

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Hana Pojarová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Hana Pojarová

Specifika ošetrovatelské péče o seniory s demencí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Konečná Jana

Olomouc 2014

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce v ČJ: Specifika ošetrovateľskej péče u seniorů s demencií.

Název práce v AJ: The specifics of nursing care for the elderly with dementia.

Datum zadání: 2014-01-22

Datum odevzdání: 2014-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovateľství

Autor práce: Hana Pojarová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Konečná

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce prezentuje publikované poznatky týkající se specifík ošetrovateľskej péče u seniorů s demencií, zaměřuje se na tři konkrétní oblasti, které jsou uspořádány podle předem stanovených dílčích cílů. Obsahem práce jsou dohledané údaje v českých a zahraničních periodikách týkající se problematiky demencií a nejčastěji používaných testů pro identifikaci demencií, specifické ošetrovateľskej péči a možností nefarmakologické léčby u seniorů s demencií.

Abstrakt v AJ: Overview bachelor thesis presents the published findings concerning the specifics of nursing care for the elderly patients with dementia, focusing on three specific areas that are arranged according to predetermined sub-objectives. The content of the work are finding items in Czech and foreign periodicals concerning the issue of dementia and the most commonly used tests to identify dementia-specific nursing care and non-pharmacological treatment options for seniors with dementia.

Klíčová slova v ČJ: senior - demence - prevalence demencií - hodnotící testy - ošetrovateľská péče - nefarmakologická léčba

Klíčová slova v AJ: senior - dementia - dementia prevalence - evaluation tests - nursing care - non-pharmacological treatment.

Rozsah: 58 s.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2014

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Janě Konečné za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a podněty

OBSAH

ÚVOD	7
1 PREVALENCE DEMENCÍ A FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ DEMENCI	9
2 FÁZE DEMENCE	11
3 ZÁKLADNÍ POUŽÍVANÉ TESTY PRO IDENTIFIKACI DEMENCÍ.....	13
3.1 Posuzování kognitivních funkcí.....	13
3.2 Hodnocení aktivit denního života.....	17
4 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S DEMENCÍ.....	20
4.1 Stádium lehké demence.....	21
4.2 Druhé stádium demence.....	22
4.3 Třetí stádium demence.....	27
4.4 Poslední stádium demence.....	28
5 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA DEMENCE.....	29
ZÁVĚR	37
REFERENČNÍ SEZNAM	41
SEZNAM ZKRATEK	57

ÚVOD

Demence je závažné trvale progredující onemocnění, rychle narůstající a nejhůře diagnostikované u lidí vyššího věku. Hovoří se o ní jako o "tiché epidemii" s narůstající prevalencí v důsledku současného stárnutí populace. Značná část obyvatel není o existenci demencí informována nebo ji podceňuje. Často se hovoří o "skleróze". Nemoc je nevyléčitelná a nese s sebou významnou socioekonomickou zátěž, proto je jedním z nejdůležitějších problémů Evropské unie (Holmerová et al., 2010, s. 139-144. Přehledová bakalářská práce je zaměřena na problematiku demencí v péči o seniory s cílem odpovědět na otázku: „ Jaké byly publikovány poznatky o specifických ošetrovatelské péče u seniorů s demencí v ČR a zahraničí ? “

Pro vypracování bakalářské práce byly stanoveny následující dílčí cíle:

Cíl 1. Předložit dohledané publikované poznatky o problematice demencí u seniorů.

Cíl 2. Předložit dohledané publikované poznatky o specifické ošetrovatelské péči u seniorů s demencí.

Cíl 3. Předložit dohledané publikované poznatky o možnostech nefarmakologické terapie u seniorů s demencí.

Jako vstupní studijní literatura byly prostudovány následující publikace:

1. KUBEŠOVÁ, Hana. 2009. Akutní stavy v geriatrii. 1. vyd. Praha: GALÉN, 2009, s. 233. ISBN 978-807-2626-205.
2. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. 2006. Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: GALÉN. 2006, s. 44. ISB 80-726-2455-5.
3. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. 2007 Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV PUBLIC RELATIONS. 2007, s. 143. ISBN 978-80-254-0179-8.
4. KALVACH, Zdeněk. 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Vyd. 1. Praha: GRADA, 2008, s. 336. ISBN 978-80-247-2490-4.
5. MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: GRADA, 2011, s. 328. ISBN 978-802-4731-483.

6. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Vyd. 1. Praha: GRADA. 2007, s. 96. ISBN 978- 802-4721-705.
7. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. 2009. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: GRADA. 2009, s. 164. ISBN 978-802-4724-546.
8. KALVACH, Zdeněk. 2004. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha: GRADA. 2004, s. 866. ISBN 80-247-0548-6.
9. TOPINKOVÁ, Eva. 2005. Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: GALÉN. 2005, s. 270. ISBN 80-726-2365-6.
9. PIDRMAN, Vladimír. 2007. Demence. Vyd. 1. Praha: GRADA. 2007, s. 183. ISBN 978-802-4714-905.

Popis rešeršní strategie:

Na začátku byla stanovena kritéria vhodná pro zpracování bakalářské přehledové práce: dohledání odborných článků českých a cizojazyčných, rok vydání 2000 - 2014, publikace po recenzním řízení. Následně byla použita klíčová slova pro vyhledávání v periodikách a databázích. Základní klíčová slova tvořila: senior, demence, prevalence demencí, hodnotící testy, ošetrovatelská péče, nefarmakologická léčba. V první fázi bylo využito rešeršních služeb specializované knihovny NCO - NZO Brno. Při zadání klíčových slov "demence u seniorů" bylo knihovnou nalezeno 185 článků, z nichž bylo dle stanovených kritérií vybráno 19. Ve druhé fázi bylo vyhledáváno v českých elektronických zdrojích pomocí databáze Bibliographia medica Čechoslovaca. Tímto způsobem bylo nalezeno 55 článků, pro tvorbu práce bylo použito 11 z nich. Byl použit jeden recenzovaný článek z nerecenzovaného časopisu Sestra. Pomocí vyhledávače časopisu Professe on-line byl dohledán jeden článek, který byl použit. Ve třetí fázi bylo vyhledáváno pomocí Portálu elektronických informačních zdrojů UP, a to v databázích PUBMED, MEDLINE, EBSCO, PROQUEST. Zde bylo nalezeno celkem 256 textů, relevantních bylo 120 z nich. Celkem bylo pro bakalářskou práci použito 91 článků (34 textů českých a 57 zahraničních). Zbýlých 346 článků nebylo uplatněno pro duplicitní informace, nebo se týkaly tématu jen okrajově.

1 PREVALENCE DEMENCÍ A FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ DEMENCI

Patří mezi nejzávažnější choroby ve vyšším věku a spolu s depresemi a delirií jsou nejčastějšími těžkými psychickými poruchami v preseniu a seniu. Je charakterizována jako celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením ve všech složkách psychiky. Zasahuje v důsledku celou osobnost, tedy i její tělesné součásti. Dochází zde ke snížení úrovně kognitivních funkcí, jako je např. paměť, pozornost, vnímání, řečové funkce, souhrnně označovaných jako inteligence. Postižena bývá i oblast aktivit denního života. Jsou přítomny poruchy psychické a behaviorální oblasti což jsou poruchy emocí, chování, spánku, cyklu spánek bdění (Holmerová, et al. 2009, s. 31-35).

Prevalence demence

Riziko vzniku demence stoupá s věkem, u lidí starších 65 let je 5 %, v 75 letech již 10%, u osmdesátiletých 20% a ve věkové skupině nad 90 let trpí jasnými příznaky demence 50 % populace (Goldmund, Telecká, 2008, s. 121-124). Podle MPSV ČR by měly osoby starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace v ČR, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje asi 3 miliony obyvatel. V ČR je 100 000 až 140 000 nemocných s demencí starších 65 let. U dalších 150 000 až 200 000 jsou přítomny příznaky počínající demence a mnoho dalších zůstává nediagnostikováno (MPSV ČR, 2010). V letech 2008 - 2012 vzrostl v Česku o pětinu celkový počet hospitalizovaných pro demenci (Wija, 2012, s. 1-3). Odhad výskytu nemocných s touto chorobou na celém světě je 35,6 milionů. Ročně přibývá 13 000 až 26 000 nových případů tohoto onemocnění. Předpokládá se, že tento počet se do roku 2030 zdvojnásobí a v roce 2050 ztrojnásobí (MacGill, 2009, s. 123-125).

Faktory ovlivňující demenci

V roce 2005 byla provedena pozorovací studie, která zkoumala vztah mezi vzděláním a rizikem demence. Výsledky této studie potvrzují, že nízké vzdělání může být rizikovým faktorem pro demenci, zvláště Alzheimerova typu (Basu, 2012, s. 7-11). Anděl a Vaňková tvrdí, že vyšší socioekonomické postavení rodičů, je spojeno s vyšší kognicí ve stáří (Anděl, Vaňková, 2009, 75-78). Zdravý životní styl má velký vliv na vznik onemocnění. Studie provedená ve Velké Británii, byla zaměřena na dodržování pěti zásad zdravého chování u starší populace. V závěru vyplynulo, že pokud jedinec

dodržel čtyři nebo pět zásad, měl o 60% snížené riziko poklesu kognitivních funkcí a demencí a o 70% se snížil v této skupině počet případů cukrovky, srdečních onemocnění a mrtvice ve srovnání s jedinci, kteří nedodrželi žádnou zásadu (Elwood, 2013, s. 1-7). I potraviny, které lidé jedí, mohou významně ovlivnit jejich mentální bystrost. Jsou to potraviny s vysokým obsahem vitamínů E, C a ryby. Tuk v rybách, ořechách či olivovém oleji může zvýšit HDL a tím omezit riziko poškození kognice. Starší lidé, kteří začali jíst více než dvě zeleninová jídla denně, vykazovali významné zpoždění v duševním úpadku. Je znám ochranný efekt vína proti ICHS a rovněž hraje roli v ochranných opatřeních proti demenci. Specifické antioxidační vlastnosti vína (polyfenolů), mohou být obzvláště důležité v prevenci Alzheimerovy nemoci. Vzhledem k problémům spojených se zneužíváním alkoholu, je pro širokou veřejnost doporučováno, aby pijani pili méně nebo vůbec, a abstinenti začali pít s mírou a to ze zdravotních důvodů (Pinder, 2004, s. 449-456). Faktorem, který negativně ovlivňuje vznik demence je cévní mozková příhoda a vaskulární onemocnění. U třetiny lidí po cévní mozkové příhodě při rozvinutí demence platí totéž jako u lidí, kteří trpí hypertenzí, onemocněním srdce a cukrovkou. U diabetiků, je rizikovým faktorem často se opakující hypoglykémie. Dalším příkladem jsou traumatická poranění mozku, kdy klesají kognitivní funkce, tento stav se popisuje jako demence pugilistica a je popisována u trvalého strukturálního a funkčního poškození mozkové kůry a bílé hmoty mozkové u boxerů. Největší význam hrají ovšem při vzniku onemocnění genetické faktory, kdy příbuzní pacientů s Alzheimerovu demenci mají až čtyřikrát vyšší riziko onemocnění než u lidí bez této zátěže (Kokjohn et al., 2013, s. 981-997).

2 FÁZE DEMENCE

Mírná kognitivní porucha

Rozvoji demence často předchází mírná kognitivní porucha (MCI - Mild Cognitive impairment). Není demencí, často jí předchází, je výsledkem patologického procesu na mozku, nejsou však splněna kritéria pro demenci. Pacient má sice problémy s pamětí o něco větší, než by odpovídalo jeho věku, ale ta mu nebrání zásadně v jeho denních aktivitách a soběstačnosti (Torpy, 2008, s. 1610). Nikolai uvádí, že mnohem důležitější než porovnávání kognitivního deficitu s vrstevníky se zdá být porovnání s předchozím kognitivním výkonem. Vysoce vzdělaný jedinec, který přestal v uplynulé době zvládat náročné úkoly, které dlouhodobě vykonával, se považuje za rizikového pro vznik demence, i když je jeho výkon ještě v normě pro danou věkovou kategorii. 80% nemocných s MCI přechází do demence během pár let (Nikolai et al., 2012, s. 374-390).

První fáze demencí

Vlastní demence má tři fáze a to lehkou, kdy funkční test MMSE dosahuje 25 - 22 bodů, patří sem poruchy paměti a to prostorové a časové, orientace časem - pacient nezná přesné datum ani den v týdnu, ztrácí orientaci v prostoru - bloudí v místech, která zná méně, má mírnou poruchu řeči, obtížně pojmenovává některé věci, má zhoršený náhled, ztrácí soudnost a logické uvažování, omezuje sociální aktivity, má změny chování, je nespolehlivý v užívání léků, ztrácí své profesní dovednosti, postupně nezvládá domácí práce, má problémy s finančními záležitostmi a ztrácí náhled na chorobu (Hanisková, 2006, s. 333-336).

Druhá fáze demencí

Druhá fáze s MMSE 21 - 10 bodů, období charakterizované výraznými poruchami krátkodobé paměti, dezorientací místem a časem, pacienti se ztrácejí na známých místech, objevuje se afázie - porucha řeči a porozumění, apraxie - přestávají být soběstační a stávají se závislými na péči okolí, mají výrazné potíže se zvládáním běžných domácích prací, nejsou schopni dodržovat hygienu, často se objevují behaviorální a psychické příznaky - agitovanost, psychomotorický neklid, útoky, verbální i brachiální agresivita, z psychotických příznaků bludy, afektivní poruchy jako je deprese, úzkost a poruchy cyklu spánku (Gitlin, Kales, Lyketsos, 2013. s.

2029).

Třetí fáze demencí

Třetí fáze neboli terminální nemocný nepoznává své příbuzné ani sám sebe v zrcadle, nevykonává základní aktivity života, základní hygienu, oblékání, svlékání, nenají se, stává se plně odkázan na péči okolí, přichází inkontinence, porucha chůze, imobilita, vydává stereotypní ječivé zvuky, požívá nepoživatelné předměty, bývá přítomna kachexie a svalová atrofie, behaviorální a psychologické změny - apatie, změny osobnosti, deprese, zmatenost, agitovanost, agresivita, bludy, halucinace, pacienti umírají v důsledku přidružené choroby. V této fázi potřebuje dementní pacient empatickou a laskavou ošetrovatelskou péči soustředěnou na pohodlí a komfort (Hanisková, 2006, s. 333-336).

3 ZÁKLADNÍ POUŽÍVANÉ TESTY PRO IDENTIFIKACI DEMENCÍ

V geriatrii je potřeba komplexního pohledu na seniora. Kromě vlastní choroby je třeba posoudit i seniorovi funkční schopnosti, fyzickou zdatnost, soběstačnost, potřebu pomoci jiné osoby a také psychické zdraví. Samozřejmou součástí vyšetření u dementních osob v neurologii je odebrání anamnézy, objektivní neurologické vyšetření, základní laboratorní krevní vyšetření, včetně hormonů štítné žlázy, CT a magnetickou rezonanci. Důležitý je také strukturovaný rozhovor, případně hodnocení pomocí dotazníků a škál. Škály testují vykonávání instrumentálních denních činností, zvládání základních denních aktivit a mapují i poruchy chování (Rektorová, 2011, s. 37-45). Jsou často sdružovány do baterií. Pro efektivní využití škál a dotazníků je důležitý sběr informací od nemocného nebo jeho blízkých (Bóriková, Žiaková, 2007, s. 13-18).

3.1 Posuzování kognitivních funkcí

MMSE - Mini Mental State Examination test

MMSE je stručný, strukturovaný test duševního stavu. Původní verze byla vypracována M. Folsteinem et al. v roce 1975, později byla několikrát modifikována. Zkoušku provádí zdravotní sestra, lékař, asistent lékaře nebo zdravotnický pracovník. MMSE testuje orientaci místem, časem, osobou, zapamatování si tří slov, počítání, poznávání, splnění úkolu, překreslení obrázku a opakování věty. Výsledky se měří v bodech a jsou v rozmezí 0 - 30. Přičemž za normální se považuje skóre 25 nebo vyšší, 19 - 24 bodů mají tendenci dosahovat lidé s Alzheimerovou demencí. Výsledek 10 - 19 značí mírnou kognitivní poruchu a pod 10 poukazuje na závažné poškození. Lze sledovat hladinu kognitivních funkcí u osob v průběhu času, dokumentovat ji a tím pomoci vedení budoucí léčby. Používá se i ve verzi upravené pro zrakově postižené osoby (Zvolský, 2001, s. 69-72). Čechová a kol. uvádí, že test má malou citlivost k lehkým deficitům a odkazuje na použití podrobnějšího a náročnějšího Addenbrookského kognitivního testu. Výsledek MMSE může být ovlivněn momentálním stavem pacienta. Dalším negativem je to, že se v testu spojují otázky obtížné s lehkými, které mají nepřiměřeně vysoké ohodnocení vzhledem k otázkám těžkým a výsledek je tudíž nepřesný (Čechová et al., 2011, s. 173-177). Jako orientační metodu neuropsychologické diagnostiky vidí MMSE McGill. Míni, že je ovlivněn

řadou faktorů a to např. úrovní verbálního intelektu, pozorností, vzděláním, věkem, dovednostmi, jazykem, kulturou, všemi smyslovými postiženími a psychiatrickými onemocněními (MacGill, 2009, s. 123-125). Člověk s vyšším stupněm vzdělání může vyšších výsledků dosáhnout navzdory přítomnosti funkčního postižení. Oproti tomu někteří pacienti s nižším vzděláním mohou mít nižší skóre, ačkoli se u nich nejedná o funkční pokles (Zvolský, 2001, s. 69-72). Nedokonalost je také normální či plný počet bodů v MMSE, ale v současně prováděném testu hodin výrazné selhání. Přičítáno je to nedokonalosti MMSE, který se zaměřuje zejména na funkce dominantní hemisféry a opomíjí jiné funkční oblasti mozkové kůry. Vizuospaceální funkce zahrnuje pouze v jednom bodě (kresba prolínajících se pětiúhelníků) ze své třicetibodové škály, přestože vizuospaceální disfunkce může být prvním kognitivním deficitem u počínající AD (Ressner, 2004, s. 11-16).

CDT - Clock Drawing Test

Hanisková považuje test kreslení hodin (CDT), za vhodné doplnění MMSE. Oba považuje za rychlé, jednoduché a zaměřované na vyhledávání demencí Alzheimerova typu (Hanisková, 2006, s. 333-336). Recenze výzkumné literatury podporují test CDT, jako spolehlivý nástroj pro screening kognitivní dysfunkce a zejména demence (Eknoyan, Hurley, Taber, 2012, s. 260-265). CDT zachycuje i vady zrakové prostorového vnímání, ale můžeme samozřejmě sledovat i poruchy motorických výkonných funkcí, zejména apraxie, dysgrafii, poruchy znalosti číselné řady a poruchy paměti. Známe jej ve třech verzích. Podle Shulmana et al. 1986, Sunderlanda et. al. 1989 a Hendriksena et al. 1993. Každý tento test má jiná hodnotící kritéria. Škála Hendrixe a Shulmana je nejméně zatížena chybou, zatímco u škály Sunderlanda, je tomu právě naopak (Ressner, Ressnerová, 2002, s. 316-322). Senior při testu dostane kruh předkreslený nebo čistý papír. Za určitý čas musí doplnit obrázek. Někteří lékaři záměrně vynechají slovo ručičky, aby nenapověděli, co k správnému výkresu hodin patří. Chyby v testu dělají nejvíce staří lidé, záleží také na vzdělání jedince. Jedním bodem jsou ohodnoceni pacienti za správné provedení a nula body za nedokončení úlohy. CDT je rychlý, nevyžaduje zdlouhavého školení, je dobře pacienty snášený a vzhledem k nízké ceně a minimální přípravě, lze tento test použít i v rozvojových zemích. Nevýhodou je, že samostatný test neidentifikuje mírnou kognitivní poruchu a nerozezná formy demence, jako AD a VD (Heerema, 2013, s. 18-19).

7MST - Seven Minute Screening tests

Validní pro screening AD se senzitivitou 95% a specifitou 93%. Test byl přeložen prof. MUDr. Topinkovou. Jedná se o kombinaci testů hodnotících detailní orientaci v čase, paměť, exekutivní a zrakově - prostorové funkce a řeč a to prostřednictvím kresby hodin a slovní plynulosti. Není bohužel pravdou, že trvá pouhých sedm minut. Délka vyšetření je cca třicet minut. Senioři s demencí potřebují k provedení více času. Na druhou stranu je test přijímán nemocnými velmi dobře, je jednoduchý a reprodukovatelný. Po zaškolení jej provádí lékař, nelékařští zdravotní pracovníci i lidé bez klinických zkušeností (Rektorová, 2011, s. 37-45). Při porovnávání 7MST, MMSE a CDT se došlo k těmto výsledkům. Test 7MST je nejpohodlnější pro pacienty, MMSE, je rychlejší a jednodušší a CDT se snadno hodnotí. 7MST a MMSE jsou srovnatelné nástroje k odhalení kognitivního postižení. Do budoucna se doporučuje vývoj a validace zcela nového testu, vycházejícího z MMSE a posíleného oblastí testování paměti, který by zohledňoval stupeň dezorientace v čase a byl zde i test hodin (Elbertová, Mazancová, Filip, 2005).

ACE-R - Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R)

Pro detailnější screening demencí lze použít Addenbrookský kognitivní test - Mathuranat et al. 2000. Validace českého překladu byla provedena Sekcí kognitivní neurologie. Test hodnotí všechny kognitivní domény včetně paměti, exekutivní a zrakově prostorové funkce a řeči. Hlavním přínosem ACE - CZ spatřují autoři článku v podrobnějším prověřování více kognitivních funkcí. Tento test přesněji a dříve zachycuje úbytek kognitivních funkcí než nejběžnější MMSE. Při normálním výsledku MMSE lze pomocí ACE - CZ zjistit kognitivní poruchu. Test je možné využít u MCI, v časných stádiích demence nebo u osob s normálním MMSE, kteří přesto jeví známky postižení. Jako užitečným se jeví u diferenciální diagnostiky atypických a složitých demencí (Bartoš, Raisová, Kopeček, 2011, s. 1-5). Test má 6 stran a 26 úkolů, délka 30 - 40 minut. Maximální bodové skóre je 100 bodů. Nevýhodou je delší administrativa a složité vyhodnocování, kdy je možnost mnoha chyb při sčítání bodů. Test ACE - CZ se stal pilířem projektu "Dny paměti", zahájeného v roce 2008 k časnému vyhledávání pacientů s demencí (Mátlová, Baroš, Holmerová, 2009, s. 157-160).

Mini-Cog test

Mezi novější testy kognice patří Mini - Cog test, Borton 2006, MoCa a Dem - Tect. Mini - Cog je jednoduchý screeningový nástroj, který dokáže rychle vyhodnotit řadu kognitivních funkcí. Je používán k detekci poruch kognitivních domén, včetně kognitivních funkcí a to paměti, chápání jazyka, vizuální motorické dovednosti a výkonných funkcí. Poskytuje viditelný záznam jak normálního, tak narušeného výkonu, které mohou být sledovány v průběhu času (Doerflinger, 2013, s. 1-2). Není ovlivněn úrovní vzdělání a jazykových schopností. Citlivost a specifická je vynikající. Citlivost se týká přesnosti v identifikaci osob s onemocněním, myslí se nemocné s demencí. Specifická se vztahuje k identifikaci osob, které nemají chorobu. Test trvá tři minuty, spočívá ve vybavení si tří slov, vštípení tří slov a test kreslení hodin. Hodnocení je pomocí bodů, pouze kreslení hodin je vyhodnoceno jako normální nebo abnormální (Mate-Cole et al., 2009, s. 1469-1477).

MoCa test - Montreal Cognitive Assessment

Montrealský kognitivní test MoCa test Nasreddine et al. 2005, v českém překladu je autorem MUDr. Raban. Detailněji je hodnocena paměť, zrakově - prostorové funkce. Bodové ohodnocení je v rozmezí od 0 - 30 bodů. Nula znamená nejhorší výkon a třicet nejlepší. Byl vyvinut jako krátký test pro orientační diagnostiku poruch poznávacích funkcí u AD s možným využitím u Parkinsonovy nemoci. V české podobě je test volně dostupný, ale validita u Parkinsonovy nemoci nebyla dosud ověřena. Bezdíček a kol. provedli srovnání MoCa s MMSE. Výsledkem je, že MoCa lze považovat za vhodnou screeningovou zkoušku kognitivního deficitu u Parkinsonovy nemoci (Rektorová, 2011, s. 37-45).

Dem Tec - Dementia Detection

Pro rozpoznání duševní nemoci a sledování duševního úpadku je vhodný (DemTect - Dementia Detection). Pochází z Německa a našel si široké využití. Existují dvě verze a to DemTec - A a DemTec - B. Mohou být nabízeny samostatně i v náhodném pořadí. Struktura DemTec-B je identická s A, liší se pouze v sémantickém úkolu, kdy supermarket nahrazuje jmenování zvířat. Obě škály jsou užitečné k identifikaci pacienta s MCI a mírnou demencí. Ve srovnání s MMSE klade větší nároky a proto bývá pacienty s lehčím postižením lépe akceptován. Je krátký, asi 8 - 10 minut

a snadno vyhodnotitelný. Skládá se z pěti úkolů a to, z tří testů zapamatování si slov a čísel, slovního vyjádření čísel a z úlohy testující verbální plynulost, kdy pacient vyjmenovává předměty, které lze koupit v supermarketu. Maximální skóre bodů je 18. Test je nezávislý na věku a vzdělání. Pomáhá v rozhodování, zda kognitivní výkon je v rámci věku dostačující, což je skóre 13 - 18 bodů, zda se jedná o MCI s 9 - 12 body. Osm a méně značí podezření na demenci (Kessler, Calabrese, Kalbe, 2010, s. 532-535).

3.2 Hodnocení aktivit denního života

Posuzování funkčního stavu patří do ošetrovatelské péče o každého člověka. Úroveň soběstačnosti hodnotí sestry v primární péči, v lůžkových a sociálních zařízeních v rámci ošetrovatelské anamnézy. Sestry posuzují problémy pacienta pomocí rozhovoru, pozorování a používají hodnotící nástroje, škály a posuzovací stupnice, které jim pomáhají objektivizovat údaje o pacientovi a přinášejí globální a holistické výsledky. V praxi dávají často zdravotníci přednost informacím získaným od seniora, před pozorováním a hodnocením stavu. Příčinou bývá nezkušenost s posuzováním nebo nedostatek času personálu. Funkční posouzení mohou provádět zdravotníci kdykoli v přímé péči o seniora, kdy si mohou všimnout, že má např. větší problémy s chůzí než předešlý den, není schopen vytočit číslo v telefonu. Dobré je všimnout si celkového vzhledu a oblečení, schopnosti umýt se, obléknout, vyprat. V přímém dotazování je nutné specifikovat, zda je otázka směřována na aktuální stav nebo nedávné změny. Nutné je v rámci zdravotního týmu dodržovat stejné metody a podmínky sběru informací (Jedinská, 2013, s. 134-137).

ADL - Activities of Daily Living

V diagnostice demence má nezastupitelný význam testování aktivit denního života ADL, někdy ADŽ. Rozdělujeme je na dvě hlavní skupiny a to na Instrumentální ADŽ a základní ADŽ. Instrumentální zahrnuje složitější činnosti, které vyžadují používání nějakého předmětu. Mezi takové činnosti patří vaření, nakupování, cestování dopravními prostředky aj. Bývají porušeny dříve než základní ADŽ, které hodnotí péči o vlastní osobu (Čechová et al., 2011, s. 173-177). Na základě tohoto testování lze rozdělit osoby do šesti funkčních tříd. První třídou jsou elitní jedinci, schopní

extremních výkonů, do druhé patří zdatní jedinci, s velmi dobrou duševní a tělesnou kondicí, kteří nemají limitaci pro pohybovou zátěž a cestování. K třetí náleží osoby nemající problém se soběstačností, ale vykazují již malé nebo žádné funkční rezervy pro případ zátěže. Čtvrtá skupina čili křehké (frail) osoby, nalézající se na samé hranici soběstačnosti. Problémy mají s IADL, potřebují již pravidelnou pomoc jiné osoby, bazální ADL zvládají. Do páté sekce lze zahrnout závislé jedince, neopouští byt, nezvládají základy ADL, je zde již trvalá péče. Anamnéza sníženého výkonu v IADL může předcházet klinickou diagnózu o více jak 10 let (Hudeček, Sheardová, Hort, 2011, s. 100-107).

Barthel index

Původní test nezávislosti nazývaný Katzův index, je široce používán k posouzení soběstačnosti na všech úrovních poskytované péče o klienty. Převážně za hospitalizace a to na začátku i na konci. Prošel několika úpravami, jednou z nich je v České republice užívaný index Barthelové a ve Spojených státech užívaný The older American Resources and Services ADL scale. Používá se i při sebehodnocení samotným klientem. Časová náročnost je asi deset minut a výsledek informuje o potřebě každodenní péče či dohledu druhé osoby. Test Barthelové - Barthel index, stanovuje funkční zdatnost a míru soběstačnosti u jedinců se zdravotním problémem. Původně vznikl v roce 1955 pro hodnocení chronických neuromuskulárních onemocnění. Hodnotí deset činností denních aktivit včetně lokomoce a chůze po schodech. Celkové skóre je 0 - 100 bodů (Jedinská, 2013, s. 134-137). Je jednoduchý pro použití a plný počet bodů ještě neznamena plnou soběstačnost. Nezaznamenává totiž např. přípravu jídla, domácí práce. Výsledek testu mohou ovlivnit podmínky okolního prostředí, pokud je odlišné od toho, na které je pacient zvyklý doma. Barthelové test je nejvíce známou měřicí škálou mezi sestrami (Post, Meily, Gispén, 2002, s. 182-189).

FAQ - Functional Assessment Questionnaire

Dalším testem je FAQ, byl přeložen a upraven do českého jazyka. Řada činností v původním dotazníku byla specifická pro americké prostředí a tudíž hůře převoditelná pro českou seniorskou populaci vyrůstající v socialismu. Proto FAQ - CZ není ovšem doslovný překlad. Podle originálu je ponecháno bodování k odhadu aktivit, které

nemocný vůbec nevykonával. Plná funkční kapacita zdravé osoby odpovídá 0 bodům. Maximální závislost je obodována třiceti body (Bartoš, et al., 2009, s. 320-323).

DAD-CZ - Disability Assessment for Dementia

Pro klienty s demencí je používán Dotazník soběstačnosti DAD - CZ. Posuzuje základní i instrumentální činnosti. Je vhodný pro všechna stádia demence i Alzheimerovu chorobu. Trvá asi deset minut a test musí vyplnit osoba, která zná, jak si nemocný vede v běžném životě. Týká se stavu vyšetřovaného za poslední dva týdny a to pouze činnosti, které opravdu vykonal, ne co by posuzovaný byl schopen zvládnout (Jedinská, 2013, s. 134-137). DAD - CZ je překladem anglické originální škály The Disability Assessment for Dementia. Obsahuje 17 položek základních běžných aktivit ve čtyřech oblastech - hygiena, kontinence, oblékání, jedení. Osmnáct položek aktivit instrumentálních v pěti oblastech - telefonování, příprava jídla, chození ven, finance, korespondence a léky. A pět týkajících se domácích prací a volného času. Každou položku lze zařadit do jedné ze tří kategorií: iniciace, naplánování a zorganizování a správné provedení činnosti (Bartoš et al., 2009, s. 320-323).

4 OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTA S DEMENCÍ

Pro sestry je ošetřování seniora s touto nemocí velikou výzvou. Pacienta s demencí může pobyt v nemocnici děsit a negativně ovlivnit jeho chování. Chybí znalosti zdravotnického personálu o této chorobě a tudíž není poskytována odpovídající péče. Zdravotní sestry potřebují mít znalosti o komunikaci, starat se o výživu, hygienu, sledovat bolest, všimnout si neklidu u nemocného a popřípadě zajišťovat duchovní péči (Smith, Buckwalter, 2005, 40-52). Potřeby a saturace seniorů s demencí se liší podle stupně pokročilosti choroby. Poskytovaná ošetřovatelská péče má udržovat klienta co nejdéle v relativně dobré psychické i fyzické kondici (Kantorková, 2011, s. 71-74). Hlavní princip ošetřování vidí Taylor v podpoře samostatnosti a zachování funkčních schopností, je důležité vypěstovat dovednosti, které budou minimalizovat potřebu pomoci. Nácvik by měl začít co nejdříve v časném stádiu nemoci a zapojení by měli být všichni, kdo o pacienta pečují (Taylor et al., 2009, s. 16-17). Asociace sester z Ontaria, vypracovala pokyny pro osvědčené postupy a strategii péče o seniory s deliriem, demencí a depresí. Jedná se o poznatky založené na důkazech ošetřovatelské praxe, které mohou být použity k plánování a realizaci ošetřovatelské péče:

- Zachytit rané příznaky demence, zvolit vhodné posouzení a tím usnadnit individuální péči.
- Rozeznat příznaky, nástup a progresi u nejčastějších typů demence.
- Mít standardizované škály pro identifikaci a sledování nemoci. Brát vážně obavy o poklesu kognitivních funkcí, které uvádí klient, či pečující osoba.
- Správně hodnotit bolest, její frekvenci a intenzitu.
- Znat nefarmakologické možnosti ovlivnění bolesti, pro poskytnutí podpory fyzické a emocionální pohody.
- Mít znalosti o farmakologické léčbě a prosazovat léky s co nejmenšími nežádoucími účinky.
- Podporovat zapojení rodiny a pečovatelů do péče, hledat silné stránky a zdroje v těchto skupinách.
- Při posuzování jedince trpícího demencí získat co nejvíce informací, tzn. znát svého klienta. Jeho ještě zachované schopnosti a dopad deficitu kognitivních

funkcí na životní aktivity. Následně zvolit správnou ošetrovatelskou strategii (Biscardi, 2007, s. 109-115).

4.1 Stádium lehké demence

V časném začátku choroby je vhodné vytvořit seznamy věcí, stanovit jednoduché úkoly, označit věci v koupelně, v kuchyni, označit zásuvky, používat kalendáře, hodiny, v nemocnici obklopit seniora věcmi, které má rád, včetně fotografií. Hovořit klidně, pomalu, nechat dostatečný prostor k vyjádření myšlenek, neskákat do řeči, klást jednoduché otázky, mluvit o důležitých a zásadních věcech, zajistit klidné prostředí, nedohadovat se, používat doteky při hovoru. Vytvořit systém a strukturu. Dopřát dostatek času na oblékání, mytí, jídlo, dodržovat pravidelnost ve stravování, podporovat společenské aktivity a umožnit odpočinek. Zajistit bezpečné a klidné prostředí, dostatek světla a kompenzační pomůcky (Kantorková, 2011, s. 71-74). Senior s demencí má nosit oblečení, které se snadno obléká, jako kalhoty s elastickým pasem, svetry na zip, ne knoflíky, boty ze suchým zipem apod. (Smith, Buckwalter, 2005, s. 40-52). Pečovatelé si nejvíce stěžují na změny chování, které nastávají v průběhu demence. Jsou to agitovanost, bloudění, paranoia, nespavost, neschopnost zvládat osobní hygienu, inkontinence, problémy s výživou a sexuálně nevhodné chování (Buck, 2004, s. 34-37).

Agitovanost

Agitovanost a agresivita je relativně častá u dementních seniorů. Bývá obtížně zvladatelná. Projevuje se např. neúčelnou, nadměrnou psychosomatickou aktivitou, neklidem spojeným s úzkostí. Senior s demencí používá výhrůžky, nadávky, je vzteklý a má zlost, která se může vystupňovat až ve fyzickou agresivitu. Příčin může být mnoho hlad, žízeň, bolest (Brunovský, 2006, s. 61-64). Při práci s agresivním pacientem používají sestry a lékaři obecná pravidla. Znalí pečovatelé dokážou mnohdy poruchám chování zabránit, minimalizují je nebo adekvátně zvládají. Prvním krokem je posoudit a zaznamenat vzorce chování, identifikovat spouštěče a základní příčinu neklidného chování. Non-farmakologické intervence mají být používány v první linii léčby. Nejčastěji je ovšem náročné chování řešeno podáním léků. Tyto mají nežádoucí účinky ve formě úbytku kognitivních funkcí, mohou se vyskytnout cerebrovaskulární příhody a pacient je ohrožen pádem (Smith, Buckwalter, 2005, s. 40-52). Lze použít

intervence, jako je aromaterapie, canisterapie, terapie Snoezelen (odpovídající osvětlení, zvuk apod.), hudba, tanec, masáže (Taylor et al., 2009, s. 16-17). Ztlumit světlo na pokoji, umožnit tiché prostředí, vypnout telefon, nabídnout pacientovi tekutiny, vyjádřit empatii. Byla provedena studie, která potvrzuje, že použití nefarmakologických intervencí k léčbě agitovanosti u osob s demencí má velký význam (Cohen Mansfield, Thein, Marx, 2007, s. 907-916). Mnohdy stačí v lehčích případech navázání verbálního kontaktu a použití videozáznamů a audionahrávek rodinných příslušníků. Smyslové zásahy snižují vzrušené chování u pacientů s demencí, ale mají spíše krátkodobý účinek (Cohen-Mansfield et al., 2012, s. 1255-1261). Jestliže selhává nefarmakologická i farmakologická léčba a pacient je nebezpečný sobě i svému okolí, je nutné přikročit k mechanickému omezení. Používání omezovacích prostředků má nezastupitelné místo v psychiatrii. Slouží ve prospěch nemocného a pro jeho ochranu. Používat se mohou ochranné pásy, kurty, izolační místnosti, síťová lůžka nebo omezování pacienta zdravotnickými pracovníky nebo určenými osobami. Pokud není přítomen lékař, rozhoduje o jejich použití zdravotnický pracovník a neprodleně informuje lékaře (Švarc, 2008, s. 243-245). Nejčastějšími situacemi, při kterých se přistupuje k omezování jsou tyto: pacient si vytrhává zavedené katétry, sondy, hrozí-li nebezpečí pádu z lůžka a zranění, také při napadání spolupacientů a personálu. Použití musí být zaznamenáno do dokumentace nemocného. Každý zdravotník, který aplikuje omezovací prostředky, musí znát jejich negativní efekty. Postranice u postele, pokud si je nemocný přeje nebo pokud slouží k ochraně pacienta ve spánku, se nepovažují za omezovací prostředky (Novotná, Rybářová, 2010, s. 333-335).

Deprese

V počátečních fázích demence bývají často přítomny deprese. Zhoršují stav pacienta i kvalitu života. Deprese se může projevit odmítavým chováním, apatií nebo jen zhoršením celkového stavu a komunikace (Holmerová et al., 2011, s. 24-26). V terapii pomáhá kognitivní stimulace, reminiscenční terapie, orientace v realitě, multismyslové stimulace a farmakologická léčba (Hulme et al., 2010 s. 756-763).

4.2 Druhé stádium demence

Ve druhém stádiu demence potřebuje nemocný pomoc a neustálý dohled. Je zde výrazné zhoršení soběstačnosti a komunikace. Mezi ošetrovatelské intervence patří

kontrola pacienta, zajištění bezpečného dobře osvětleného prostředí, aby se zamezilo pádům, dopomoc při sebedůvěře. Je nutné uložit léky mimo dosah pacienta a kontrolovat užití, dopřát mu odpočinek, pohybovou aktivitu, rozvíjet sebedůvěru, sledovat přítomnost depresí, bolesti, zaznamenávat vývoj a účinky léčby, dohlížet na příjem tekutin a stravy, sledovat frekvenci vyprazdňování a nonverbální komunikaci (Kantorková, 2011, s. 71-74).

Bolest

Neléčená bolest bývá častou příčinou agrese. V počátečních stádiích demence nemají senioři problémy popsat, co je bolí. V dalších stádiích je třeba jim ale věnovat dostatek času k vyjádření. Akutní bolest dokáží zkušený ošetřovatelé dobře zachytit. To neplatí u bolesti chronické. Nicméně mnohdy nedostatečné vzdělání profesionálních ošetřovatelů vede k tomu, že bolest u dementních jedinců projde bez povšimnutí (Lautenbacher et al., 2013, s. 469-477). Chronická bolest se projevuje u dementních seniorů neklidem až agresivitou, blouděním, voláním, naříkáním. Často se brání ošetřovatelským úkonům, které jejich bolest ještě stupňují. Personál si může vysvětlit chování nemocného jako záchvat agresivity a podat psychofarmaka. Tím nemocného utlumí, ale příčinu problému neodstraní. Nejvíce je opomíjena diagnostika bolesti v terminálním stadiu demence. Edukace nemocného a jeho pečovatелů o možnostech nefarmakologického zvládnutí bolesti je jednou z intervencí. Osvědčila se aplikace tepla a chladu, speciální tlakové polštářky a matrace, masáže nebo jen uvolnění oděvu nemocného, hluboké relaxační dýchání, změna každodenních aktivit, plánování činností tak, aby si pacient mohl mezi jednotlivými činnostmi odpočinout. Vyhýbat se stresujícím situacím, využívat kompenzačních pomůcek ke snadnějšímu pohybu, upřednostňovat příjemné činnosti. Hodnocení a zaznamenávání stupně bolesti, je prováděno systematicky a pravidelně (Holmerová et al., 2009, s. 31-35).

Poruchy spánku

Lidé s demencí bývají často večer nebo v noci neklidní, zvýšeně zmatení a nejsou schopni usnout a spát. Faktorů, které ovlivňují spánek je mnoho. Například, spánkové apnoe a syndrom neklidných nohou, nežádoucí účinky léků, prostředí, ve kterém pacient usíná, svalová ztuhlost, třes, bolesti kloubů a také změny cirkardiálního rytmu. Je dokázáno, že i dlouhodobý pobyt na lůžku zhoršuje poruchu spánku. Epizody

probouzení vedou k ospalosti ve dne, tím snížení kognitivních funkcí. Je zde nebezpečí pádů. U nemocných s Alzheimerovou demencí je nespavost provázena večerní zmateností a nočním blouděním. Stupeň spánkové poruchy hodnotíme pozorováním (Brunovský, Červená, Matoušek, 2002, s. 134-137). Pro usínání pacienta je vhodné ve večerních hodinách dávat podněty k jeho orientaci, provádět klidné činnosti večer, naopak být aktivní během dne. Vyvarovat se hlasitých zvuků. U pacientů, kteří mají halucinace odstranit v jeho okolí předměty s jasnými barvami a odvážnými vzory. Zajistit takový druh osvětlení, aby nebyly v místnosti žádné stíny. Je také vhodné odstranit zrcadla nebo je zakrýt. Nefarmakologicky lze ovlivnit spánek dodržováním pravidelné doby usínání, stravování, buzení, usínáním v tiché a tmavé místnosti, zdržováním pacienta podle stavu v lůžku co nejméně. Nepodávat seniorovi tekutiny obsahující kofein, nedávat na společný pokoj nemocné, kteří vyžadují ošetrovatelské intervence v noci s těmi, co spí celou noc, podporovat fyzické cvičení a během dne zajistit dostatečně osvětlené prostory. Na poruchy spánku je účinné používání světelné terapie, zlepšuje celkovou dobu spánku (McCurry et al, 2005, s. 793-802).

Bloudění

Bloudění je častým doprovodným jevem demence. Lidé s demencí bloudí proto, že jsou dezorientovaní, neklidní, nervózní, protože něco hledají. Pokud jsou v neznámém prostředí, vidí cizí tváře, zvuky (Silverstein, 2012, s. 1-2). Pacient je ohrožen pádem, nehodou a také se může stát obětí trestního činu. Při přijetí na oddělení není dostatek informací o tom, zda senior trpí demencí a to zejména v případech, kdy nebyla demence ještě diagnostikována. Je nutné proto shromáždit dostatek informací, a to zejména od rodinných příslušníků a pečovatелů, zda se vyskytly příznaky spojené s demencí, a zda se v minulosti také neobjevily případy bloudění. Obecně platí, že je nutné identifikovat takové nemocné, dohlížet na ně, zjistit spouštěče v nemocničním prostředí a použít individuální ošetrovatelské zásahy k řešení příčin. Je mnoho postupů, například nenechávat seniora samotného čekat na vyšetření, umístit jej blízko sesterny, čímž má personál přehled o odchodech z místnosti, zkontrolovat, zda je na pokoji při předávání služby, využít možnosti dobrovolníků a někdy i zvolit jinou barvu pyžama, pro odlišení od ostatních spolupacientů. Pokud je to možné vyhnout se fyzickému omezení, které zvyšuje neklid a pacienta může zranit. Pokud se nemocný

ztratí, je nutné vždy informovat policii. Na zvážení je, zda by neměli mít senioři s demencí identifikační náramek s fotografií (Rowe, 2008, s. 62-70).

Komunikace

Pro úspěšnou aplikaci metody ošetrovatelského procesu, je důležité zvládnutí efektivní komunikace s dementním pacientem. Od sestry vyžaduje odborné vědomosti, velkou dávku trpělivosti, komunikační zručnost, empatii a schopnost naslouchat (Zacharová, 2008, s. 588-589). Nemocní s demencí mají sníženou schopnost komunikovat. Je důležité podporovat vyjadřování vlastních myšlenek, pocitů a obav. Získané informace slouží k posouzení stavu pacienta jak emocionálního, tak zdravotního (Cerejeira, Lagarto, Mukaetova-Ladinska, 2012, s. 1-21). Při rozhovoru je žádoucí pohlížet pacientovi do očí, zpomalit tempo řeči a používat krátké věty. Vyhnout se příkazům, které obsahují slovo "to ne" nebo otázkám začínajícím slovem "proč". Nepřipomínat jedinci jeho onemocnění a neříkat mu, že má na víc, kdyby chtěl. Klást jednoduché otázky a dát dostatečný prostor na odpověď, popřípadě zopakovat dotaz. Častou chybou je domnívat se, že nemá smysl vysvětlovat ošetrovatelské postupy nebo péči. Sestra se představí, osloví pacienta jménem a řekne mu, co bude dělat. Je vhodné, aby pacient se smyslovým postižením používal naslouchadla, brýle a pohyboval se v prostorech s dostatečným osvětlením. Tichý přístup zezadu pacienta může vyděsit. Senior s demencí se může neustále ptát na jednu otázku, zkušený ošetrovatel pozorně naslouchá a odhalí skutečnou zprávu. V komunikaci s dementním pacientem se mohou používat odpovědi ano-ne. Zde je ovšem otázkou, jestli postižený odpovídá adekvátně. Pokud odpoví na otázku, zda má bolesti ne a grimasy ukazují něco jiného, musí se zvážet spolehlivost této odpovědi (Miler, 2008, s. 56-66). U pacienta s demencí hledáme alternativní způsoby komunikace, podle jeho schopností. Je vhodné používat obrázky nebo psaní informací. Komunikace musí být trpělivá, důstojná, etická a respektuje pacientovu individualitu. Senior by měl považovat zdravotníka za partnera a podílet se na rozhodnutích, která se týkají jeho zdraví a péče, měl by mít dostatek pomůcek, které by ulehčovaly komunikaci (Zacharová, 2008, s. 588-589). Existují obecná pravidla pro komunikaci s osobou se syndromem demence.

- přístup je přátelský, laskavý, otevřený
- nespolehat na to, že vás nemocný s demencí pozná

- pamatovat na to, že člověk s demencí je schopen rozumět řeči těla ošetřovatele, jeho náladě a upřímnosti
 - zjistit údaje o životě osoby s demencí, o zálibách, profesi
 - řeč podporovat vhodnými gesty a výrazy
 - užívat krátké, jednoduché věty orientované na jedno téma
 - poznejte a využijte zbývající dovednosti
 - mluvit nižším tónem, klidně
 - vyhnout se příkazům a otázkám, nabízejícím více možností volby nebo vyžadují více kroků
 - používat nonverbální vyjadřovací prostředky, dotyk, držení za ruku
- (Kantorková, 2011, s. 71-74).

Snížená soběstačnost

Seniora s demencí je nutné podporovat v úkonech sebepečce, aby se o sebe dokázal co nejdéle postarat sám. O vedení k samostatnosti je třeba informovat i příbuzné. Při pomoci nemocným často provádějí úkony za ně. Nutné je rodinu poučit, že povzbuzování seniora v sebeobsluze není neochota ošetřujícího personálu pacienta obsloužit. Na druhou stranu nelze od pacienta chtít činnost, které již není schopen (Holmerová et al., 2005, s. 180-184) Deficit sebepečce vyvolává u seniorů často negativní emoce, protože se zhoršuje schopnost se samostatně napít, najíst, umýt, objevuje se inkontinence. Pro sestru je nutné stanovit příslušné ošetřovatelské cíle. Bývají dlouhodobé a vztahují se na hospitalizaci i následnou péči. Výsledná kritéria musí být z hlediska času reálná. Plán péče musí zohledňovat zvyšující se závislost na jiných. Neustále se mění a podléhá aktuálnímu stavu nemocného. V současné době lze využívat škálu pomůcek určených ke zvýšení soběstačnosti (madla, kuchyňské pomůcky, pomůcky k oblékání, koupání, stolování a k lepší pohyblivosti, speciální postele, matrace, signalizace apod. (Hudáková, Ďernárová, 2011, s. 100-111) Holmerová předkládá možnosti ovlivnění soběstačnosti pomocí muzikoterapie, pohybové a taneční terapie, canisterapie, malování, přiměřeného osvětlení, stimulujících zvuků a přirozeného prostředí. Důležité je monitorování stavu sebepečce a jeho zaznamenávání do dokumentace, při propuštění se zapisuje aktuální stav. Při průběhu monitorování sestra spolupracuje i s ostatními členy ošetřovatelského týmu (Holmerová et al., 2005, s. 180-184).

4. 3 Třetí stádium demence

Ve stádiu těžké demence má pacient významně omezenou pohyblivost, trpí poruchou výživy, je postižen inkontinencí a je zcela odkázán na péči jiné osoby. Je nutné zajistit bezpečné prostředí, odstranit prahy, koberce, neustále sledovat pacienta. Zajistit, pokud je to možné pobyt venku, příjemné prostředí, rozmístit kolem lůžka známé předměty a fotografie rodinných příslušníků, komunikovat s nemocným pomalu, srozumitelně, usmívat se na něj, sledovat nonverbální komunikaci, zajistit návštěvy příbuzných, je možno využít i dobrovolníky, používat doteky, hlazení po ruce, masáže (Kantorková, 2011, s. 71-74).

Porucha výživy

Potíže s jídlem trápí členy rodiny i zdravotníky. Pacient trpí nechutenstvím nebo nemůže přijímat stravu. Nemocní s demencí mají většinou menší hmotnost než ostatní populace, což má zřejmě na svědomí úbytek svalové hmoty při menší fyzické aktivitě. Z neobjasněného důvodu mají zároveň vyšší klidový energetický výdej. Je potřeba zvýšit počet jídel a jejich energetickou hodnotu, sledovat hmotnost a vážit nemocné alespoň 1x týdně. Vhodným vodítkem ke kontrole příjmu stravy, je Index tělesné hmotnosti BMI. Kromě tělesné hmotnosti sledujeme i stav kůže, svalovou sílu a objem svalové hmoty (Těšínský, 2003, s. 248-253). Při poruše kognitivních funkcí, se pacient zapomíná najíst, v pozdějších fázích demence neumí chytit příbor nebo neví, co má s jídlem dělat. Senior s demencí ztrácí jemnou motoriku, neumí dát jídlo z talíře do úst, má změněnou chuť k jídlu, čich, je zde porucha žvýkání, která může zhoršit dysfagii. I deprese u demence mohou způsobit odmítání stravy, odmítání krmení. Také léky na deprese mají vliv, kdy krmení je komplikováno ospalostí (Smith, Buckwalter, 2005, s. 40-52). Doba jídla, návyky a podávání oblíbených pokrmů vede k větší konzumaci jídla. Ke spokojenosti a větší chuti do jídla přispěje i používání obvyklých nástrojů (lžičky, celého příboru, hůlek, rukou) a přizpůsobení prostředí domova. Je zapotřebí od příbuzných zjistit, zda jí pacient raději sám nebo mezi ostatními, zda jí rád u televize apod. Pokud není schopen se sám najíst, je nutné pacienta krmit. Jestliže odmítá otevírat ústa je důležité vytvořit oční kontakt, klidné prostředí, vhodně konverzovat a povzbuzovat ho k jídlu, vhodná je i relaxační hudba a od rodinných příslušníků je dobré zjistit, které potraviny pacient preferuje a zařadit je do jídelníčku. U nechutenství je dobré zvážit i vyšetření stavu chrupu a zrakových schopností, také provést

neurologické vyšetření, popřípadě zařadit mletou nebo kašovitou stravu. Při nemožnosti pacienta se najíst se zváží zavedení nasogastrické sondy (Chang, Roberts, 2011, s. 26-44). Senioři s demencí jsou často ohroženi zácpou, která je způsobena nedostatečným přísunem tekutin. Prevencí je dostatečná hydratace, příjem ovoce a zeleniny, také celozrnného pečiva (Těšínský, 2003, s. 248-253).

4. 4 Poslední stádium demence

Ve finálním stádiu demence potřebuje pacient náročnou ošetrovatelskou péči, která má svá specifika. Respektuje důstojnost, přání a rozhodnutí pacienta, má zajistit komfort. Důležité je naslouchat seniorovi, používat gesta, laskavý tón, usmívat se. Ošetrovatelská péče je komplexní (Holmerová, 2010, s. 6-7). Holmerová a kol. uvádí Maieutický přístup - empatické ošetrovatelství. Ošetrovatelé se učí navázat kontakt přes veškerá omezení, která toto onemocnění přináší. Rozvíjí schopnosti ošetrovatele pracovat s požitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi v terminálním stádiu demence (Holmerová et al., 2005, s. 180-184). Péče v terminálním stavu je zaměřena na úlevu od bolesti a emocionálního stresu. Trvá od několika týdnů, měsíců až několik let. V období paliativní péče se podávají nemocnému analgetika a léky řešící další symptomy, jako je zácpa, dušnost nebo nevolnost. Senior s demencí trpí mnoha symptomy, které nemusí zákonitě znamenat, že se stav zhoršuje nebo že pacient umírá. Umírající pacient s demencí má ztrátu paměti, může ale reagovat na hudbu, vůni, dotek. Je důležité s ním mluvit, i když se zdá, že nerozumí. Zůstává ležet na lůžku, zde může svou radou přispět fyzioterapeut, který poradí, jak nejlépe pacienta přemístit na křeslo nebo změnit polohu v lůžku. Inkontinence není nevyhnutelný příznak demence, často se projevuje při infekci močových cest, těžké zácpě, při potížích s prostatou aj. Důležité je udržovat pacienta v suchu a čistotě. Tím se snižuje riziko vzniku dekubitů. Každý dekubit vyžaduje pozornost pečujícího. Pacientovi způsobují bolest a je vstupní bránou infekce. Mezi preventivní opatření mimo jiné patří správné polohování. Nehybnost je rizikovým faktorem pro vznik krevních sraženin a infekce. Každá infekce způsobuje zmatenost a urychluje progresi demence (Birch, Stokoe, 2010, s. 31-36). Ošetrovatelská péče by měla být přizpůsobena potřebám jednotlivce (Whalley et al., 2011, 75-81).

5 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA DEMENCE

Mezinárodní studie dokazují, že nefarmakologická léčba demence, je stejně účinná jako farmakologická terapie na léčbu demencí. Výborná je také kombinace obou (Hudeček, Sheardová, Hort, 2011, s. 100-107). Nefarmakologické postupy, by měly být použity v první linii léčby u pacientů s demencí. Jsou to tradiční procedury jako behaviorální terapie, validace, orientace reality. Zkoumá také nové a zajímavé alternativní možnosti, jako je aromaterapie, kognitivní terapie a terapie více smyslů. Každý nefarmakologický přístup je zřídka používán samostatně. Postupy se spíše kombinují, aby vyhovovaly individuálním požadavkům pacienta (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Výhodou je, že účinně redukuje stresovou zátěž pečovatele, ovlivňují pozitivně psychiatrické komplikace onemocnění, mají minimum nežádoucích účinků a lze je aplikovat i v domácím prostředí (Sheardová, 2011, s. 126-128). Použití této možnosti léčby je závislé na ochotě pečovatele nebo zaměstnance podílet se na léčebném režimu a dále se vzdělávat (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Byla provedena studie, která potvrdila, že standardizované, nefarmakologické intervence, prováděné v ošetrovatelství u pacientů s demencí, odložily nejméně o dvanáct měsíců pokles kognitivních funkcí (Graessel, et al., 2011, s. 129). I přes blahodárné účinky na neklidné pacienty, nemá personál nemocnic na tento přístup léčby čas. Proto vidí autor článku budoucnost v uplatnění dobrovolníků, kteří mají zájem se vzdělávat a mají zájem se zapojit do nového způsobu léčby. Jednotlivé přístupy terapie lze využít k zachování kognitivních schopností (světelná terapie, hudba, fyzické cvičení, orientace v realitě, reminiscenční terapie, snoezelen), ale i ke schopnosti provádět aktivity denního života (kognitivně stimulační terapie, fyzická aktivita, orientace v realitě, multismyslová stimulace). Také k ovlivnění behaviorálních funkcí (canisterapie, pet terapie, aromaterapie, muzikoterapie, světelná terapie, masáže rukou, dotyk, fyzická aktivita, cvičení, validační terapie, reminiscenční terapie, multisenzorická stimulace, orientace v realitě (Hulme et al., 2009, s. 756-763).

Fyzická aktivita

Rozumí se aerobní fyzická aktivita s dostatečně se zvyšující srdeční frekvencí a potřebou kyslíku. Měla by probíhat nejméně 20 - 30 minut v kuse s opakováním. Nejvhodnějšími aktivitami je jogging, chůze, plavání, tenis, cvičení v tělocvičně nebo domácí činnosti jako je odklizení sněhu, kopání, hrabání listí. Tyto aktivity bývají

zanedbávány, zvláště u lidí s Parkinsonovou demencí, u nichž je léčba zaměřena na chůzi a ne na zvyšování fyzické kondice (Ahlskog, 2011, s. 288-294). Bylo prokázáno, že fyzické cvičení má mnoho výhod pro osoby s demencí. Například zlepšení duševního zdraví, snížení počtu pádů, zlepšení nálady, sebevědomí a spánku Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Sheardová uvádí význam pravidelných procházek a provádění jednoduchých cviků pro zlepšení držení těla a rovnováhy, které má pozitivní vliv na ovlivnění deprese, agitovanosti, bloudění a zlepšuje také kvalitu spánku (Sheardová, 2011, s. 126-128). Provedená studie u seniorů s demencí dokazuje, že každodenní fyzická aktivita u pacientů se středně těžkou a těžkou demencí vede k efektivnímu spánku (Littbrand et al., 2011, s. 495-518). Tanec provozovaný čtyřikrát v týdnu sníží agitovanost a noční neklid u nemocných s demencí. Tanec Jabadeo, zapojuje účastníky do interaktivní činnosti, nejedná se o normální kroky a pohyby. Tento tanec plní i potřebu nesexuálního kontaktu a lidé s demencí v něm nachází uklidnění (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177).

Kognitivní trénink

Jedná se o podporu a upevňování znalostí, které pacient dosud neztratil. Podpora je formou doplňování rýmu, slov, luštění křížovek, čtení a také interpretace přečteného. Využívá se u časných stádií demence. Může mít negativní dopad při přílišné snaze pečovatele. Vznikají frustrace nemocného a depresivní reakce (Sheardová, 2011, s. 126-128). Holmerová et al., nazývá trénink kognitivní rehabilitací. Cvičení paměti je výrazně šetrnější u lidí s demencí, než u zdravých. Používají se nesoutěživé, jednoduché hry, zjednodušené pexeso, doplňování říkanek, slov dle první slabiky, skládání obrazců. Pokud se používají citlivě a kvalifikovaně, jsou užitečné. (Holmerová et al. 2005, s. 180-184). Také slovní fotbal je výhodný. Do této hry lze zapojit všechny pacienty. Vhodná je práce s kalendářem, časopisy a novinami (Lužný, 2011, s. 90-95). Pro vedení kognitivního tréninku by měla platit pravidla, která popsal Yamaguchi ve svém článku. Činnost by měla být pohodlná a příjemná pro pacienty, terapeuti chválí pacienty a přirozeně motivují, mezi terapeutem a pacientem by měly být sympatie, aby se pacienti cítili bezpečně, jde o to, v pacientovi povzbudit sebeúctu (Yamaguchi, Maki, Takahaschi, 2011, s. 674-676).

Ergoterapie

Zlepšuje soběstačnost pacienta. Zahrnuje zapojení do smysluplných činností, využívání pomůcek, záleží na tom, jaké strategie pečovatel používá. Podporuje soběstačnost a kognitivní aktivizaci. Nejčastějšími pomůckami na geriatrickém oddělení jsou pomůcky na oblékání (navlékače ponožek, zapínače knoflíků, dlouhá lžice na boty aj.) Pomůcky na hygienu (madla, dlouhý kartáč na tyči, nástavec na WC). Pomůcky na jídlo (přístroje s válcovými držadly pro snadnější úchop, speciálně tvarované a odlehčené hrníčky aj.). Pomůcky pro mobilitu (chodítka, berle, vozíky). Pomůcky pro další činnosti (zvětšovací lupy, podavače předmětů aj. (Suchá, 2013, 149-151). Studií je prokázáno, že ergoterapie zlepšuje každodenní výkonnost, s.komunikaci, kvalitu života seniora s demencí i jeho pečovatele (Graff, 2006, s. 1201). Lze ji provádět v nemocnicích, komunitních centrech i v domácím prostředí. Nezbytné je ovšem vzdělání a odborná příprava pečovatele (Padilla, 2011, s. 487-489).

Orientace v realitě

Autoři článku uvádí, že cílem terapie je pomoci lidem s dezorientací a ztrátou paměti. Jde o připomínání informací, které se týkají života pacienta a jeho okolí. Může se používat u jednotlivců i skupin. Orientace je podporována pomocí různých materiálů a aktivit. Využívá se různých značení, oznámení a jiných paměťových pomůcek. Vědci zjistili, že podporování orientace může zvýšit slovní orientaci lidí s demencí (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Ke zlepšení orientace seniora, lze použít nástěnné hodiny s velkým ciferníkem, kalendář s velkým písmem, na nástěnkách napsané jméno osoby, která má svátek nebo narozeniny. V rakouském domově důchodců mají pacienti označené dveře svého pokoje vlastní fotografií (Travel, 2009, s. 455-467). Bylo zjištěno, že tyto metody zlepšují orientaci, ale zároveň mohou připomenout pacientům jejich poškození a snížit náladu, což způsobí frustraci pečovatele na metodu. Nicméně byl tento způsob příznivě hodnocen v šesti randomizovaných studiích (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177).

Validační terapie

Tuto metodu vytvořila Naomi Feil, americká sociální pracovnice a gerontoložka. Cíl vidí ve změně přístupu pečujících o pacienty s demencí. Vcítění se do osobní reality dezorientované osoby a přizpůsobení svého jednání a chování. Je určena velmi starým

osobám s jiným vnímáním reality. V životě lidí s demencí ožívá minulost. Lidé chtějí prožívat situace, kdy byli mladí, byli užiteční a všechno zvládli. Z hlediska pečovatele je nutné pacienta vyslechnout, být mu k dispozici, podpořit jej, ale nevyvíjet nátlak. Je třeba pracovat s vysokou dávkou empatie, ze zmatené řeči a chování je třeba vysledovat jejich pocity. Je důležitější spíše emocionální obsah toho, co říkají, než orientace v současnosti (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Klíčem k úspěchu je souhlasit s pacientem, nehádat se a použít rozhovor k tomu, aby dělali něco jiného, aniž by si to uvědomili. Hlavním důvodem, proč validace funguje, dobře je to, že je nekonfliktní, pečovatel nekřičí nebo neřekne ne (Malone, 2010, s. 258-260). Principem je přístup k člověku jako k osobnosti. Neoslovovat ho "dědo" a podobně. Brát ho takového jaký je a nesoudit ho, plnit individuální potřeby. V nemocnicích si starší lidé často stěžují na hlad, i když jsou po jídle, může jít o hladovění o pozornost. Validací přístup znamená to, že se pacient nebude přesvědčovat, že právě jedl, ale zjišťovat, co by jej uspokojilo. Je nutné empatické naslouchání, které snižuje strach, vzbuzuje důvěru a navrácí důstojnost. Pokud senior s demencí vyjadřuje bolestivé pocity a ty jsou akceptovány a validovány, pak slábnou. Chování dezorientovaných nebo starých lidí má vždy nějaký důvod. Je odrazem tělesných, psychických, sociálních a životních zkušeností. Díky validačnímu přístupu je možné navázat kontakt, dosáhnout uvolněné atmosféry a učit se správně zacházet s vlastními pocity a reakcemi. Rizikem je, že terapeuti by se mohli zaměřit na zmatenou komunikaci a mohli by selhat v rozpoznání jednoduchého vysvětlení zmatenosti při bolesti nebo hladu (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Zatím existuje jen málo studií na účinky validační terapie pro nemocné s demencí (Hulme et al, 2010, s. 756-763).

Terapie světlem

Používá se u neklidných pacientů s poruchou spánku. Neklid se projevuje hlavně večer a v noci a má negativní vliv na pečovatele. Provedené studie dokázaly, že nízké sluneční záření v zimě, může způsobovat poruchy cirkardiálního rytmu a tím vyvolat neklid (Sutherland et al., 2004, s. 32-34). Základem léčby je jasné intenzivní světlo, blízkém slunečnímu záření, bez ultrafialové složky. Světlo má dopadat do očí, ale není třeba se do něj dívat. Aplikace může probíhat v kteroukoli denní dobu, ale nejúčinnější je ráno. Účinek je rychlejší než při aplikaci antidepresiv. Záleží na délce a intenzitě osvětlení. Byly zveřejněny i studie prokazující jasný vliv na zlepšení nálady a spánku

u nemocných s demencí (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Studie také zkoumala účinky na neklid, spánek, depresi a pády u pacientů s demencí. Všechny čtyři oblasti byly pozitivně ovlivněny. Působením světelného záření byli nemocní přes den více aktivní, lépe usínali, v noci se méně probouzeli. Snížila se také agrese a agitovanost. Ke snížení pádů přispělo používání LED pásů. Umístěné jsou kolem zárubní, poskytují pacientům vertikální i horizontální podněty (Hanford, Figueiro, 2012, s. 913-922). Je také prokázáno, že intenzivní světlo s výrazným vizuálním kontrastem vytvořeným pomocí barevného prostírání, zvyšuje chuť k jídlu (Cohen-Mansfield, 2004, s. 288-308).

Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie pomáhá osobě s demencí prožít minulé zkušenosti, které by mohly být pozitivní a významné. Je to způsob, jak zvýšit úroveň života, poskytnout potěšení a kognitivní stimulace u lidí s mírnou až středně těžkou demencí. Lze ji použít u jednotlivce i skupiny. Zaměřuje se na aktivity jako je umění a hudba (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Prohlížení starých filmů, fotografií a pozorné naslouchání. Sheardová míní, že metoda upevňuje identitu, sebeúctu a zlepšuje komunikaci mezi nemocným a pečovatelem (Sheardová, 2011, s. 126-128). Soustředí se na sestavování životních příběhů osobních i pracovních, často pomocí fotografií a osobních věcí jednotlivce. Studie dokazují, že tato léčba vede k celkovému zlepšení deprese, osamělosti a podporuje psychickou pohodu u lidí s demencí (Chiang et al. 2010, s. 380-388). Zlepšuje také vztahy mezi lidmi s demencí a jejich pečovateli, přispívá oboustranně. Dalšími výhodami jsou zlepšení poznávání a nálady nemocných, zlepšení funkčních schopností a snížení napětí mezi zkušenými pečovateli a příbuznými. Výhodou je možnost poskytování osobní a individuální péče v nemocnicích a v domovech pro seniory i doma (Woods et al., 2005, s. 125-126).

Muzikoterapie

Hudba má pozitivní vliv na osoby s demencí a může vyvolat přesvědčivé výsledky i u pokročilých stádií onemocnění. Terapie může zahrnovat buď zapojení do hudební činnosti, což je zpěv, hra na hudební nástroj nebo poslech hudby. Vliv hudby se projevuje zvýšením kvality života, zlepšením paměti, lepší sociální interakcí. Provedená studie potvrdila výrazné snížení agitací u lidí s demencí, kteří aktivně hrají

na hudební nástroj (Douglas, James, ballard, 2004, s. 171-177). Studie také prokázala, že muzikoterapie snižuje vznik demencí a zlepšuje také mírně kognitivní funkce. Je to levná a neinvazivní metoda (CHu, 2014, s. 209-217). Aktivní účast na hudební terapii dává nemocným, kteří ztratili schopnost vytvářet smysluplné aktivity, životní smysl (Svansdottir, Snaedal, 2006, s. 613-621). Zpívání, poslech oblíbené hudby a improvizace reguluje agitovanost a zlepšuje příjem potravy (Sheardová, 2011, s. 126-128).

Aromaterapie

Je nejrychleji se rozvíjející doplňkovou terapií. Má několik výhod oproti farmakoterapii. Poskytuje smyslový zážitek a je dobře snášena. Existují dva esenciální oleje pro terapii demence. Je to výtažek levandule a meduňky. Pacientům je umožňováno několik cest podání. Inhalací, masážemi, koupelemi, lokální aplikací v krému. Terapie je zaměřena na jednotlivce i skupiny. Byla provedena studie, která prokázala pozitivní účinky masáží na osoby s neklidem a agitací (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177). Při masáži se oleje vtírají do kůže, dochází k úlevě od bolesti, lepšímu prokrvení, uvolnění svalů (Nguyen, Paton, 2008, s. 337-346). Byla provedena studie u 28 pacientů s demencí. V dopoledních hodinách se používaly k léčbě esenciální oleje z rozmarýnu a citronu, ve večerních hodinách pak levandule a pomeranč. U všech pacientů bylo prokázáno zlepšení kognitivních funkcí. Tato léčba nemá žádné negativní účinky, což se ukázalo v laboratorních testech (Jimbo et al. 2010, s. 173-179).

Snoezelen

Je zajímavá terapie, která pochází z Holandska. Jde o smyslovou stimulaci prostřednictvím změny barev světla a vizuálních efektů, působení vůně, vibrace podložky a mýdlových bublin. Během léčby dochází k zlepšení nálady, uvolnění a zklidnění. Byla provedena studie, která zahrnovala 125 osob s demencí. Výsledkem bylo méně agresivní, rebelující a rušivé chování. Osoby byly méně depresivní, apatičtí a izolovaní (Tavel, 2009, s. 455-467). Další studie sleduje senzorické stimulace (Snoezelen) na psychobehaviorální problémy. Po dobu jednoho měsíce, asi třikrát týdně bylo prováděno sezení. Metoda byla použita u osob starších 80 let před spaním. Výsledky ukazují snížení behaviorálních problémů u tří ze čtyř osob. Senzorická

stimulace prováděná v klidné atmosféře před spaním sníží problémové chování starších pacientů při spaní a tento účinek přetrvává po celý den (Andreeva, 2011, s. 24-29). Studie u pacientů s demencí, kteří se toulali nebo byli agresivní popsala, že během sezení nabyly popsány žádné projevy agrese. Sezení byla pozitivní a jen ve velmi málo případech zůstala osoba podrážděna po celou dobu sezení. Nárůst byl i v kategorii štěstí a zájmu během 10 minut po skončení. Snížení byla v hodnocení strachu a smutku (Bailly, Pointereau, 2011, s. 268-273).

Canisterapie

Terapie se psem je prospěšná pro lidi s demencí. Snižuje rozrušené chování, zvyšuje sociální chování. Výzkum v zařízeních naznačuje, že kontakt se psem nabízí řadu výhod pro starší lidi, včetně hmatového pohodlí, snižuje negativní dopad v institucionalizovaných zařízeních. Non-verbální komunikace psů byla přátelštější než komunikace s nejpřátelštějšími zaměstnanci. Zvířata lépe komunikují s lidmi s demencí než lidé, protože více spoléhají na výraz těla. Může se používat jen u osob, které nejsou alergické na psí srst a mají rádi psy. Není vhodná u agresivních nemocných Při setkání dementního seniora a psa je nutná přítomnost i pracovníka ze zařízení, kde senior pobývá. Pracovník s terapeutickým psem má mít dostatek informací o pacientovi, o komunikaci a vyjadřování, aktuálním psychickém stavu a projevech agresivity. Pro vykonávání této aktivity je důležitá pravidelnost (Filan, Jones, 2006, s. 597-611). Existuje i robot terapie, která užívá roboty jako náhradu za zvířata. Robot jménem Paro, vypadá jako pes, byl vyvinut pro robotickou léčbu a byl používán v nemocnicích a zařízeních pro seniory. Má stejné účinky na lidi jako léčba se zvířaty. Paro dokáže nabídnout sklenici vody. Chová se jako domácí zvířátko a proto je vhodný tam, kde zvířata nemohou. Je schopný vyvést seniora z jeho pohrouženosti, odbourává stres i strach starších lidí. (Shibata, Wada, 2011, s. 378-386)

Využití panenek

Terapie panenkami je používána v zahraničí mnoho let. Je způsobem nefarmakologické léčby pacientů se všemi druhy demence. Pacienti s panenkami se mohou cítit opět užiteční a potřební. Dostávají příležitost o někoho pečovat, svobodně vyjadřují své emoce, dochází k posílení sebeúcty. Využívají se i v zařízeních v České republice, jako součást reminiscenční terapie. Je uváděn kladný vliv na zmírnění

a zklidnění agresivity. Panenky mají mnoho odpůrců. Kritici uvádějí, že metoda infantilizuje nemocné a není respektována jejich důstojnost. Pacienti staví potřeby panenek nad své vlastní a mnohdy vznikají o ně mezi seniory hádky (Higgins, 2010, s. 18-20). I rodinní příslušníci často tuto metodu kritizují, i když je pacient šťastný. Stále je tato metoda považována za kontroverzní a je potřeba dalších studií (Meckenzie et al., 2006, s. 441-444).

Nemaste

Je program určeným pro pacienty s pokročilou demencí, ke zlepšení kvality života. Probíhá v místnosti, které působí jako uklidňující a bezpečné pro všechny, kdo vstoupí, včetně rodin a pečovatелů. Probíhá sedm týdnů, kdy je poskytována škála aktivit pomáhajícím přinést radost. Vyškolený terapeut provádí například masáže rukou a nohou krémy s vůní, která je pacientovi příjemná nebo si ji pamatuje z mládí. Pacienty češe, holí, omývá jim obličej a neustále k nim laskavě promlouvá. Smyslové stimulace jsou podporovány květinami, kdy šeřík jako symbol jara vytváří úsměv na rtech, stejně i skořice evokující podzim a zimu. Všichni se smějí, když někdo fouká do bubliny. K dispozici je jídlo i pití po celý den, proto i pacienti se sníženou chutí k jídlu mají více příležitostí si dát něco do úst. Po terapii jsou pacienti klidnější, vyhledávají oční kontakt, usmívají se, komunikují. Terapie má dobré účinky i na pečovatele, rodinu i pedagogické pracovníky (Simard, Volicer, 2010, s. 46-50).

ZÁVĚR

Přehledová bakalářská práce předkládá dohledané poznatky z odborných periodik od různých autorů za dobu 14 let. Informace se týkají problematiky demence, používání testů k identifikaci demencí, specifické ošetrovatelské péče a nefarmakologické léčby u pacientů s demencí. K podrobnému zkoumání byly stanoveny 3 dílčí cíle.

Prvním cílem bylo dohledat publikované poznatky o problematice demencí v ČR a v zahraničí. K diagnostice demencí v časných fázích se využívají testy kognitivních funkcí a testy hodnocení aktivit denního života (Rektorová, 2011, s. 37-45).

K hodnocení kognitivního deficitu využíváme tyto testy:

MMSE - Mini Mental State Examination test (MacGill, 2009, s. 123-125, Zvolský, 2001, s. 69-72, Ressler, 2004, s. 11-16; Čechová et al., 2011, s. 173-177).

CDT - Clock Drawing Test (Hanisková, 2006, s. 333-336; Eknayan, Hurley, Taber, 2012, s. 260-265; Ressler, Resslerová, 2002, s. 316-322, Heerema, 2013, s. 18-19).

7MST - Seven Minute Screening Test (Rektorová, 2011, s. 37-45).

MoCA TEST - Montreal Cognitive Assessment (Rektorová, 2011, s. 37-45).

ACE-R - Addenbrooke's Cognitive Examination (Bartoš, Raisová, Kopeček, 2011, s. 1-5; Mátlová, Baroš, Holmerová, 2009, s. 157-160).

DemTEC-A a DemTec-B - Dementia Detection (Kessler, Calabrese, Kalbe, 2010, s. 532-535).

MINI-COG TEST - Mini Cognitive Test (Mate-Cole et al., 2009, s. 1469-1477, Doerflinger, 2013, s. 1-2).

K hodnocení aktivit denního života používáme dotazníky:

ADL - Activities of daily living (Čechová et al., 2011, s. 173-176; Hudeček, Sheardová, Hort, 2011, s. 100-107).

IADL - Instrumental Activities of daily living (Čechová et al., 2011 s. 173-176; Hudeček, Sheardová, Hort, 2011, s. 100-107).

FAQ-CZ - Functional Assessment Questionnaire (Bartoš et al., 2009, s. 320-323).

DAT-CZ - Disability Assessment for dementia (Bartoš et al., 2009, s. 320-323)

BARTHEL INDEX - Test Barthelové (Jedinská, 2013, s. 134-137; Post, Meily, Gispén, 2002, s. 182-189).

První dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým dílčím cílem bakalářské práce bylo dohledání publikovaných poznatků o specifické ošetrovatelské péči u pacientů s demencí. Autoři článků se shodují v názorech, že nejdůležitější v péči o pacienta s demencí je zachovávat důstojnost respektovat jeho přání a rozhodnutí (Smith, Buckwalter, 2005, s. 40-52; Kantorková, 2011, s. 71-74; Taylor et al., 2009, s. 16-17; Biscardi, 2007, s. 109-115; Buck, 2004, s. 34-37; Holmerová, 2010, s. 6-7).

U seniorů s demencí je důležité:

Aktivizovat nemocného smysluplnými činnostmi (Kantorková, 2011, s. 71-74; Smith, Buckwalter, 2005, s. 40-52)

Podporovat orientaci a zachovalé schopnosti pacienta (Kantorková, 2011, s. 71-74; Smith, Buckwalter, 2005, s. 40-52; Brunovský, 2006, s. 61-64; Cohen Mansfield et al., 2012, s. 1255-1261; Švarc, 2008, s. 243-245; Novotná, Rybářová, 2010, s. 333-335; Holmerová et al., 2011, s. 24-26; Hulme et al., 2010, s. 756-763).

Podporovat sebedůvěru nemocného (Kantorková, 2011, s. 71-74; Zacharová, 2008, s. 588-589).

Podporovat nemocného v sebepéči (Holmerová et al., 2005, s. 180-184; Sheardová, 2011, s. 126-128; Hudáková, Ďernárová, 2011, s. 100-111).

S pacientem mluvit laskavě, klidně, udržovat oční kontakt, usmívat se (Miler, 2008, s. 56-66; Kantorková, 2011, s. 71-74; Cerejeira, Lagardo, Mukraetova-Ladinska, 2012, s. 1-21; Zacharova, 2008, s. 588-589).

Podporovat nemocného ve vyjadřování vlastních myšlenek, obav, pocitů (Cerejeira, Lagarto, Mukaetová-Ladinská, 2012, s. 1-12).

Zajistit bezpečné prostředí (Silverstein, 2012, s. 1-2; Rowe, 2008, s. 62-70; Holmerová et al., 2011, s. 24-26).

Předcházet stresovým situacím a všimnout si změn v chování pacienta (Švarc, 2008, s. 243-245; Smith, Buckwalter, 2005, s. 40-52).

Zajistit dostatečnou výživu (Těšínský, 2003, s. 248-253; Smith, Buckwalter 2005, s. 40-52).

Zajistit a podporovat kvalitní spánek (Brunovský, Červená, Matoušek, 2002, s. 134-137; McCurry et al., 2005, s. 793-802).

Sledovat nonverbální projevy bolesti, edukovat nemocného i pečovatele o možnostech nefarmakologické léčby (Holmerová et al., 2009, s. 31-35; Lautenbacher et al., 2013, s. 469-474).

Podporovat a edukovat rodinu nemocného o spolupráci s celým ošetrovatelským týmem (Biscardi, 2007, s. 109-115; Birch, Stoke, 2010, s. 31-36; Holmerová et al., 2005, s. 180-184).

Druhý dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Třetí dílčí cíl bakalářské práce měl za úkol zjistit možnosti nefarmakologické léčby u pacientů s demencí. Pro zachování a udržení kognitivních schopností a pro podporu aktivit denního života, můžeme u seniorů s demencí využít tuto nefarmakologickou léčbu:

Kognitivně stimulační trénink (Sheardová, 2011, s. 126-128; Holmerová et al., 2005, s. 180-184; Yamaguch, Maki, Tamaha, 2011, s. 674-676).

Fyzická aktivita (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177; Sheardová, 2011, s. 126-128, Ahlskog, 2011, s. 288-294; Littbrand et al., 2011, s. 495-518)

Ergoterapie (Graff et al., 2006, s. 1196; Padilla, 2011, s. 487-489).

Orientace v realitě (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177; Travel, 2009, s. 455-467).

Validace (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177; Malone, 2010, s. 258-260; Hulme et al., 2010, s. 756-763)

Terapie světlem (Sutherland, 2004, s. 32-34; Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177; Hanaford, Figuero, 2013, s. 913-922; Cohen-Mansfield, 2004, s. 288-308).

Reminiscenční terapie (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177; Sheardová, 2011, s. 126-128; Chiang et al., 2010, s. 380-388; Woods et al., 2005, s. 125-126).

Muzikoterapie (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177; Chu et al., 2004, s. 209-217, Sheardová, 2011, s. 126-128; Svandottir, Snaepal, 2006, s. 613-621).

Nemaste (Simard, Volicer, 2010, s. 46-50).

Aromaterapie (Douglas, James, Ballard, 2004, s. 171-177; Nguen, Paton, 2008, s. 337-346; Jimbo et al., 2009, s. 173-179).

Canisterapie (Filan, Jones, 2006, s. 597-611; Shibata, Wada, 2011, s. 378-386).

Využití panenek (Higgins, 2010, s. 18-20; Meckenzie et al., 2006, s. 441-444).

Snoezelen (Travel, 2009, s. 455-467, Andreeva, 2011, s. 24-29; Bailly, Pointereau, 2011, s. 268-273).

Třetí dílčí cíl bakalářské práce byl splněn.

Péče o člověka s demencí je dlouhodobá, náročná a vyčerpávající. Pokud máme dostatek informací o podstatě této nemoci, její včasnou diagnózu, odpovídající léčbu a praktikujeme vhodný přístup k nemocnému, lze ušetřit mnoho sil a energie. Zlepšit i spolupráci s nemocným, navázat hodnotný vzájemný vztah a podstatně zlepšit kvalitu života nemocného i jeho pečovatele. Každá osoba s demencí je jedinečná bytost s vlastními odlišnými životními zážitky, koníčky a zálibami. Ikdyž jsou symptomy u osob s demencí známy a popsány, demence ovlivňuje každého seniora různým způsobem. A každý člověk z okolí nemocného reaguje na jeho problémy různě. Proto je potřeba informací a jednotného přístupu v péči o seniora s demencí nezbytná a relevantní (Holmerová, Jurášková, Zikmundová et al., 2007, s. 7-142).

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANDĚL, R. a H. VAŇKOVÁ. 2009. Strategie v prevenci demence. GERIATRICKÁ REVUE *on-line* [online]. 2009, roč. 12, č. 7, s. 75-78. [cit. 28-03-2014]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr090205.pdf
2. ANDREEVA, V., V. DARTINET-CHALMEY, A. KLOUL, B. FROMAGE a N. KADRI. 2011. Snoezelen » ou les effets de la stimulation multisensorielle sur les troubles du comportement chez les personnes âgées démentes à un stade avancé. NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE - GERIATRIE *on-line* [online]. 2011, roč. 11, č. 61, s. 24-29. [cit. 28-03-2014]. ISSN 0761-8425. Dostupné z: <http://www.emconsulte.com/article/280579/figures/snoezelen-ou-les-effets-de-la-stimulation-multisen>
3. AHLSSKOG, J. E. DOES. 2011. Vigorous exercise have a neuroprotective effect in Parkinson disease. NEUROLOGI *on-line* [online]. 2011, roč. 77, č. 3, s. 288-294. [cit. 08-03-2014]. ISSN 1531-8249. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21768599>
4. BAILLY, N. a S. POINTEREAU. 2011. Effets snoezelen sur des personnes âgées démentes. NPG NEUROLOGIE - PSYCHIATRIE - GERIATRIE *on-line* [online]. 2011, roč. 11, č. 66, s. 268-273. [cit. 08-03-2014]. ISSN 1627-4830. Dostupné z: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/447142/>
5. BARTOŠ, A., M. RAISOVÁ a M. KOPEČEK. 2011. Důvody a průběh novelizace české verze Addenbrookského kognitivního testu. ČESKO SLOV. NEUROLOGIE *on-line* [online]. 2011, roč. 74, s. 1-5. [cit. 08-03-2014]. ISSN 1210-7859. Dostupné z: www.csnn.eu/.../duvody-a-prubeh-novelizace-ceske-verze-addenbrooks..testu-ace-cz-36320?confirm_rules=1
6. BARTOŠ, Aleš et al. 2009. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. NEUROLOGIE PRO PRAXI *on-line* [online]. 2009, roč. 10, č. 5, s. 320-323. [cit. 05-03-2014]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/05/12.pdf

7. BARTKO, Daniel, Igor ČOMBOR, Štefan MADARÁSZ a Milan LULIAK. 2008. Demencia Alzheimerovho typu. VIA PRACTICA *on-line* [online]. 2008, roč. 5, č. 10, s. 398-402. [cit. 05-03-2014]. ISSN 14142032. Dostupné z: www.viapractica.sk/index.php?page=pdf...
8. BASU, R. 2012. Education and Dementia Risk. Research on Aging. GERONTOLOGY *on-line* [online]. 2012, roč. 35, č. 1, s. 7-11. [cit. 05-02-2014]. ISSN 1552-7573. Dostupné z: <http://roa.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0164027511434086>
9. BIRCH, Deborah a David STOKOE. 2010. Caring for people with end-stage dementia. NURSING OLDER PEOPLE *on-line* [online]. 2010, roč. 22, č. 2, s. 31-36. [cit. 05-02-2014]. ISSN 1741-2684. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20355343>
10. BISCARDI, M. et al. 2007. Guideline Recommendations to Improve Dementia Care. ALZHEIMER'S CARE TODAY *on-line* [online]. 2007, roč. 8, č. 2, s. 109-115. [cit. 02-03-2014]. ISSN 1936-3001. Dostupné z: www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=712124
11. BÓRIKOVÁ, I., K. ŽIAKOVÁ, 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatel'stve. Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch *on-line* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 13-18. [cit. 02-03-2014]. ISBN 978-80-7368-230-9. Dostupné z: http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2013/25-vyuzivani-hodnoticich-a-mericich-skali-v-osetrovatelstvi.pdf
12. BRUNOVSKÝ, Martin, Kateřina ČERVENÁ a Miloš MATOUŠEK. 2002. Poruchy spánku u demenci. NEUROLOGIE PRO PRAXI *on-line* [online]. 2002, roč. 3, č. 2, s. 134-137. [cit. 02-03-2014]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz/savepdfs/neu/2002/03/05.pdf

13. BRUNOVSKÝ, Martin. 2006. Poruchy chování u demencí. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI on-line* [online]. 2006, roč. 2, s. 61-64. [cit. 02-03-2014]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/03.pdf
14. BUCK, Alyson. 2004. Diagnosing dementia. *PRACTICE NURSE on-line* [online]. 2004, roč. 28, č. 2, s. 34-37. [cit. 02-03-2014]. ISSN 0953-6612. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=21&sid=0cd5a713-b408-4203-b95e-98ed6cd443a5%40sessionmgr110&hid=121&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=bth&AN=14113621>
15. CEREJEIRA, J., LAGARTO, L., MUKAETOVA-LADINSKA, E. B. 2012. Behavioral and Psychological symptom sof dementia. *FRONTIERS IN NEUROLOG Y on-line* [online]. 2012, roč. 73, č. 4, s. 1-21. [cit. 02-03-2014]. ISSN 1664-2295. Dostupné z: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345875/
16. COHEN-MANSFIELD, J. 2004. Nonpharmacologic Interventionsfor Inappropriate Behaviors in Dementia: A REVIEV, SUMARY AND CRITIQUE FOCUS *on-line* [online]. 2004, roč. 2, č. 2, s. 288-308. [cit. 01-04-2014]. ISSN 1541-4094. Dostupné z: www://focus.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=49730
17. COHEN-MANSFIELD, Jiska, Khin THEIN, Marcia S. MARX, Maha DAKHEEL-ALI a Laurence FREEDMAN. 2012. Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY on-line* [online]. 2012, roč. 73, č. 9, s. 1255-1261. [cit. 01-02-2014]. ISSN 0160-6689. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/results>
18. ČECHOVÁ, Linda, Aleš BARTOŠ, David DOLEŽIL a Daniela ŘÍPOVÁ. 2011. Alzheimerová nemoc a mírmá kognitivní porucha: diagnostika a léčba. *NEUROLOGI E PRO PRAXI on-line* [online]. 2011, roč. 12, č. 3, s. 173-177. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz/.../neu-201103-0008_Alzheimerova_nemoc..

19. DOERFLINGER, Deidre M. Carolain. 2013. Mental Status Assessment of Older Adults: The Mini-CogT. UNIVERSITY COLLEGE OF NURSING *on-line* [online]. 2013, roč. 3. s. 1-2. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1538-7488. Dostupné z: http://consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_3.pdf
20. DOUGLAS, S., JAMES, I., BALLARD, C. 2004. Non-pharmacological interventions in dementia. ADVANCES IN PSYCHIATRIC TREATMENT *on-line* [online]. 2004, roč. 10, č. 3, s. 171-177. [cit.04-02-2014]. ISSN 1355-5146. Dostupné z: www.apr.rcpsych.org/content/10/3/171.full
21. EKNOYAN, Donald, Robin A. HURLEY a Katherine H. TABER. 2012. The Clock Drawing Task: Common errors and functional neuroanatomy. THE JOURNAL OF NEUROPSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE *on-line* [online]. 2012, roč. 24, č. 3, s. 260-265. [cit. 04-02-2014]. ISSN 1472-5146. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/results?sid=0cd5a713-b408-4203-b95e-98ed6cd443a5%40sessionmgr110&vid=34&hid=121&bquery=EKNOYAN>
22. ELBERTOVÁ, Z., M. MAZANCOVÁ a M. FILIP. 2005. Využití krátkých kognitivních testů k vyhledávání Alzheimerovy demence *on-line* [online]. 2005. Dostupné z: www.pcp.lf3.cuni.cz/...cinnost/.../zuzana_elbertova_svk2005_abstrakt.d...
23. ELWOOD, Peter, Julieta GALANTE, Janet PICKERING, Stephen PALMER, Antony BAYER, Yoav BEN-SHLOMO, Marcus LONGLEY a John GALLACHER. 2013. Healthy Lifestyles Reduce the Incidence of Chronic Diseases and Dementia: Evidence from the Caerphilly Cohort Study. PLOS ONE *on-line* [online]. 2013, roč. 8, č. 12, s. 1-7. [cit. 04-02-2014]. ISSN 1545-7222. Dostupné z: <http://neuro.psychiatryonline.org/article.aspx>
24. FILAN, S. L., LLEWELLYN-JONES, H. 2006. Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS *on-line* [online]. 2006, roč. 18, č. 4, s. 597-611. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1041-6102. Dostupné z : www.pawsforpeople.org/wp-content/uploads/2013/03/AAT-for-dementia-a-review-of-the-literature.pdf

25. GITLIN, Laura N., Helen C. KALES a Constantine G. LYKETSOS. 2012. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. JAMA on-line [online]. 2012, roč. 308, č. 19, s. 2020-2029. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1538-3598. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1392543>
26. GOLDEMUND, David a Sabina TELECKÁ. 2006. Kognitivní poruchy a deprese u pacientů s cévním onemocněním mozku. NEUROLOGIE PRO PRAXI on-line [online]. 2006, roč. 4, č. 3, s. 121–124. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200604-0003.php
27. GRAESSEL, Elmar, Renate STEMMER, Birgit EICHENSEER, Sabine PICKEL, Carolin DONATH, Johannes KORNUBER a Katharina LUTTENBERGER. 2011. Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial. BMC MEDICINE on-line [online]. 2011, roč. 9, č. 1, s. 129. [cit. 04-02-2014]. ISSN 1741-7015. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/129>
28. GRAFF, M. J. et al. 2006. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BRITISH MEDICAL JOURNAL on-line [online]. 2006, roč. 333, č. 7580, s. 1196. [cit. 04-02-2014]. ISSN 0959- 8138. Dostupné z: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17114212
29. HANFORD, N., FIGUERO, M. 2012. Light Therapy and Alzheimer's Disease and Related Dementia: Past, Present, and Future. JOURNAL OF ALZHEIMER'S DISEASE on-line [online]. 2012, roč. 33, č. 4, s. 913-922. [cit. 04-03-2014]. ISSN 1387-2877. Dostupné z: www IOSpress.metapress.com/content/x232286450826368/fulltext.pdf
30. HANISKOVÁ, Tatiana. 2006. Zlepšenie diagnostiky demencie v primárnej praxi. SOLEN on-line [online]. 2006, roč. 3, č. 7/8, s. 333-336. [cit. 04-03-2014] ISSN 1803-5256. Dostupné z: www.solen.sk/index.php?page=magazine.

31. HEEREMA, Ester. 2013. What Is the Clock-Drawing Test. ABOUT.COM on-line [online]. 2013, roč. 18, č. 10. s. 18-19. [cit. 02-02-2014]. ISSN 1212 5075. Dostupné z: <http://alzheimers.about.com/od/testsandprocedures/a/The-Clock-Drawing-Test.htm>

32. HIGGINS, Patricia. 2010. Using dolls to enhance the wellbeing of people with dementia in residential care. NURSING TIMES on-line [online]. 2010, roč. 44, č. 10, s. 18-20. [cit. 14-03-2014]. ISSN 0954-7762. Dostupné z: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21287845

33. HOLMEROVÁ, Iva, Hana JANEČKOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Petr VELETA. 2005. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče. INTERNÍ MEDICÍNA on-line [online]. 2005, roč. 4, s. 180-184. [cit. 04-04-2014]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf

34. HOLMEROVÁ, Iva et al. 2009. Bolest – podceněný problém v péči o pacienty s demencí. ČESKÁ GERIATRICKÁ REVUE on-line [online]. 2009, roč. 7, č. 11, s. 31-35. [cit. 04-04-2014]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_06.pdf

35. HOLMEROVÁ, Iva, Martina MÁTLOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Božena JURÁŠKOVÁ. 2010. Demence. MEDICÍNA PRO PRAXI on-line [online]. 2010, roč. 7, č. 3, s. 139–144. [cit. 04-02-2014]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/03/11.pdf>

36. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. 2007. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV PUBLIC RELATIONS on-line. [online]. 2007, s. 7-142. [cit. 04-02-2014]. ISSN 978 80 254 0179 8. Dostupné z: <http://www.geriatrie.cz/dokumenty/VybrKapZGerontologie.pdf>

37. HOLMEROVÁ, Iva. 2010. Alzheimerova choroba v primární péči. Medical Tribune [online]. roč. 6, č. 30, s. 6-7. cit. 04-03-2013]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: - www.tribune.cz/clanek/20521-alzheimerovachoro

38. HOLMEROVÁ, Iva et al. 2011. Poruchy chování a další psychické symptomy u pacientů s demencí. *Lékařské listy* [online]. roč. 60, č. 9, s. 24-26. [cit. 04-04-2013]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: [www://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-chovani-a-dalsi-psychicke-symptomy-u-pacientu-s-demenci-462790](http://www.zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-chovani-a-dalsi-psychicke-symptomy-u-pacientu-s-demenci-462790)
39. HUDÁKOVÁ, Anna, DERŇÁROVÁ, Ľubica. 2011. Sebestačnosť ako významný aspekt kvality života seniorov. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve* [online]. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova fakulta, s. 100-111. [cit. 01-02-2013]. ISBN 978-80-89544-00-4. Dostupné z: www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/tvav_ose_2011.pdf
40. HUDEČEK, Daniel, Kateřina SHEARDOVÁ a Jakub HORT. 2011. Demence v klinické praxi v roce 2011. *POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA on-line* [online]. 2012, roč. 14, č. 1, s. 100-107. . [cit. 01-04-2014]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/postgradualni-medicina/covers>
41. HULME, Claire, Judy WRIGHT, Tom CROCKER, Yemi OLUBOYEDE a Allan HOUSE. 2010. Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY* on-line [online]. 2010, roč. 25, č. 7, s. 756-763. [cit. 01-04-2014]. ISSN 1099-1166. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/gps.2429>
42. CHANG, C., ROBERTS, B. L. 2011. Strategies for Feeding Patients with Dementia. *AMERICAN JOURNAL NURSING* on-line [online]. 2011.roč. 111,č. 4, s. 26-44. [cit. 04-04-2014]. ISSN 0002-936X. Dostupné z: [www://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2011/04000/Strategies_for_Feeding_Patients_with_Dementia.18.aspx](http://www.journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2011/04000/Strategies_for_Feeding_Patients_with_Dementia.18.aspx)
43. CHIANG, Kai-Jo, Hsin CHU, Hsiu-Ju CHANG, Min-Huey CHUNG, Chung-Hua CHEN, Hung-Yi CHIOU a Kuei-Ru CHOU. 2010. The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*

on-line [online]. 2010, roč. 25, č. 4, s. 380-388. [cit. 01-03-2014]. ISSN 1099-1166. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19697299>

44. CHU, Hsin, Chyn-Yng YANG, Yu LIN, Keng-Liang OU, Tso-Ying LEE, Anthony Paul O'BRIEN a Kuei-Ru CHOU. 2004. The Impact of Group Music Therapy on Depression and Cognition in Elderly Persons With Dementia: A Randomized Controlled Study. BIOLOGICAL RESEARCH FOR NURSING on-line [online]. . 2014, roč. 16, č. 2, s. 209-217. [cit. 01-04-2014]. ISSN 1699-5988. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639952>

45. JEDINSKÁ, Martina. 2013. Funkční hodnocení seniorů, teorie a praxe. GERIATRIE A GERONTOLOGIE on-line [online]. 2013, roč. 2, č. 3, s. 134-137. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1435-1269. Dostupné z: www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/funkcni-hodnoceni.pdf

46. JIMBO, Daiki, Yuki KIMURA, Miyako TANIGUCHI, Masashi INOUE a Katsuya URAKAMI. 2009. Effect of aromatherapy on patients with Alzheimer's disease. PSYCHOGERIATRICS on-line [online]. 2009, roč. 9, č. 4, s. 173-179. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1041-6102.

47. KANTORKOVÁ, Marie. 2011. Demence – vývojová stadia a doporučení. SESTRA on-line[online]. 21(2), 71-74. [cit. 04-04-2014]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: [www://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/demence-vyvojova-stadia-a-doporuceni-458228](http://www.zdravi.e15.cz/clanek/sestra/demence-vyvojova-stadia-a-doporuceni-458228)

48. KESSLER, J., P. CALABRESE a E. KALBE. 2010. DemTect-B: ein Äquivalenztest zum kognitiven Screening DemTect-A®. FORTSCHRITTE DER NEUROLOGIE PSYCHIATRIE on-line [online]. 2010, roč. 78, č. 9, s. 532-535. [cit. 01-02-2014]. ISSN 0586-7614. Dostupné z: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0029-1245452>

49. KOKJOHN, Tyler A., Chera L. MAAROUF, Ian D. DAUGS, Jesse M. HUNTER, Charisse M. WHITESIDE, Michael MALEK-AHMADI, Emma RODRIGUEZ, Walter KALBACK, Sandra A. JACOBSON, Marwan N. SABBAGH, Thomas G. BEACH a

Alex E. ROHER. 2013. Neurochemical Profile of Dementia Pugilistica.

JOURNAL OF NEUROTRAUMA on-line [online]. 2013, roč. 30, č. 11, s. 981-997. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1557-9042. Dostupné z:

<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/neu.2012.2699>

50. LAUTENBACHER, Stefan, Beate G. NIEWELT a Miriam KUNZ. 2013. Decoding Pain from the Facial Display of Patients with Dementia: A Comparison of Professional and Nonprofessional Observers. PAIN MEDICINE on-line [online]. 2013, roč. 14, č. 4, s. 469-477. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1526-4637. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/233690>

51. LITTBAND, Håkan, Michael STENVALL a Erik ROSENDAHL. 2011. Applicability and Effects of Physical Exercise on Physical and Cognitive Functions and Activities of Daily Living Among People With Dementia: A Systematic Review. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHICAL MEDICINE on-line [online]. 2011, roč. 90, č. 6, s. 495-518. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1537-7385. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/214305>

52. LUŽNÝ, Jan. 2011. Nefarmakologické ovlivnění kognitivních funkcí u klientů s demencí. OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCE on-line [online]. 2011, roč. 2, č. 4, s. 90-95. [cit. 05-03-2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: [www://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-04/5_luzny_abstrakt.pdf](http://www.periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-04/5_luzny_abstrakt.pdf)

53. MALONE, Ryan. 2010. Validation Therapy and Dementia: Pros and Cons. INSIDEL CARE on-line [online]. 2010, s. 258-260. [cit. 01-02-2014]. ISSN 258-260. Dostupné z: www.insideeldercare.com/alzheimers/validace

54. MACGILL, Markus. 2009. What is dementia? The signs, symptoms and causes of dementia. MEDICAL NEW TODAY on-line [online]. 2009, s. 123-125. [cit. 01-02-2014]. ISSN 2249-3379. Dostupné z: www.medicalnewstoday.com/articles/142214.ph

55. MÁTLOVÁ, M., A. BAROŠ a I. HOLMEROVÁ. 2009. Dny paměti-jak na včasnou diagnózu alzheimerovi choroby. GERIATRICKÉ REVUE on-line [online]. 2009, roč. 7,č. 3-4, s. 157-160. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_03_10.pdf

56. MATE-KOLE, C. Charles, James CONWAY, Katherine CATAYONG, Rachel BIEU, Naa Amerley SACKY, Rebecca WOOD a Robert FELLOWS. 2009. 80. Validation of the Revised Quick Cognitive Screening Test. ARCHIVES OF PSYCHICAL MEDICINE on-line [online]. 2009, roč. 90, č. 9, s. 1469-1477. [cit. 01-02-2014]. ISSN 0033-2917. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19735773>

57. MCCURRY, S. M. et al. 2005. Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease: A Randomized, Controlled Trial. JOURNAL OF AMERICAN GERIATRIC SOCIETY on-line [online]. 2005, roč. 53, č. 5, s. 793-802. [cit. 05-03-2013]. ISSN 1532-5415. Dostupné z: [www://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2005.53252.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2005.53252.x/full)

58. MECKENZIE, Lorna, Andrew JAMES, Rachel MORSE, Elizabeta MUCAETOVA-LADINSKA a Reichelt KATHARINA. 2006. A pilot study on the use of dolls for people with dementia. OXFORD JOURNALS. on-line [online]. 2006, roč. 35, č. 4, s. 441-444. ISSN 0002-0729. Dostupné z: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/4/441.long>

59. MESCHIA, James F a Beth K RUSH. 2006. Vascular dementia may be easier to treat than diagnose. FUTURE DRUGS LTD on-line [online]. 2006, roč. 6, č. 2, s. 123-127. ISSN 1473-7175. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1586/14737175.6.2.123>

60. MILER, C. 2008. Communication Difficulties in Hospitalized Older Adults with Dementia: Try these techniques to make communicating with patients easier and more effective. AMERICAN JOURNALS OF NURSING on-line [online]. 2008, roč. 108, č. 3, s. 56-66. [cit. 01-02-2013]. ISSN 0002-936X. Dostupné z:

www://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2008/03000/Communication_Difficulties_in_Hospitalized_Older.28.aspx

61. MPSV. 2010. Vláda chce pomoci lidem trpícím Alzheimerem. NEZÁVISLÉ NOVINY. 2010. ISSN, 1211-2119. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9595>

62. NGUYEN, Q., PATON, C. 2008. The use of aromatherapy to treat behavioural problems in dementia. INTERNATIONAL JOURNALS OF GERIATRIC PSYCHIATRY online [online]. 2008, roč. 23, č. 4, s. 337-346. [cit. 04-03-2013]. ISSN 1099-1166. Dostupné z: [www://ot.creighton.edu/community/EBLP/Question4/2010_Update/Nguyen%202008.pdf](http://ot.creighton.edu/community/EBLP/Question4/2010_Update/Nguyen%202008.pdf)

63. NIKOLAI, Tomáš, Ondřej BEZDÍČEK, Martin VYHNÁNEK a Jakub HORT. 2012. Mírná kognitivní porucha: diagnostická jednotka nebo stadium předcházející demenci. ČESKOSLOVENSKÁ PSYCHOLOGIE on-line [online]. 2012, roč. 56, č. 4, s. 374-390. [cit. 04-03-2013]. ISSN 1804-6436. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc12030553>

64. NOVOTNÁ, Zuzana, RYBÁROVÁ, Daniela. 2010. Používání obmedzovacích prostriedkov u pacientov s demenciou v klinickej praxi. In: Haluzíková, Jana et al. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství. Sborník příspěvků V. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí on-line on-line [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě, s. 333-335. [cit. 01-02-14]. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z: www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010

65. PADILLA, R. 2011. Effectiveness of Occupational Therapy Services for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. AMERICAN JOURNALS OF OCCUPATIONAL THERAPY on-line [online]. 2011, roč. 65, č. 5, s. 487-489. [cit. 04-04-2013]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: www://ajot.aotapress.net/content/65/5/487.full

66. PINDER, R. M. 2004. Alcohol, wine and mental health: focus on dementia and stroke. JOURNAL OF PSYCHOLOGY on-line [online]. 2004, roč. 18, č. 4, s. 449-456. [cit. 04-03-2014]. ISSN 0022-3980. Dostupné z: <http://jop.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0269881104047272>
67. POST, MWM, JMA VISSER-MEILY a LSF GISPEN. 2002. Measuring nursing needs of stroke patients in clinical rehabilitation: a comparison of validity and sensitivity to change between the Northwick Park Dependency Score and the Barthel Index. CLINICAL REHABILITATION. 2002, roč. 16, č. 2, s. 182-189. [cit. 04-03-2014]. ISSN 1477-0873. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11926176>
68. REKTOROVÁ, Irena. 2011. Screeningové škály pro hodnocení demence. NEUROLOGIE PRO PRAXI on-line [online]. 2011, roč. 12, s. 37-45. [cit. 05-03-2014]. ISSN 1113-1814. Dostupný z: www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf
69. REKTOROVÁ, Irena. 2010. Demence s Lewyho tělísky a demence u Parkinsonovy nemoci. NEUROLOGIE PRO PRAXI on-line [online]. 2010, roč. 11, č. 5, s. 351-354. [cit. 04-03-2014]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/05/18.pdf>
70. RESSNER, Pavel, RESSNEROVÁ, Eva. 2002. Test hodin, přehledná informace a zhodnocení škál dle Shumana, Sunderlanda a Hendriksena. NEUROLOGIE PRO PRAXI on-line [online]. 2002, roč. 2, č. 6, s. 316-322. [cit. 03-03-2014]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2214
71. RESSNER, Pavel. 2004. Alzheimerova choroba – Diagnostika a léčba. NEUROLOGIE PRO PRAXI on-line [online]. 2004, roč. 1, s. 11-16. [cit. 03-03-2014]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2004/01/04.pdf>
72. ROWE, M. 2008. Wandering in Hospitalized Older Adults: Identifying risk is the first step in this approach to preventing wandering in patients with dementia. AMERICAN JOURNAL OF NURSING on-line [online]. 2008, roč. 108, č. 10, s. 62-

70. [cit. 03-03-2014]. ISSN 0002-936X. Dostupné z:
[www://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2008/10000/Wandering_in_Hospitalized_Older_Adults](http://www.lww.com/ajnonline/Fulltext/2008/10000/Wandering_in_Hospitalized_Older_Adults)
73. SHIBATA, Takanori a Kazuyoshi WADA. 2011. Robot Therapy: A New Approach for Mental Healthcare of the Elderly. A Mini-Review. GERONTOLOGY on-line [online]. 2011, roč. 1, 57, č. 4, s. 378-386. [cit. 03-03-2014]. ISSN: 101 159. Dostupné z: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000319015>
74. SHEARDOVÁ, Kateřina. 2011. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. PSYCHIATRIE PRO PRAXI on-line [online]. 2011, roč. 12, č. 13, s. 126-128. [cit. 03-03-2014]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/11.pdf
75. SILVERSTEIN, Nina M. 2012. Wandering in Hospitalized Older Adults. BEST PRACTICES IN NURSING on-line [online]. 2012, s.1-2. [cit. 04-02-2014]. ISSN 1940-8250. Dostupné z: consultgerim.org/uploads/File/trythis/try_this_d6.pdf
76. SIMARD, J., VOLICER, L. 2010. Effects of Namaste Care on Residents Who Do Not Benefit From Usual Activities. AMERICAN JOURNAL OF ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS on-line [online]. 2010. roč. 25, č. 1, s. 46-50. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1533-3175. Dostupné z: [www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=effects%20of%](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=effects%20of%20namaste%20care%20on%20residents%20who%20do%20not%20benefit%20from%20usual%20activities%20american%20journal%20of%20alzheimer%27s%20disease%20and%20other%20dementias)
77. SMITH, M., BUCKWALTER, K. 2005. Behaviors Associated with Dementia: Whether resisting care or exhibiting apathy, an older adult with dementia is attempting communication. Nurses and other caregivers must learn to 'hear' this language. AMERICAN JOURNAL OF NURSING on-line [online]. 2005. roč. 105, č. 7, s. 40-52. [cit. 03-03-2014]. ISSN 0002-936X. Dostupné z: [www://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/2005/07000/BEHAVIORS_ASSOCIATED_WITH_DEMENTIA__Whether.28.aspx](http://www.lww.com/ajnonline/Fulltext/2005/07000/BEHAVIORS_ASSOCIATED_WITH_DEMENTIA__Whether.28.aspx)

78. SUCHÁ, J. 2013. Ergoterapie v péči o pacienty s demencí a na geriatrickém pracovišti. GERIATRIE A GERONTOLOGIE on-line [online]. 2013, roč. 2, č. 3, s. 149-151. [cit. 04-04-2014]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/Ergoterapie

79. SUTHERLAND, D. et al. 2004. The use of light therapy to lower agitation in people with dementia. Nursing Times [online]. 2004, roč. 100, č. 44, s. 32-34. [cit. 01-02-2014]. ISSN 0954-7762. Dostupné z: www.nursingtimes.net/Journals/2013/02/15/t/j/i/041109DevDementia.pdf

80. SVANSODOTTIR, H. B., SNAEDAL, J. 2006. Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case – control study. INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC on-line [online]. 2006, roč. 18, č. 4, s. 613–621. [cit. 04-04-2014]. ISSN 1041-6102. Dostupné z: [www://hirsila.lsh.is/lsh/bitstream/2336/6259/3/music-therapy.pdf](http://www.hirsila.lsh.is/lsh/bitstream/2336/6259/3/music-therapy.pdf)

81. ŠVARC, Jiří. 2008. OMEZUJÍCÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII on-line [online]. 2008, roč. 9, č. 5, s. 243-245 [cit. 04-04-2014]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/12.pdf>

82. TAYLOR, Clare, Karen HARRISON, DENING, Alan DUNKAN a Tim KENDALL. 2009. Therapeutic interventions in dementia - Part 1: Cognitive symptoms and function. TIMES on-line [online]. 2009, roč. 10, č. 5, s. 16-17. [cit. 04-04-2014]. ISSN 0956-1382. Dostupné z: www.nursingtimes.net/.../terapeutické-intervence, v

83. TĚŠÍNSKÝ, Pavel. 2003. Poruchy výživy u alzheimerovy demence a možnosti jejich ovlivnění. PSYCHIATRIE PRO PRAXI on-line [online]. 2003, roč. 6, s. 248-253. [cit. 04-04-2014]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz/savepdfs/psy/2003/06/03.pdf

84. TORPY, Janet M. Mild Cognitive Impairment. JAMA on-line [online]. 2008, roč. 300, č. 13, s. 1610. [cit. 04-04-2014]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.300.13.1610>

85. TRAVEL, Pavel. 2009. Terapia pacienta s demenciou zameraná na orientáciu v realite. ČESKÁ A SLOVENSKÁ PSYCHIATRIE on-line [online]. 2009, roč. 105, č. 1, s. 455-467. [cit. 03-03-2014]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_32_35.pdf

86. WHALLEY, Lawrence J., Roger T. STAFF, Alison D. MURRAY, Ian J. DEARY a John M. STARR. 2013. Genetic and environmental factors in late onset dementia: possible role for early parental death. INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY on-line [online]. 2011, roč. 28, č. 1, s. 75-81. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1099-1166. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22821632>

87. WIJA, Petr. 2012. Demence: priorita pro systém zdravotnictví. ÚZIS on-line [online]. 2012, č. 63, s. 1-3. [cit. 03-02-2014]. ISSN 1210-8588. Dostupné z: www.uzis.cz/

88. WOODS, B. Orrell M , S Davies, C. SPECTOR JONES, M. ORREL a S. DAVIES. 2005. Reminiscence therapy for dementia. COCHRANE DATABASE SYST. REV on-line [online]. 2005, roč. 4, s. 125-126. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1469-493X. Dostupné z: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846613

89. YAMAGUCHI, H., Y. MAKI a K. TAKAHASHI. 2011. Rehabilitation for dementia using enjoyable video-sports games. INTERNATIONAL PSYCHGERIATRIC on-line [online]. 2011, roč. 23, č. 04, s. 674-676. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1041-6106. Dostupné z: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610210001912

90. ZACHAROVÁ, Eva. 2008. Komunikace s geriatrickým pacientem. INTERNÍ MEDICÍNA on-line [online]. 2008, roč. 10, č. 12, s. 588-589. [cit. 01-02-2014]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf

91. ZVOLSKÝ, Petr. 2001. Diagnóza Alzheimerovy nemoci pomocí škálovacích metod. PSYCHIATRIE PRO PRAXI on-line [online]. 2001, č. 2, s. 69-72. [cit. 01-02-2014].

2014]. ISSN 1335-9584. Dostupné z:
www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/02/04.pdf

SEZNAM ZKRATEK

7MST	7 minutový test
AD	Alzheimerova demence
ACE - R	functional Assessment Questionnaire (dotazník funkčního stavu)
ACE-CZ	česká verze Addenbrooke's cognitive examination
ADL	Activities of Daily Living (dovednosti denního života)
ADŽ	Aktivita denního života
BMI	Body Mass Index
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms in Dementia (behaviorální a psychologické symptomy při demenci)
CDT	Clock Drawing Test (test hodin)
CT	Computed Tomography
ČR	Česká republika
DAD	Disability Assessment for Dementia (dotazník soběstačnosti)
DAD - CZ	česká verze Disability Assessment for Dementia
DEM - TEC	Demenz - Detection
FAQ - CZ	česká verze Functional Assessment Questionnaire
FAQ	Functional Assessment Questionnaire
HDL	High Density Lipoprotein
IADL	Instrumental Activities of Daily Living (test instrumentálních všedních činností)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
LED	Light-Emitting-Diode (úsporná technologie svícení pro interiéry a exteriéry)
MCI	Mild Cognitive Impairment (mírná kognitivní porucha)
Mini - Cog	Mental Status Assessment of Older Adult
MMSE	Mini-Mental-State Examination Test (mini-mental test)
MoCA	Montreal Cognitive Assessment (Montrealský kognitivní test)
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MUDr.	Medicinae Universae Doctor

NCO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
VD	Vaskulární demence