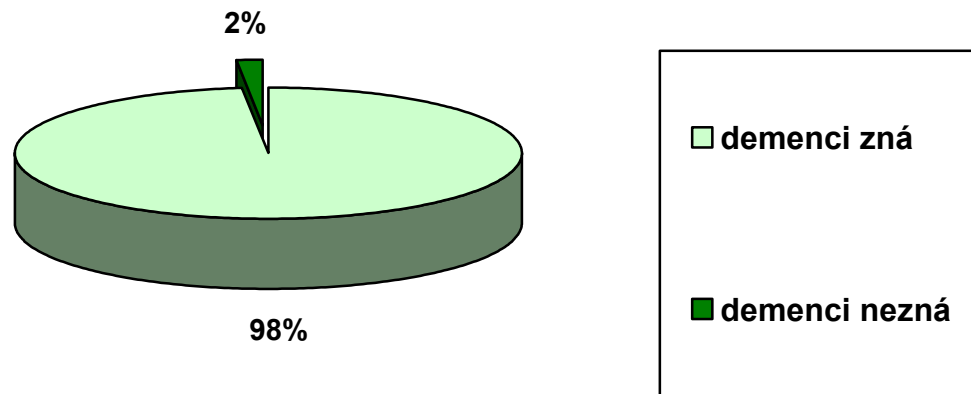
Pravidelně dochází ke svému praktickému lékaři na preventivní prohlídku každé 2 roky 29 seniorů (48 %), většinou dochází pravidelně 4 seniori (7 %) a 27 dotazovaných (45 %) odpovědělo, že na preventivní prohlídky pravidelně nechodí.

**Graf 21 Zájem seniorů o preventivně vzdělávací akce na podporu zdraví  
(otázka č. 4 rozhovor B)**



Účast na vzdělávací akci k prevenci zdraví potvrdilo 10 dotazovaných (17 %), 38 seniorů (63 %) se nezúčastnilo žádné obdobné akce, ale projevílo o ni zájem a 12 dotazovaných (20 %) se nezúčastnilo a ani nemá o účast na preventivně vzdělávací akci na podporu zdraví zájem.

**Graf 22 Povědomí seniorů o syndromu demence (otázka č. 5 rozhovor B)**



Onemocnění zvané „demence“ znalo 59 seniorů (98 %), 1 respondent (2 %) odpověděl, že toto onemocnění nezná, a proto nebyl dotazován v následujících doplňujících otázkách č. 6 - 10.

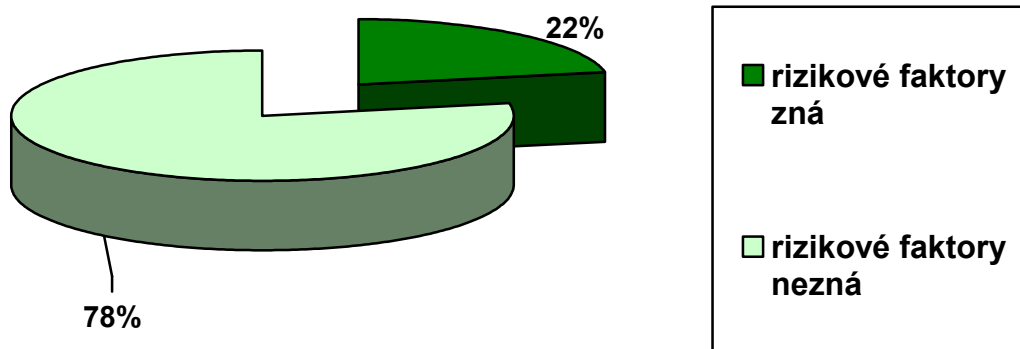
**Tabulka 1 Informovanost seniorů o příznacích demence  
(otázka č. 6 rozhovor B)**

Jaké jsou příznaky demence?		
Pořadí	Odpověď	Počet
1.	Poruchy paměti	57
2.	Poruchy řeči	37
3.	Poruchy chování	13
4.	Poruchy soběstačnosti	11
Součet		118

Tato otázka byla doplňující k otázce 22, odpovídali dotazovaní, kteří výše uvedli, že vědí co je syndrom demence. K otázce uváděli respondenti více odpovědí, které byly rozděleny do 4 skupin. Vyhodnoceno bylo 118 odpovědí. V 57 odpovědích označili senioři poruchy paměti, ve 37 odpovědích uvedli poruchu řeči, ve 13 případech uvedly poruchy chování a v 11 případech poruchy soběstačnosti.

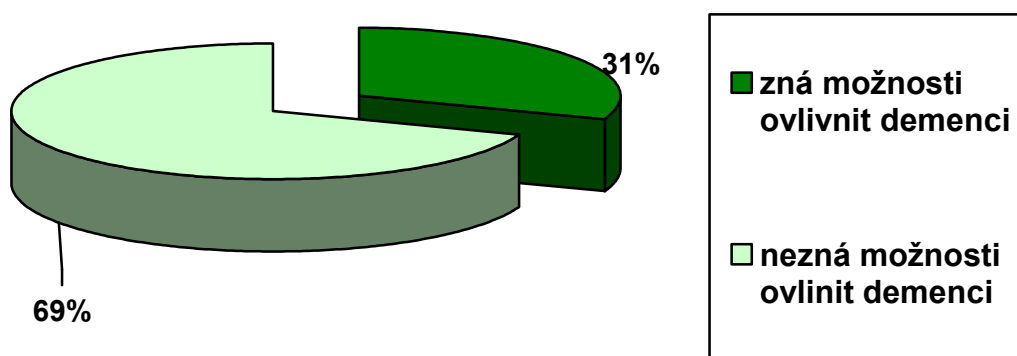


**Graf 23 Informovanost seniorů o rizikových faktorech demence (otázka č. 7 rozhovor B)**



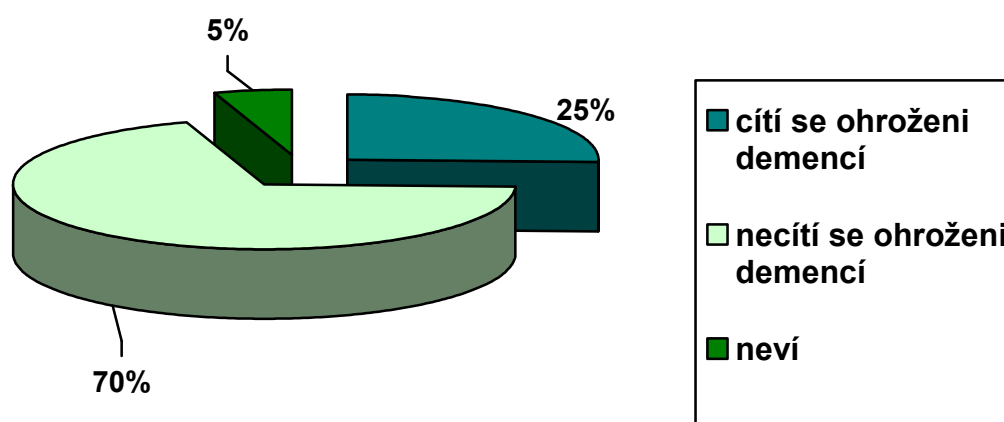
Na doplňující otázku, k informovanosti seniorů o rizikových faktorech demence odpovědělo 46 dotazovaných (78 %), že rizikové faktory nezná a 13 seniorů (22 %) odpovědělo, že rizikové faktory vzniku demence zná.

**Graf 24 Povědomí seniorů o možnosti ovlivnit průběh demence (otázka č. 8 rozhovor B)**



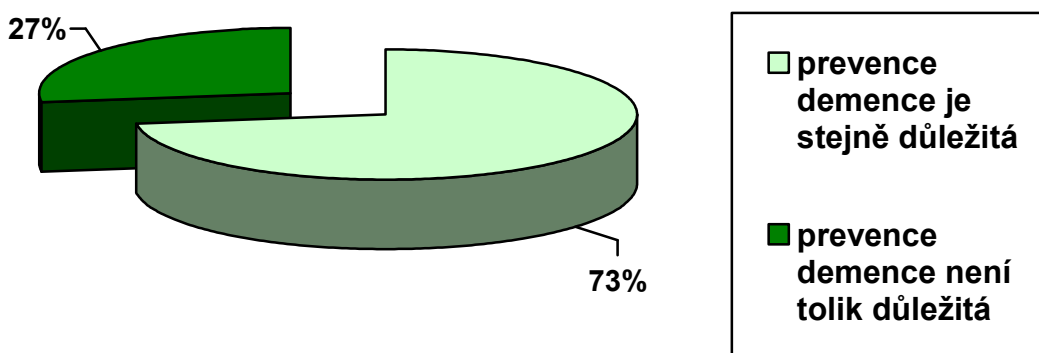
O možnosti do určité míry ovlivnit průběh demence vědělo 18 dotazovaných (31%) a 41 seniorů (69 %) o této možnosti nevědělo.

**Graf 25 Subjektivní postoj seniorů k ohrožení demencí (otázka č. 9 rozhovor B)**



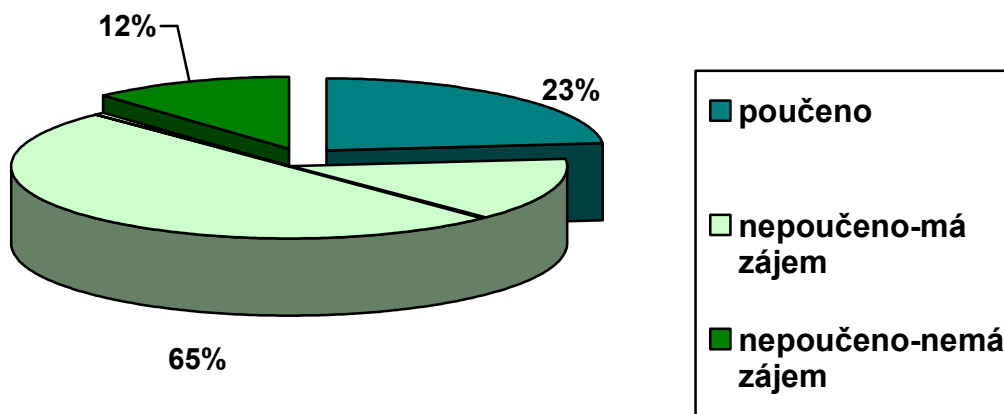
Ohroženo demencí se cítilo 15 seniorů (25 %) 59 a 41 dotazovaných (70 %) odpovědělo jednoznačně, že se ohroženi necítí a 3 respondenti (5 %) neví.

**Graf 26 Názor seniorů na odhalování příznaků demence v ordinaci praktického lékaře (otázka č. 10 rozhovor B)**



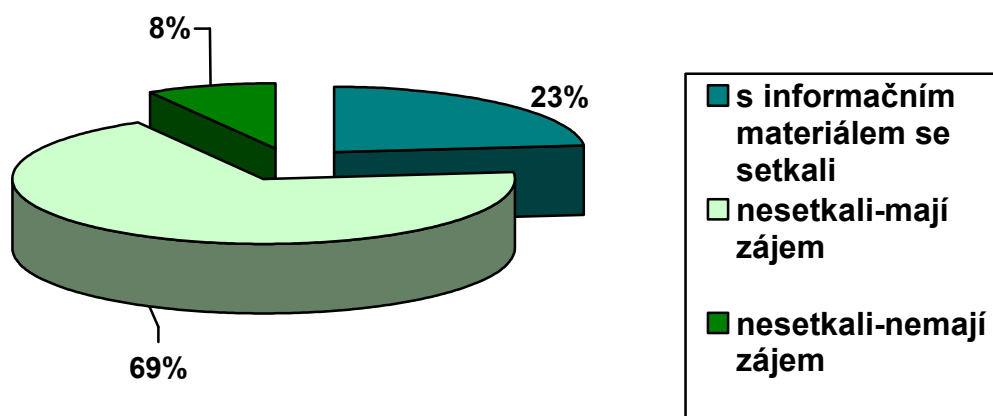
Názor, že odhalování příznaků demence v ordinaci praktického lékaře je stejně důležité jako prevence u jiných vážných onemocnění zastávalo 43 dotazovaných (73 %) a 16 seniorů (27 %) s tímto názorem nesouhlasilo.

**Graf 27 Edukace seniorů v ordinaci praktického lékaře (otázka č. 11 rozhovor B)**



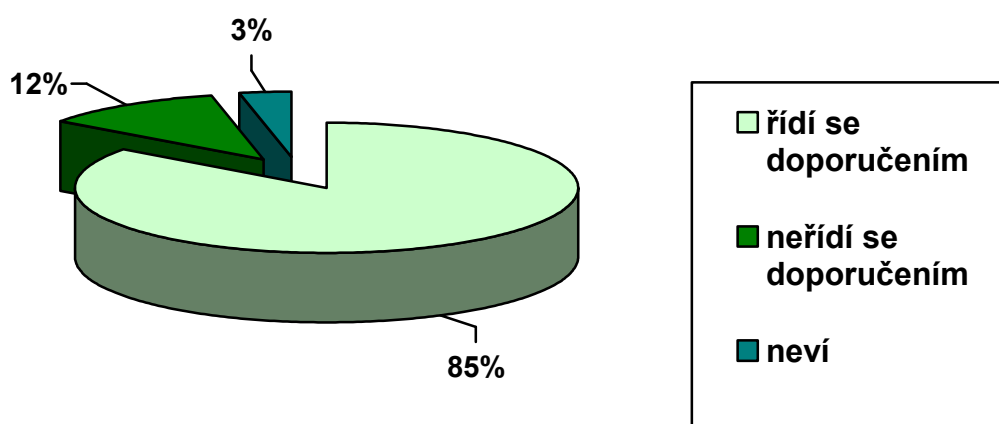
Tato otázka byla určena celému výzkumnému souboru, 14 dotazovaných (23 %) bylo poučeno o prevenci demence, 39 dotazovaných (65 %) poučeno v tomto směru nebylo, ale informace o možnosti předcházet demenci by považovali za vhodné, 7 seniorů (12 %), kteří také poučení nebyli si myslí, že není vhodné se v ordinaci praktického lékaře tímto zabývat.

**Graf 28 Dostupnost informačních materiálů k problematice demence  
(otázka č. 12 rozhovor B)**



S informačním materiálem, vztahujícím se k syndromu demence se 14 seniorů (23 %) v ordinaci praktického lékaře setkalo, 41 dotazovaných (69 %) tento informační materiál k dispozici nemělo, ale uvedli, že o něj mají zájem a 5 seniorů (8 %) se s tištěným materiálem k demenci neseškalo a zájem o tyto materiály ani nemá.

**Graf 29 Míra motivace seniorů k prevenci demence (otázka č. 13 rozhovor B)**



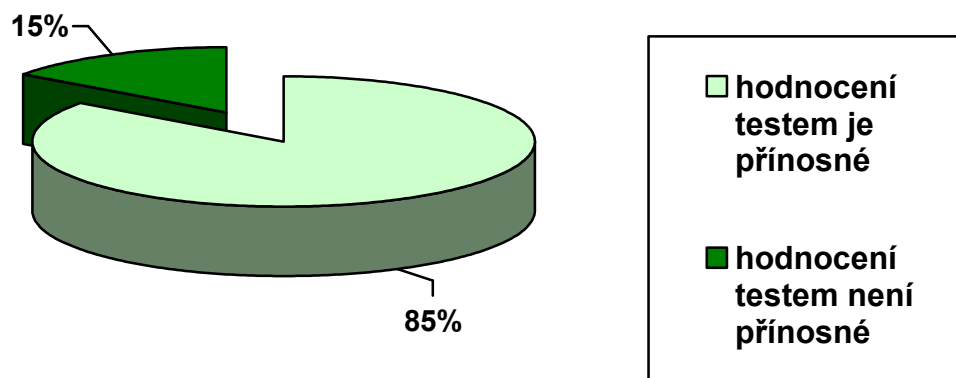
Řídit se doporučením sestry bude 51 seniorů (85 %) v ordinaci praktického lékaře a 7 seniorů (12 %) nebude doporučení k prevenci demence akceptovat. 2 senioři, (3 %) nedokázali odpovědět jednoznačně.

**Tabulka 2 Počet seniorů hodnocených v ordinaci praktického lékaře formou testu (otázka č. 14 rozhovor B)**

Jaké hodnotící testy Vám byly v ordinaci praktického lékaře provedeny?		
Pořadí	Odpověď	Počet
1.	Žádný test nebyl proveden	50
2.	Test soběstačnosti	9
3.	Test k posouzení kognitivních funkcí	3
4.	„Škála deprese pro geriatrické pacienty“	0
Součet		62

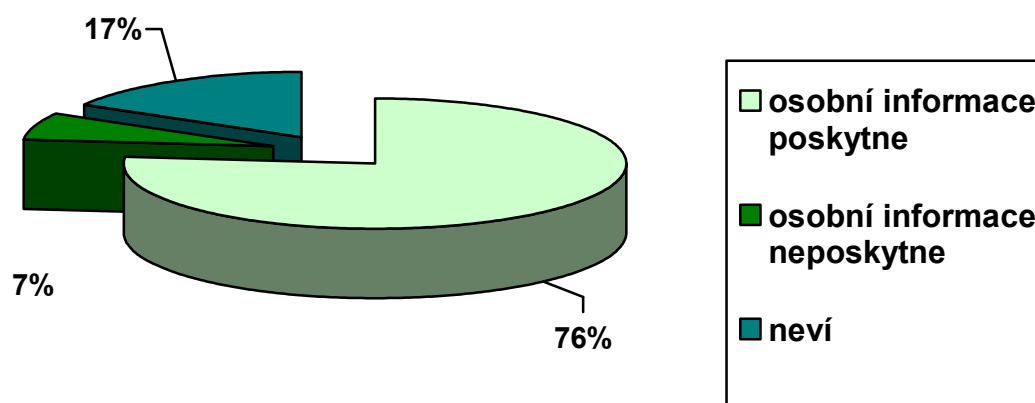
K otázce 31 mohli respondenti uvést více odpovědí. Vyhodnoceno bylo odpovědí celkem 62. V 50 odpovědích uvedli dotazovaní, že jim žádný z předvedených testů nebyl v ordinaci praktického lékaře nikdy prováděn, test pro posouzení soběstačnosti byl označen jako provedený v 9 odpovědích ve 3 odpovědích potvrdili senioři, že jim byl proveden test pro posouzení kognitivních funkcí. Podle odpovědí nebylo provedeno hodnocení deprese testem ani u jednoho dotazovaného.

**Graf 30** Názor seniorů na hodnocení formou standardních testů  
(otázka č. 15 rozhovor B)



Hodnocení formou uvedených testů považovalo v preventivní péči za přínosné 51 seniorů (85 %) a 9 dotazovaných (15 %) provádění testů v prevenci za přínosné nepovažovalo.

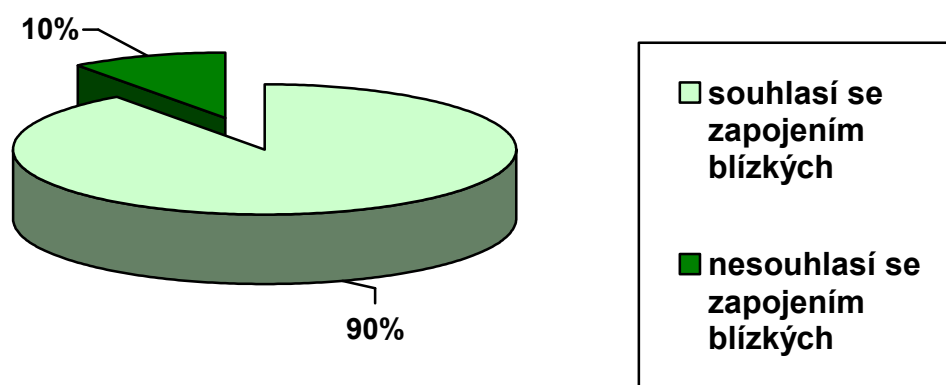
**Graf 31 Ochota seniorů sdělovat informace osobního rázu sestrám  
(otázka č. 16 rozhovor B)**



Potřebné údaje osobního charakteru by poskytlo 46 seniorů (71 %), pro 4 dotazované (17 %) bylo nepřijatelné na osobní otázky sestře odpovídat a 10 seniorů (7 %) nedokázalo jednoznačně odpovědět.

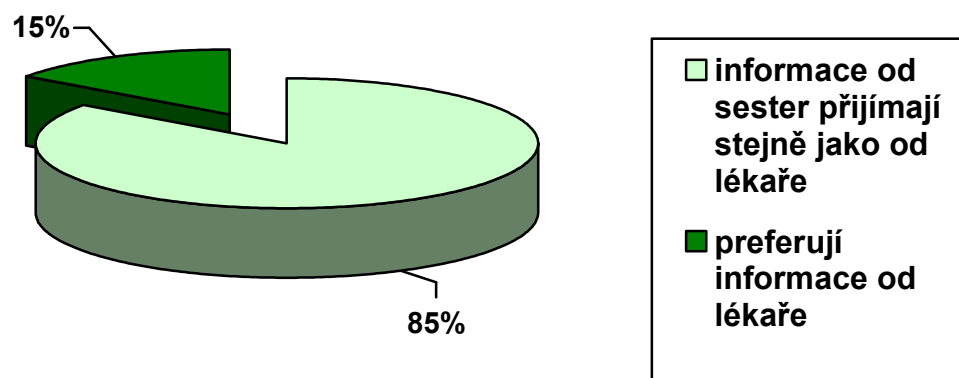


**Graf 32 Postoj seniorů k zapojování blízkých a příbuzných do léčebně preventivní péče o jejich osobu (otázka č. 17 rozhovor B)**



Celkem 54 dotazovaných (90 %) odpovědělo na otázku, že souhlasí se zapojováním blízkých do spolupráce v praktické ordinaci a 6 dotazovaných (10%), by v ordinaci praktického lékaře nesouhlasilo s rozhovorem blízké osoby nebo příbuzného.

**Graf 33 Vliv sester v edukaci seniorů (otázka č. 18 rozhovor B)**



V odpovědi uvedlo 51 seniorů (85 %), že informace k prevenci podané sestrou mají stejný význam jako od lékaře a 9 seniorů (15 %) důvěřovalo v edukaci k prevenci více lékaři než sestře.

## 5. Diskuse

Ústředním tématem výzkumné části byla úloha sestry v rozpoznávání časných stádií demence, což je onemocnění podmíněné stářím a ve svém důsledku zasahující do všech oblastí života. Seniorská populace nejen, že přibývá, ale také se stává vzdělanější a zdatnější, a má proto i vyšší nároky na zdravotnickou péči. Pro výzkum byl vybrán soubor sester z ordinací praktických lékařů, protože zde tvořili senioři, ohrožení syndromem demence nejpočetnější klientelu. Již v roce 2002 poukazoval Vojtěchovský (33) na možnost vyřešit problémy ve včasné diagnostice demence zapojením ambulantních sester do metod snímání standardních testů. Úloha sester v odhalování časných stádií demence nespočívá pouze v provádění hodnotících testů v rámci primární péče. Bylo proto nutné vést výzkum v širším kontextu. Zjišťovala a posuzovala se situace mimo jiné již v prevenci primární. Ze strany sester možnosti edukovat a motivovat seniory ke spolupráci a z perspektivy pacientů zase zájem o intervence sester v prevenci demence.

Prvním stanoveným cílem práce bylo zjistit, zda sestry pracující v ambulancích praktických lékařů pro dospělé mají možnosti vyhledávat signály časných stádií demence.

Úvodní otázka směřovala k délce praxe sestry v dané ordinaci. Pohybovala se v neomezeném limitu, od doby kratší než 5 let do doby delší než 15 let. Výsledek však jasně ukazoval (viz Graf 1), že převažovaly sestry s praxí od 5 do 14 let (63 %), mohla se předpokládat nízká fluktuace sester v ordinacích praktických lékařů, která zvýhodňuje poskytování efektivní ošetrovatelské péče na primární úrovni. Sestry měly možnost osobně poznat jednotlivé pacienty, seznámit se s prostředím, ve kterém žijí a získat další cenné informace, což vedlo k vytvoření důvěry, respektu a vzniku skutečného vztahu s pacientem tak jak tento proces popisuje Zgola (36).

Druhým všeobecným poznatkem bylo nejvyšší dosažené vzdělání sester. Většina sester byla absolventkami střední zdravotnické školy, bez dalšího pomaturitního vzdělání (viz graf 2). Ke srovnatelnému zjištění dospěla Bělská (3) ve své výzkumné práci, která byla zaměřena na funkci sestry v prevenci nádorových onemocnění v ordinacích praktických lékařů v regionu severních a jižních Čech. Vysvětlení, proč

neměly sestry z praktických ordinací zájem o další studium se nabízelo v dlouhodobě zavedeném neměnném způsobu práce převážně pod přímým dohledem lékaře, který sestru zaměstnával a vyšší vzdělanostní úroveň nevyžadoval. Naproti tomu k otázkám o získávání nových poznatků formou seminářů nebo samostudiem z odborných publikací, novin a časopisů se vyjadřovaly sestry s velkou převahou kladně. Otázky byly konkretizovány na vzdělávací akce v péči o seniory a problematiku demence nebo četbu tématického článku či publikace. Výsledek (viz graf 3 a graf 4) dokazoval, že si zdravotníci v primární péči uvědomili nutnost intenzivnějšího geriatrického vzdělávání, na které apeluje Kalvach (9) v souvislosti se změnou pohledu na zdraví seniorů a jejich zdravotnické potřeby. 90 % sester získává informace samostudiem z odborných publikací a článků, v 86 % se zúčastnily odborného semináře. Ve své ošetrovatelské praxi měly možnost aplikovat nové metody a získané poznatky k záchytu prvních signálů syndromu demence.

V další části rozhovoru směřovaly dotazy k prevenci obecné. Zde sestry odpovídaly, zda senioři docházejí pravidelně na preventivní prohlídky (viz graf 5) a současně byla shodná otázka položena také seniorům (viz graf 20). Ve výsledcích však došlo k mírnému rozporu. 17 % sester odpovídalo, že senioři nedochází pravidelně a senioři popřeli pravidelné návštěvy preventivních prohlídek ve 45 %. Nelze však zpochybňovat validitu odpovědí, protože nebylo splněno kritérium shodného počtu respondentů pro každou ordinaci. Téma účasti seniorů na pravidelných preventivních prohlídkách by se mohlo stát předmětem dalšího výzkumu. Podle odpovědí sester lze využít u více než poloviny seniorských pacientů preventivní prohlídku k realizaci intervencí k záchytu příznaků demence.

Nejdůležitější součástí v procesu diagnostiky demence je správně provedená anamnéza pacienta. Proto byly sestry dotazovány na časové možnosti k získávání anamnestických údajů od seniorů. Jen malá část sester (28 %) zaručeně měla (viz graf 6) dostatečný čas k odběru anamnézy. Podle výsledku ve 38 % ordinacích umožňovala organizace práce v ordinaci alespoň částečně, pouze v některých dnech věnovat seniorům vyhovující časový prostor. Lze se domnívat, že určitá časová bariera spočívala ve větším počtu seniorských pacientů, kterým sestry většinou argumentovaly,

ale zároveň mohla být překážkou specifita a náročnost komunikace se seniory. Kalvach (9) poukazuje na nutnost identifikovat a monitorovat skutečné potřeby stárnoucích lidí, velmi citlivým a individuálním přístupem a usiluje o zvýšenou toleranci zdravotníků ke geriatrickým pacientům. Příčinu mnoha problémů pak vysvětluje tím, že staří lidé jinak naprosto kompetentní a v dobré psychické kondici, mají pouze jiné životní tempo.

Potřebné anamnestické údaje se týkají velmi osobních informací, mnohdy zdánlivě nesouvisejících se zdravotním stavem, proto se zjišťovala spolupráce seniorů v tomto ohledu. 76 % z dotazovaných nemělo zábrany hovořit se sestrami ani o důvěrných otázkách (viz graf 31).

Zda prostředí, ve kterém probíhal rozhovor sester s pacienty vyhovovalo nárokům komunikace se seniory bylo zjišťováno otázkou 7. Osobní návštěvou výzkumníka bylo možno objektivně zhodnotit zázemí pracovny sester. Pouze ve 2 případech neměly sestry vlastní pracovnu, což byla významná překážka k vytvoření atmosféry důvěry a navázání vztahu, ale ostatní aspekty mající vliv na celkový dojem vyhovovaly. Ordinance i sesterny byly světlé, čisté, vhodně osvětlené, většinou splňovaly i akustické požadavky. Názor sester (viz graf 7) nebyl zcela shodný s úsudkem výzkumníka. Za adekvátní a odpovídající považovalo podmínky ve své ordinaci 66 % sester a překvapivě v 17 % sestry nedokázaly na tuto otázku jednoznačně odpovědět.

Základním předpokladem úspěchu v ošetřovatelství je důvěra pacienta ve zdravotnický personál. V rozhovoru sestry pochybovaly o respektu v rámci edukace, nepodloženě uváděly v 79 %, že senioři lépe přijmou doporučení od lékaře (viz graf 16). Názor vyvrátili sami senioři, když se vyjádřili v 85 %, že informace podané sestrou pro ně mají stejnou váhu jako od lékaře (viz graf 33).

Nedílnou součástí v péči o seniory zůstává spolupráce s rodinou pacienta nebo blízkými. Podle předpokladů uvedlo 76 % dotazovaných sester využívání jejich spolupráce při doplňování informací u pacientů vyššího věku (viz graf 13). Senioři měli také možnost vlastního vyjádření k uvedené spolupráci a téměř shodně v 90 % (viz graf 32) umožňují sestřám kontaktovat rodinné příslušníky. Tento pozitivní výsledek skýtal také určité riziko, na které upozorňuje Kalvach (23). Varuje před ponižujícím chováním zdravotníků, pokud jednají pouze s doprovodem seniora a nerespektují jeho autonomii.

Nemělo by docházet k obdobným nepříjemným situacím, pokud sestry důsledně vyžadují souhlas k předávání informací další osobě a seniorům neodjímají jejich kompetence.

*Hypotéza 1, která předpokládala, že sestry v ordinacích praktických lékařů pro dospělé nemají možnosti vyhledávat příznaky časných stádií demence byla vyvrácena.* Diskutabilní zůstávají omezené časové možnosti sester, které vycházely z tvrzení sester v otázkách odběru anamnézy, tímto argumentem však nelze jednoznačně hypotézu potvrdit. V ostatních komponentech došlo k popření. Jednalo se o možnost sester navázat s pacienty spoluprací a vzájemnou důvěru, o možnost seznámit se s novými poznatky využitelnými v ošetrovatelské praxi, dále o možnost pracovat se seniory v odpovídajících podmínkách. K vyvrácení hypotézy přispěl i fakt, že senioři ochotně sestram umožňovali nahlédnout do svého soukromí, spolupracovat s ostatními členy rodiny a v neposlední řadě i to, že pacienti respektovali profesionální úroveň sester.

Druhým cílem práce bylo zjistit, zda se sestry ve své praxi cíleně zaměřují na odhalení signálů časných stádií demence. Prvořadým ukazatelem byl postoj sester k seniorům se zvýšeným rizikem vzniku syndromu (viz graf 8). Výsledek nebyl uspokojivý. V 51 % ordinací sestry vůbec nevyhledávaly rizikové pacienty aniž by dokázaly uvést důvod, ve 28 % se sestry hájily vysokým počtem pacientů a v 21 % se dokonce domnívaly, že vyhledávání ohrožených osob s rizikem vzniku demence náleží do odborných ordinací psychiatrických a neurologických. Neobjevil se ani jeden případ, že by sestra vyhledávala rizikové seniory, což je alarmující. Právě na nutnost odlišovat osoby se zvýšeným rizikem výskytu demence apeluje Topinková (27), protože není reálné provádět screening u všech asymptomatických seniorů. Jednotlivá rizika vzniku demence jsou podrobně popsána v teoretické části práce.

V další fázi rozhovoru navazoval okruh stěžejních otázek se záměrem zjistit rozsah a realizaci vyšetření kognitivních funkcí sestrou v ambulancích praktických lékařů. Téměř ve všech ordinacích, kromě tří, se cílené hodnocení kognitivních funkcí provádělo a to formou testu MMSE (příloha 3), nebo použitím testu kreslení hodin (příloha 4), ale spadalo převážně do kompetence lékařů (viz graf 9), pokud tento test s pacientem prováděly sestry (pouze ve 14 %), bylo to vždy z pověření lékaře

u vyšetřovaného pacienta. Sestry v 86 % vysvětlovaly, že jsou schopny rozeznat kognitivní poruchu bez cíleného testování na základě vlastních zkušeností a dobré znalosti pacienta nebo při odběru anamnézy (viz graf 10). Domněnka sester byla v rozporu s navrhovaným postupem popsáním Zgolou (36), ten uvádí pro reálné hodnocení kognitivních schopností provést formální hodnocení nejen řeči, paměti, úsudku, ale i psaného jazyka, motoriky a vzhledu. Pouze rozhovor sestry s pacientem, doplněný sběrem anamnestických dat nelze považovat za dostačující v rámci cíleného zásahu k odhalování signálů demence.

Obdobná bilance se objevila při zjišťování hodnocení soběstačnosti v ordinaci praktických lékařů, hodnotící testy u seniorů prováděl zejména lékař. V 90 % byl test soběstačnosti součástí lékařského nálezu k žádosti o příspěvek na péči. V 10 % uvedly sestry, že je prováděn lékařem v případě, že se u pacienta objevily příznaky porušené soběstačnosti (viz graf 11). Pouze 14 % sester v ordinaci praktického lékaře provádělo hodnocení soběstačnosti testem, a to na základě přímého pověření (viz graf 12).

*Z výsledků vyplynulo potvrzení hypotézy 2, že sestry v ambulancích praktických lékařů pro dospělé se cíleně nezaměřují na odhalení časných stádií demence. Žádná z dotazovaných sester nevyhledává pacienty pro případný screening. Ve všech ordinacích byly k dispozici standardizované testy k posouzení aktuálního stavu seniorů, ale sestry je cíleně k záchytu demence nevyužívaly. Jako nejčastější argument zazněl nedostatek času. Sestry hodnotily kognici a sebeobslužné činnosti převážně na základě vlastních zkušeností a znalostí. Mylný názor sester nebyl ojedinělý, podobný úsudek vyvrací Vojtěchovský (34). Vychází z průzkumu provedeného v domovech důchodců a časovou náročnost u provádění testu MMSE odhaduje na 15 minut a provedení obou testů ADL a IADL na 10 minut. Otázkou zůstává, zda potřebná doba v součtu 25 minut na snímání testů je pro sestru v praktické ordinaci přijatelná. Nanejvýš znepokojujícím byl výše uvedený odkaz sester na odborné ordinace, které považovaly za příslušné k odhalování příznaků demence.*

K ucelenému pohledu na problematiku přispěly doplňující otázky k edukaci sester o riziku příznaků a možné prevenci demence. Nebyly přímo předmětem práce, ale vhodně doplňovaly stanovené cíle. Zazněla dvě samostatná kritéria - edukační rozhovor

a použití informačních materiálů. Edukační rozhovor provádělo z dotazovaného souboru 45 % sester (viz graf 14). Pro srovnání odpovídali také senioři (viz graf 27), v 23 % byli o prevenci poučeni. Obdobně se vyjadřovaly sestry k dostupnosti materiálů jako jsou letáky a plakáty (viz graf 15), celých 38 % dotazovaných mělo možnost je v edukaci laické veřejnosti použít. Pravdivost odpovědí byla výzkumníkem ověřena přímo v rámci osobní návštěvy v jednotlivých ordinacích a výsledek odpovídal skutečnému stavu věci. V odpovědích seniorů na otázku, zda se setkali s propagací k prevenci demence nedošlo k výraznému rozporu ve srovnání s realitou (viz graf 28). Z těchto dílčích závěrů vyšla domněnka o snaze sester zapojit co nejvíce pacienta do péče o své zdraví. Sestry preferovaly formu edukačního rozhovoru, což odpovídá doporučovaným metodám edukace podle Venglářové (33), ta ale zároveň klade důraz na zapojení co nejvíce smyslů při edukaci pacienta. Možnosti předávat informace pacientům názorně sestry ovšem v 62 % neměly.

Lze říci, že sestry nejsou zcela přesvědčeny o svých kompetencích a profesionálním vlivu v edukaci seniorů. V oblasti prevence syndromu demence, v 79 % předpokládaly, že většina pacientů vyššího věku doporučení k prevenci demence (viz graf 16) od sestry nepřijme stejnou měrou jako od lékaře. Naproti tomu odpovídali senioři, že pokud by od sester dostali konkrétní doporučení, jak předcházet samotnému vzniku onemocnění, nebo s jakými varovnými příznaky mají vyhledat odbornou pomoc, projevíli snahu v 85 % se instrukcemi řídit (viz graf 29).

V závěru rozhovoru se měly sestry vyjádřit k možnosti zúčastnit se odborného semináře, který by jim mohl usnadnit zavádění nových postupů k plnění úlohy v odhalování časných stádií demence. Odpovědi byly velmi uspokojivé, protože pouze tři sestry, případnou účast odmítly.

Poslední cíl práce byl orientován na laickou veřejnost, zda obyvatelé ve věku nad 65 let mají zájem o intervence sester k rozpoznávání časných stádií demence. Na výzkumu participovalo více žen (viz graf 18). Nejpočetnější skupinu (50 %) tvořili respondenti ve věku mezi 65. a 74. rokem (viz graf 19). V první fázi byla posuzována úroveň znalostí o syndromu demence, nejprve obecné povědomí o tomto onemocnění. Výsledek byl pozitivní, pouze jeden dotazovaný odpověděl, že neví o jaké onemocnění



se jedná. Pokud se v rozhovoru objevila otázka zjišťující konkrétní příznaky demence, nečinilo seniorům problém některé z nich jmenovat (viz tabulka 1). Nejčastěji zmiňovaným symptomem byly poruchy paměti, řeči pak chování a soběstačnosti. Nad očekávání jen 22 % laiků, vědělo o faktorech majících vliv na vznik onemocnění (viz graf 23). Pouze 31 % dotazovaných znalo existující možnost do určité míry ovlivnit průběh demence (viz graf 24). Subjektivně se dotazovaní v 70 % necítili ohroženi tímto onemocněním, které nejčastěji postihuje právě jejich věkovou kategorii (viz graf 25). K obdobnému závěru došla Šatenková a Sýkorová (25). Vysvětluje mimo jiné, že „senioři nejsou často schopni adekvátní sebereflexe“ co se týče kognitivních poruch, anebo „mají obavy z negativní sociální stigmatizace“ (25 s.179).

Otázky, které měly odkrýt reálné posuzování seniorů v ordinacích praktických lékařů, ukázaly, že pouze u 3 seniorů byl proveden test kognitivních funkcí a u 9 test sebeobsužných činností (viz tabulka 2). Aby se senioři mohli objektivně vyjádřit k využívání standardizovaných testů sestrami v praktických ordinacích museli s nimi být všichni v rámci rozhovoru nejprve seznámeni a poté odpovídali. Považovali v 85 % tento způsob screeningového vyšetření sestrou za přínosný (viz graf 30). O intervence sester edukačním rozhovorem projevilo zájem 65 % respondentů, pouze 12 % naopak nepovažovalo za vhodné se edukací demence v rámci prevence zabývat (viz graf 27). Porovnatelný výsledek vyplynul z dalšího šetření. Týkalo se využití informačních materiálů k problematice demence a zde byla forma názorné osvěty vítána v 69 % (viz graf 28). Ve výsledcích bylo výše uvedeno, že senioři vyjádřili respekt k sestram a jejich intervencím.

Samostatným hodnotícím kritériem byla účast na veřejném preventivně vzdělávacím programu nebo přednášce ke zdraví seniorů. Pouze 17 % dotazovaných se obdobné akce nezúčastnilo, ani o něj neprojevilo zájem, 20 % se přímo zúčastnilo a zbylých 63 % by se v případě uskutečnění zúčastnit také chtělo (viz graf 21).

*Hypotéza 3, že obyvatelé nad 65 let vítali intervence sester k rozpoznání časných stádií demence, byla potvrzena zcela jednoznačně. Úroveň znalostí seniorů v oblasti prevence a možností léčby tohoto syndromu nebyla příliš vysoká, vlastní ohrožení*

demencí starší lidé spíše podceňovali, ale intervence ze strany sester byly vnímány jako přínosné a vhodné ve všech věkových kategoriích dotazovaných seniorů.

## 6. Závěr

Bakalářská práce s názvem „Úloha sestry v rozpoznávání časných stádií demence“ vychází z nového pohledu na současnou seniorskou generaci, která je vzdělanější a zdatnější, do značné míry ovlivňovaná informacemi z masmédií. Senioři právě díky těmto změnám mají také vyšší nároky na zdravotnickou péči a zejména v ordinaci praktického lékaře očekávají vstřícnost, zájem i pochopení. Asi nejvíce se obávají ztráty důstojnosti, sebeúcty a osamělosti. Pro všechny zdravotníky by mělo být prioritou, umožnit těmto lidem život v dosavadním domácím prostředí, respektovat jejich osobnost, posilovat sebeúctu. K typické stářím podmíněné chorobě patří syndrom demence. O tomto onemocnění se v současné době mnoho diskutuje a to nejen pro stále se zvyšující výskyt nových případů, ale také v souvislosti s moderními léčebnými metodami, které dokáží průběh této choroby významně pozitivně ovlivnit.

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda sestry v ordinacích praktických lékařů pro dospělé mají možnosti vyhledávat signály časných stádií demence. Druhým, zda se cíleně zaměřují na jejich odhalení. Třetí cíl spočíval ve zjištění zájmu obyvatel nad 65 let věku o intervence sester k rozpoznávání časných stádií demence. Domnívám se, že všechny 3 stanovené cíle se podařilo splnit.

První hypotéza, která předpokládala, že sestry v ordinacích praktických lékařů pro dospělé nemají možnosti vyhledávat příznaky časných stádií demence byla vyvrácena. Sestry mají možnosti navázat s pacienty spolupráci a vzájemnou důvěru, seznámit je s novými poznatky využitelnými v ošetrovatelské praxi, dále i možnost pracovat se seniory v odpovídajících podmínkách. K vyvrácení hypotézy přispěl i fakt, že senioři ochotně sestrám umožňovali nahlédnout do svého soukromí, spolupracovat s ostatními členy rodiny a v neposlední řadě i to, že pacienti respektovali profesionální úroveň sester.

Druhá hypotéza byla na základě výsledků potvrzena. Sestry v ambulancích praktických lékařů pro dospělé se cíleně nezaměřují na odhalení signálů časných stádií demence.

Třetí hypotéza byla potvrzena, a to zcela jednoznačně. Obyvatelé nad 65 let vítají intervence sester k rozpoznání časných stádií demence. Úroveň znalostí seniorů

v oblasti prevence a možností léčby tohoto syndromu nebyla příliš vysoká, ohrožení demencí starší lidé spíše podceňovali, ale intervence ze strany sester byly vnímány jako přínosné a vhodné u všech všechny věkových kategorií od 65 let.

Doporučením pro praxi, které může současnou péči o seniory zkvalitnit, je především optimálně využívat kompetence sester, zejména v primární péči zavádět nové poznatky a osvědčené metody do jejich ošetrovatelské praxe. Odpovědnost za včasný záchyt příznaků demence nepřesouvat na specializovaná pracoviště psychiatrická nebo neurologická, zapojit sestry do provádění standardizovaných méně časově náročných testů u seniorů se zvýšeným rizikem výskytu demence. Směřovat intervence sester k posílení laické osvěty o zdravém stárnutí, a možných formách prevence syndromu demence.

Na základě projeveného zájmu o problematiku z řad zdravotníků, nabídnu účast na semináři, kde budou doporučeny možnosti a způsoby jak plnit úlohu sester v rozpoznávání časných stádií demence.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
2. BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 20 s. ISBN 80-86257-33-9.
3. BĚLSKÁ, V. *Funkce sestry v prevenci a časně detekci nádorových onemocnění*. České Budějovice, 2006. 66 s., Bakalářská práce na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity.
4. BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *Sestra a pacient*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
5. HOLMEROVÁ, I. STUDNICKÁ, E., O Alzheimerově nemoci a jiných příčinách demence. Dostupné z: <http://alzheimer.cz/?PageID=3>. /cit. 2007-11-10/.
6. HORT, J., RUSINA, R. et al. *Paměť a její poruchy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.
7. HÖSCHL, C. *Psychiatrie učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1997. 175 s. ISBN 80-85526-64-6.
8. JEDLIČKA, P., KELLER, O. et al. *Speciální neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 424 s. ISBN 80-7262-312-5.
9. KALVACH, Z. Zdravotnické aspekty stárnutí populace. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2007, roč. 56, č.10/2007. s. 12-14. ISSN 0044-1996.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
11. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 109 s. ISBN 80-247-1491-4.
12. KUŽELA, L. Umění stárnout bez nemocí. Dostupné z: <http://www.nejzdravi.cz/stari-starnuti-zmeny.aspx> /cit. 2007-12-03/.
13. LESNÁ, M. Kdo má nárok na léčbu demence v Británii. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2007, roč. 56, č. 43/2007. s. 5. ISSN 0044-1996.
14. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 152s. ISBN 978-80-247-1784-5.

15. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
16. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
17. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pečující o seniory*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-70-13-436-4.
18. MZČR, Cíl 5:Zdravé stárnutí, Program zdraví 21. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=211 /cit. 2007-12-03/](http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=211/cit.2007-12-03/).
19. PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: 1. vyd. Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
20. RABOCH, J., ANDERS, M. PRAŠKO, J. *Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 2. vyd. Praha: Infopharm, 2006. 204 s. ISBN 80-239-8501-9.
21. REKTOROVÁ, I. et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7387-017-1.
22. SOMROVÁ, R., Kvalita života seniorů - Vliv vzdělávání seniorů na psychiku a zdraví. *Generace 50 plus*. Třeboň: JČU ZSF a Ledox, 2005. s. 93-94. ISBN 80-7040-821-9.
23. SOUKUPOVÁ, I., ČERMÁK, M. Geriatr musí být především člověk. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2007, roč. 56, č. 49/2007 . s. 22-25. ISSN 0044-1996.
24. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 54 s. ISBN 80- 7013-323-6.
25. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-3.
26. TOPINKOVÁ, E. Co je a co není geriatricie. *Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin*. Praha: 2007, roč.56,č.12/2007. s.3-5. ISSN 0044-1996.
27. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*.1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999. 87 s. ISBN 80-238-4913-1.
28. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatricie pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.

29. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 168 s. ISBN 80-7013-324-4.
30. ÚZIS, Zdravotní stav populace. (online) <http://www.env.cz/www/dav.nsf/roценка06/c1.htm>, leden 2008.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
32. VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
34. VOJTĚCHOVSKÝ, M. Neuropsychologické minimum pro diagnostiku demencí pro SZP. *Sestra*. Praha: 2002, roč. 12, č. 2/2002. s. 20-21. ISSN 1210-0404.
35. Zákon č. 108/2006. Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. Dostupné z <http://www.dnzbystre.cz/data/zakon.htm> /cit. 2007-11-05/
36. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

## **8. Klíčová slova**

Demence

Kognitivní funkce

Ordinace praktického lékaře

Prevence

Senior

Úloha sestry



## **9. Seznam příloh**

Příloha 1 Struktura rozhovoru pro sestry

Příloha 2 Struktura rozhovoru pro seniory

Příloha 3 MMSE

Příloha 4 Test kreslení hodin

Příloha 5 Addenbrookova kognitivní baterie

Příloha 6 Test ADL –Barthelův test

Příloha 7 Test IADL

Příloha 8 Škála deprese pro geriatrické pacienty

Příloha 9 zkrácený mentální bodovací test

**Příloha 1 - Struktura rozhovoru (A) se sestrami v ordinacích praktických lékařů**

**1. Jaká je délka Vaší praxe v této ordinaci?**

- I. Méně než 5 let
- II. 5-14 let
- III. déle než 14 let

**2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání v oboru ošetřovatelství?**

- I. Střední zdravotnická škola
- II. Pomaturitní specializační studium
- III. Vyšší odborná škola
- IV. Vysokoškolské vzdělání

**3. Zúčastnila jste se v posledních 5 letech vzdělávací akce, která byla zaměřená také na problematiku nebo prevenci syndromu demence?**

- I. ano
- II. ne

**4. Přečetla jste si v posledních 2 letech odbornou publikaci nebo odborný článek vztahující se k syndromu demence a k její prevenci?**

- I. ano
- II. ne

**5. Kontrolujete, zda pacienti z vaší ordinace ve věku nad 65 let docházejí na pravidelné preventivní prohlídky?**

- I. ano
- II. ne
- III. jiná odpověď

**6. Myslíte si, že máte dostatek času pro sběr informací k podrobné sesterské anamnéze a k provedení orientačních hodnotících testů u každého pacienta ve věku nad 65 let?**

- I. ano
- II. ne
- III. jiná odpověď

.....  
.....

**7. Můžete ve své ordinaci zajisti odpovídající vhodné podmínky pro klidný nerušený rozhovor s geriatrickým pacientem?**

- I. ano
- II. ne
- III. jiná odpověď

.....  
.....

**8. Vyhledáváte ve vaší ordinaci rizikové skupiny pacientů ohrožených demencí?  
Pokud ne, můžete uvést důvod?**

- I. ano vyhledávám
- II. ne, z důvodu

.....  
.....

**9. Hodnotí lékař ve Vaší ordinaci kognitivní funkce pomocí standardizovaných testů? Pokud ano, u kterých pacientů?**

- I. ano – u pacientů s projevy kognitivní poruchy
- II. ano u pacientů v rámci prevence
- III. ano u jiných pacientů:

.....  
.....

- IV. ne

**10. Hodnotíte také Vy samostatně (na základě vlastního rozhodnutí) kognitivní funkce pomocí standardizovaného testu? Pokud ne, můžete uvést důvod?**

- I. ano
- II. ne z důvodu

.....  
.....

**11. Hodnotí lékař ve Vaší ordinaci u seniorů soběstačnost? Pokud ano, u kterých pacientů?**

- I. ano –u pacientů s poruchou soběstačnosti
- II. ano u pacientů v rámci prevence
- III. ano u jiných pacientů:

.....  
.....

- IV. ne

**12. Hodnotíte Vy sama ( na základě vlastního rozhodnutí) soběstačnost u seniorů pomocí některých standardizovaných hodnotících testů? Pokud ne, můžete uvést důvod?**

- I. ano
- II. ne z důvodu

.....  
.....

**13. Doplníte informace od seniorů o informace získané od jejich blízkých?**

- I. ano
- II. ne
- III. jiná odpověď

.....  
.....

**14. Edukujete seniory k prevenci demence? Pokud ne, můžete uvést důvod?**

- I. ano
- II. ne

**15. Máte ve vaší ordinaci k dispozici informační materiál k problematice demence?**

- I. ano
- II. ne

**16. Myslíte si, že pro pacienty má edukace od sestry stejnou váhu jako edukace od lékaře?**

- I. ano
- II. ne
- III. nevím

**17. Měla byste zájem o vzdělávací seminář na téma „Úloha sestry v rozpoznávání časných stádiích demence?“**

- I. ano
- II. ne
- III. nevím

## **Příloha 2 - Struktura rozhovoru (B) se seniory v okrese Tábor**

### ***1. Pohlaví dotazovaného seniora?***

- I. muž
- II. žena

### ***2. Kolik je Vám let?***

- I. 65 let - 74 let
- II. 75 let – 84 let
- III. více než 84 let

### ***3. Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři?***

- I. ano
- II. ne
- III. jiná odpověď.....

### ***4. Zúčastnil(a) jste se přednášky nebo podobné akce, která směřovala k prevenci zdraví seniorů? Pokud ne projevil(a) byste o ni zájem?***

- I. ano
- II. ne, mám zájem
- III. ne, nemám zájem

### ***5. Víte co je to demence?***

- I. ano
- II. ne.

( při záporné odpovědi neodpovídá na otázku 6-10)

**6. Jaké znáte příznaky demence?**

.....  
.....  
.....  
.....

**7. Znáte rizikové faktory tohoto onemocnění?**

- I. ano
- II. ne

**8. Víte, že je možno do určité míry tomuto onemocnění předcházet?**

- I. ano
- II. ne

**9. Cítíte se tímto onemocněním ohroženi?**

- I. ano
- II. ne
- III. nevím

**10. Souhlasíte s názorem, že odhalování prvních příznaků demence v ordinaci praktického lékaře je stejně důležité jako odhalování příznaků onemocnění srdce, cév, karcinomu tlustého střeva a dalších závažných onemocnění?**

- I. ano
- II. ne



**11. Byl jste poučen o možné prevenci nebo o příznacích demence v ordinaci praktického lékaře sestrou nebo lékařem samotným ? Pokud ne myslíte si že byste měl (a) zájem, aby Vám sestra poskytovala tento druh informací přímo v ordinaci jako součást preventivní prohlídky?**

- I. ano
- II. ne mám zájem
- III. ne nemám zájem

**12. Jsou pro Vás v ordinaci praktického lékaře k dispozici informační materiály k onemocnění demencí? Pokud ne měl(a) byste o ně zájem?**

- I. ano
- II. ne mám zájem
- III. ne nemám zájem

**13. Pokud získáte od sestry informace jakým způsobem je možno předcházet vzniku demence, budete tato doporučení dodržovat ?**

- I. ano
- II. ne
- III. nevím

**14. Byl Vám proveden některý z těchto hodnotících testů v ordinaci praktického lékaře (ADL, IADL. Hodnocení kognitivních funkcí (test MMSE, test kreslení hodin, Addenbrookova kogn. Baterie), „Škála deprese pro geriatrické pacienty" (s uvedenými testy respondenta seznámím)**

- I. ne
- II. ano

.....

.....

.....

.....

**15. Považujete za přínosné, aby sestra v ordinaci praktického lékaře prováděla některé z těchto testů?**

- I. ano
- II. ne

**16. Poskytnete sestře v ordinaci praktického lékaře informace o Vaši sociální a ekonomické situaci, vztazích v rodině, apod., i když tyto informace zdánlivě nemusejí s Vaším zdravím souviset?**

- I. ano
- II. ne
- III. nevím

**17. Pokud Vás sestra v ordinaci praktického lékaře požádá o rozhovor s Vašimi blízkými budete s tímto souhlasit?**

- I. ano
- II. ne
- III. nevím

**18. Mají pro Vás informace o prevenci podané sestrou stejnou váhu jako informace o prevenci, které uslyšíte z úst lékaře?**

- I. ano
- II. ne

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

### 1. Orientace

- Kolikátého je dnes?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc?
- Který je nyní rok?
- Které je roční období?
- Jak se jmenuje země, ve které jsme?
- Ve kterém jsme okrese?
- Ve kterém jsme městě?
- Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
- Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

### 2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

- Lopata
- Šátek
- Váza


### 3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65


Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. "OKRBY".

- M
- R
- K
- O
- P

### 4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat

- Lopata
- Šátek
- Váza

### 5. Pojmenování

- Ukažte náramkové hodinky: Co je to?
- Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.

### 6. Opakování

- Opakujte po mně:
- „Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

### 7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

- Uchopení papíru
- Přeložení na polovinu
- Položení na zem


### 8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzveme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

### 9. Psaní

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--

### 10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

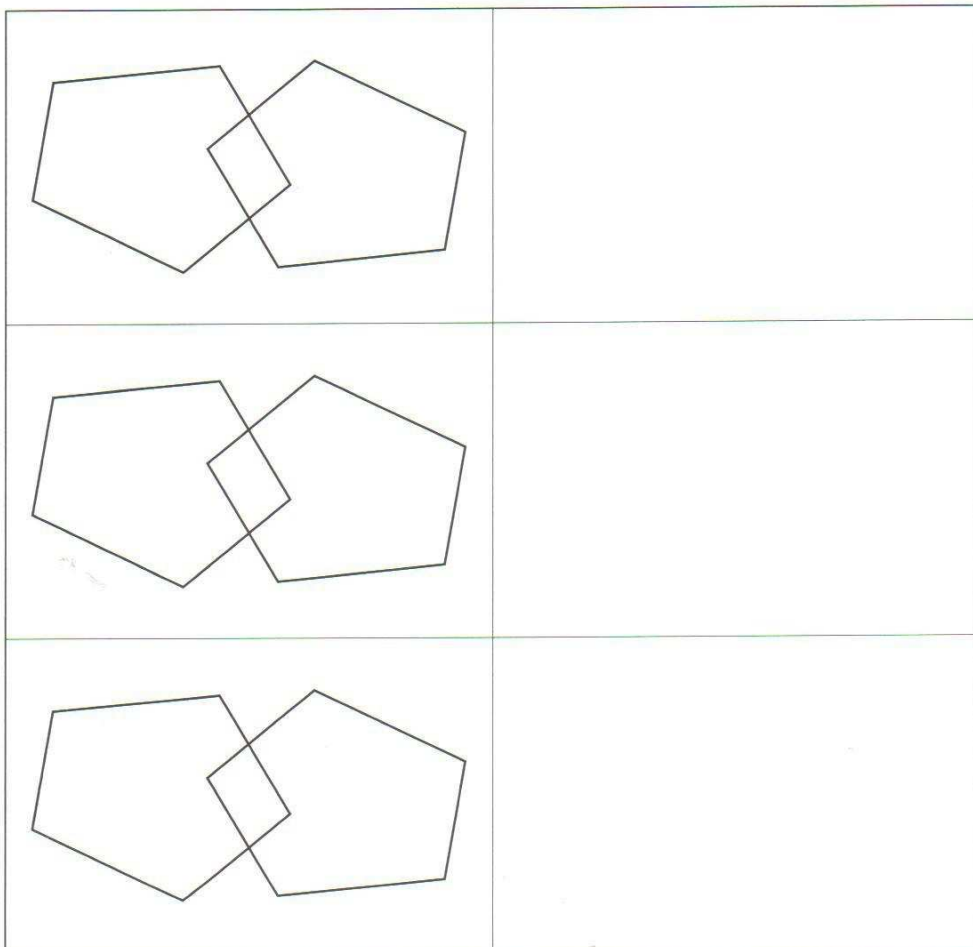
--	--	--

	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
<b>Celkem bodů</b>			

#### HODNOCENÍ:

- max. počet - 30 bodů
- 27 - 30 normální stav
- 25 - 26 hraniční nález, možnost demence
- 10 - 24 demence mírného až středně těžkého stupně
- 6 - 9 demence středně těžkého až těžkého stupně
- 6 a méně demence těžkého stupně

# Zavřete oči



## TEST KRESLENÍ HODIN

### Pokyny pro provedení:

- Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem (příloha 2a). Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi následující pokyn: „Toto mají být hodiny. Doplněte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas „10 hodin 10 minut“.“
- Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnotte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem provedení na kresbu.
- Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

Skóre	Popis	Příklady
1	<b>Bezchybné provedení</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>číslíce 1–12 ve správném pořadí i místě</li> <li>dvě ručičky ve správné poloze</li> </ul>	
2	<b>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné</li> <li>číslíce mimo kruh</li> <li>otočení papíru s otočením číslic</li> <li>použití pomocných čar pro lepší orientaci</li> </ul>	
3	<b>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>pouze jedna ručička</li> <li>čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“</li> <li>čas vůbec nezaznamenán</li> </ul>	
4	<b>Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>nepravidelné mezery</li> <li>zapomenutí čísel</li> <li>perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li> <li>záměna pravý-levý (číslíce proti směru)</li> <li>dysgrafie – chybějící čitelné číslice</li> </ul>	
5	<b>Težká prostorová dezorganizace</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</li> </ul>	
6	<b>Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>žádný pokus zakreslit hodiny</li> <li>ani vzdálená podobnost s hodinami</li> <li>napsáno slovo nebo jméno</li> </ul>	

Podle: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.: Jak správně a včas diagnostikovat demenci, UCB Pharma, Praha, 1999

Jméno, příjmení	<input type="text"/>	Datum vyšetření	<input type="text"/>
Datum narození	<input type="text"/>	Délka vzdělání (roky)	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Dosažený stupeň vzdělání	<input type="text"/>
Administrátor	<input type="text"/>	Povolání	<input type="text"/>
		Lateralita	<input type="text"/>

### 1. ORIENTACE

Zeptejte se pacienta: (Skóre 0–10)

Který je dnes den v týdnu?	Jak se jmenuje budova, ve které jsme?	<input type="text"/>
Kolikátého je dnes?	V kolikátém jsme poschodí?	<input type="text"/>
Který máme nyní měsíc?	Ve kterém jsme městě?	<input type="text"/>
Který máme nyní rok?	V jakém jsme kraji?	<input type="text"/>
Jaké je roční období?	V jaké jsme zemi?	<input type="text"/>

Za každou správnou odpověď přidáme jeden (1) bod.

### 2. PAMĚT – ZAPAMATOVÁNÍ

Řekněte pacientovi: (Skóre 0–3)

„Nyní vám řeknu tři slova a vaším úkolem bude je zopakovat“:

**jablko**

**klíč**

**balón**

Poté, co je pacient zopakuje, řekněte další instrukci:  
 „Pokuste se zapamatovat si tato slova, protože se vás na ně budu později ptát.“  
 Po pacientovi požadujeme, aby si tato tři slova 3× zopakoval pro lepší zapamatování, avšak bodově hodnotíme pouze první pokus o opakování (přičemž nezáleží na tom, v jakém pořadí pacient slova zopakuje).  
 Za každé zopakované slovo z prvního pokusu dáváme jeden bod. Počet opakování

### 3. POZORNOST A POČTY

Požádejte pacienta: (Skóre 0–5)

„Nyní odečtete číslo 7 od čísla 100“:

100

93

86

79

72

65

Poté, co pacient odpoví, ho požádáme, aby takto odečetl 7 ještě 4× za sebou (tedy celkem 5×).  
 Pokud pacient udělá chybu, necháme ho pokračovat a počítáme následující správné odpovědi (např. 93, 84, 77, 70, 63 – celkové skóre 4 body). Skončíme po pěti odečtech (93, 86, 79, 72, 65).  
 Pokud pacient nechce nebo není schopen počítat, požádejte jej:  
 „Hláskujte slovo CESTA“. Pak požádejte pacienta, aby hláskoval toto slovo pozpátku.

### 4. PAMĚT – VYBAVENÍ

Zeptejte se pacienta: (Skóre 0–3)

„Která tři slova jste si před chvílí opakoval(a) a měl(a) si je zapamatovat?“

**jablko**

**klíč**

**balón**

Za každé správně vybavené slovo dáváme bod, přičemž nezáleží na pořadí vybavení slov.

ORIENTACE

POZORNOST

PAMĚT





## 8. JAZYK – POROZUMĚNÍ

- Pacientovi ukažte níže napsanou větu („Zavřete oči“) a požádejte ho/ji:

„**Přečtete nahlas, co je zde napsáno, a udělejte to.**“  
Bod dáváme za správné vykonání příkazu.

(Skóre 0–1)

# ZAVŘETE OČI

### Třístupňový požadavek

- Dejte pacientovi list papíru a požádejte ho o vykonání úkolů (až poté, co je od vás všechny vyslechne):

„**Veźmĕte tento list papĕru do vaší pravĕ ruky. Pĕlozĕte ho na pŭl. Polozĕte ho na zem.**“  
Počítáme bod za každou správnĕ vykonanou část požadavku.

(Skóre 0–3)

## 9. JAZYK – PSANÍ

- Požádejte pacienta o napsání jakékoliv věty do volného prostoru (viz Pacientský list):

Bod počítáme, pokud věta obsahuje předmět a přísudek a je logicky koherentní.

(Skóre 0–1)

## 10. JAZYK – OPAKOVÁNÍ

- Požádejte pacienta, aby po vás zopakoval následující slova:

**nosorožec, výstřednost, nesrozumitelný, statistik**

Hodnotíme:

2 body, pokud jsou zopakována všechna slova správnĕ

1 bod, pokud jsou zopakována tři slova správnĕ

0 bodů, pokud jsou správnĕ zopakována dvě slova nebo ménĕ slov

(Skóre 0–2)

- Požádejte pacienta, aby po vás zopakoval:

„**Vĕce než, naopak a pod.**“

- Požádejte pacienta, aby po vás zopakoval:

„**Ne jestliže, pokud nebo ale.**“

Dáváme bod za každou správnĕ zopakovanou větu.

(Skóre 0–2)

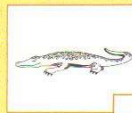
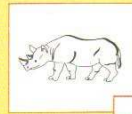
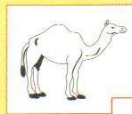
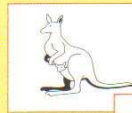
## 11. JAZYK – POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTŮ

- Požádejte pacienta, aby pojmenoval následující předmĕty na obrázcích:

Dáváme bod za každý správnĕ pojmenovaný předmĕt.

(Skóre 0–2)

tužka + hodinky

(Skóre 0–10)



Použijte obrázky výše a zeptejte se pacienta:

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s královstvím.

Ukažte jeden obrázek, na kterém je vačnatec.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s Afrikou.

Ukažte jeden obrázek, který souvisí s námořnictvím.

Dáváme jeden bod za každou správnou odpověď.

(Skóre 0-4)

### 13. JAZYK – ČTENÍ

Požádejte pacienta, aby přečetl následující slova:

Bod dáváme, pokud pacient přečte správně všechna slova.

**šít**

**litr**

**saze**

**těsto**

**výška**

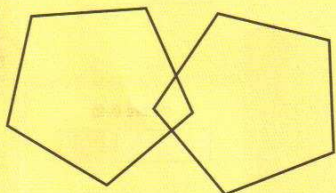
(Skóre 0-1)

### 14. ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

#### Překrývající se pětiúhelníky

(Skóre 0-1)

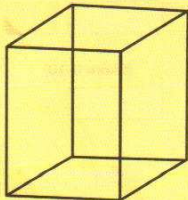
Požádejte pacienta, aby překreslil daný obrázek:



#### Kostka

(Skóre 0-2)

Požádejte pacienta, aby překreslil daný obrázek:



#### Hodiny

(Skóre 0-5)

Požádejte pacienta, aby nakreslil hodiny (ciferník s číslicemi) a poté přikreslil ručičky, které ukazují 11 hodin 10 minut

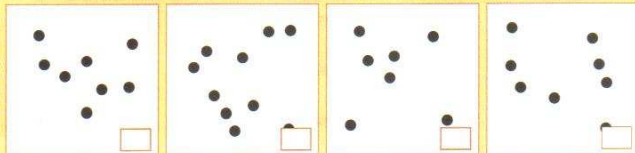
JAZYK

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

15. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

Požádejte pacienta, aby spočítal všechny tečky v daném obrázku bez toho, aby na ně ukazoval.  
Počítejte jeden bod za každý správně určený počet teček ve čtverci.

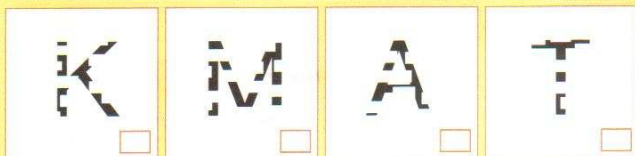
(Skóre 0-4)



16. PERCEPČNÍ SCHOPNOSTI

Požádejte pacienta, aby určil a přečetl následující písmena.  
Počítejte jeden bod za každé správně rozpoznané písmeno.

(Skóre 0-4)



17. VYBAVENÍ (RECALL) – VYBAVENÍ ANTEROGRÁDNÍCH PAMĚTOVÝCH INFORMACÍ

Řekněte pacientovi:  
„Před nějakou chvílí jste se učil(a) a měl(a) si zapamatovat adresu. Zkuste mi ji nyní zopakovat.“  
Počítáme bod za každou správně vybavenou položku.

(Skóre 0-7)

Martin Dvořák	
Sadová ulice 73	
Hostěnice	
Liberec	

18. ZNOVUPOZNÁVÁNÍ (REKOGNICE)

Tato část je administrována, pokud pacient selže v předchozí zkoušce ve vybavení jedné nebo více položek. Pokud si pacient vybaví všechny položky předchozí zkoušky, přeskočíme tuto zkoušku a automaticky skórujeme 5 bodů. Testujeme pouze pacientem nevybavené položky.

(Skóre 0-5)

Pacientovi řekněte:  
„Dobře, nyní vám budu trochu napovídat. Například, řeknu vám tři jména a vy z nich zkusíte vybrat to, které bylo uvedeno na adrese. Takto budeme pokračovat i v dalších položkách.“  
Každá správně rozpoznaná položka je hodnocena jedním bodem, který připočteme k bodům případně získaným automaticky správným spontánním vybavením v minulé zkoušce.

Pavel Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Dvořák	<input type="checkbox"/>	Martin Doležel	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Květinová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová ulice	<input type="checkbox"/>	Sadová třída	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	76	<input type="checkbox"/>	73	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Pavlovice	<input type="checkbox"/>	Hostěnice	<input type="checkbox"/>	Smíchov	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>
Liberec	<input type="checkbox"/>	Ptzeň	<input type="checkbox"/>	Olomouc	<input type="checkbox"/>	vybaveno	<input type="checkbox"/>

ZRAKOVÉ – PROSTOROVÉ SCHOPNOSTI

PAMĚŤ





### Barthelův test základních všedních činností (ADL-activity daily living)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

## Test instrumentálních všedních činností (IADL - Instrumental Activity Daily Living )

		bodové skóre
<b>1. telefonování</b>	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže používat telefon	0
<b>2. transport</b>	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, spec. upravený vůz	0
<b>3. nakupování</b>	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
<b>4. vaření</b>	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
<b>5. domácí práce</b>	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
<b>6. práce kolem domu</b>	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
<b>7. užívání léků</b>	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
<b>8. finance</b>	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Hodnocení stupně závislosti:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
96 – 100 bodů	nezávislý

## ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

### Otázky:

1. Mám zájem o život.
2. Mám zájem o své okolí.
3. Mám zájem o své věci.
4. Mám zájem o své zdraví.
5. Mám zájem o své peníze.
6. Mám zájem o své děti.
7. Mám zájem o své vnoučata.
8. Mám zájem o své přátelé.
9. Mám zájem o své známé.
10. Mám zájem o své sousedy.
11. Mám zájem o své kolegy.
12. Mám zájem o své spolužáky.
13. Mám zájem o své učitelé.
14. Mám zájem o své rodiče.
15. Mám zájem o své prarodiče.
16. Mám zájem o své sestry.
17. Mám zájem o své bratry.
18. Mám zájem o své tety.
19. Mám zájem o své strýčky.
20. Mám zájem o své dědečny.
21. Mám zájem o své babičky.
22. Mám zájem o své prapraděly.
23. Mám zájem o své prapraděly.
24. Mám zájem o své prapraděly.
25. Mám zájem o své prapraděly.

Hodnocení: Za každou odpověď vyříděnou voličem přemery  
započítá 1 bod

45 bodů = normální stav duševní

30-44 bodů = mírná deprese  
15-29 bodů = středně těžká deprese  
0-14 bodů = těžká deprese

**Příloha 9 Zkrácený mentální bodovací test - hodnocení psych. stavu podle Gajda**

**Zjistěte u nemocného otázkami a úkoly:**

1. věk	1
2. kolik je asi hodin	1
3. adresu *	1
4. současný rok	1
5. kde je hospitalizován	1
6. poznání alespoň dvou osob	1
7. datum narození	1
8. jméno současného presidenta	1
9. odečítání zpět od 20 do 1 nebo vyjmenovat pozpátku měsíce v roce od prosince k lednu	1

---

Celkem

*\* na konci testu by měla být adresa nemocným zopakována, abychom se ujistili, že nemocný dobře slyší.*

Test slouží k ošetřovatelskému zhodnocení. Za každou správnou odpověď má nemocný 1 bod. Nedosáhne-li ani 7 bodů, jedná se o zmatenost.

