

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Stanovení míry soběstačnosti a psychické alterace u obyvatel domova
důchodců dotazníkem dle Crichtona**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Doc. MUDr. Jiří Neuwirth, CSc.

2007

Autorka práce:

Bc. Barbora Sedláčková

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Stanovení míry soběstačnosti a psychické alterace u obyvatel domova důchodců dotazníkem dle Crichtona vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

24.5.2007

.....

Děkuji Doc. MUDr. Jiřímu Neuwirthovi, CSc. za odborné konzultace, projevený zájem, čas a cenné rady, které mi posloužily k vypracování diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Ludmile Kubelové, ředitelce Domova pro seniory Hvízdal za umožnění provedení výzkumu a zaměstnancům Domova pro seniory Hvízdal za spolupráci při realizaci výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celé mé rodině za podporu při psaní diplomové práce.

Obsah:

ÚVOD

1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1. Definice základních pojmů.....	4
1.1.1. Soběstačnost.....	4
1.1.1. Domov důchodců.....	4
1.1.3. Crichtonova geriatrická posuzovací škála.....	4
1.2. Stáří a stárnutí.....	4
1.2.1. Stáří.....	4
1.2.2. Stárnutí.....	5
1.2.2.1. Nejvýznamnější teorie stárnutí.....	5
1.2.2.2. Modely vyrovnávání se se stářím	6
1.2.3. Gerontologie a geriatrie.....	7
1.2.4. Změny charakteristické pro stáří.....	7
1.3. Neuropsychické změny ve stáří.....	8
1.3.1. Psychické změny ve stáří.....	8
1.3.2. Syndrom demence.....	9
1.3.2.1. Demence atroficko – degenerativního původu.....	10
1.3.2.2. Sekundární demence.....	13
1.3.3. Deprese u seniorů.....	14
1.3.4. Deliria ve stáří.....	17
1.3.5. Úzkostné poruchy ve stáří.....	19
1.3.6. Paranoidní stavy ve stáří.....	20
1.3.7. Poruchy spánku u seniorů.....	21
1.4. Hlavní somatické geriatrické problémy.....	25
1.4.1. Poruchy fatických funkcí.....	25
1.4.2. Poruchy mobility, stability, závratě. Pády seniorů.....	25
1.4.3. Inkontinence.....	27
1.5. Funkční geriatrické vyšetření.....	29
1.5.1. Účel a význam vyšetření.....	30
1.5.2. Vlastní provedení FGV.....	30

1.5.3. Nejvýznamnější testy pro funkční geriatrické vyšetření.....	31
1.5.3.1. Hodnocení celkových funkčních schopností.....	31
1.5.3.2. Výkonové testy	32
1.5.3.3. Kognitivní testy	34
1.5.3.4. Další testy	35
1.6. Rehabilitace v geriatrii	36
1.6.1. Zahájení rehabilitace a volba rehabilitačního programu	36
1.6.2. Pohybové léčba v geriatrii	37
1.6.2.1. Formy pohybových aktivit.....	37
1.6.3. Dechová rehabilitace.....	38
1.6.4. Ergoterapie v geriatrii.....	38
1.6.5. Kognitivní rehabilitace, mozkový trénink.....	39
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	41
2.1. Cíl práce.....	41
2.2. Hypotézy.....	41
3. METODIKA.....	42
3.1. Charakteristika základního souboru.....	42
3.2. Popis Crichtonovy geriatrické posuzovací škály	42
4. VÝSLEDKY.....	44
5. DISKUSE.....	78
6. ZÁVĚR.....	86
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	88
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	93
9. PŘÍLOHY.....	94

Motto:

"Stáří je zatím jediným
možným způsobem jak
se dožít vysokého věku.“

Soběstačnost je největším problémem třetího věku. Samotní senioři si tento problém neradi připouštějí, protože je pro ně reálným znakem stáří. Často jej maskují a následně tak mohou vznikat následky různého charakteru. Proto je nesmírně důležité veškeré problémy seniora detekovat a dále řešit vhodnými intervencemi.

Při své práci v domově důchodců se denně setkávám se seniory, kteří mají problémy se soběstačností různého druhu a stupně. Každý senior na ně reaguje jinak a proto je nutné uplatňovat individuální přístup. Při výzkumu pro tuto práci jsem si ověřila, že Crichtonův test je velmi vhodný pro detekci těchto problémů. Výhodou je také to, že se zaměřuje nejen na soběstačnost, ale i na psychickou oblast klienta, která tvoří další velkou oblast problémů seniorů. Dnes nejčastějším psychickým problémem u seniorů jsou demence, které jsou velmi specifické a náročné na péči. Jejich příznaky jsou velmi pestré a zasahují do mnoha oblastí, které Crichtonův test hodnotí.

Domnívám se, že používání Crichtonova testu může významně ovlivnit rychlost poznání problému a tím také urychlit jeho řešení a významně tím napomoci ke snížení mnohačetných komplikací. Je vhodný též pro zhodnocení v určitém časovém odstupu. Jeho výsledek má komplexní vypovídací hodnotu.

Za dobu své praxe jsem si ověřila důležitost využívání funkčního geriatrického vyšetření a proto jsem zvolila toto téma také pro svou diplomovou práci.

1.1. Současný stav

1.1. Definice základních pojmů

1.1.2. Soběstačnost

Soběstačnost je charakterizována jako schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném prostředí. Je ovlivňována jednak funkční zdatností organismu a jednak náročností prostředí (19).

1.1.3. Domov důchodců

Domov důchodců je ústavní zařízení s trvalým pobytem, které se řídí stanoveným provozním řádem. Poskytuje komplex služby v rozsahu bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče (19).

1.1.4. Crichtonova geriatrická posuzovací škála

Crichtonova geriatrická posuzovací škála je nástroj pro funkční geriatrické vyšetření. V České republice je v současné době využíván jen v malém počtu zařízení.

Senior je hodnocen v 10 následujících oblastech: pohyblivost, orientace, komunikace, kooperace, neklid, oblékání, jídlo, inkontinence, spánek, nálada – objektivně. V 11. oblasti sám senior zhodnotí svou náladu (nálada – subjektivně). (8)

1.2. Stáří a stárnutí

1.2.1. Stáří

Stáří je označováno jako pozdní fáze ontogeneze, tedy přirozeného průběhu života. Stáří je dnes ve většině zemí periodizováno, tak jak navrhla Světová zdravotnická organizace, na tato období: 60 – 74 let: rané stáří (senescence), 75 – 89 let: vlastní stáří (senium), 90 a více let: dlouhověkost (patriarchium). Dnes je také stáří označováno jako třetí věk, přičemž jako první věk je chápáno dětství a dospívání a jako druhý věk dospělost.

Stáří je dále rozlišováno ze tří pohledů: kalendářní, sociální a biologické. *Stáří kalendářní* je zcela jasně vymežitelné, ale nepodává žádné další informace o daném jedinci. Vlastní stáří je dnes ohraničeno 75 lety, ale v minulosti se tato hranice pohybovala níže. *Sociální stáří* zahrnuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životní styl seniorů i ekonomické zázemí. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod. Sociální periodizace života využívá právě termínů první, druhý a třetí věk. V některých publikacích je také používán termín čtvrtý věk, neboli období závislosti, který jiní autoři zase označují za nebezpečný právě představou, že tato fáze je nezbytným zakončením života. To odporuje konceptu zdravého a úspěšného stárnutí. *Biologické stáří* vymezuje konkrétní involuční změny jedince. Jednoznačné vymezení těchto změn však není k dispozici. V souvislosti s biologickým stářím se obvykle hodnotí funkční stav a výkonnost (11, 13, 19, 40).

1.2.2. Stárnutí

Stárnutí je nevratný a neopakovatelný biologický proces, který je pro celou přírodu univerzální. Průběh tohoto procesu nazýváme život, jehož délka je specifická pro každý živočišný druh. V současné době je diskutovaným tématem střední délka života, která se v posledních letech prodlužuje. Tento termín označuje pravděpodobný věk, kterého se člověk dožije v souvislosti s rokem jeho narození. Výsledkem stárnutí je senium (stáří). Stárnutí provází také vyšší pravděpodobnost úmrtí (7, 40).

1.2.2.1. Nejvýznamnější teorie stárnutí

Teorie stárnutí je možné rozdělit na stochastické a nestochastické, kterých je několik.

Stochastické teorie tvrdí, že stárnutí je náhodným procesem. *Teorie omylů a chyb* předpokládá, že ke stárnutí dochází důsledkem nahromadění chyb v syntéze proteinů. Odchylné struktury jsou pak zabudovány do nových komplexů, což vede k metabolické disharmonii a následně končí zánikem buněk. Přehození proteinů a jiných buněčných makromolekul předpokládá *teorie překřížení*. *Teorie opotřebení* se domnívá, že kumulováním poškození životně nenahraditelných částí organismu dochází k zániku buněk prostřednictvím poškození tkáně, orgánu a nakonec organismu jako celku. *Teorie volných radikálů* předpokládá, že volné radikály, vysoce aktivní látky s oxidační povahou, vznikají jako běžný produkt metabolismu a mohou poškodit membránové proteiny. Tyto látky vstupují rychle do reakce s biologicky významnými látkami, mění jejich biologické složení, tedy i funkci. Důsledkem těchto pochodů jsou pak projevy stárnutí organismu.

Oproti tomu nestochastické teorie předpokládají stárnutí jako geneticky předurčený proces. *Teorie genetických hodin* tvrdí, že orgány a orgánové soustavy jsou přímo naprogramovány na určitou dobu života (7, 19, 40).

1.2.2.2. Modely vyrovnávání se se stářím

Stárnutí lze definovat jako proces působení času na lidskou bytost. Každý člověk se s nastupujícím stářím vyrovnává jiným způsobem. Obecně je lze shrnout do 5 způsobů. Pokud se člověk s procesem stárnutí a stáří vyrovnal, přizpůsobuje se tomuto stavu, je soběstačný, vytváří si plány do budoucnosti, nazýváme tento stav jako *konstruktivní* vyrovnávání se stářím. Model *závislosti* vzniká tehdy, když senior je pasivní, chce, aby se o něj ostatní starali. Je rád, že odešel do důchodu. *Obranný* postoj zaujmají lidé, kteří byli vždy plně soběstační a samostatní. Odmítají pomoc proto, aby ostatním dokázali, že vlastně nejsou staří a nepotřebují od nikoho pomoc. Jiní lidé se vyrovnávají se stárnutím pomocí *nepřátelství*, již v mladším věku tito lidé měli tendenci svalovat vinu na ostatní, měli sklony k agresivitě a podezíravosti. Velmi jasně dávají

najevo svůj postoj: odpor ke stáří, jednají nevrle, rozmrzele až agresivně. Takovým lidem reálně hrozí sociální izolace. Svůj negativní postoj často vyjadřují přímo k mladým lidem. Jiným modelem vyrovnávání se se stáří je *sebenenávist*, která se manifestuje projevy nepřátelství vůči své osobě. Tito lidé neudržují žádné sociální vazby, cítí se osamoceni a zbyteční. Od předchozí skupiny se liší tím, že mladým lidem nezávidí, naopak mají pocit, že života si již užili dost (30.).

1.2.3. Gerontologie a geriatrie

„Gerontologie je integrovaným vědeckým oborem, který má interdisciplinární charakter, zabývající se problematikou stárnutí a stáří v nejširším slova smyslu.“ (Weber, 2000)

Tvoří ji: gerontologie teoretická (je teoretickým základem pro praktickou aplikaci poznatků), gerontologie klinická (geriatrie, která se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří a způsoby jejich ovlivnění) a gerontologie sociální (která se zabývá vztahem starého člověka a společnosti).

Geriatric je oblastí medicíny, která hodnotí napříč všemi obory seniorskou problematiku zdravotního a funkčního stavu. Zabývá se zvláštnostmi v klinickém obraze, průběhu onemocnění, léčbou i prevencí (19).

1.2.4. Změny charakteristické pro stáří

Tělesné změny, které jsou charakteristické pro staré lidi, se nazývají fenotyp stáří. Lze je obecně charakterizovat, ale jejich rozsah či časovou manifestaci vyjádřit nelze, jsou zcela individuální.

Téměř každý orgán v lidském těle ztrácí během stáří svou funkční rezervu. Snižují se tak kompenzační mechanismy, které činí starého člověka méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám. Organismus starého člověka se tak stává méně odolným a zvýšeně náchylným k nemocem.

Ve stáří se často setkáváme s polymorbiditou. K té dochází buď spojením více nemocí bez kauzální souvislosti u téhož jedince anebo k řetězení nemocí, kdy jedna vyvolává druhou.

Charakteristickým znakem pro choroby ve stáří jsou odlišnosti v klinickém obraze. Způsobují to jednak fyziologické odlišnosti ve stáří a jejich vliv na průběh nemoci, jednak ztráty kompenzačních mechanismů a funkčních rezerv. Velký vliv má také polymorbidita. Ke zvláštnostem klinického obrazu ve stáří patří: mikrosymptomatologie (chorobné příznaky jsou jen minimálně vyjádřeny), monosymptomatologie anebo oligosymptomatologie (nemoc se neprojeví obvyklou škálou příznaků, ale jen jedním nebo několika z nich), nespecifické příznaky (choroba se projeví jen nespecifickými příznaky, např. únavou), symptomatologie druhotného postižení (na chorobný stav zareaguje jiný orgán, jehož symptomatologie se projeví), zvýšená úmrtnost (všechny choroby ve stáří, včetně běžných akutních chorob, jsou provázeny zvýšeným rizikem úmrtí (17, 20, 21, 40).

1.3. Neuropsychické změny ve stáří

1.3.1. Psychické změny ve stáří

V průběhu stárnutí dochází k poklesu psychických funkcí. Zhoršuje se pozornost, zpomaluje se tempo psychických pochodů, prodlužuje se reakční čas. Ke změnám dochází v oblasti paměti, intelektu, učení, poznávání, emocí. Velké změny doznává samotná osobnost a povaha seniora.

V intelektové oblasti dochází ke změnám poměru krystalické a fluidní inteligence, přičemž fluidní inteligence označuje schopnost poměrně rychle se učit a řešit dané úkoly, převažuje zde senzomotorická činnost a krystalická inteligence je schopnost řešit úkoly, k nimž je potřeba bohatých podkladových znalostí a vědomostí (celoživotní vzdělávání). Jsou to nejčastěji úkoly verbální povahy, jejichž výsledky se vyjadřují slovy. Fluidní inteligence má vrchol v mládí, kdežto krystalická inteligence má vrchol v době raného stáří.

Paměť stárnoucích lidí je snížena pro nové podněty. Senior si lépe zapamatuje sluchový než psaný podnět. Krátkodobá paměť seniorů prokazuje mírné, ale přesto zhoršení. Vybavení si informací z dlouhodobé paměti je naproti tomu časově náročnější. Trvá několik hodin i dní.

V poznávací oblasti je oslabena schopnost asociovat nové s naučeným, snižuje se adaptabilita a flexibilita. Senior těžko mění své chování a pevně zaujaté postoje. Také se zvýšeně fixuje na to, co bylo již dříve zažito.

Psychomotorické tempo se vlivem stáří zpomaluje, což se mimo jiné projevuje v celkové těžkopádnosti a nemotornosti. Senioři často jsou pohodlní, konzervativní, mají rádi zaběhnutou rutinu, to vše je způsobeno nedostatkem vůle dále se rozvíjet a úbytkem schopnosti učit se novým věcem. Ve stáří dochází také k ochuzení fantazie a ustrnutí zájmů.

U seniorů se často objevuje emoční labilita. Starý člověk nebývá schopen udržet své emoční projevy a snadno přechází z jedné nálady do druhé. Emoční reakce se mohou střídát a vzhledem ke zvýšené sugestibilitě mohou být ovlivněny okolím. Pokud se projeví společně s poruchou osobnosti, často mohou připomínat dětskou povahu. Senioři mají zvýšený sklon k úzkostným a depresivním projevům.

Také osobnost doznává během stáří změn. Povahové změny vedou zejména ke zvýšené šetrnosti (až lakota), ale na druhé straně také k požitkářství (nadměrné utrácení peněz). Zájmy seniora se s věkem zužují, senioři se koncentrují na svou osobu a mají zvýšenou potřebu stát v centru pozornosti okolí. Časté jsou také projevy nedůvěřivosti k okolí a svéhlavosti, objevuje se také hypochondrismus a zabíhavé myšlení.

Rysy osobnosti se mohou ve stáří zvýrazňovat a podbarvovat celý průběh senia (např. introverze se může vystupňovat ve vyhýbání společnosti až v samotářství). Změny osobnosti jsou mnohdy tak výrazné, že na ně upozorní rodina či okolí (37).

1.3.2. Syndrom demence

Demence představují skupinu chorob, které jsou charakterizovány globální poruchou intelektových schopností jedince se současnou deteriorací několika

kognitivních funkcí (např. intelekt, paměť, řeč, soudnost, abstraktní myšlení a další). Kromě kognitivních funkcí působí demence poruchy v behaviorální a psychické oblasti (poruchy chování, emotivity, spánku a další) a poruchy v oblasti aktivit denního života (poruchy profesních dovedností, poruchy soběstačnosti). Demence je právem řazena mezi nejzávažnější choroby vyššího věku. Demence lze nejjednodušeji rozdělit na demence atroficko – degenerativního původu a demence sekundární (33, 40, 19).

1.3.2.1. Demence atroficko – degenerativního původu

Do této skupiny lze zařadit Alzheimerovu chorobu, nejčastější ze všech typů demencí, korovou nemoc s Lewyho tělísky, demenci při Parkinsonově chorobě, Huntigtonovu chorobu, Pickovu nemoc.

Alzheimerova choroba patří mezi nejčastěji se vyskytující demence, tvoří až 50% všech demencí. Její příčina stále není známa, uvažuje se o vlivu virů, hliníku a těžkých kovů, v některých případech byl objasněn familiární výskyt. Její nástup se vyznačuje časným začátkem, zhruba před 65. rokem života. Rizikovými faktory jsou věk, ženské pohlaví, ale také úrazy hlavy (14, 15, 19, 40).

Při Alzheimerově chorobě dochází k difuzní atrofii mozku s výrazným postižením kůry v oblasti spánkových laloků, které jsou podmíněny atrofií a zánikem neuronů. Histologicky lze nalézt senilní plaky s maximem v mozkové kůře. V důsledku těchto změn dochází k poruše kognitivních funkcí a k rozvoji klinického obrazu demence.

Začátky klinického projevení jsou velmi nenápadné a plíživé. Plný klinický obraz Alzheimerovy choroby často předchází stav, který je nazýván jako lehká porucha poznávacích funkcí (mild cognitive impairment). Ta se vyznačuje tím, že je přítomna porucha paměti, ale svou tíží nedosahuje stupně demence, nejsou také porušeny aktivity denního života. Tato porucha může, ale také nemusí být preklinickým stádiem Alzheimerovy choroby.

V lehkém stádiu alzheimerovské demence (AD) dochází k poruše paměti ve všech jejích složkách. Velmi brzy dochází k poruše v prostorové a časové paměti. Nemocní nejprve bloudí v neznámých místech, ale postupně i v místech jim velmi dobře známých. Toto stadium se dále vyznačuje neschopností učit se, drobnými poruchami řeči, častým střídáním nálady a ztrátou soudnosti. Nemocný si v tomto stádiu poruchu uvědomuje a často se jí snaží před svým okolím skrývat. Často je podrážděný, může trpět depresí a úzkostí. Postupně také dochází k poruše provádění běžných denních aktivit (ADL), což často vede k prvnímu poznání okolí, že s nemocným něco není v pořádku. V této fázi nemocný není schopen při vyšetření nakreslit trojrozměrný obrázek či nakreslit ciferník s požadovaným časovým údajem. Ke konci tohoto stadia nemocní ztrácejí náhled choroby (5, 14, 15, 19, 40).

Ve středním stádiu demence dochází k výrazné deterioraci intelektu. Porucha paměti je již znatelně vystupňována, může dojít až k amnestické dezorientaci, kdy si nemocní v důsledku poruchy krátkodobé paměti nedokáží vštípit informaci o tom, kde se nacházejí. Mohou se také objevovat některé izolované korové defekty, např. afázie, apraxie, alexie, agnozie. V oblasti ADL jsou již nemocní téměř nesoběstační a postupně se stávají zcela závislými na péči svých blízkých. V tomto stádiu se již také znatelně projevují poruchy chování, často to bývá agitovanost, psychomotorický neklid. Objevuje se také agresivita vůči okolí (verbální, nonverbální, brachiální). Nemocní mohou trpět bludy, které jsou nelogické a nesystematické. Mohou se též vyskytovat deprese a úzkost. U nemocných bývá posunut cyklus spánek-bdění, dochází tedy ke spánkové inverzi. Ve středním stádiu AD se již často objevuje inkontinence moči i stolice (trvalá, přechodná).

Těžké stadium demence je charakteristické převážnou dezorientací místem i časem, nemocný bývá zcela nesoběstačný, je plně odkázán na péči jiných osob. Nemocní nejsou schopni smysluplné komunikace, čtení, psaní. Ke konci této fáze je nemocný nepohyblivý, inkontinentní a je ohrožen řadou komplikací (aspirace, dekubity, malnutrice, infekce), které bývají obvykle příčinou smrti.

Alzheimerova nemoc trvá zhruba 7 – 10 let. Demence je ireverzibilní stav, onemocnění, které stále postupuje, nelepší se. Někdy se mohou v průběhu demence objevit časové úseky nápadného zpomalení průběhu, tzv. plateau.

Prvotní uvažování o diagnóze AD je založeno zejména na dobré anamnéze (od nemocného, příbuzných). Dále je nutno diferenciální diagnostikou odlišit typ demence. Důležité jsou také výsledky funkčního geriatrického vyšetření (Mini Mental State Examination, Test kreslení hodin). Zobrazovací metody zpravidla prokáží kortikosubkortikální atrofie bez cévních změn. Biochemické a hematologické testy pomohou vyloučit sekundární demenci.

Léčba AD se skládá z farmakologických a nefarmakologických přístupů. Z farmakologických preparátů se podávají inhibitory cholinesteráz, např. Aricept, Exelon, které zpomalují progresi demence a oddalují vznik těžších stádií, látky působící parciální inhibici (Ebixa). Dále jsou podávána nootropika, extrakt Gingko Biloby aj. Z nefarmakologických přístupů je velmi důležitá aktivizace nemocného seniora, komunikace s rodinou, jejich edukace, ale také péče o jejich psychiku, neboť péče o seniora s demencí je po všech stránkách velmi náročná (2, 4, 5, 19, 24, 25)

Asi 15% všech demencí tvoří *smíšené, alzheimerovské-vaskulární demence*. Klinický obraz se shoduje s klinikou obou typů demencí. Demence má plynulý progredující charakter, ale objevují se krátké časové horizonty četných výkyvů. Častěji než u čisté AD se objevuje deprese a delirium. Při vyšetření zobrazovacími metodami jsou nalezeny jak vaskulární, tak atrofické změny. Terapie je stejná jako u AD, přidáváme ještě léky pro korekci vaskulárních chorob (2, 3, 12, 14, 15, 19, 34, 40)

Demence s Lewyho tělísky je poměrně častá a bývá také zaměňována s ostatními typy demencí. Typickým nálezem jsou Lewyho tělíška v neuronech, stejně jakou u AD jsou přítomny senilní plaky. Často jsou přidružena deliria, objevují se zrakové halucinace a další psychotické příznaky. V léčbě se uplatňují zejména inhibitory cholinesteráz.

Demence u Parkinsonovy choroby se postupně rozvíjí asi u 20% nemocných touto chorobou. Tuto demenci řadíme mezi demence podkorového typu. V popředí symptomů této demence je celková zpomalenost s výrazným zpomalením procesu myšlení, poruchy paměti, zejm. všípivosti a výbavnosti. Dochází také k deteriorací intelektu. Nemocní často trpí depresemi a bludy (paranoidně-perzekučními).

Huntingtonova choroba začíná v období presenia a nemocní se často dožívají i génia.. Je autozálně dominantně geneticky přenosná. Nemocní mají jak neurologické příznaky (choreatiformní pohyby, poruchy řeči a chůze), tak také příznaky demence (poruchy paměti, deteriorace intelektu). V současné době neexistuje specifická léčba Huntingtonovy choroby.

Pickova choroba je charakteristická přítomností Pickových tělísek v neuronech. Tato skupina demencí se často manifestuje již v období presenia. V popředí kliniky bývá odbržděná emotivita, nejapné vtípkování, nedostatek společenské a sexuální kontroly. Nemocní mají poruchy paměti v oblasti všípivosti. Při Pickově chorobě se mění osobnost nemocného. Obvykle v pozdějších stádiích dochází k projevům apatie a hypoaktivitě (2, 12, 14, 15, 19, 24, 34, 38, 40).

1.3.2.2. Sekundární demence

Mezi sekundární demence řadíme zejména demence vaskulární (ischemicko-vaskulární, Biswangerovu chorobu, lakunární demence), dále demence infekční etiologie, demence u hypovitaminóz, endokrinopatií, intoxikací a další.

Vaskulární demence jsou v pořadí druhé nejčastější ze všech typů demence. Rozvoj demence předchází mnohočetné postižení mozkové tkáně ve formě mikroinfarktů, mnohočetných infarktů, chronické hypoxie. Tato poškození vedou k ischemii důležitých oblastí mozku a následně k nekróze. Podle charakteru změn je dělíme do několika skupin.

U multiinfarktové demence jsou charakteristické mnohočetné infarkty a pseudocysty lokalizované v kůře a přilehlé bílé hmotě. Změny kognitivních funkcí nastupují náhle, je přítomen neurologický nález (fatická porucha, hemiparéza, hemianopie). Porušena je novopaměť (staré informace zůstávají zachovány), myšlení je otupělé, stereotypní. Oproti tomu řeč, slovní zásoba, logika a úsudek bývají zachovány. Osobnost bývá také zachována, nemocným zůstává náhled na onemocnění.

Lakunární subkortikální demence se vyznačuje postižením malých a středních cév mikroemboly, hypertenzí, angiopatií a často také chronickou hypoxií. U nemocných se objevují neurologické příznaky, sekundární parkinsonský syndrom, dysfagie, dysartrie, emoční inkontinence.

Biswangerovu choroba vzniká na podkladě mikroinfarktů bílé hmoty a bazálních ganglií. Ve většině případů vzniká na podkladě hypertenzní encefalopatie. Mezi symptomy dominují poruchy paměti, zpomalené myšlení, celková zpomalenost, deprese, poruchy chůze.

V léčbě vaskulárních demencí se uplatňují inhibitory acetylcholinesteráz, nízké dávky kyseliny acetylosalicylové, extrakt Gingko biloby, vazoaktivní látky, antikoagulační léčba. Důležitá je také léčba somatických chorob. Stejně jako u všech typů demence je nutná aktivizace nemocného a práce s pečujícími.

(2, 14, 15, 19, 24, 34, 40)

1.3.3. Deprese u seniorů

Deprese je definována jako závažná protrahovaná změna nálady, myšlení a chování doprovázená somatickými a vegetativními projevy trvajících týdny až měsíce, jejíž intenzita není pro nemocného zvládnutelná běžnými obrannými mechanismy.

Výskyt depresivního syndromu u seniorů je poměrně vysoký. Častěji se deprese vyskytuje u seniorů dlouho hospitalizovaných a u seniorů umístěných v ústavech sociální péče.

Součástí stáří jsou situace, které působí na psychiku seniora negativně. Již samotným penzionováním může člověk ztratit pocit užitečnosti a společenského uznání.

Často se musí vyrovnat s těžkým onemocněním či se smrtí životního partnera. Stáří je také obdobím četných chronických onemocnění, které omezují soběstačnost. Pro depresivní syndrom tak existuje dostatek možných důvodů (2, 19, 40).

U seniorů se často může objevovat tzv. běžný smutek všedního dne. Tento stav je charakteristický krátkodobým a přechodným smutkem, který nedosahuje vysoké intenzity a také není doprovázen somatickými projevy. Je nutné tento stav odlišit od patické deprese.

V poznání tohoto onemocnění existuje mnoho problémů. Senior trpící depresí většinou sám odbornou pomoc nevyhledá. Bojí se připustit, že by mohl trpět nějakou psychiatrickou diagnózou, bojí se, že je nevyléčitelná. Právě zde je na místě zdůraznění funkčního geriatrického vyšetření. Screening osob nad stanovenou věkovou hranici ve zdravotnických zařízeních může odhalit kromě jiného také syndrom demence. K odhalení deprese screeningovým vyšetřením se používá Geriatrická škála deprese podle Yessavage (viz kapitola 1.5.3.3.).

Příznaky deprese lze shrnout do čtyř základních skupin. První skupinou jsou poruchy nálady, které zahrnují smutnou náladu, pocit bezmocnosti, ztráty energie. Dále se mění obsah myšlení nemocného. Ten se jeví jako bradypsychický bez schopnosti soustředit se. Nemocný ztrácí zájem o dříve oblíbené, nedokáže se pro nic nadchnout. Obvyklé jsou pocity viny, beznaděje, nízkého sebevědomí, pesimismu. Všechny pocity nemocného vedou k nezájmu o život a mohou vyústit v suicidální chování. Sebevražedné jednání se ve stáří objevuje asi 10x více než u věkové skupiny 25 – 29letých. Další skupinou příznaků jsou změny chování. Charakteristická je sklíčenost, celková utlumenost, plačtivost, typická je také pomalá a tichá monotónní řeč. Další změny probíhají v oblasti tělesných a vegetativních funkcí (poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, ztráta chuti k jídlu, váhový úbytek, chronická bolest, únava, příznaky ze stran trávicího traktu).

U seniorů se deprese častěji projeví vystupňovanější somatickou symptomatikou. Vzácněji se mohou objevit tzv. „deprese bez depresí“, kdy chybí psychická symptomatika a je přítomen pouze samotný somatický projev. Častá je také

koexistence deprese s polymorbiditou či s kognitivní poruchou. Stáří je také charakteristické pro chronické a vracející se deprese (19, 34, 40)

Deprese lze nejjednodušeji rozdělit na primární a sekundární. Primární deprese vzniká na neorganickém základě. Tvoří asi jen 20% všech depresí ve stáří. Oproti tomu sekundární deprese, tvořící zbytek všech depresí ve stáří, jsou zapříčiněny organickým poškozením či somatickou poruchou. Nejčastěji je spojena, ale i zaměňována s demencí. Dále se deprese může vyskytnout například u Parkinsonovy choroby, tyreopatií, onemocnění pohybového aparátu či u nádorových onemocnění. Velká část depresí ve stáří je způsobena závažnou životní událostí.

Protrahovanou formou úzkostné deprese může být, u seniorů poměrně častá, hypochondrie. Hypochondrie může provázet různá psychická onemocnění (často schizofrenii). Ta je provázena nevyvratnou představou nemocného o existenci závažné somatické choroby. Veškerá vyšetření pacienta jsou negativní. Lékaři zdůrazňovaná nepřítomnost tělesné choroby vyvolává v pacientovi nedůvěru, zahořklost, pacient může trpět pocitem bezmoci a zoufalství. Tyto stavy mohou vyústit až v nepřátelské postoje vůči zdravotníkům. Postupem času ztratí nemocný k lékařům důvěru, protože jej neustále obviňují, že přehání, že si své příznaky vymýšlí. Vzniká tak začarovaný kruh, kdy nemocný střídá různé lékaře, různých odborností, ale jeho příznaky stále přetrvávají.

U nemocných bývá zjištěn nižší práh bolesti a celková hypersenzitivita. Nemocní falešně interpretují běžné fyziologické fenomény úzkosti, např. tachykardii jako srdeční infarkt, břišní spasmy jako rakovina střev atd.

Léčba hypochondrie je velmi svízelná, uplatňují se zejména antidepresiva a psychoterapie.

K diagnostice depresí ve stáří je vhodný rozhovor, funkční geriatrické vyšetření. Závěry vyšetření je vhodné konzultovat s psychiatrem.

Klinické rozlišení, tedy zda jde o depresi s demencí či o samotnou depresi, provádíme vyšetřením kognitivních funkcí zaměřeným na staropaměť i novopaměť, řeč, všímavost, schopnost abstraktního myšlení. Používáme Mini Mental test, ale vhodné je ho doplnit také důkladným rozhovorem. Diferenciální diagnostika je v těchto případech

velmi složitá a její stanovení nemusí přijít hned, ale častěji s určitým časovým odstupem.

V léčbě se uplatňuje kombinace farmakoterapie a psychoterapeutických technik. V dnešní době se nejčastěji užívají antidepresiva 3. generace (sertralin, citalopram, fluoxetin). Psychoterapie jako taková nemá u nemocného velký význam, uplatňuje se spíše obecně psychoterapeutický přístup k pacientovi. V komunikaci s nemocným je nutné zcela se vyhnout bagatelizaci problému. Nemocnému je nutné poskytnout dostatek informací o tomto onemocnění a také o účinku antidepresiv. Z psychoterapeutických technik je využívána metoda kognitivně behaviorální psychoterapie. (2, 19, 34, 40)

1.3.4. Deliria ve stáří

Delirium je závažná psychická porucha, která se ve stáří objevuje poměrně často. Je charakteristická krátkou dobou trvání, ale také recidivami. Porucha může mít různou hloubku i délku a bývá porušeno vědomí. Při deliriu se současně vyskytují poruchy vědomí, pozornosti, vnímání, emocí, myšlení a paměti, porucha chování a také porucha spánkového cyklu.

Stejně jako jiné psychické poruchy se deliria ve větší míře objevují u seniorů v ústavních zařízeních.

Diagnostika je velmi obtížná. Mnoho delirií probíhá bez rozpoznání a správné léčby.

Rizikovými faktory pro vznik deliria jsou věk nad 70 let, demence, závažná somatická onemocnění, užívání psychofarmak, závislost na alkoholu, psychologické faktory.

Vyvolávající příčinou deliria mohou být akutní stavy, somatická onemocnění, farmakoterapie, onemocnění CNS, psychologické vlivy. Ze somatických a akutních onemocnění mohou delirium způsobit stavy s hypoxií, hypotermií či hypertermií, také metabolické poruchy, infekční choroby aj. Farmakologickou příčinou delirií tvoří až polovina všech. Delirium mohou vyvolávat anticholingerika, benzodiazepiny,

psychostimulancia atd. K rozvoji deliria působí také všechna onemocnění centrální nervové soustavy. Delirium můžeme rozpoznat v mnoha situacích pro seniory znamenajících změnu (přestěhování, umístění do ústavních zařízení, ztráta blízké osoby...). (40)

U delirantních stavů je typická porucha myšlení. Myšlení nemocného je nesouvislé, rozpadlé, ztrácí logiku, ztrácí smysl pro realitu. Odpovědi na otázky jsou nepřiléhavé. Typická je neschopnost složitějších myšlenkových pochodů. Dalším příznakem je porucha řeči, objevuje se dysnomie (neschopnost pojmenovat běžné předměty), dysgrafie (neschopnost psát), dysfagie (neschopnost vyjádřit se). Nemocný prokazuje také poruchy v sociální oblasti. Narušena je také pozornost, přítomna je roztěkanost, porucha koncentrace na jednoduchý úkol. Porucha se objevuje též v cyklu spánek – bdění (spavost nebo naopak ztížené usínání, děsivé noční sny, spánková inverze). Porucha spánku může v průběhu deliria kolísat. Psychomotorické tempo nemocného může být zpomalené, ale také naopak zrychlené. U nemocných často vidíme automatické pohyby, nemocní se také mohou svlékat, manipulovat s ložním prádlem. Pohyby i činnosti nemocného jsou neúčelné a v dané situaci nemají smysl. Vzhledem k poruše myšlení a pozornosti jsou obtížně hodnotitelné poruchy orientace. Obvykle se však objevuje porucha časové a časoprostorové orientace. U nemocných se také mohou objevovat poruchy vnímání ve smyslu iluzí, halucinací až bludů. Poruchy vnímání jsou doprovázeny změnou emoční reaktivity (úzkost, zloba, agrese, deprese, apatie).

Delirium má velmi individuální průběh, v diagnostice je pak nutno pátrat po společných příznacích, které se v různé míře objevují u většiny nemocných. Při vyšetřování nemocný obvykle velmi špatně spolupracuje, v souvislosti s poruchou myšlení nechápe položené otázky a nedokáže na ně odpovědět. Diagnosticky cenné je provedení testů pro kognitivní oblast (MMSE, test kreslení hodin, viz kapitola 1.5.3.3.). V diferenciální diagnostice je nejdůležitější odlišení deliria od demence nebo abstinčních příznaků (2, 19, 40)

Farmakologická léčba delirií umožňuje dle stavu podávat antipsychotika 1. generace, antipsychotika 2. generace, krátkodobě mohou být používány benzodiazepiny. Pro zlepšení lucidity vědomí mohou být použita nootropika.

Nefarmakologické postupy jsou nedílnou součástí léčby delirií. Zahrnují zejména včasné rozpoznání a vhodné léčení delirantních stavů, dostatečný přísuv vhodných tekutin a stravy. Dále je třeba vysadit všechna psychofarmaka, která nejsou nezbytně nutná, eliminovat všechny stresující faktory (bolest). Nemocnému je třeba zabezpečit vhodné denní aktivity. Součástí nefarmakologických postupů je také úprava prostředí, ve kterém nemocný je. Vhodné je používat světlé, optimistické barvy, které senioři dobře vnímají (žlutá, oranžová), místnost by měla mít výhled, nejlépe do zahrady či krajiny. Do místnosti umisťujeme předměty, které měl nemocný rád, něco mu připomínají (fotografie, staré hodiny, část nábytku...). Nemocnému můžeme pouštět tichou a klidnou hudbu, naopak nevhodná je televize, která může mít halucinogenní účinky. Pro stabilizaci cyklu spánek-bdění je nutné, aby místnost byla dobře větratelná, zatemnitelná, aby bylo možné eliminovat rušivé faktory z okolí.

Péče o delirantního seniora je velmi náročná na čas i personální obsazení. Měl by ji zajišťovat multidisciplinární tým pracovníků (sestra, geriatr, psychiatr, ergoterapeut, fyzioterapeut, geriopracovník). (2, 19, 40)

1.3.5 Úzkostné poruchy ve stáří

Ve stáří je výskyt jednorázové anebo intermitentní úzkosti asi 20%. Avšak výskyt úzkostné poruchy se odhaduje na 5-6%. Stejně jako depresivní syndrom se také úzkostné poruchy vyskytují častěji u seniorů hospitalizovaných anebo u seniorů v ústavní péči. (19)

Primární úzkost vzniká jako reakce na určitou situaci (bolestivé vyšetření). Dále se může manifestovat jako porucha adaptace, kdy senior přehnaně úzkostně reaguje na závažné, ale i zcela běžné události. Označují se také jako reaktivně úzkostné stavy. Další formou primární úzkosti je generalizovaný úzkostný stav, který je ve stáří velmi častý. Projevuje se trvalou úzkostí, pocity obav a velkých starostí, motorickou tenzí a autonomní dysbalancí. Jinou formou primární úzkosti jsou fobie, které zahrnují strach a patické obavy z určité situace, přičemž strach a obavy nemají žádné reálné opodstatnění.

V těchto případech je častá agarofobie, kdy má nemocný strach opustit domov a strach, že na něj čekají nepříjemné a zahanbující situace.

Sekundární úzkostné stavy ve stáří jsou příznakem anebo vyvolány organickou chorobou. Patří sem úzkost u somatických chorob (hypertyreóza, hypoglykémie, astma bronchiale), úzkost u psychiatrických chorob (deliria, deprese) a také úzkost vyvolaná farmakologicky (při podávání dioxinu, anticholingerik, sympatomimetik).

V klinickém obraze dominují úzkostná očekávání (přehnané nereálné obavy), autonomní hyperreaktivita (pocit dušnosti, palpitace, pocení, nauzea, průjem, zimnice, časté močení), motorická tenze (zvýšený svalový tonus, třes končetin, neschopnost uklidnit se a uvolnit se), úzkostná a ostražitá percepce z okolí (nеспavost, porucha koncentrace).

Pro stanovení diagnózy musí být přítomny tři ze čtyř uvedených příznaků a musejí přetrvávat alespoň 1 měsíc. Dále je důležité odlišit primární a sekundární úzkost, odhalit organické onemocnění a vyloučit vliv léků (40)

V nefarmakologické léčbě se uplatňuje psychoterapie (skupinová, individuální), relaxační techniky, kognitivní terapie. Farmakologická léčba je založena na podávání anxiolytik (trankvilizéry), která by se měla ale podávat pouze v určitých stanovených situacích, protože anxiolytika mají velké množství nežádoucích účinků. Další možnou volbou jsou benzodiazepinové deriváty, které by měly být podávány po krátkou dobu. V některých případech také mohou být používány antidepresiva a antipsychotika. (2, 19, 40)

1.3.6. Paranoidní stavy ve stáří

Paranoidní stavy zahrnují bludy, halucinace, podezřívavost a vztahovačnost. Ve stáří jsou tyto jevy poměrně časté. K rozvoji paranoidního chování přispívají změny, které nastupují spolu se zvyšujícím se věkem (osobnostní, psychologické). Staří lidé jsou velmi citliví na kritiku své osoby, časté je egocentrické ladění. V osobnostních rysech je častá nedůvěra, podezřívavost a strach. Veškeré změny mohou být také potencovány organickými chorobami (poškození mozku). Významnou roli hrají také

senzorické poruchy (zraku, sluchu). Proto může docházet k nesprávné interpretaci. (2, 19, 40)

Projevy mají širokou škálu, od prosté nedůvěřivosti až k persekčním bludům a halucinacím. Nejčastějšími bludy ve stáří jsou okrádání, vysmívání, pronásledování a bývají zaměřeny na konkrétní osobu. Paranoidní syndrom se vyskytuje u mnoha psychiatrických chorob.

Chorobná podezíravost seniorů se vyskytuje poměrně často. Nemocní obviňují vlastní děti i blízké. Mají obavu, že je chtějí okrást, vystěhovat. Stěžují si, že je týrají, nedají jim najíst. Obecně lze říci, že u nich chybí sebekontrola a nepřiměřeně hodnotí reálné situace.

U velkého počtu seniorů *podezíravost souvisí s poruchami paměti a pozornosti*. Takové poruchy bývají většinou epizodické. Senioři jsou paranoidně zaměřeny na celé své okolí. Stěžují si, že se jim ztrácejí peníze, že jsou okrádáni. Příčinou je dysmnézie (lehká kognitivní porucha).

Jinou chorobou, kdy se vyskytují paranoidní stavy je *schizofrenie*. Kromě bludů a halucinací jsou přítomny poruchy myšlení, vnímání a afektu. Nemocní mohou ohrožovat sebe i své okolí, na svou nemoc nemají náhled.

Ve stáří se však nejčastěji paranoidní stavy objevují u encefalopatie (demence, deliria, intoxikace).

Diagnóza je založena na anamnéze, která bývá odebrána od rodiny nebo jiných ošetřujících osob, protože v těchto případech nejsou nemocní schopni podat nám validní informace. Diagnostika je nelehká, obtížné je také určit, zda by paranoidní myšlení nemohlo mít reálný podklad.

Léčba se většinou odehrává za hospitalizace, spočívá zejména v psychoterapii. Farmakoterapie je používána pouze v těžších případech, kdy jsou bludy pro nemocného zdrojem trvalého stresu. Využíváno je účinku neuroleptik. Vzácně se v léčbě používají elektrošoky (2, 19, 40)

1.3.7. Poruchy spánku u seniorů

Spánek je základní lidskou potřebou, projev společný všem bytostem. Dříve byl spánek považován za bezvědomí, později za stav vědomí, kdy je snižené vnímání a reakce na podněty. Dnes je spánek definován jako aktivní děj, funkční stav organismu s typickými rytmickými cykly. Spánek je charakterizován minimální fyzickou aktivitou, různým stupněm vědomí, dále změnami fyziologických funkcí a také sníženou odpovědí na podněty. Pro existenci organismu je naprosto nezbytný. Absence spánku vede k vážným poruchám, jako např. únava, nesoustředěnost, inadekvátní reakce, ale také k somatickým poruchám (1, 45).

Během spánku probíhá několik spánkových cyklů. Spánkový cyklus je tvořen dvěma fázemi, které rozlišujeme především podle EEG záznamu. První fází je pomalý, synchronizovaný non-REM spánek. Začíná stavem usínání (relaxované bdění). Během této fáze nedochází k rychlým očním pohybům a snižuje se svalový tonus. Fyziologické funkce se snižují. Pro tuto fázi nejsou typické sny. Druhou fází je REM spánek, který nastupuje asi za 90 minut po usnutí a trvá zhruba 20 minut. Typický pro tuto fázi je rychlý pohyb očních bulbů (REM = rapid eye movement). Svalový tonus klesá až do stavu svalové atonie, kdy není možné probuzení a otevření očí (výjimkou jsou okohybné svaly a občasné záškuby svalů). Srdeční a dechová činnost je velmi nepravidelná, může být i značně zrychlena. Během této fáze jsou typické sny.

Během spánku proběhne asi 6-8 spánkových cyklů, přičemž non-REM spánek tvoří asi 80% a REM spánek tvoří asi 20%. Spánek je pro organismus nezbytný. Zejména během non-REM fáze dochází k regeneračním pochodům, k obnově svalových buněk, odplavování a likvidaci katabolitů.

Potřeba spánku je s věkem různá. Od novorozeneckého věku, kdy spánek pokrývá většinu dne se doba spánku postupně snižuje, až se ustálí asi na 8-10 hodinách denně. Opakem spánku je bdělost (1, 45).

Spánek mohou ovlivňovat různé faktory. Tyto faktory ovlivňují kvalitu (přiměřený počet plnohodnotných cyklů spánku) a kvantitu (celkový čas spánku) spánku. Nejčastějšími faktory, které ovlivňují spánek jsou prostředí, choroba, stres, léky, alkohol, strava.

Spánek stejně jako většina fyziologických funkcí doznává během stárnutí významných změn. Spánek mění nejenom stárnutí řídicích mozkových struktur a jiných systémů, ale také narůstající množství prodělaných a chronických chorob a kumulace nepříznivých vnějších faktorů. Celkové trvání nočního spánku se ve středním věku a ve stáří pomalu zkracuje. Denní spánky jsou však častější, takže celkové trvání spánku za 24 hodin není zásadně odlišné. Na rozdíl od mladých lidí mají staří tendenci k dřívějšímu usínání a též k dřívějšímu probouzení, což v extrémní podobě může splňovat charakteristiky syndromu předčasné fáze spánku. Ve stáří se fyziologicky snižuje efektivita spánku, tj. podíl bdělosti během spánku. Zvyšuje se také celkový počet probuzení během nočního spánku. Snižuje se podíl hlubokých stadií non-REM spánku na celkovém trvání spánku; u osob nad 80 let se IV. stádium non-REM většinou vůbec nevyskytuje. Architektura spánku se mění jednak výše uvedenými změnami trvání jednotlivých stadií a množstvím bdělosti, ale také menší kontinuitou spánku a postupnou deteriorací cyklického uspořádání spánku. Průměrná latence REM spánku se stárnutím zkracuje z 90 minut na 70–80 minut (1, 51).

Ve stáří je spánek bezprostředně ovlivňován nycturií, kardiologickými symptomy, bolestmi zad, duševními poruchami a medikací. Staří lidé si více stěžují na nespavost. Někdy to je neopodstatněné, protože určitá míra zhoršování kvality nočního spánku je přirozená a není možné ji medikamentózně ovlivňovat. Není zásadní rozdíl ve vývoji spánku mezi muži a ženami. Staří muži dle některých prací spí hůře než staré ženy, ale ženy si na nekvalitní spánek více stěžují. Poruchy spánku mají u starých lidí na rozdíl od mladých častěji sekundární původ z jiných nemocí. Jsou to zejména Alzheimerova choroba, bolestivé stavy, Parkinsonova choroba, ischemická choroba srdeční, chronická bronchitis, polyneuropatie, renální choroby, duševní choroby a alkoholismus. Velmi důležitý je také vliv medikace. Staří často doprovázejí poruchy spánku, které jsou pouhou fyziologickou změnou typickou pro stáří (51).

Ve vyšším věku se často setkáváme se syndromem spánkové apnoe, který má dvě formy. *Obstrukční forma* je závažným onemocněním, kdy dochází ke ztrátě svalového tonu horních dýchacích cest během noci. Tento stav vede k částečné či úplné

obstrukci s následnými periodami apnoe, ty způsobují hypoxii. Onemocnění se projevuje hlasitým chrápáním a četnými apnoickými pauzami (zástava dýchání po dobu nejméně 10 vteřin). Spánek je narušován mnoha mikroprobuzeními, která jsou zřetelná na EEG záznamu. Proto se nemocní ráno probouzejí unavení a s bolestí hlavy. V průběhu dne se pak může u nemocných objevovat hypersomnie či somnolence. Druhou formou je *centrální spánková apnoe*. Ta se ve stáří vyskytuje častěji, bývá zjištěna náhodně. Obvykle je symptomatická, nedochází k hypoxii ani k denní hypersomnii. Příčinou mohou být organická onemocnění centrální nervové soustavy. Obě formy spánkové apnoe se mohou kombinovat (40, 51).

Další možnou poruchou spánku je noční myoklonus. Ten je charakterizován repetitivními stereotypními klonickými pohyby dolních končetin během non-REM spánku. Ty zhoršují usínání a mohou nemocného také budit během noci.

Ve stáří se také velmi vzácně může objevit syndrom hypersomnie. Nemocní si stěžují na denní spavost. Vě většině případů bývá syndrom příznakem psychiatrického onemocnění, často je řazen mezi nežádoucí účinky léků. Ve velké většině případů je syndrom spánkové hypersomnie spojen se spánkovou apnoe.

Insomnie je definována jako subjektivní pocit zhoršení kvality spánku anebo délky spánku. Nemocní si často stěžují na zhoršené usínání časté probouzení v noci anebo na pocit nedostatečné hloubky spánku. Ve stáří se nejčastěji objevuje insomnie sekundární, která doprovází somatické či psychiatrické choroby, může být také navozena špatnou medikací či špatnou spánkovou hygienou.

Léčba by měla následovat po podrobném vyšetření. Nemocnému vysvětlíme, jaké poruchy spánku mohou ve stáří nastat. Nemocnému také vysvětlíme, jak provádět správně spánkovou hygienu. Provádění správné spánkové hygieny (pravidelný cyklus spánku a bdění, uléhat při pocitu ospalosti, nepoužívat lůžko pro jiné aktivity, omezit rušivé faktory z prostředí, používat relaxační techniky, upravit životosprávu před spaním) může pomoci v mnoha případech.

Až po neúčinnosti se obracíme k ordinaci hypnotik. Léčba nespavosti má své zásady: léčba onemocnění, která jsou příčinou nespavosti, farmakologickou léčbu

zahajujeme až po neúčinnosti nefarmakologických metod, nejvhodnější je krátkodobé podávání.

Nejčastěji používanými hypnotiky jsou: benzodiazepiny, nebenzodiazepinová hypnotika (zolpidem, klomethiazol). Dále je možné použít antidepresiva (při dlouhodobém podávání, nejsou návyková) anebo antihistaminika (při pruritu).

U starých osob je běžná (a někdy neodůvodněná) chronická aplikace hypnotik a anxiolytik. Benzodiazepinová hypnotika vedou k toleranci a k závislosti. Některá z nich vyvolávají pokles krevního tlaku a následně pak i pád při nočním postavení. Ani moderní hypnotika III. generace nejsou vhodná k trvalému používání, přestože jsou podstatně šetrnější zejména pro nemocné - seniory. I u starších lidí s návykem na benzodiazepinová hypnotika by se mělo zkusit přejít na hypnotika III. generace a ty později začít podávat intermitentně dle potřeby (40, 51).

1.4. Hlavní somatické geriatrické problémy

1.4.1. Poruchy fatických funkcí

Fatické poruchy značí poruchy centrálního kortikálního analyzátoru a efektoru řeči. Vyskytuje se často u seniorů po prodělané cévní mozkové příhodě a téměř u všech nemocných s demencí.

U motorické afázie je porucha centrálního slovního efektoru, který není schopen uplatnit naučené vzorce mluvy tak, aby svalové skupiny, které provádějí artikulaci, ji koordinovaně prováděly. Artikulující svalstvo ale ochrnuto není. Tento stav se také nazývá apraxie řeči. Tento druh afázie se projevuje poruchou plynulosti řeči, poruchou opakování, vynecháváním slov, krácením vět, ale rozumění a vnitřní řeč je zachována.

Globální afázie se vyznačuje rozsáhlejší lézí v dominantní hemisféře. Nastává ztráta komunikační schopnost, tzv. asymbolie. Nemocný nerozumí řeči, není schopen produkovat řeč ani opakovat.

Pokud nemocní mají schopnost porozumět řeči, ale dezintegrují řeč, nazýváme tento stav senzorní afázie. Typické je přehazování hlásek či slabik, produkce neologismů, parafázie až mutismus (19).

1.4.2. Poruchy mobility, stability, závratě. Pády seniorů

Již od středního věku (35-40 let) dochází na pohybovém systému (dále PS) ke změnám, které pak nepříznivě ovlivňují jeho kvalitu i kvantitu ve stáří. Postupně klesá výška kloubní chrupavky, snižuje se počet chondrocytů (chrupavčité buňky). Pokud je chrupavka poškozena, hojí se neplnohodnotným vazivem. Ubývá kostní hmoty, kost je řidší, křehčí a následně zranitelnější. Kolagenní vlákna, kloubní vazy i kloubní pouzdra mění svou délku i pružnost. Snižuje se pružnost, stažlivost a prokrvenost svalových vláken. Hybnost člověka se tedy s věkem snižuje jednak vlivem výše uvedeného fyziologického stárnutí pohybového systému, ale také vlivem snížení duševní činnosti, zhoršené nervosvalové souhry, snížením tělesných rezerv, snížení výkonnosti srdce, cév a plic. Neméně důležitý je také vliv smyslových poruch (slábnutí zraku a sluchu, poruchy rovnovážného ústrojí). (6, 9, 29, 36)

Závratě a poruchy rovnováhy jsou častým symptomem, který senioři udávají. Závrať je subjektivní pocit, který se vyznačuje poruchou jistoty postavení těla v prostoru (člověku se zdá, že se okolní svět nebo on sám pohybuje, zatímco ve skutečnosti je obojí v klidu). Zajištění rovnováhy zabezpečuje činnost centrálního nervového systému na základě informací ze zrakového, vestibulárního a senzitivního systému. Nejčastější příčinou je zhoršení cerebrovaskulárního průtoku, postižení krční páteře, kdy v určité poloze hlavy dojde k poruše prokrvení oblasti vestibula a labyrintu. Jinými příčinami mohou být metabolické poruchy, zejména hypoglykémie psychický stav (anxiózní stavy, panické poruchy). Závratě mohou být také způsobeny toxickým vlivem některých léků, ke kterým jsou starší lidé zvláště citliví. Jde zejména o salicyláty (aspirin), některá diuretika a tricyklická antidepresiva (18, 22, 29, 36).

Nemocní udávají nejčastěji pocit nejistoty v prostoru, ujíždění podlahy, nejistotu při stání a chůzi, motání. S nemocným se vše točí, táhne jej to na stranu, propadá se,

vrávorá. Nemocný se zastavuje při chůzi, chytá se opory. Některé formy závratě mohou být doprovázeny nauzeou, zvracením, pocením či bolestí hlavy. Vliv závratí na psychiku se může projevit úzkostí, depresí, strachem z pohybu a pádů.

Ve stáří se nejčastěji objevují tzv. paroxysmální závratě, které se objevují v záchvatech. Mívají náhlý začátek, obvykle trvá jen několik minut a končí také náhle. Je většinou vázána na náhlý pohyb hlavou, ohýbání a vstávání či otáčení na lůžku. Příčina je často idiopatická. (36, 46).

Pád je nechtěná změna polohy, která může být příčinou poranění. Mohou být důsledkem poruch chůze, ale také poruch zraku, dysfunkcí vestibulárního systému, neurologických, kardiovaskulárních, mentálních a jiných poruch. Pády může také způsobit nevhodně zvolená či špatně používaná kompenzační pomůcka (46, 48).

Faktory, které přispívají ke vzniku pádů obvykle rozdělujeme na vnitřní a vnější. *Vnitřní faktory* způsobují tzv. symptomatické pády. Zahrnují změny, které souvisí s procesem stárnutí a nemoci. Mezi nejčastější vnitřní faktory, které mohou způsobit pád, patří onemocnění, která zhoršují stabilitu a chůzi. Z neurologických a cerebrovaskulárních onemocnění převažují cévní mozkové příhody, parkinsonismus, epilepsie. Poruchy mobility způsobují také osteoporóza a revmatoidní artritida. U smyslových onemocnění způsobují pády poruchy zraku a sluchu. Z psychiatrických onemocnění dominují v anamnéze pádu demence, deprese a deliria. Výrazným vnitřním faktorem může být polypragmazie (současné užívání 9 a více léků). *Vnější faktory* způsobují tzv. mechanické pády, vznikající nejčastěji při uklouznutí či zakopnutí. Mechanické pády vznikají při běžných denních činnostech. Mezi vnější faktory patří kluzká podlaha, nerovný povrch, schody, osvětlení a další. Jako nejrizikovější oblasti, ve kterých vznikají pády, byly identifikovány schody, toaleta, koupelna. Významnou prevencí těchto pádů je úprava prostředí. Jinými příčinami jsou špatně používané a volené kompenzační pomůcky, v mnoha případech také špatná obuv. Významným následkem pádů jsou zejména zlomeniny (16, 46).

1.4.3. Inkontinence

Inkontinence moči patří k nejčastějším problémům geriatrických pacientů. Jedná se nejen o medicínský, ale také o socio-ekonomický problém. Inkontinenci moče definujeme jako jakýkoliv nedobrovolný únik moči.

Prevalence inkontinence u osob nad 65 let žijících v domácím prostředí je asi 20%, u osob stejného věku, ale žijících v ústavních zařízeních, dosahuje více jak 50%. Inkontinence obecně častěji postihuje ženy, ale se zvyšujícím se věkem je zvyšující se výskyt i u mužů.

Močovou inkontinenci můžeme rozdělit na čtyři základní skupiny: inkontinence stresová, hyperaktivní měchýř, reflexní inkontinence, inkontinence z přetékání. Stresová inkontinence označuje únik moči při zvýšení intraabdominálního tlaku. Hyperaktivní měchýř, dříve nazýván jako urgentní inkontinence, je charakterizován únikem moči při nedobrovolném nucení na močení. Únik moči při patologické reflexní aktivitě, kdy není přítomen pocit nucení na močení označujeme jako reflexní inkontinence. Inkontinence z přetékání je charakteristická únikem moči při přeplněném močovém měchýři (36, 40).

Nejčastější příčinou inkontinence ve stáří jsou poruchy kontroly kontinence ve stáří ze strany centrálního nervového systému. Poruchy v oblasti urogenitálního traktu, které působí inkontinenci, jsou u mužů nejčastěji obstrukce (hyperplazie prostaty, karcinom prostaty), u žen jsou to poruchy uzávěrového mechanismu. Vyšší prevalence inkontinence bývá také spojována s polymorbiditou, zejména s neurologickými chorobami a duševním onemocněním. Je třeba vzít v úvahu také možný vliv farmakoterapie. K nejčastěji užívaným léčivům, která mohou ovlivňovat kontingenci, patří diuretika, betablokátory, antidepresiva, hypnotika (27, 36).

Diagnostika inkontinence moči ve stáří by měla zejména respektovat omezení seniora (kognitivní, snížená mobilita). Základem vyšetření je anamnéza, ve které zjišťujeme údaje týkající se trvání, okolností, epizod inkontinence, dále pátráme po bolesti, dysurii a nykturii. Cíleně také pátráme po okolnostech, které by také inkontinenci vyvolat mohly (psychiatrická onemocnění, farmakoterapie). Dalším vyšetřením je vyšetření moče a vyšetření retence moče.

S onemocněním je třeba podrobně seznámit jak nemocného, tak i jeho rodinu, pečující. Základní opatření by se měla týkat zejména adekvátního uspořádání místnosti či obydli. V dosahu seniora by měly být všechny pomůcky, které usnadňují mobilitu nemocného anebo případně náhradní řešení vyprazdňování (toaletní křeslo, močová láhev). Dále je potřeba upravit pitný režim a případnou obstipaci. V léčbě hyperaktivního měchýře se uplatňuje behaviorální léčby, která spočívá v obnovení kontroly mikčního reflexu. Využíván je tzv. mikční trénink, kdy si nemocný vede mikční kartu, mikce je určována do intervalů (cílem je, aby v mezičase vydržel nemocný nemočit), které se postupně zvětšují. Ve farmakologické léčbě se uplatňují anticholingerika a blokátory kalciových kanálů. Léčba stresové inkontinence spočívá zejména v cvičení pánevního dna.

Nedílnou součástí léčby inkontinence je předepsání vhodných pomůcek, které předcházejí komplikacím (porušení kožní integrity), ale také posilují lidskou důstojnost a celkově zvyšují kvalitu života nemocného (27, 36, 44).

1.5. Funkční geriatrické vyšetření

Funkční geriatrické vyšetření (dále jen FGV) je komplexní zhodnocení zdravotního stavu seniora, které je doplněné o posouzení fyzické výkonnosti, soběstačnosti a zhodnocení psychických funkcí v kontextu sociální situace seniora. Součástí FGV je aktivní vyhledávání rizik a návrh opatření, která by měla mít maximální přínos pro seniora. Vyšetření umožňuje celistvý pohled na seniora.

U seniorů je lékařská diagnóza informace, která nic nevyovídá o závažnosti choroby a potřeby péče, mnohem významnější je tzv. funkční diagnóza, která vypovídá o vlivu onemocnění na seniora, o jeho funkčním stavu, o jeho stupni závislosti či nezávislosti a o celkové kvalitě jeho života (40, 41).

FGV zahrnuje následující oblasti: biomedicínskou oblast (klinická diagnóza je doplňována o údaje týkající se vlivu choroby na funkční stav, užívanou medikaci a cílený screening rizikových faktorů), oblast výkonnosti a soběstačnosti (hodnocena je fyzická výkonnost a zdatnost, často jsou využívány standardizované testy), psychická

oblast (slouží k odhalení častých psychopatologií ve stáří, ke zhodnocení psychické pohody a spokojenosti) a oblast sociálně ekonomická (sledují se sociální kontakty, jejich kvalita, zapojení se do společenských aktivit, informace o rodině a přátelích, zjišťuje se kvalita bydlení a ekonomická situace seniora).

Měření funkčního stavu se odehrává na úrovni orgánové, psychické a sociální. U testů je nutné vytvořit jejich vhodné ukazatele, kvantifikovat nálezy a určit, co se od jakého funkčního vyšetření očekává. Dále je nutné stanovit stupeň závažnosti nálezu a posoudit vzájemné vztahy mezi jednotlivými složkami funkční diagnostiky. Funkční vyšetření může mít všeobecný charakter (pro pacienty od určitého věku) anebo je zaměřena na určité, rizikové, skupiny (např. pacienti po CMP).

Hlavním účelem FGV je optimální péče o seniory. Ideální by bylo, kdyby se funkční hodnocení stalo rutinou ve zdravotních zařízeních (39, 32, 33, 40, 41, 47).

1.5.1. Účel a význam vyšetření

FGV by mělo být součástí klinické praxe, protože lze odhalit dosud se neprojevující poruchy a choroby anebo zhoršení stávajících chorob a poruch. Pro stanovení optimálního léčebného a ošetrovatelského plánu je výsledek FGV základem. Ten je také základem plánu následné péče.

Náklady na FGV rozhodně nejsou zanedbatelné, ale v souvislosti s možnými důsledky, které mohou nastat, pokud funkční vyšetření nebudeme provádět, jsou náklady úspornější a efektivně využité.

Efektivita funkčního geriatrického vyšetření se projevuje například ve snížení mortality, zlepšení funkčního stavu, omezení rehospitalizací, zlepšení kvality života a v mnoha jiných oblastech.

U zdravých osob provádíme vyšetření pouze orientační, u seniorů, kteří jsou hospitalizováni, případně propouštění do domácího ošetření, je potřeba provést zhodnocení funkčního stavu podrobnější.

Začlenění FGV do ošetrovatelského procesu vede ke komplexnímu přístupu k pacientovi, jsou vyhledávány jeho existující anebo potenciální problémy ve zdravotní

a psychosociální oblasti. FGV je jistě také nástrojem, jak zvyšovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče (39, 32, 33, 40, 41, 47).

1.5.2.Vlastní provedení FGV

Vyšetření seniora by mělo začít pozorováním seniora a podrobným sběrem anamnézy. Dále by mělo následovat provedení pečlivě vybraných testů pro funkční diagnostiku. Tyto testy by však nikdy neměly nahrazovat vlastní vyšetření seniora. Většina testů pro FGV nejsou diagnostické, ale screeningové a jejich pozitivní nález je indikací pro podrobnější vyšetření v dané oblasti (40).

1.5.3.Nejvýznamnější testy pro funkční geriatrické vyšetření

1.5.3.1. Hodnocení celkových funkčních schopností

V těchto testech se hodnotí tzv. aktivity všedního života (ADL, activities of daily living). Při testování se obvykle rozlišují aktivity základní a instrumentální. Mezi základní aktivity zahrnujeme oblékání, mytí a koupání se, chůzi, přesuny, schopnost udržet moč a stolici, používat WC atd. Instrumentální činnosti pak zahrnují aktivity, které jsou nutné pro samostatný život, např. schopnost obstarat nákup, připravit jídlo, telefonovat, užívat léky, starat se o peníze, cestovat dopravním prostředkem (19, 40)

Nejčastěji používaným testem pro hodnocení základních ADL je *Barthelův test základních všedních činností* (viz příloha č.2). V testu jsou vyjmenovány všední aktivity, které jsou následně ohodnoceny body podle toho, zda senior aktivitu provádí sám, s pomocí anebo ji neprovede vůbec. Součtem bodů lze seniora zařadit do stupně závislosti. Test je vhodný pro hospitalizované seniory. Pro seniory v domácím prostředí anebo v ústavní péči je nutné jednotlivé body více specifikovat, nestačí pouze hodnocení, zda provede sám, s dopomocí anebo neprovede. Barthelův test byl původně sestaven pro potřeby rehabilitace, i přes to jej používá mnoho zařízení jako standardní test pro geriatrické pacienty (19, 13 23, 32, 36, 40) .

Test instrumentálních denních činností (IADL, viz příloha č. 3) je určen pro seniory s lehkou poruchou soběstačnosti. V testu je vyjmenováno 8 všedních činností (např. nákup potravin, vaření, telefonování, zacházení s penězi...), které jsou hodnoceny slovně: schopen samostatně, s pomocí druhé osoby, neschopen. Součtem bodů je senior zařazen do jedné ze tří kategorií (nesoběstačnost v IADL, částečná nesoběstačnost anebo soběstačnost v IADL). Test je určen zejména pro seniory v domácím prostředí.

Crichtonova geriatrická posuzovací škála (Crichton Geriatric Rating Scale, viz příloha č. 1) je testem, který se často využívá v gerontopsychiatrii, ale místo si najde u všech seniorů. Test je složen z jedenácti položek, které hodnotí duševní stránku seniora a také jeho soběstačnost. Hodnoceny jsou následující oblasti: pohyblivost, orientace, komunikace, kooperace, neklid, oblékání, jídlo, inkontinence, spánek, nálada objektivně a nálada subjektivně (tu vyjádří sám hodnocený senior). V modifikované verzi testu je nálada hodnocena jen objektivně a hodnotí se nově také oblast myšlení a spokojenost v léčbě. Test provádí lékař anebo všeobecné sestry, provedení testu trvá asi 10 min. Pro každou odpověď je přiřazen počet bodů. Součtem dosažených bodů je stanovena míra deteriorace (lehká, střední, těžká). (8, 35)

Výsledkem hledání nejideálnějšího testu je *funkční geriatrický index* (Topinková, 1994), který zahrnuje 5 hodnocených oblastí, které se dále dělí na specifitější činnosti. Základní hodnocené oblasti jsou mobilita a transport, fyzická aktivita, zručnost, aktivity denního života a komunikace společně s psychikou. Zvláštností testu je, že žádné z vykonávaných aktivit neomezuje časově. Použití tohoto testu je náročnější na čas, ale výsledné informace vydají za výsledky několika testů. Velmi podobným testem je *Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života*. V poslední době se velké oblibě těší také FIM test. Testy lze pojmout jako dotazník, který seniorovi předáme vyplnit, ale většina geriatrů doporučuje, aby test vyplnil zdravotnický pracovník. Informace lze získat od samotného seniora, od jeho doprovodu a z vlastního pozorování. (32)

1.5.3.2. Výkonové testy

Výkonové testy (performance measures) hodnotí schopnost organismu podávat určité výkony. Většina těchto testů je zatím neustálených, provádí se v mnoha modifikacích podle autorů.

K nejpoužívanějším testům patří *Test schopnosti vstát ze sedu na židli* (sit-to-stand test), který má již mnoho modifikací (např. „get up and go“ či „up and go test“). Test hodnotí zejména svalovou sílu, stabilitu, koordinaci chůze, ortostatický syndrom.

Dalším testem je *Test rychlosti chůze*. Ten vyžaduje, aby senior ušel určitý úsek (obvykle 6 – 10m) v určitém časovém intervalu (např. 6 min). Test odráží celkový zdravotní stav seniora.

Test rovnováhy hodnotí paralelní stoj, stoj s otevřenými či zavřenými očima, stoj na jedné noze. Většinou se měří čas, po který je senior schopen stoj udržet. Používá se u mozečkové dysfunkce a při posuzování rizika pádu.

Performance Oriented Mobility Assessment je test, který hodnotí rovnováhu a chůzi seniora.

Test mobility (viz příloha č.4) je modifikací testu mobility (Get up and Go test) a testu rovnováhy a propriocepce (Sensory Organization Test). Je výkonovým testem, který hodnotí aktuální schopnosti seniora a není zkreslen subjektivním hodnocením seniora. Test zahrnuje běžné všední aktivity (posazování, vstávání, stoj, chůze, otáčení, dosahování předmětu ve výšce a zdvihání předmětu ze země) a vyšetření rovnováhy. Test mobility umožňuje identifikovat denní činnost, při níž je senior nejvíce ohrožen pády (19, 36, 42, 43).

Test síly svalového stisku (hand grip, grip strenght) je používán jako významný predikátor deteriorace, pádů i mortality. Při tomto testu je navíc možné hodnotit i hodnotu krevního tlaku při statické zátěži.

Test „zámek – klíč“ hodnotí stav jemné motoriky seniora, ale i mentální schopnosti, které jsou potřebné pro zamykání a odemykání. Obdobným testem je Test oblečení blůzy a zapnutí knoflíků na blůze. Velmi podobnými testy jsou Test vaření čaje a Test vaření instantní polévky, které navíc mohou odhalovat konstrukční apraxii.

Výkonové testy jsou často seskupovány do baterií. Nejvýznamnější baterie testů jsou: Timed manual performance, která hodnotí jemnou motoriku, EPESE baterie, která hodnotí funkcí dolních končetin, Physical Disability Index, ta hodnotí rozsah a sílu pohybu dolních končetin (10, 19, 40).

1.5.3.3. Kognitivní testy

Kognitivní funkce umožňují výběr a zpracování informací a následně přizpůsobení se prostředí. Porucha kognitivních funkcí vede k poruše tzv. exekutivních (výkonných) funkcí. Testy jsou významné zejména pro včasné odhalení patologie 3D (demence, deprese a delirium), ale také pro odhalení poruch poznávacích funkcí.

Testy pro odhalení kognitivních poruch jsou zaměřeny na odhalení poruch paměti, myšlení, řečových funkcí, fatických poruch a poruchy exekutivních funkcí.

Nejčastěji využívaným testem v této oblasti je *MMSE (Mini Mental State Examination, Folsteinův test*, viz příloha č.5). Používá se zejména k odhalení demence. Test se skládá ze 30-ti bodů, které hodnotí následující funkce: orientace, zapamatování, pozornost, počítání, vybavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování, třístupňový příkaz, čtení, vyhovění příkazu, psaní, obkreslování dle předlohy. Plný počet bodů je 30, přičemž ohodnocení pod 9 bodů je hodnoceno jako pokročilá forma demence.

Test kreslení hodin (clock drawing test, viz příloha č.6) spočívá v nakreslení ciferníku s čísly a následném zakreslení určitého časového údaje do ciferníku pomocí ručiček. Hodnotí se celistvost ciferníku, nastavení ručiček do správného časového údaje, ale i správnost vyznačení čísel. Za správně provedený test náleží 10 bodů, přičemž za různé chyby jsou body odečítány (např. za neúplný kruh nebo jiný tvar jsou odečteny 2 body).

Pro hodnocení poruch chování a psychiatrických příznaků u Alzheimerovy demence může být využíván *Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby a*

jiných demencí. Test obsahuje několik skupin otázek a předložených odpovědí, které jsou obodovány obvykle 0 – 4 body.

Clinical Dementia Rating (CDR) je hodnotící schéma kognitivních funkcí. Slouží ke screeningu demence, ale i lehčích poruch kognitivních funkcí. Vyšetření je prováděno jednak rozhovorem s hodnoceným seniorem a také s pečovatelem. Hodnoceny jsou: paměť, orientace, soudnost, řešení problémů, společenský život, práce doma, koníčky, péče o sebe sama.

ADAS-cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale – cognitive) je test, který je užíván u seniorů, kteří mají diagnostikovanou Alzheimerovu demenci, tímto testem jsou průběžně sledovány změny v čase.

Pro hodnocení deprese u seniorů se hojně užívá *Geriatrická škála deprese podle Yessavage* (viz příloha č. 7). Škála má 15 otázek, které je možno zodpovědět ano nebo ne. Odpověď je pak hodnocena 1 nebo 0 body. Při výsledném skóre pod 5 je emoční stav hodnocen jako normoforie a nad 15 bodů je zhodnocena klinicky relevantní deprese.

K hodnocení úzkosti je v geriatrii používána *Hamiltonova škála úzkosti*.

Pro hodnocení různých poruch chování u seniorů je nejčastěji používán test *SCAG* (Sandoz Clinical Assessment – Geriatric).

Dalším používaným testem je *Hachinského ischemické skóre* (viz příloha č. 8), které slouží k orientačnímu rozlišení mezi primárně degenerativní demencí Alzheimerova typu a demencí vaskulární. Test obsahuje 13 položek, kde se hodnotí např. hypertenze, deprese, osobnost aj. Čím vyšší konečné skóre, tím je vyšší pravděpodobnost vaskulární demence a naopak. (8, 10, 19, 40)

1.5.3.4. Další testy

FGV se také věnuje hodnocení sociální oblasti a také bezpečnosti domácího prostředí. Tato oblast je velmi těžko hodnotitelná. Často je nutná osobní návštěva hodnotitele v domácnosti seniora. Pro tuto oblast není zatím ještě k dispozici vhodný test. Tuto oblast je tedy třeba pokrýt cíleným anamnestickým sběrem informací.

Otázky by měly být směřovány na oblast rodiny, sociálních vztahů, frekvence návštěv, pečujících osob, potřebu sociálních služeb atd.

Nedílnou součástí FGV je také zhodnocení prostředí, v němž se senior pohybuje. Cílenými otázkami by jsme měli zhodnotit bariéry, používání kompenzačních pomůcek, rozložení domácnosti, přístup k bytu atd.

Některé testy pro FGV jsou také cíleně určeny určité skupině nemocných, např. pro nemocné s CMP, s revmatoidní artritidou, s Parkinsonovou chorobou. Jsou vhodné pro nemocné, jejichž onemocnění je příčinou dysaptibility. U většiny seniorů nemají tyto testy velký význam, neboť se u nich většinou objevuje polymorbidita a komplexnější poruchy (19, 40).

1.6. Rehabilitace v geriatrici

Nedílnou složkou péče o seniory je rehabilitace. Rehabilitace je proces, který vede k odstranění disability (omezení běžných činností) anebo alespoň k jejímu snížení či zpomalení jejího rozvoje. Jednotlivé prvky rehabilitace by měly být součástí komplexní zdravotní péče o seniory. Geriatrická rehabilitace by měla kombinovat složky ucelené rehabilitace, tedy rehabilitaci léčebnou, psychologickou, sociální apod. (40).

1.6.1. Zahájení rehabilitace a volba rehabilitačního programu

Ošetřující lékař rozhoduje o tom, zda senior rehabilitaci potřebuje a zda bude rehabilitační úsilí vést ke zlepšení stavu. Tyto skutečnosti se souhrnně označují jako *rehabilitační potenciál pacienta*. Jeho stanovení probíhá v několika fázích.

Před zahájením rehabilitace by měl senior podstoupit vyšetření, která se zaměřují na diagnostiku funkčních poruch. Vyšetření musí být zahájeno zjištěním anamnézy a provedením fyzikálního vyšetření. Vyšetření funkčního stavu zahrnuje testování fyzického výkonu (Barthelův test, FIM test), testování duševního stavu (MMSE, výskyt deprese a demence) a klinické testy, které jsou orientovány na

patologické poruchy ve stáří. Důležité jsou také informace o sociální situaci seniora (rodinné zázemí, dostupnost zdravotních a sociálních služeb).

Po provedení výše uvedených vyšetření je možné postoupit k volbě nejvhodnějšího rehabilitačního programu. Stanovení rehabilitačního plánu směřuje k dosažení určitého cíle, je možné stanovit cíle krátkodobé a cíle dlouhodobé.

Rehabilitace v léčebném programu seniorů je rozdělena do 3 stupňů. Prvním stupněm je aktivizační léčebná rehabilitace, která je poskytována seniorům s omezenou hybností. Druhým stupněm je aktivizující léčebná rehabilitace, ta je indikována seniorům s chronickým onemocněním bez většího omezení hybnosti. Třetí stupeň rehabilitace seniorů, preventivní rehabilitace, je zaměřen na zdravé seniory.

Nedílnou součástí rehabilitace seniorů je monitorace a zhodnocení efektu poskytované rehabilitace (36, 40, 49).

1.6.2. Pohybová léčba v geriatрии

Pohybová léčba je jednou z částí komplexu rehabilitace v geriatрии. Přispívá k zachování a obnovení funkčních schopností seniora. Základem pohybové terapie je léčebná tělesná výchova (LTV), která je určena pro jedince se změněným zdravotním stavem. Probíhá formou individuální i skupinovou. LTV zahrnuje aktivní i pasivní pohyby, dechovou gymnastiku, relaxační a kondiční cvičení. Pro jedince se zdravotními omezeními je určena zdravotní tělesná výchova, jejímž základem jsou skupinová cvičení, turistické akce i rekondiční pobyty. Habituační pohybová léčba zahrnuje veškeré fyzické činnosti běžného života.

Nedílnou součástí je také rehabilitační ošetřovatelství, které přímo navazuje na základní ošetřovatelské úkony. Rehabilitační ošetřovatelství zahrnuje polohování, prevence dekubitů, časnou mobilizace, vstávání, aktivní a pasivní pohyby v kloubech k prevenci kontraktur, pasivní a aktivní cvičení, dechovou gymnastiku, výuka soběstačnosti, pravidelné vyprazdňování močového měchýře, aktivizace psychiky.

Jednou z forem pohybové rehabilitace je kinezioterapie, která využívá pohybovou energii, ale i fyzikální podněty. Jedná se o termoterapii, hydroterapii, elektroterapii, magnetoterapii a fototerapii (19, 23, 36, 40)

1.6.2.1. Formy pohybových aktivit

Ranní cvičení slouží k tomu, aby se pohybový systém připravil na celodenní činnost. Cvičení by mělo trvat okolo 20 minut. Nejčastěji zahrnuje protažení s uvolněním kloubů, rozvoj bráničního dýchání, které vede k celkovému zklidnění a koordinaci pohybu s dýcháním, které slouží pro uvolňování kloubních spojení a k protahování svalstva.

Cvičební jednotka je ideálně zařazována do denního programu obden. V první části je cílem prokrvení a zahřátí organismu, který připravujeme na pohybovou aktivitu, Druhá, vyrovnávací část, již zvyšuje nároky na provádění cviků, ale intenzita zatížení je nízká, jde o pomalejší pohyby. Třetí, rozvíjející část, se skládá z cviků, které jsou zaměřeny na potřeby účastníků (19, 23)

1.6.3. Dechová rehabilitace

Podstatou dechové gymnastiky je technika dýchání, která spolu s cvičební polohou nejvíce ovlivňuje výsledný efekt kondičního cvičení. Základem je dechový stereotyp, tedy nádech nosem a výdech ústy. Při jeho edukaci lze využít zvukové fenomény.

Statická dechová gymnastika má za cíl obnovit dechově pohybové funkce v mimické oblasti a to bez souhybu dolních i horních končetin nebo trupu. Pro imobilní jedince je to mnohdy jediná možná forma fyzioterapie. Tato cvičení lze provádět v různých polohách. U tohoto typu cvičení je třeba pamatovat na prevenci zadržetí dechu, především u jedinců s kardiální komorbiditou.

Dynamická dechová gymnastika je soubor cvičení, kdy dechové pohyby hrudníku a břišní stěny jsou doprovázeny pohyby končetin. Pohyby končetin vždy

kombinujeme s aktivní dechovou fází (nádech, výdech). U tohoto cvičení preferujeme individuální program (19).

1.6.4. Ergoterapie v geriatrui

Ergoterapie je disciplína, která využívá postupy a činnosti při rehabilitaci jedinců s různým typem postižení. Cílem je působit proti závislosti a izolaci seniorů a udržet, případně znovu získat co nejrozsáhlejší nezávislost.

Ergoterapie zahrnuje mnoho aktivit, např. hodnocení bezpečnosti domácího prostředí, nácvik všedních dovedností, výběr, nácvik používání a ověřování účelnosti kompenzačních pomůcek, komplexní péči o nemocné demencí, provádění kognitivní rehabilitace, pohybové terapie, arteterapie, muzikoterapie, petterapie atd.

Canisterapie je jednou z forem petterapie. Patří mezi podpůrné terapie a využívá pozitivní působení psa na člověka. Používá různé formy terapeutického kontaktu psa s člověkem. Základem terapie je pozitivní působení zvířete spočívající ve schopnosti zastoupit chybějící úzké mezilidské vztahy. Vhodnými klienty pro canisterapii jsou tedy zejména senioři, kteří nemají žádnou rodinu ani blízké anebo také ti, co měli v mladším věku psa, který jim nyní může chybět. obdobnou formou canisterapie je felinoterapie, která k terapii využívá kočky.

Muzikoterapie a ohybová terapie posiluje emoční a fyzickou integraci pacienta a je formou psychoterapie, kde nejdůležitějším prvkem je pohyb. Využívá se hudební doprovod, který působí jako zdroj představ a stimulant nálady. Muzikoterapie může ovlivňovat určité emoce a pohyby a její význam pro seniory spočívá především v poznání sebe sama a poznání vlastního pohybového rejstříku. Mimo jiné umožňuje nonverbální kontakt seniorů s poruchami řeči a tím jim umožňuje zařadit se do společnosti (26, 28).

1.6.5. Kognitivní rehabilitace, mozkový trénink

Kognitivní rehabilitací rozumíme obnovování anebo udržování porušených kognitivních funkcí a také posilování funkcí, které jsou zachovány. Základem kognitivní rehabilitace jsou různé metody stimulace mozkové činnosti. Je určena např. seniorům při mozkových onemocněních. Například mozkovou demenci může kognitivní rehabilitace výrazně zpomalit a zlepšit tak kvalitu života. Využívá se např. řešení skládaček, puzzle, jednoduchých konstrukčních úloh, popis obrázků, slovní hry, doteky, pohybová terapie.

Mozkový trénink (trénování paměti) vychází z předpokladu, že schopnost učení je zachována po celý život. Učení je účinné zejména tehdy, je-li zapojeno více kanálů a jsou-li posíleny všechny prožitkové dimenze (motorická, kognitivní, sociální a afektivní). Mozkový trénink se zaměřuje na posílení vnímání, koncentrace, hledání slov, schopnosti postřehu vyjadřování, fantazie, tvořivost atd. Procvičuje se také logické postupování a pestrost vyjadřování. Skupiny pro trénování paměti by měly být menší tak, aby mohl být zachován individuální přístup. Senioři by měli být v příjemném prostředí, ve skupině by neměl být pocit soutěživosti. Mozkový trénink využívá řadu cílených, ale i neformálních metod, např. řešení matematických úloh, řešení křížovek, tvorba kroniky, vzdělávací kurzy, slovní hry atd. (19, 52, 53).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cílem práce bylo stanovení míry soběstačnosti a psychické alterace dotazníkem dle Crichtona u všech obyvatel Domova důchodců U Hvízdala.

2.2. Hypotézy

Na základě dosavadních poznatků a po prostudování odborné literatury byly stanoveny následující hypotézy:

H 1: Výsledky Crichtonova dotazníku budou korelovat s výsledku Mini Mental testu.

H 2: Výsledky Crichtonova dotazníku budou lepší u obyvatel, jejichž rodina se aktivně podílí na ošetrovatelské péči.

H 3: Výsledky Crichtonova dotazníku budou horší u obyvatel, kteří jsou v domově důchodců delší dobu než tři roky.

3. Metodika

Výzkum byl realizován u obyvatel Domova důchodců U Hvízdala v Českých Budějovicích (dále DD) průběžně od července 2006 do 31. ledna 2007.

Výzkum byl proveden pomocí Crichtonovy geriatrické posuzovací škály. Od zdravotnického personálu byly zjišťovány informace ohledně aktivity rodiny a blízkých osob v péči. Dále byly z dokumentace zjišťovány informace týkající se věku a délky pobytu. Poslední informací, která byla zjišťována z dokumentace byl výsledek MMMSE. Pokud byl poslední MMSE prováděn více jak před 3 měsíci, tak byl test proveden znovu.

Pro statistické zpracování dat byl použit program MS Excel s využitím funkce „Analytické nástroje“.

3.1. Charakteristika základního souboru

Výzkumu se účastnilo celkem 146 obyvatel Domova důchodců U Hvízdala v Českých Budějovicích (dnes Domov pro seniory Hvízdal). Jednalo se o obyvatele stanic 2D, 4C, 5B, 6A. Všichni obyvatelé souhlasili se zařazením do výzkumu.

Výzkumu se zúčastnilo 117 (80%) žen a 29 (20%) mužů (viz graf č.). Ve věku do 79 let bylo 37 (25%) obyvatel, ve věku 80 – 89 let bylo 77 (53%) obyvatel a ve věku 90 let a více bylo 32 (22%) obyvatel (viz graf č.). Výsledky MMSE v základním

souboru byly následující: 25 – 30 bodů dosáhlo 77 (53%) obyvatel, 18 – 24 bodů dosáhlo 37 (25%) obyvatel, výsledek 9 – 17 bodů se objevil u 12 (8%) obyvatel a výsledek pod 9 bodů byl sledován u 20 (14%) obyvatelů (viz graf č.). U 110 (75%) obyvatel byl sledován aktivní zájem o péči a u 36 (25%) obyvatel se rodina aktivně nepodílí na péči (viz graf č.). V základním souboru bylo 67 (46%) obyvatel s délkou pobytu kratší než 3 roky a 79 (54%) obyvatel, kteří jsou v DD déle než 3 roky (viz graf č.).

Základní soubor byl po vyhodnocení výsledků rozdělen na 3 skupiny dle dosažených výsledků v Crichtonově geriatrické posuzovací škále (viz graf č.).

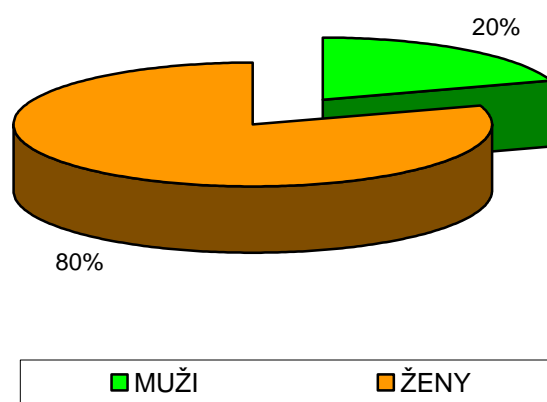
3.2. Popis Crichtonovy geriatrické posuzovací škály

Crichtonova geriatrická posuzovací škála je nástrojem pro funkční geriatrické vyšetření. Sledovaného seniora hodnotí v 11 následujících oblastech: pohyblivost, orientace, komunikace, kooperace, neklid, oblékání, jídlo, inkontinence, spánek, nálada – objektivně. V poslední, jedenácté oblasti senior sám subjektivně zhodnotí svou náladu.

V každé oblasti je na výběr z 5 možností, které jsou ohodnoceny 1 až 5 body. Po sečtení bodů lze seniora zařadit do jedné ze tří možných kategorií: výsledek 10 – 20 bodů lehká deteriorace, 21 – 30 bodů svědčí pro střední deterioraci a výsledek 31 bodů a více je hodnocen jako těžká deteriorace. Velmi cenným prvkem tohoto testu také je, že je schopen odhalit problémové oblasti, které seniory omezují a dle možností je dále řešit.

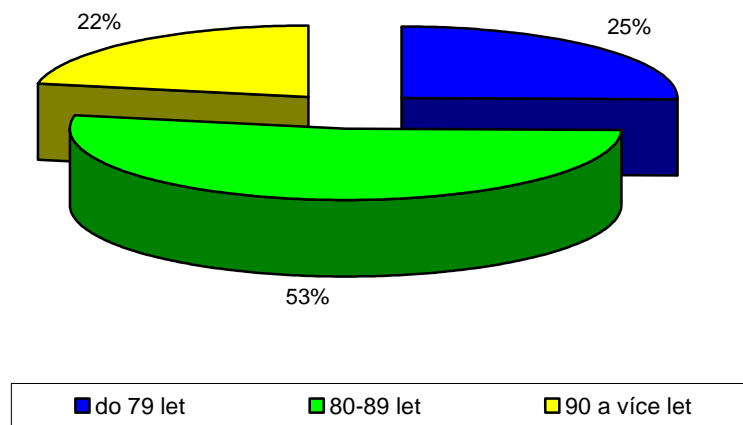
4. Výsledky

GRAF Č. 1
CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍHO SOUBORU



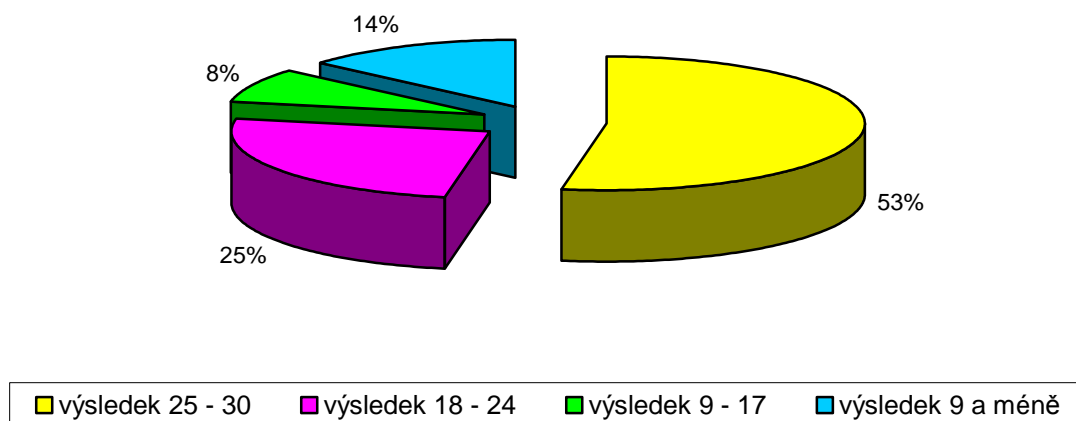
V základním souboru (146) bylo 117 (80%) žen a 29 (20%) mužů.

GRAF Č. 2
CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍHO SOUBORU - VĚK



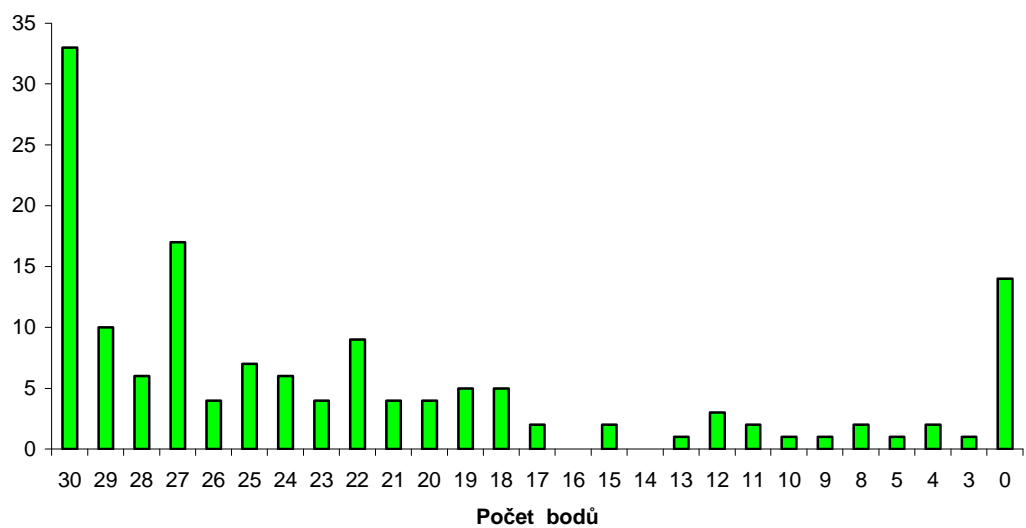
Ve sledovaném souboru (146) bylo 37 (25%) obyvatelů ve věku do 79 let. V rozmezí 80 – 89 let bylo 77 (53%) obyvatelů a ve věku 90 a více let bylo 32 (22%) obyvatelů. Věkový průměr souboru činil 83,6 roků. Nejmladší muž měl 58 let, nejstaršímu muži bylo 96 let. Nejmladší ženě v souboru bylo 59 let, nejstarší ženě v souboru bylo 102 let.

GRAF Č. 3
CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍHO SOUBORU – VÝSLEDKY MMSE



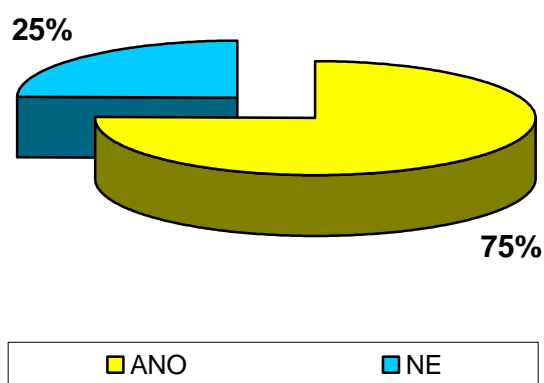
U všech osob zkoumaného souboru (146) byl proveden MMSE a byly dosaženy tyto hodnoty MMSE: 25 – 30 bodů dosáhlo 77 (53%) obyvatel, 18 – 24 bodů dosáhlo 37 (25%) obyvatel, výsledek 9 – 17 bodů byl zjištěn u 12 (8%) obyvatel a výsledek pod 9 bodů byl sledován u 20 (14%) obyvatelů.

GRAF Č. 4
VÝSLEDKY MMSE V ZÁKLADNÍM SOUBORU



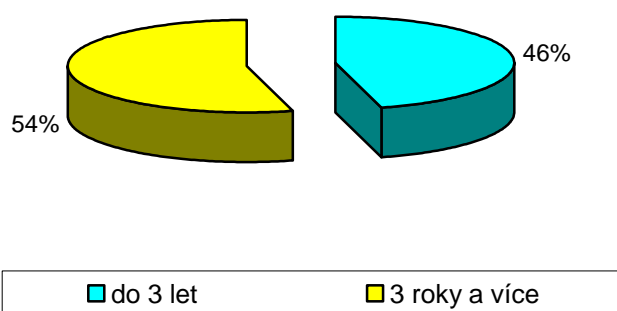
Graf znázorňuje výsledky MMSE v celém základním souboru (146).

GRAF Č. 5
CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍHO SOUBORU – ZÁJEM RODINY



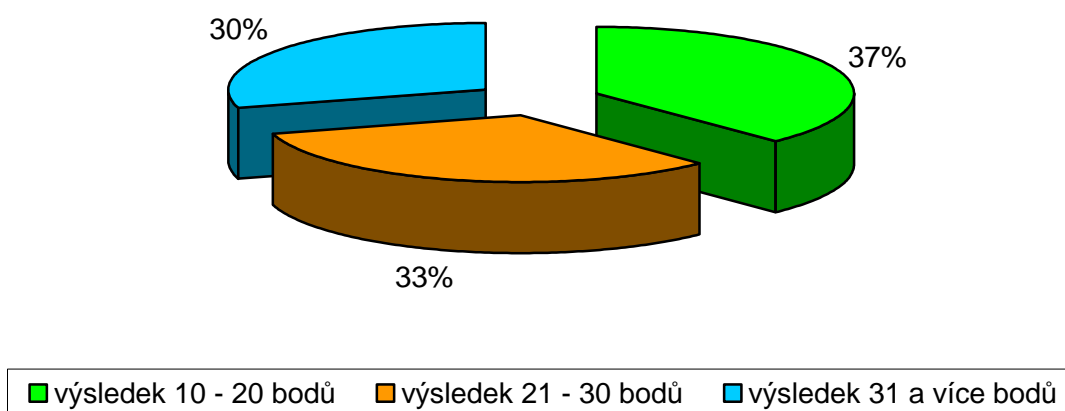
Ze všech 146 (100%) obyvatel se rodina aktivně zajímá a podílí na péči u 110 (75%) obyvatel a u 36 (25%) obyvatel rodina zájem neprojevuje. Za aktivní zájem rodiny bylo považováno, pokud rodina (případně blízcí) provádějí návštěvy či jiné formy kontaktu (telefonování) alespoň 2x týdně, aktivní spolupráce se zdravotnickým týmem, motivování a pozitivní ladění obyvatele.

GRAF Č. 6
CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍHO SOUBORU – DÉLKA POBYTU



V základním souboru (146) bylo 67 (46%) obyvatel, jejichž délka pobytu v domově pro seniory nepřesahuje 3 roky a 79 (54%) obyvatel, jejichž délka pobytu v domově důchodců je delší než 3 roky.

GRAF Č. 7
CRICHTONOVA GERIATRICKÁ POSUZOVACÍ ŠKÁLA – VÝSLEDKY



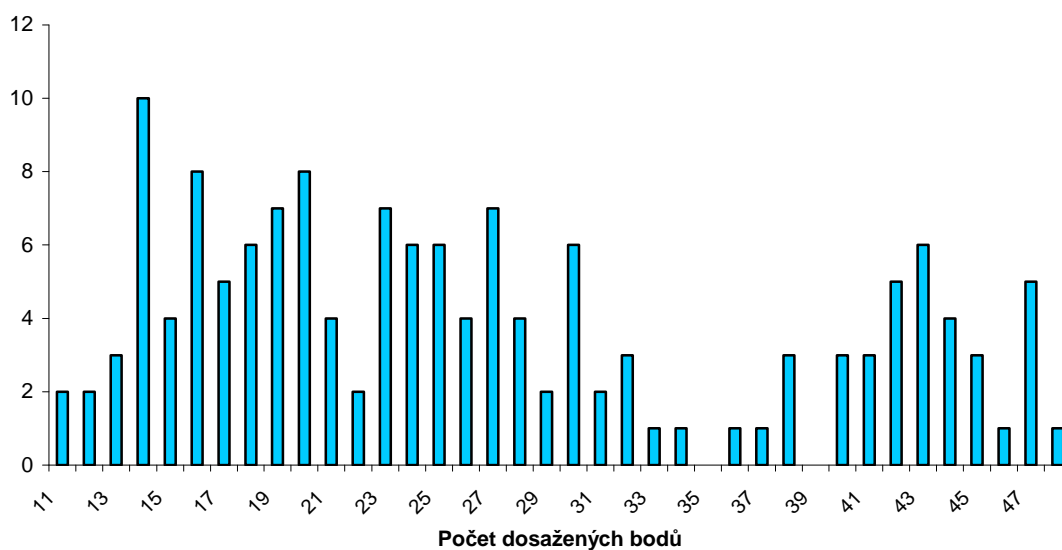
CRICHTON VÝSLEDKY:

- 10 – 20 bodů mírná deteriorace
- 21 – 30 bodů střední deteriorace
- 31 a více bodů těžká deteriorace

V základním souboru bylo 146 (100%) obyvatel, kteří dosáhli tyto výsledky Crichtonovy geriatrické posuzovací škály: výsledek 10 – 20 bodů (lehká deteriorace) dosáhlo 55 (37%) obyvatelů, výsledek 21 – 30 bodů (střední deteriorace) dosáhlo 48 (33%) obyvatelů a výsledek 31 a více bodů (těžká deteriorace) dosáhlo 43 (30%) obyvatelů.

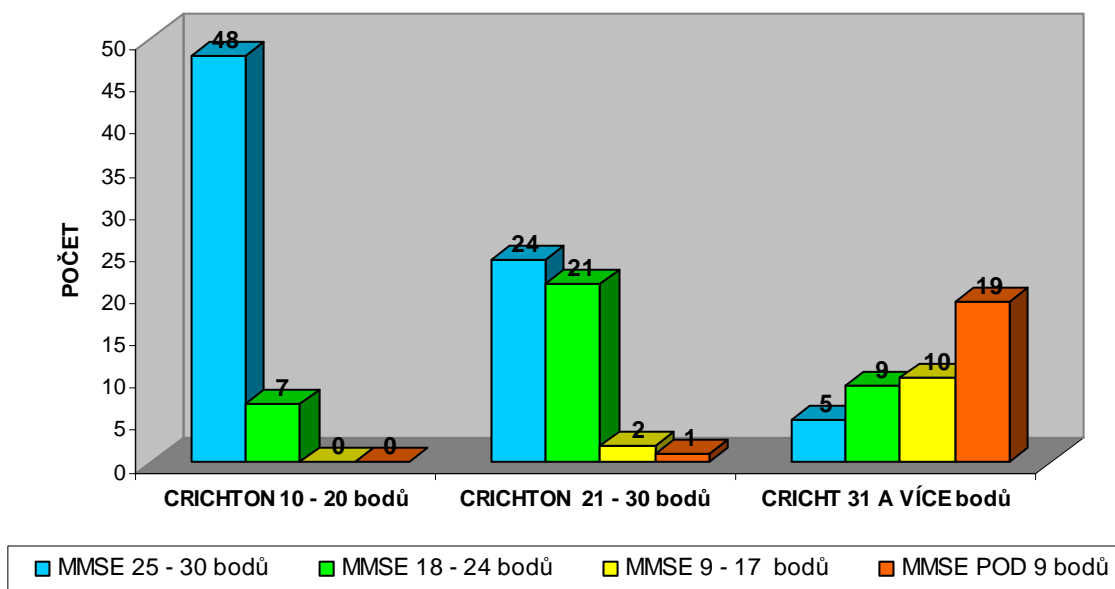
GRAF Č. 8

VÝSLEDKY CRICHTONOVY GERIATRICKÉ POSUZOVACÍ ŠKÁLY V ZÁKLADNÍM SOUBORU



Graf znázorňuje výsledky Crichtonovy geriatrické posuzovací škály ve sledovaném souboru (146).

GRAF Č. 9
VÝSLEDKY CRICHTON VERSUS VÝSLEDKY MMSE



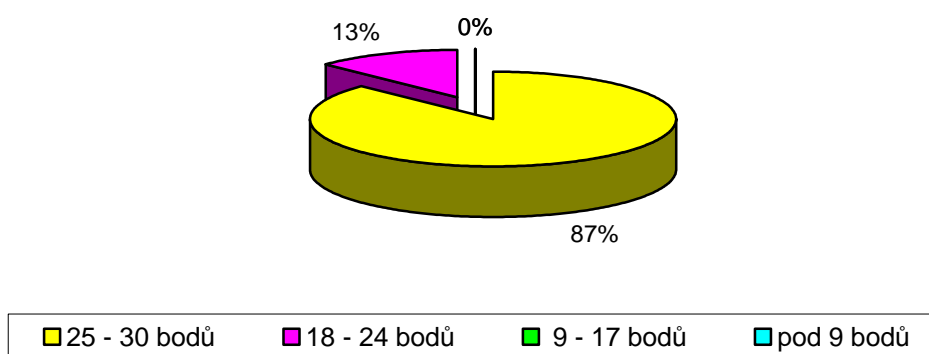
Graf zobrazuje porovnání výsledků Crichtonovy geriatrické posuzovací škály a výsledků MMSE v základním souboru (146).

Obyvatelé, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály byl 10 – 20 bodů měli následující výsledky MMSE: 48 obyvatel dosáhlo výsledku 25 – 30 bodů, 7 obyvatel mělo výsledek 18 – 24 bodů, žádný z obyvatelů nedosáhl výsledku pod 17 bodů.

Obyvatelé, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály byl v rozmezí 21 – 30 bodů dosáhli následujících výsledků MMSE: 24 obyvatel mělo výsledek 25 – 30 bodů, 21 obyvatel dosáhlo výsledku 18 – 24 bodů, 2 obyvatelé dosáhli výsledku 9 – 17 bodů a u 1 obyvatele byl zhodnocen výsledek pod 9 bodů.

Obyvatelé, kteří měli výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály 31 a více bodů měli tyto výsledky MMSE: 5 obyvatel dosáhlo výsledku 25 – 30 bodů, 9 obyvatel dosáhlo výsledku 18 – 24 bodů, 10 obyvatel mělo výsledek 9 – 17 bodů a u 19 obyvatel byl zaznamenán výsledek pod 9 bodů.

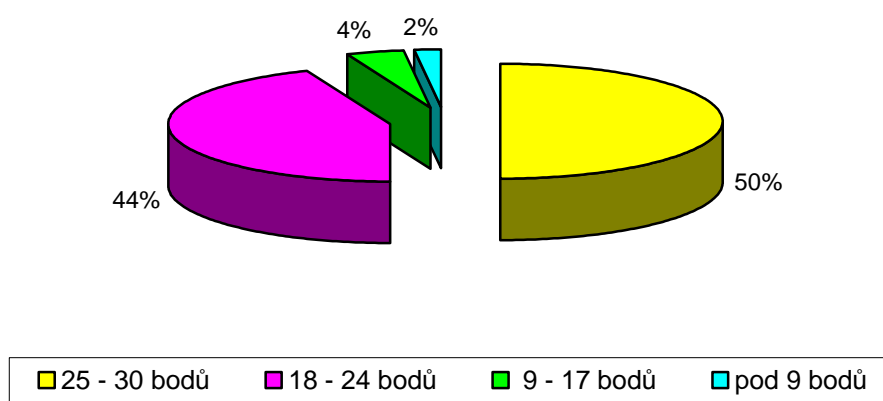
GRAF Č. 10
VÝSLEDKY MMSE U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKY CRICHTON
10 – 20 BODŮ



Graf znázorňuje výsledky MMSE u skupiny obyvatel 55 (100%) s výsledkem Crichtonovy geriatrické posuzovací škály 10 – 20 bodů.

Výsledek 25 – 30 bodů dosáhlo celých 87% (48) obyvatel, výsledek 18 – 24 bodů se objevil u 13% (7) obyvatel. Výsledky 9 – 17 bodů a pod 9 bodů se neobjevil u žádného obyvatele této skupiny.

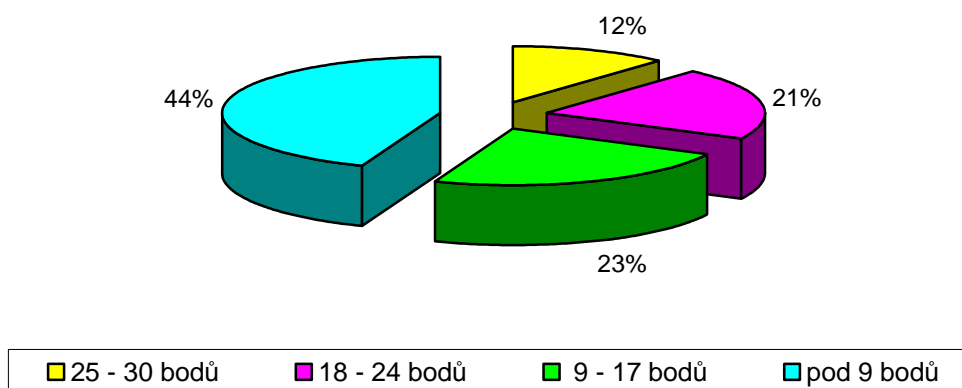
GRAF Č. 11
VÝSLEDKY MMSE U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKEM CRICHTON
21 – 30 BODŮ



Graf znázorňuje výsledky MMSE u skupiny obyvatel 48 (100%) s výsledkem Crichtonovy geriatrické posuzovací škály 21 - 30 bodů.

Výsledek 25 – 30 bodů dosáhlo 24 (50%) obyvatel, 21 (44%) obyvatel dosáhlo výsledku 18 – 24 bodů, 2 (4%) obyvatelé dosáhli výsledku 9 – 17 bodů a u 1 (2%) obyvatele byl zhodnocen výsledek pod 9 bodů.

GRAF Č. 12
VÝSLEDKY MMSE U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKEM CRICHTON
31 A VÍCE BODŮ



Graf sleduje výsledky MMSE u skupiny 43 (100%) obyvatel s výsledkem Crichtonovy geriatrické posuzovací škály 31 a více bodů.

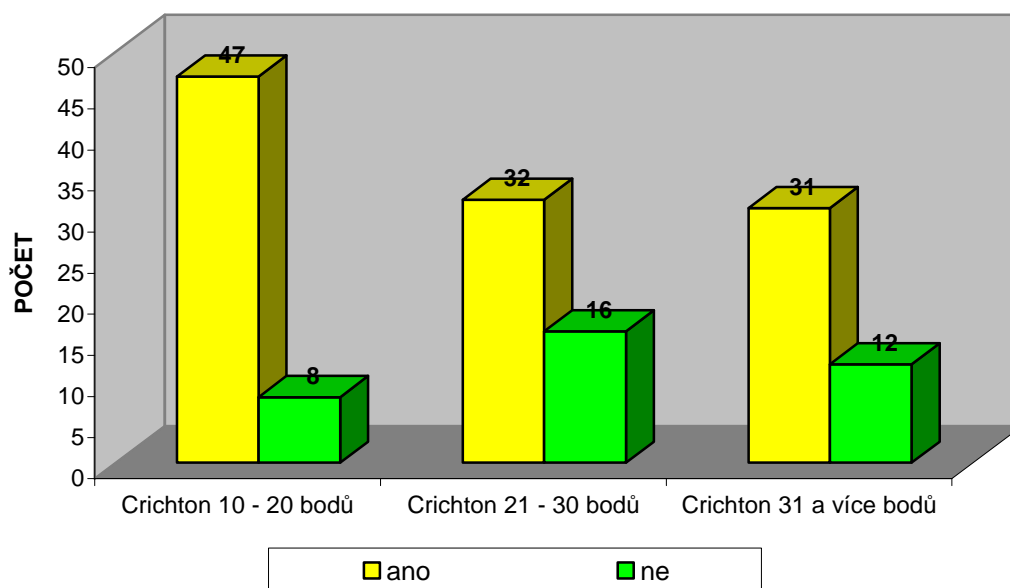
Výsledky MMSE u této skupiny byly následující: 5 (12%) obyvatel dosáhlo výsledku 25 – 30 bodů, 9 (21%) obyvatel dosáhlo výsledku 18 – 24 bodů, 10 (23%) obyvatel mělo výsledek 9 – 17 bodů a u 19 (44%) obyvatel byl zaznamenán výsledek pod 9 bodů.

TABULKA Č. 1
KORELACE VÝSLEDKŮ CRICHTONOVY GERIATRICKÉ POSUZOVACÍ
ŠKÁLY A VÝSLEDKŮ MMSE

	<i>MMSE</i>	<i>Crichton</i>
MMSE	1	
Crichton	-0,790936744	1

Tabulka popisuje korelaci výsledků Crichtonovy geriatrické posuzovací škály a výsledků MMSE.

GRAF Č. 13
VÝSLEDKY CRICHTON VERSUS ZÁJEM RODINY



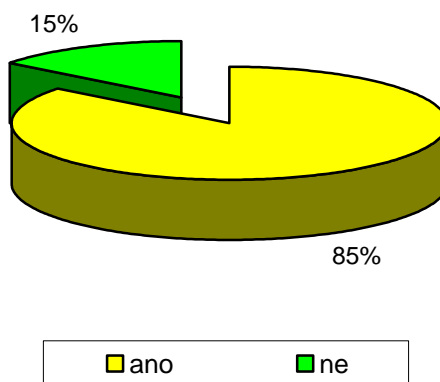
Graf znázorňuje vztah mezi výsledkem Crichtonovy geriatrické posuzovací škály a zájmem rodiny o obyvatele v základním souboru (146).

U obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály se pohyboval v rozmezí 10 – 20 bodů bylo 47 obyvatel, jejichž rodina má aktivní zájem na péči a 8 obyvatel, jejichž rodina se aktivně nezajímá.

U obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály byl v rozmezí 21 – 30 bodů bylo 32 obyvatel, jejichž rodina projevuje aktivní zájem a 16 obyvatel, jejichž rodina se aktivně nepodílí.

U obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály byl 31 a více bodů bylo 31 obyvatel, jejichž rodina se aktivně podílí na péči a 12 obyvatel, jejichž rodina neprojevuje aktivní zájem.

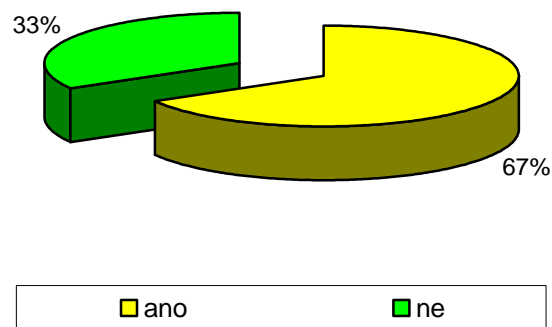
GRAF Č. 14
ZÁJEM RODINY U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKEM CRICHTONA
10 – 20 BODŮ



Graf zobrazuje zájem rodiny u skupiny obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály byl v rozmezí 10 – 20 bodů.

U celých 85% (47) obyvatel byl sledován aktivní zájem rodiny a u 15% (8) obyvatel se rodina aktivně nezajímá o péči.

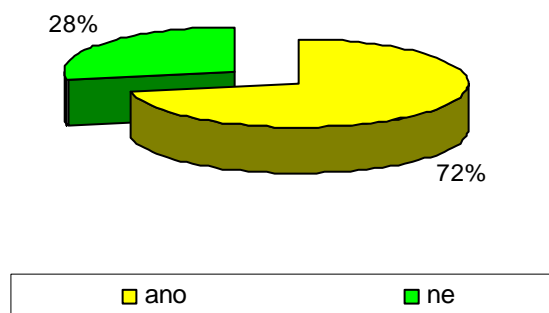
GRAF Č. 15
ZÁJEM RODINY U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKY CRICHTONA
21 – 30 BODŮ



Graf zobrazuje zájem rodiny u skupiny 48 (100%) obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály je v rozmezí 21 – 30 bodů.

U celých 67% (32) obyvatel byl sledován aktivní zájem rodiny a u 33% (16) obyvatel se rodina aktivně nezajímá o péči.

GRAF Č. 16
ZÁJEM RODINY U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKEM CRICHTONA
31 A VÍCE BODŮ

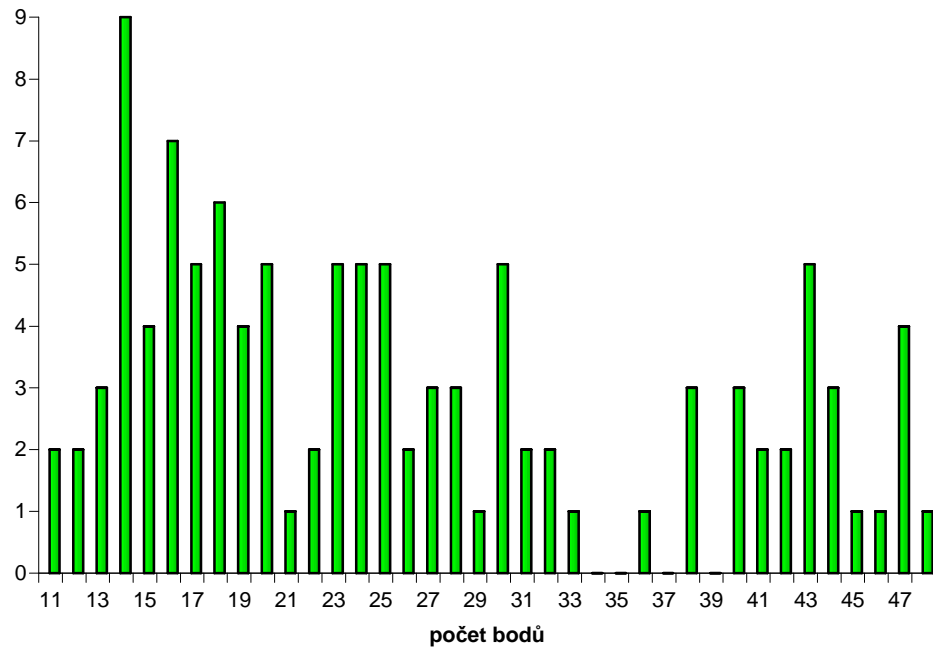


Graf zobrazuje zájem rodiny u skupiny 43 (100%) obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály je v rozmezí 31 a více bodů.

U celých 72% (31) obyvatel byl sledován aktivní zájem rodiny a u 28% (12) obyvatel se rodina aktivně nezajímá.

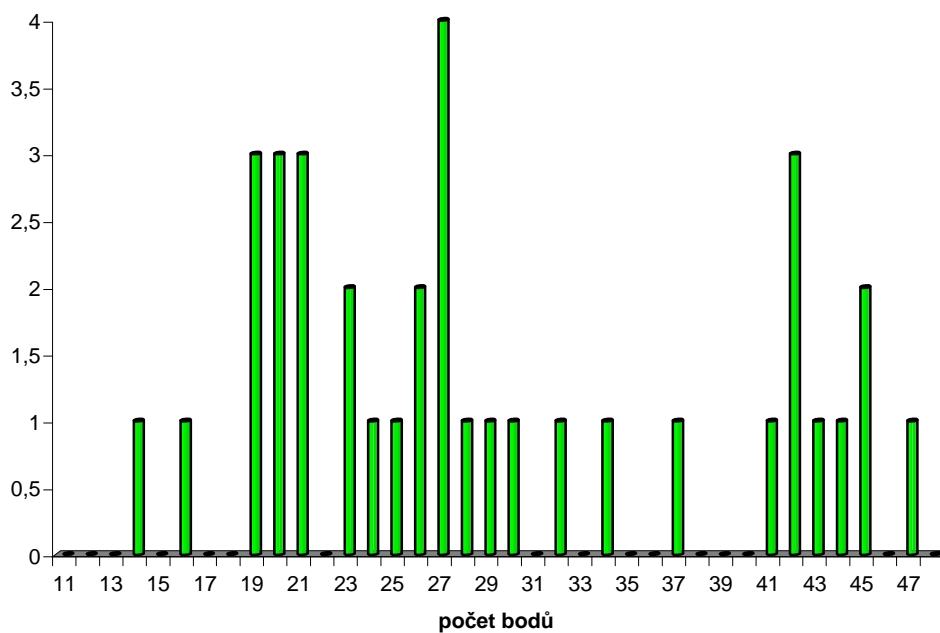
GRAF Č. 17

**VÝSLEDKY CRICHTONOVY GERIATRICKÉ POSUZOVACÍ ŠKÁLY U
OBYVATEL, JEJICHŽ RODINA POJEVUJE AKTIVNÍ ZÁJEM O PÉČI**



Graf znázorňuje výsledky Crichtonovy geriatrické posuzovací škály u obyvatel (110), jejichž rodina se aktivně zajímá o péči.

GRAF Č. 18
VÝSLEDKY CRICHTONOVY GERIATRICKÉ POSUZOVACÍ ŠKÁLY U
OBYVATEL, JEJICHŽ RODINA NEPROJEVUJE AKTIVNÍ ZÁJEM O
OBYVATELE



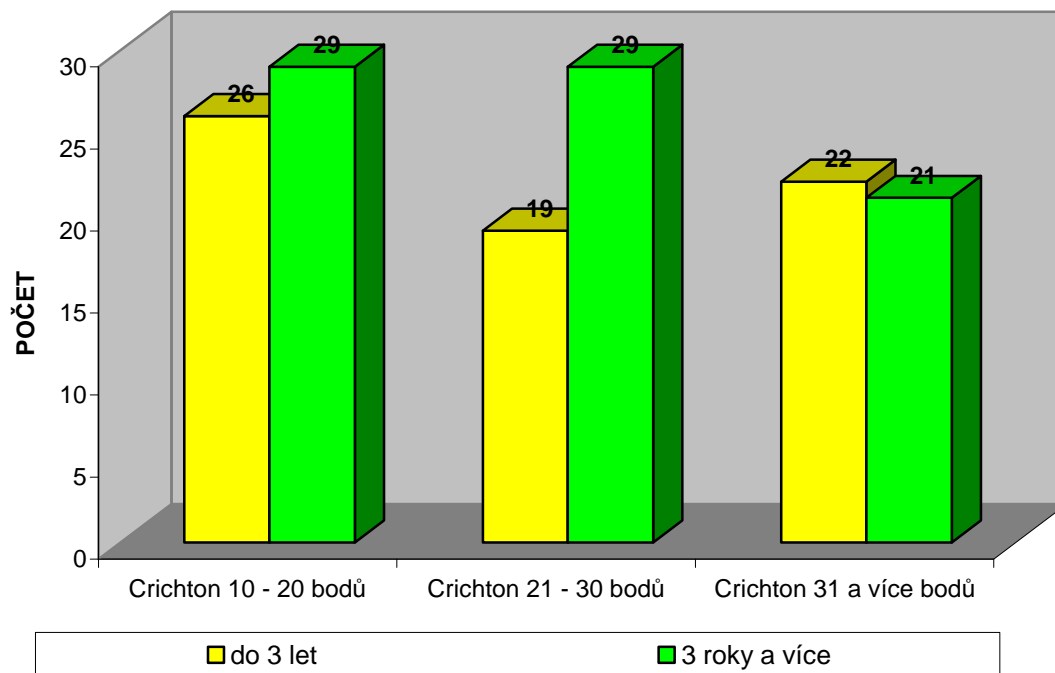
Graf popisuje výsledky Crichtonovy geriatrické posuzovací škály u obyvatel, jejichž rodina neprojevuje aktivní zájem o péči.

TABULKA Č. 2
KORELACE VÝSLEDKŮ CRICHTONOVY GERIATRICKÉ POSUZOVACÍ
ŠKÁLY A ZÁJMU RODINY

	Crichton	zájem rodiny
Crichton		1
zájem rodiny	-0,12673984	1

Tabulka znázorňuje korelaci dvou veličin: výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály a zájem rodiny.

GRAF Č. 19
VÝSLEDKY CRICHTONA VERSUS DÉLKA POBYTU



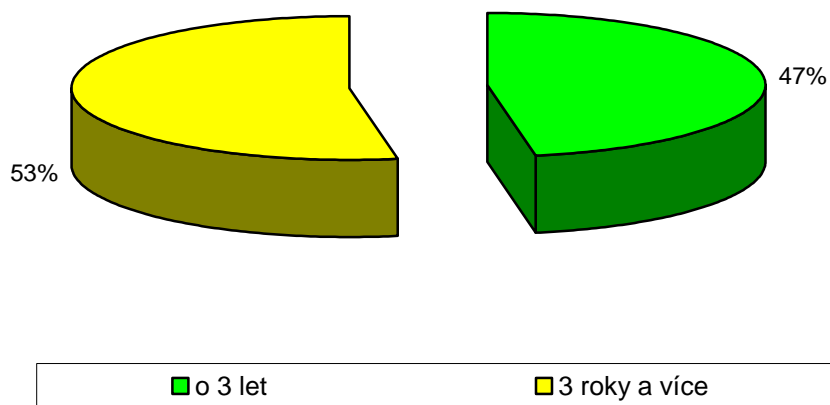
Graf znázorňuje vztah mezi délkou pobytu a výsledkem Crichtonovy geriatrické posuzovací škály v základním souboru (146).

Z obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály byl v rozmezí 10 – 20 bodů bylo 26 obyvatel, kteří jsou v DD méně než 3 roky a 29 obyvatel, kteří jsou v DD delší dobu než 3 roky.

Z obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály se pohyboval v rozmezí 21 – 30 bodů bylo 19 obyvatel, kteří jsou v DD kratší dobu než 3 roky a 29 obyvatel, kteří jsou v DD 3 roky a déle.

Z obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické posuzovací škály byl nad 31 bodů bylo 22 obyvatel, kteří jsou v DD kratší dobu než 3 roky a 21 obyvatel, kteří jsou v DD delší dobu než 3 roky.

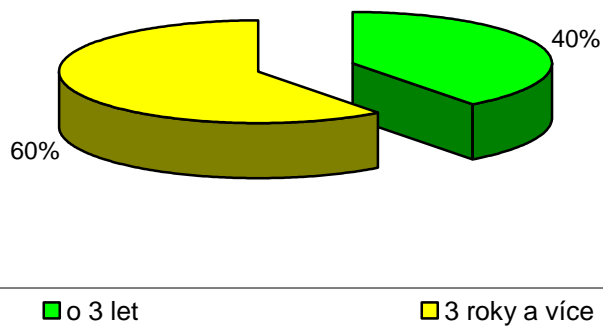
GRAF Č. 20
DÉLKA POBYTU U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKEM CRICHTONA
10 – 20 BODŮ



Graf znázorňuje délku pobytu v DD u skupiny 55-ti obyvatel (100%), jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické škály se pohyboval v rozmezí 10 – 20 bodů.

47% (26) obyvatel je v DD kratší dobu než 3 roky a 53% (29) obyvatel je v DD déle než 3 roky.

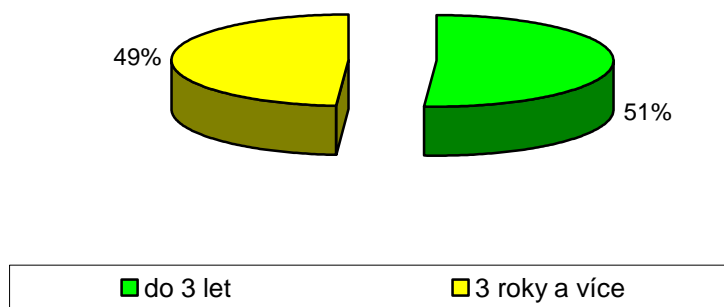
GRAF Č. 21
DÉLKA POBYTU U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKEM CRICHTONA
21 – 30 BODŮ



Graf znázorňuje délku pobytu v DD u skupiny 48 (100%) obyvatel, jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické škály se pohyboval v rozmezí 21 – 30 bodů.

40% (19) obyvatel je v DD kratší dobu než 3 roky a 60% (29) obyvatel je v DD déle než 3 roky.

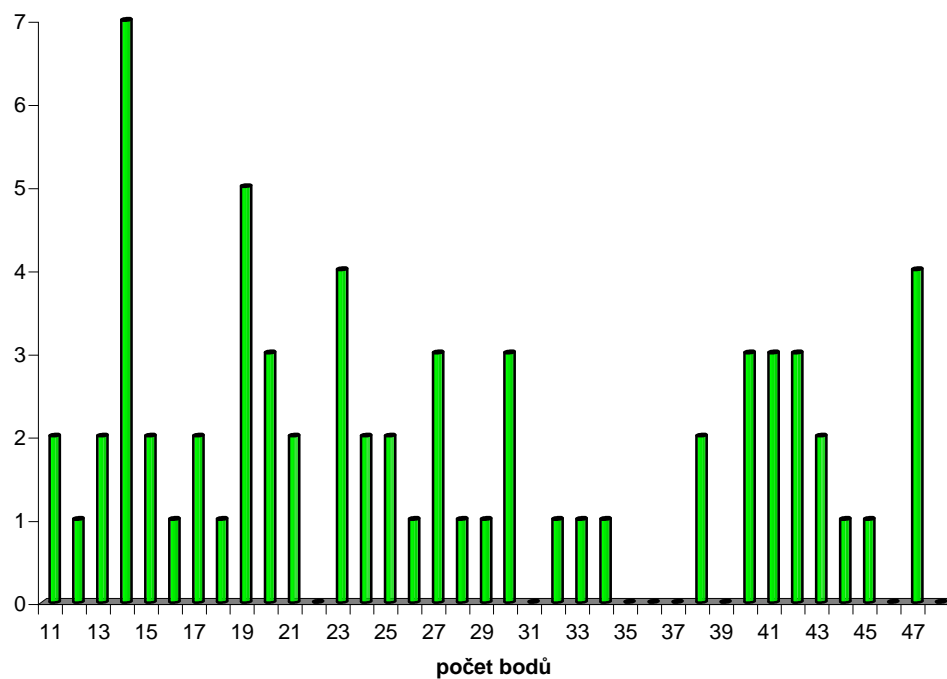
GRAF Č. 22
DÉLKA POBYTU U SKUPINY OBYVATEL S VÝSLEDKEM CRICHTONA
31 A VÍCE BODŮ



Graf znázorňuje délku pobytu v DD u skupiny obyvatel 43 (100%), jejichž výsledek Crichtonovy geriatrické škály byl 31 a více bodů.

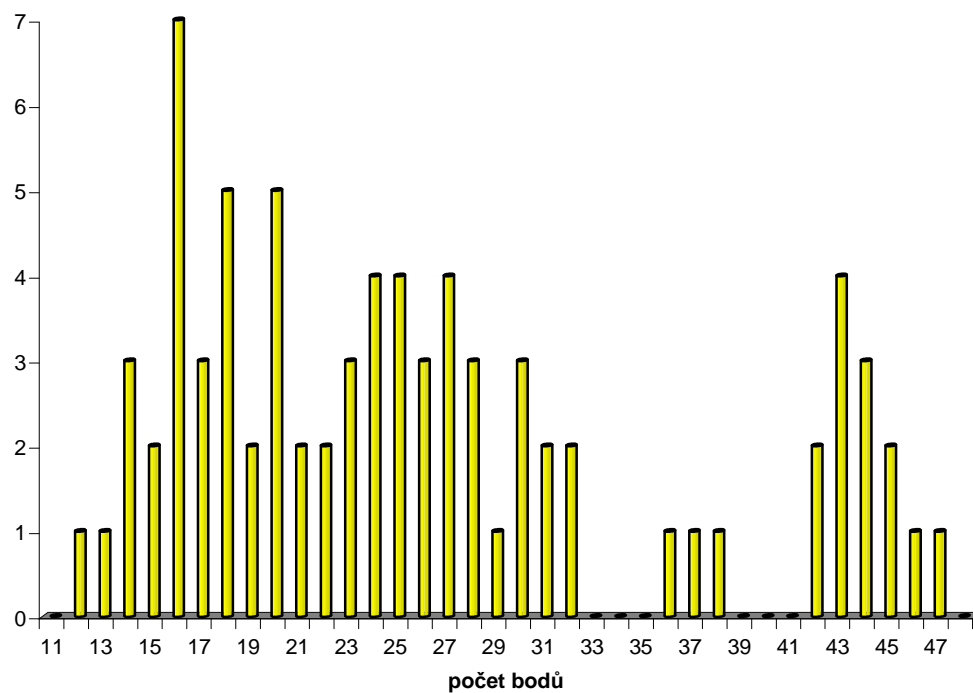
51% (22) obyvatel bylo v DD kratší dobu než tři roky a 49% (21) obyvatel bylo v DD déle než tři roky.

GRAF Č. 23
VÝSLEDKY CRICHTONOVY GERIATRICKÉ POSUZOVACÍ ŠKÁLY U
OBÝVATEL S DÉLKOU POBYTU DO 3 LET



Graf znázorňuje dosažené výsledky Crichtonovy geriatrické posuzovací škály u obyvatel (67), jejichž délka pobytu v DD je kratší než 3 roky.

GRAF Č. 24
VÝSLEDKY CRICHTONOVY GERIATRICKÉ POSUZOVACÍ ŠKÁLY U
OBYVATEL S DÉLKOU POBYTU 3 ROKY A VÍCE



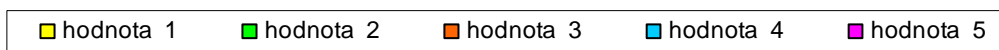
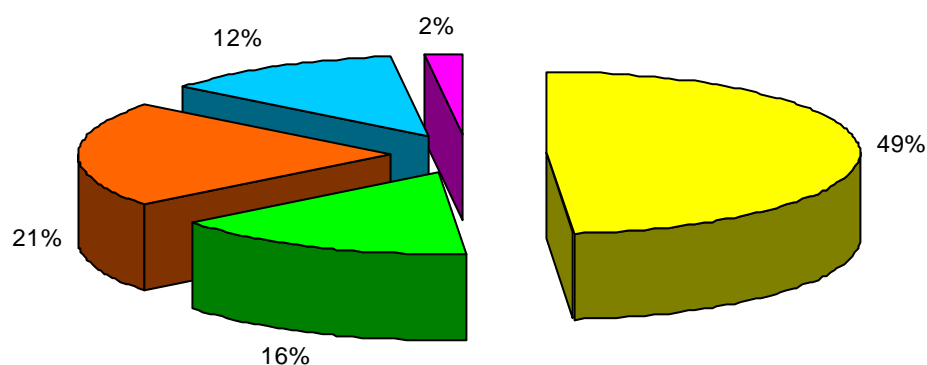
Graf znázorňuje výsledky Crichtonovy geriatrické posuzovací škály u obyvatel (79) s délkou pobytu nad 3 roky.

TABULKA Č. 3
KORELACE VÝSLEDKŮ CRICHTONOVY GERIATRICKÉ POSUZOVACÍ
ŠKÁLY A DÉLKY POBYTU V DD

	<i>Crichton</i>	<i>Délka pobytu</i>
Crichton	1	
Délka pobytu	-0,02122143	1

Tabulka popisuje korelaci výsledku Crichtonovy geriatrické posuzovací škály a délky pobytu v DD.

GRAF Č. 25
SPÁNEK – VÝSLEDKY V ZÁKLADNÍM SOUBORU

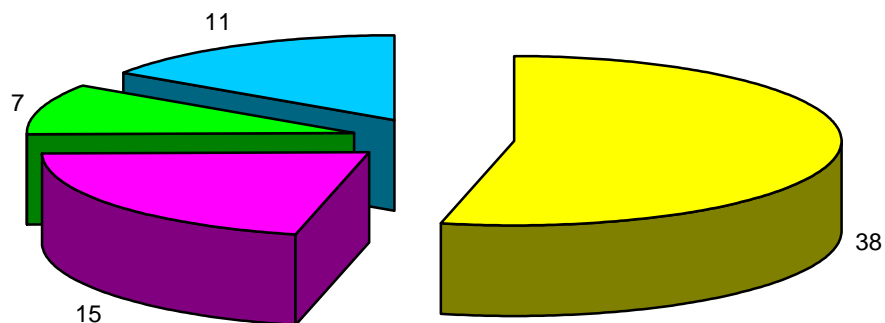


Kategorie SPÁNEK hodnocená podle Crichtona

- 1- normální (není potřeba podávat hypnotika)
- 2 - je nutné občasné podávání hypnotik, ojediněle noční neklid
- 3 - spí dobře při pravidelném podávání hypnotik nebo se obvykle každou noc objevují periody neklidu
- 4 - občas porušený spánek navzdory pravidelnému podávání hypnotik
- 5 - porušený spánek, přestože dostává větší dávku tlumivé medicíny

Graf popisuje výsledky oblasti spánek ve zkoumaném souboru (146). 49% (71) obyvatel dosáhlo hodnotu 1, 16% (23) obyvatel hodnotu 2. U 21% (31) obyvatel jsme zaznamenali hodnotu 3, 12% (18) obyvatel vykazovalo hodnotu 4 a u 2% (3) obyvatel je ohodnocen spánek hodnotou 5.

GRAF Č. 26
VÝSLEDKY MMSE U OBYVATEL S HODNOTOU 1 (SPÁNEK)
1- normální (není potřeba podávat hypnotika)



■ výsledek 25 - 30	■ výsledek 18 - 24	■ výsledek 9 - 17	■ výsledek 9 a méně
--------------------	--------------------	-------------------	---------------------

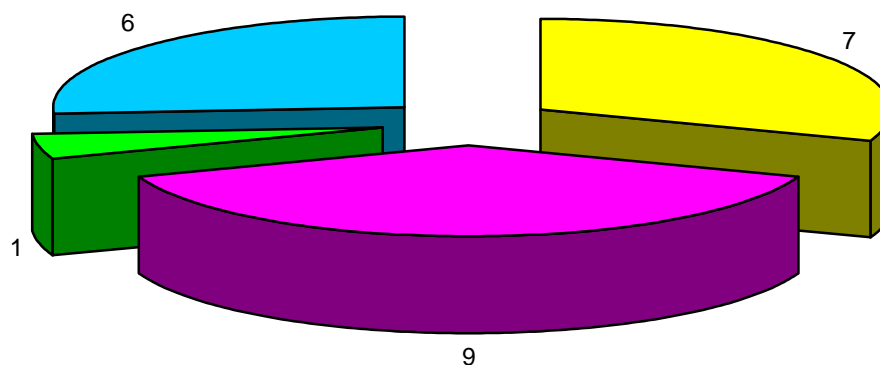
Graf popisuje výsledky MMSE u obyvatel (71), jejichž spánek byl zhodnocen jako normální bez podávání hypnotik.

Výsledky MMSE jsou následující: 38 obyvatel dosáhlo výsledku 25 – 30 bodů, 15 obyvatel bylo v kategorii 18 – 24 bodů. U 7 obyvatel byl zhodnocen výsledek 9 – 17 bodů a u 11 obyvatel byl výsledek 9 a méně bodů.

GRAF Č. 27

VÝSLEDKY MMSE U OBYVATEL S HODNOTOU 2 (SPÁNEK)

2 - je nutné občasné podávání hypnotik, ojediněle noční neklid



■ výsledek 25 - 30 ■ výsledek 18 - 24 ■ výsledek 9 - 17 ■ výsledek 9 a méně

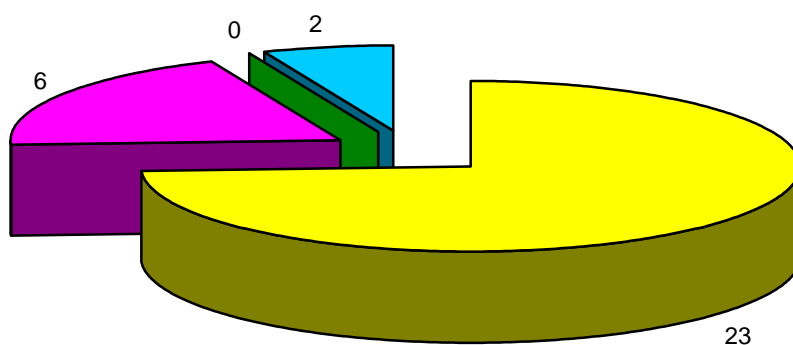
Graf znázorňuje výsledky MMSE u obyvatel (23), kteří musí občasně užívat hypnotika anebo se ojediněle objevuje noční neklid.

Výsledku MMSE 25 – 30 bodů dosáhlo 7 obyvatel, výsledku 18 – 24 bodů 9 obyvatel. U 1 obyvatele byl MMSE ohodnocen 9 – 17 body a u 6 obyvatel 9 a méně body.

GRAF Č. 28

VÝSLEDKY MMSE U OBYVATEL S HODNOTOU 3 (SPÁNEK)

*3 - spí dobře při pravidelném podávání hypnotik nebo se obvykle každou noc objevují
periody neklidu*



■ výsledek 25 - 30 ■ výsledek 18 - 24 ■ výsledek 9 - 17 ■ výsledek 9 a méně

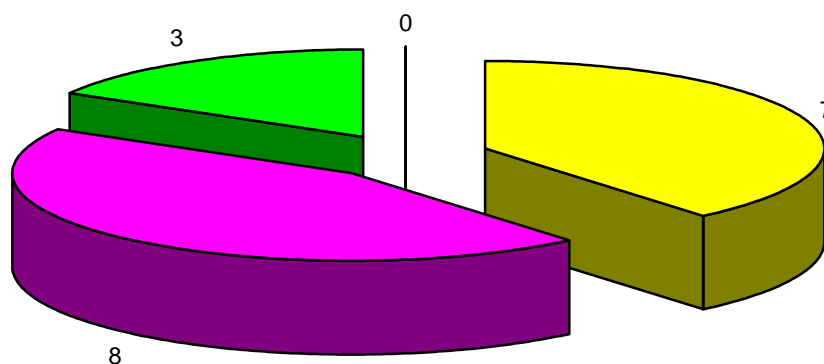
Graf popisuje výsledky MMSE obyvatel, kteří mají kvalitní spánek při pravidelném užívání hypnotik anebo se u nich pravidelně objevují periody neklidu.

23 obyvatel mělo výsledek MMSE 25 – 30 bodů, 6 obyvatel dosáhlo výsledku 18 – 24 bodů. U žádného obyvatele této skupiny nebyl zhodnocen výsledek MMSE 9 – 17 body. U 2 obyvatel byl výsledek MMSE 9 a méně bodů.

GRAF Č. 29

VÝSLEDKY MMSE U OBYVATEL S HODNOTOU 4 (SPÁNEK)

4 - občas porušený spánek navzdory pravidelnému podávání hypnotik



■ výsledek 25 - 30 ■ výsledek 18 - 24 ■ výsledek 9 - 17 ■ výsledek 9 a méně

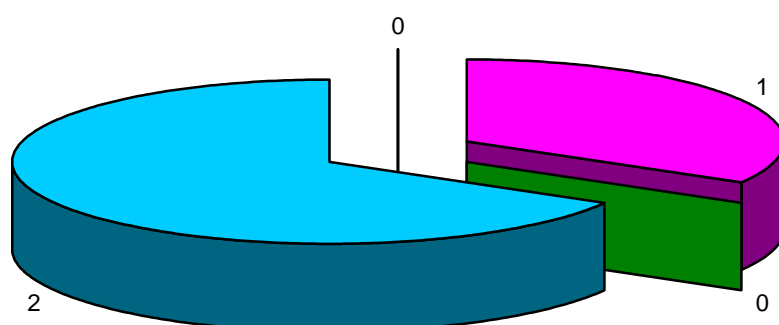
Graf informuje o výsledcích MMSE u obyvatel (18), jejichž spánek není zcela kvalitní i přes pravidelné podávání hypnotik.

7 obyvatel dosahuje v MMSE výsledku 25 – 30 bodů, 8 obyvatel výsledku 18 – 24 bodů. U 3 obyvatel byl výsledek MMSE 9 – 17 bodů, u žádného obyvatele se neobjevil výsledek 9 a méně bodů.

GRAF Č. 30

VÝSLEDKY MMSE U OBYVATEL S HODNOTOU 5 (SPÁNEK)

5 - porušený spánek, přestože dostává větší dávku tlumivé medikace

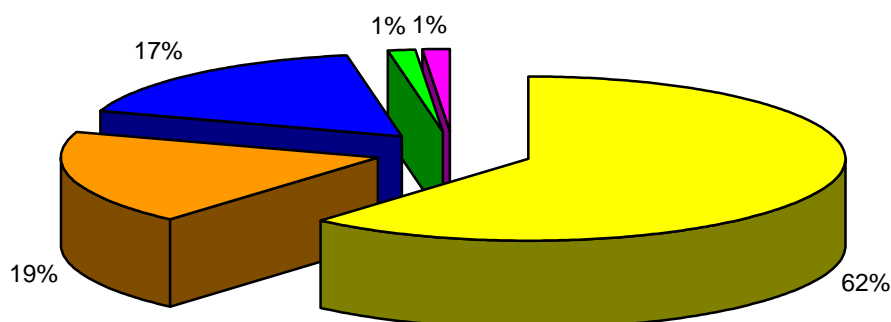


■ výsledek 25 - 30 ■ výsledek 18 - 24 ■ výsledek 9 - 17 ■ výsledek 9 a méně

U 3 obyvatel základního souboru byl spánek porušený i přes velké dávky tlumivé medikace. Jejich výsledky MMSE jsou následující: 1 obyvatel dosáhl výsledku 18 – 24 bodů a 2 obyvatelé 9 a méně bodů.

GRAF Č. 31

NÁLADA – SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ OBYVATEL S MMSE DO 18 BODŮ



■ hodnota 1 ■ hodnota 2 ■ hodnota 3 ■ hodnota 4 ■ hodnota 5

Graf popisuje výsledky subjektivního hodnocení nálady u obyvatel (75), jejichž výsledek MMSE byl 30 – 24 bodů.

62% (46) obyvatel udává pocit spokojenosti nebo euforie.

19% (14) obyvatel se necítí příliš dobře, ačkoliv nemají žádné specifické stížnosti na určité potíže.

17% (13) obyvatel udává stížnosti s hypochondrickým či somatickým podtextem.

1% (1) obyvatel popisuje svou náladu s agitací a těžkou inhibicí, je zřetelně stažen do sebe.

1% (1) obyvatel projevuje suicidální úmysly, nebo přání zemřít.

5. Diskuse

Pro výzkum jsem použila Crichtonovu geriatrickou posuzovací škálu. Tato škála je nástrojem funkčního geriatrického vyšetření. Senior je hodnocen v 10 následujících oblastech: pohyblivost, orientace, komunikace, kooperace, neklid, oblékání, jídlo, inkontinence, spánek, nálada – objektivně. V 11. oblasti sám ohodnotí subjektivní náladu. Jednotlivé oblasti obsahují 5 možností odpovědí, které jsou ohodnoceny body. Součtem bodů je testovaný senior zařazen do jedné ze tří kategorií stupně deteriorace. Při získání 10 – 20 bodů je stanovena lehká deteriorace, při konečném součtu 21 – 30 bodů hodnotíme u seniora střední deterioraci a při počtu bodů 31 a více je stanovena těžká deteriorace seniora. Test ovšem neprodukuje pouze konstatování stupně deteriorace, ale při sledování jednotlivých aktivit je možné rozklíčovat možné problémy seniora. Velkou výhodou testu je, že hodnotí nejen kategorie psychické stránky, ale zároveň také nejčastěji problémy seniorů v oblasti soběstačnosti (8, 35)

Většinu seniorů ze základního souboru (146 obyvatel) jsem osobně znala natolik, že jsem test mohla provést sama, pouze u několika seniorů jsem spolupracovala se staničními a ostatními sestrami jednotlivých oddělení.

K celkovým výsledkům Crichtonovy geriatrické posuzovací škály (viz graf č. 7, 8)

Při hodnocení výsledků jsem se držela stanoveného bodového rozpětí autora testu. Pozitivním výsledkem je, že 10 – 20 bodů v Crichtonově testu dosáhla největší skupina obyvatel (37%). Ve statistických výsledcích se objevují tři vrcholy, které potvrzují bodové rozdělení autora. Zastoupení jednotlivých stupňů deteriorace bylo přibližně stejné, což také odpovídá složení obyvatel na jednotlivých stanicích domova. Třetinový výskyt nejtěžšího stupně deteriorace potvrzuje výskyt psychiatrických chorob (zejména demence různé etiologie) ve stáří, kdy jsou postiženy také jednotlivé prvky soběstačnosti (19). Tento fakt také potvrzuje správnost zřízení oddělení se zvláštním režimem v lednu tohoto roku.

K výsledkům korelace výsledků Crichtonovy geriatrické posuzovací škály a výsledků MMSE (viz graf č. 3, 4, 9, 10, 11, 12 a tabulka č. 1))

Celkové výsledky MMSE jsou velmi pozitivní. Více jak 50% obyvatel dosáhlo minimálně 25 bodů v MMSE a dalších 25% dosáhlo 18 – 24 bodů v MMSE. Tyto výsledky jsou dle mého názoru ovlivněny vysoce kvalitní ošetrovatelskou péčí, péčí geriopracovníků, fyzioterapeutů a dalších členů týmu pracovníků domova důchodců. V domově probíhají pravidelně tréninky paměti, které mohou prokazatelně nejen zvyšovat kvalitu paměti, ale také celkovou svěžest seniora. Dalším faktorem udržování vyšších hodnot MMSE je aktivizace seniorů, která v domově probíhá prostřednictvím celého týmu pracovníků. Mezi seniory domova jsou také velmi oblíbené soutěže (řešení kvízů Sudoku, křížovek...), které často probíhají se „soupeřem“, tedy obyvateli jiného domova důchodců. Také ty, ač s jistou dávkou soutěživosti, patří k mozkovému tréninku a jsou schopny zpomalovat běžné změny ve stáří a také lehčí poruchy paměti (19, 53).

Oba tyto testy hodnotí duševní stránku seniorů, proto lze přímo předpokládat korelaci mezi těmito testy. U většiny duševních onemocnění je postupně postižena také soběstačnost, kterou navíc hodnotí Crichton. Korelaci mezi testy potvrzuje i fakt, že ve skupině obyvatel s výsledkem Crichtona do 20 bodů je nejnižší výsledek MMSE 18 bodů. Tito senioři mají jen omezení různého charakteru, které pravděpodobně souvisí s věkem, tedy jsou fyziologická záležitost. Ale již tato drobná omezení je nutno vzít na vědomí a případně také řešit. Minimální výskyt Crichtona pod 30 bodů u obyvatel s výsledkem MMSE pod 9 bodů je jasným dokladem toho, že psychiatrická onemocnění nepostihují jen duši, ale jsou komplexním postižením, jak je potvrzováno i v jiných pramenech (19, 24, 25, 40).

Korelační koeficient testů byl stanoven -0,79, ten stanovuje téměř jistou nepřímou závislost mezi oběma testy. Ač jsou testy na první pohled rozdílné, jejich výsledky se jasně ovlivňují. Jak jsem již zmínila, zejména demence různého původu je charakteristická tím, že ovlivňuje prvky soběstačnosti, které hodnotí Crichton.

V souvislosti s vysokým výskytem demence (a také ostatních duševních onemocnění) ve stáří je korelace testů více než pravděpodobná. Pozitivy Crichtonova testu však nelze zastínit nejpoužívanější test kognitivních funkcí MMSE. Crichtonův test není, oproti MMSE, přímo zaměřen na detekci psychiatrických onemocnění. Dokázanou korelací testů však lze maximálně pozitivně ohodnotit hodnocení oblastí soběstačnosti v Crichtonově testu (35).

K výsledkům korelace výsledků Crichtonovy geriatrické posuzovací škály a zájmem rodiny o obyvatele (viz graf č. 5, 13, 14, 15, 16, 17, 18, tabulka č 2)

Již na první pohled je potěšující skutečnost, že celých 75% seniorů má rodinu či jiné blízké, kteří se o něj aktivně zajímají a starají, proti obecně tradovaným zprávám, že obyvatelé domovů důchodců jsou většinou rodinou opomíjeni. Ač domovy důchodců představují institucionální zařízení, která poskytují komplexní služby pro seniory, tak zájem rodiny je velkým pozitivem právě pro samotné seniory. Aktivní zájem a péči rodiny nelze chápat jako odlehčení pro personál, ale jako pomoc pro obyvatele.

I když ve výsledcích není patrná jasná statistická korelace vztahů, je jasné, že v tomto vztahu hraje roli mnoho dalších faktorů. Vzhledem k tomu, že Crichtonova geriatrická posuzovací škála hodnotí nejen psychiku, ale také oblast soběstačnosti, je nasnadě vysvětlení, že různá postižení soběstačnosti nelze ani při největší péči rodiny zastavit a v mnoha případech ani zlepšit. Poruchy soběstačnosti vznikají z mnoha příčin, např. pohybové choroby, onemocnění dýchacího, kardiovaskulárního traktu aj (19). V těchto případech lze porušené dovednosti soběstačnosti kompenzovat, ale nikoliv zcela vytěsnit. V míře kompenzace hraje jistě velkou roli motivace, kterou pro seniora mohou představovat jeho blízcí. Právě kvůli nim senior rehabilituje, trénuje dovednosti a celkově se snaží zlepšovat svůj stav. Oceněním pro něj poté je pochvala od blízkého člověka a to jej „žene“ zase dále.

Ve zkoumaném souboru je poměrně velký počet seniorů, kteří trpí demencí různého původu. S postupujícím procesem demence se zhoršuje orientace seniora. Ve 2. a dalších fázích dochází k tomu, že senior nepoznává své okolí a není si jist ani svou osobou. Ač rodina a blízcí pravidelně za seniorem dochází, ten je vnímá jako nějaké

osoby, ale již nedokáže určit, kdo přesně jsou. Nedokáže tedy vlastně přesně rozlišit personál domova a své blízké. I tím lze vysvětlit vysoký počet seniorů, o které rodina aktivně pečuje a jenž mají výsledek Crichtonova testu nad 31 bodů. (19)

Ale vysoký počet seniorů s aktivně se zajímající rodinou ve všech skupinách deteriorace dle Crichtona přesto dokazuje, že rodina a blízcí určitou roli hrají.

Určitý počet seniorů, o které se rodina ani jiní blízcí nezajímají a kteří mají dobré výsledky Crichtona, lze vysvětlit tím, že v instituci našly opravdový domov a kolektiv personálu jim nahrazuje původní rodinu a jiné blízké, kteří se z různých důvodů o něj nezajímají. Vyrovňování se s tímto faktem je zcela individuální a zřejmě někteří senioři dokázali svůj život přizpůsobit novému prostředí a kolektivu natolik, že tím netrpí ani tělo ani duše. Tento výsledek také svědčí o kvalitně poskytované péči všemi zaměstnanci domova.

K výsledkům korelace Crichtonovy geriatrické posuzovací škály a délky pobytu (viz graf č. 19, 20, 21, 22, 23, 24, tabulka č. 3)

Institucionální pobyt je v mnohých pramenech hodnocen jako rizikový pro mnoho chorob a problémů seniorů. Například výskyt deliria, deprese a demence (3D seniorů) u seniorů v domovech důchodců (DD) je dle mnoha výzkumů vyšší než u seniorů žijících v domácím prostředí (19, 25).

Z výsledků mé studie ale vyplývají opačná fakta. Korelace délky pobytu a výsledků Crichtonova testu ukázaly, že ve všech výsledkových skupinách Crichtonova testu bylo poměrně stejné zastoupení seniorů s délkou pobytu nad 3 roky i do 3 let.

Pobyt v sociálním zařízení jistě přináší mnoho negativ, ale z praxe vím, že přináší také četná pozitiva. Velká část seniorů přichází do DD s dekompenzovanými chorobami a vystupňovanými problémy, protože z různých důvodů nedodržují léčbu, dietní a jiná režimová opatření. Zapomínají užívat léky anebo je užívají v jiném dávkování. Ve stravě nemají dostatek potřebných látek, případně nevyklučují zakázané potraviny. Při nástupu do DD jsou jim léky podávány sestrou, jejich stav pravidelně kontrolují lékaři různých specializací, strava je jim podávána pravidelně a kvalitně technologicky upravována, po dohodě s dietní sestrou je jim připravována strava dietní.

Senioři zde používají kompenzační pomůcky, pomůcky pro inkontinenci atd. Z této strany je jim poskytován maximální možný komfort, který si již samy v domácím prostředí nemohly zajistit. Tyto skutečnosti dokáží seniorův stav celkově zlepšit. To vysvětluje také vyšší počet obyvatel s délkou pobytu nad 3 roky a s nejlepšími výsledky Crichtonova testu.

Vyšší počet seniorů ve skupině obyvatel s délkou pobytu do 3 let a s výsledky Crichtona nad 31 bodů, si vysvětlují tím, že část seniorů se na pobytové zařízení adaptuje velmi zdlouhavě anebo si bohužel zvyknout nemusí vůbec. Jsou to například senioři, kteří velkou část svého života prožili v prostředí venkova a vesnice. Byli zvyklí na domácí stravu, blízkost přírody, časté pobyty venku. Nepřipouštějí si, že sami na venkově by již žít nemohly a umístěním do domova trpí. Tito lidé jsou určitým režimem v DD omezeni, mnoho dříve běžných, všedních činností již vykonávat nemohou. Ačkoliv v DD jsou pořádány četné akce ve venkovním prostředí, strava je připravována co nejbližší té domácí a dle možností také s možností individuálních přání, právě tyto skutečnosti se pak promítají zejména do duševní oblasti obyvatele a mají vliv na soběstačnost. Ta se pak může postupně zhoršovat. Dle mého názoru se rychleji adaptují senioři, kteří byli zvyklí žít ve městě. Jiní senioři mohou také pobytem v DD „z pohodlně“. Vše základní, co potřebují k životu je jim poskytováno a oni se již snažit ani nemusí. Postupem času takoví senioři nejsou schopni vykonávat základní sebeobslužné prvky. Dalším vysvětlením tohoto výsledku také může být skutečnost, že již při nástupu do zařízení je seniorův stav takový, že výsledkům Crichtonova testu odpovídá. Důvodem pro umístění do DD je pak právě zhoršení stavu anebo velká náročnost kladená na pečovatele.

Horší výsledky Crichtonova testu u obyvatel s délkou pobytu nad 3 roky odpovídá tomu, že samotný organismus stárne a dochází tak k mnoha změnám, přičemž jedna potencuje druhou. I přes nejkvalitnější poskytovanou péči dojde postupem věku u seniora ke zhoršování stavu (36, 40).

Další výsledky vyplývající ze studie (viz graf č. 25, 26, 27, 28, 29, 30)

Velmi zajímavé výsledky byly dosaženy při hodnocení konkrétní oblasti Crichtonovy geriatrické posuzovací škály, konkrétně jsme se zaměřili na oblast spánku a také jsme posoudili vliv výsledku MMSE na výsledek spánku dle Crichtona.

Crichton hodnotí spánek následovně:

- 1- normální (není potřeba podávat hypnotika)
- 2- je nutné občasné podávání hypnotik, ojediněle noční neklid
- 3- spí dobře při pravidelném podávání hypnotik nebo se obvykle každou noc objevují periody neklidu
- 4- občas porušený spánek navzdory pravidelnému podávání hypnotik
- 5- porušený spánek, přestože dostává větší dávku tlumivé medikace

Již výskyt jednotlivých hodnot byl velmi překvapující. Hodnota 1 se v základním souboru vyskytla téměř u poloviny seniorů, tedy zhruba polovina obyvatel nemusí užívat žádná hypnotika, aby jejich spánek splňoval svou funkci. Pouze 21% obyvatel musí užívat hypnotika trvale. U 12% seniorů byl zaznamenán porušený spánek, ačkoliv pravidelně užívají hypnotika. Uklidňujícím zjištěním je, že hodnota 5 se vyskytla pouze u minimálního (2%) počtu obyvatel. Pouze ve 2% je seniorům podáváno větší množství tlumivé medikace a jejich spánek je přesto nekvalitní. Oproti literatuře (51), která zveřejňuje spánek jako jeden z velkých problémů seniorů, hovoří výsledky mé studie velmi kladně. Vzhledem k tomu, že Crichtonův test dle mého názoru velice dobře vystihuje hodnocení spánku, je možné konstatovat, že spánek u seniorů v tomto zařízení není jedním z největších problémů. Tato zjištění lze přiřknout vhodnému výběru hypnotik a také dobré kompenzaci chorob, které spánek narušují.

Dále jsme v této studii sledovali souvislost mezi MMSE a kvalitou spánku hodnocenou dle Crichtona, podobná studiu u nás nebyla doposud provedena. U seniorů

s dosaženou hodnotou 1 (71) byl v celých 54 % výsledek MMSE 25 – 30 bodů, ale také 15% seniorů v této kategorii mělo MMSE 9 a méně bodů.

U seniorů s dosaženou hodnotou 2 (23) byl v 70 % zaznamenán výsledek MMSE v rozmezí 25 – 30 bodů a 18 – 24bodů. Celkem 26 % seniorů dosáhlo 9 a méně bodů MMSE.

U seniorů s dosaženou hodnotou 3 (31) byla situace následující: 75 % seniorů z této kategorie dosáhlo v MMSE 25 – 30 bodů, 19 % seniorů mělo výsledek MMSE 18 – 24. Pouze 6 % seniorů dosáhlo MMSE 9 a méně bodů.

Také u seniorů s hodnotou 4 (18) byl výsledek MMSE velmi dobrý, 39 % seniorů dosáhlo 25 – 30 bodů a u 44 % seniorů byl výsledek v rozmezí 18 – 24 bodů. Pouze u 3 obyvatel v této kategorii byl zaznamenán výsledek MMSE 9 – 17 bodů.

Do kategorie seniorů s hodnotou 5 byli zařazeni pouze 3 senioři, z nichž 1 dosáhl v MMSE 18 – 24 bodů a 2 senioři vykazovali 9 a méně bodů. I v kategoriích seniorů s ne příliš kvalitním spánkem bylo velké procento seniorů s velmi dobrými výsledky MMSE.

Pozitivním zjištěním je, že spánek není u seniorů v tomto zařízení tak velkým problémem, jak jsme očekávali. Téměř polovina seniorů hypnotika nemusí užívat vůbec, aby jejich spánek by kvalitní, pouze 12% seniorů má problémy se spánkem, ač užívají hypnotika pravidelně. Jednalo se z velké většiny o seniory s psychiatrickým onemocněním a o seniory, kteří byli v domově velmi krátkou dobu a zřejmě ještě probíhala aklimatizace na nový „domov“. Příkládám to velmi dobré týmové spolupráce všech zaměstnanců zařízení, zejména práci všeobecných sester a geriopracovníků.

Za zmínku také stojí výsledek oblasti nálady, hodnocené subjektivně. Zaměřila jsem se na výsledky této oblasti u obyvatel s výsledkem MMSE 30 – 18 bodů (viz graf č. 31). Celých 62% obyvatel vyjadřuje pocit spokojenosti anebo euforie. Tento výsledek je velmi potěšujícím faktem pro celý tým pracovníků domova. Je odměnou, ale také dokladem jejich úsilí a snahu o poskytnutí komplexní péče všem obyvatelům. 19% seniorů se celkově necítí dobře, což samozřejmě jejich náladu ovlivňuje. Toto tvrzení může ovlivňovat mnoho skutečností (současný zdravotní stav, rodinné problémy).

Výsledek by měl být motivací pro zaměstnance. 17% seniorů zřetelně projevuje hypochondrické či somatické ladění, potvrzuje také fakta v literárních pramenech (2). Ty uvádějí, že výskyt hypochondrie ve stáří je častý v souvislosti s depresí. Vyskytuje se asi u pětiny těchto seniorů. Pouze v 1% se objevuje těžká inhibice a agitovanost. Též suicidální úmysly a přání zemřít se vyskytují u 1% obyvatel. Tato fakta souvisí často se zdravotními problémy seniorů. Tyto výsledky podávají jasná fakta o tom, že senioři jsou ve velké většině v domově spokojeni. Všechny negativní výsledky v této oblasti by měly být řešeny sestrou, ale i lékařem, neboť včasné řešení může zabránit nepříjemným důsledkům.

Crichtonův test je pouze jedním z celého spektra testů pro funkční geriatrické vyšetření. Hodnotí nejen psychický stav, ale také prvky soběstačnosti. Jiné testy hodnotí pouze vybranou oblast (nutriční stav, mobilita, psychický stav). Vzhledem k tomu, že autor testu vybral velmi vhodnou kombinaci oblastí, by bylo výhodné tento test u seniorů provádět, zejména v ústavních zařízeních, pravidelně. Nespornou výhodou testu také je menší časová zátěž s významnějšími a komplexnějšími výsledky. Test je schopen seniora zhodnotit holisticky, ve všech jeho strukturách. Výsledky testu mohou velmi přesně nastínit „obrázek“ každého seniora, protože jednotlivé oblasti jsou hodnoceny slovně s velmi výstižnými termíny (v jiných testech převládají odpovědi „provedl samostatně“, „neprovedl“, „provedl s pomocí“...). (23) Oproti jiným testům také dává seniorovi možnost zodpovědět otázku, která se týká jeho subjektivní nálady. Sám tedy může zhodnotit, jak se cítí a test tuto odpověď bere v potaz. Tato odpověď může být pro personál potěšující, ale také motivující. Může představovat určitou zpětnou vazbu. Crichtonův test je velmi vhodný pro testování seniorů v ústavních zařízeních, je také vhodný k hodnocení v určitých časových úsecích.

6. Závěr

Závěrem bych ráda zdůraznila důležitost provádění funkčního geriatrického vyšetření. Jednoduché testy jsou schopné odhalit četné problémy vyskytující se ve stáří. Neodhalením těchto skutečností může dojít k mnoha následkům, které významně komplikují průběh stáří, mohou mít také fatální následky. Je mnohem výhodnější a také levnější provádět různé testy než řešit následky. V současné době existuje velké množství testů pro funkční geriatrické vyšetření a není problém určité druhy testů v praxi provádět. Ideálním stavem je součást testů již v příjmové dokumentaci.

Crichtonova geriatrická posuzovací škála má nesporné výhody. Dokáže zhodnotit nejen oblast soběstačnosti, ale také duševní stav daného seniora. V dnešní době je vysoký výskyt psychiatrických onemocnění u seniorů a proto je nutné veškeré oblasti, ve kterých mohou následně nastat problémy, sledovat a zaznamenávat také změny v čase. Oblast soběstačnosti je u seniorů velmi citlivá, neradi o ní hovoří a také si neradi připouštějí změny, které v ní nastávají. Proto je nutné změny odhalovat a následně je řešit a tím předcházet mnohačetným komplikacím. Vhodným postupem je tak provedení funkčního geriatrického vyšetření.

V souvislosti se Zákonem o sociálních službách č.108/2006, který je v platnosti od 1.1.2007 se zřejmě změní spektrum seniorů přijímaných do ústavních zařízení. Postupem času bude v domovech důchodců (domovech pro seniory) přibývat seniorů, kteří budou mít větší zdravotní problémy a bude třeba pečlivě odhalovat dopady těchto zdravotních problémů. Bude tedy nutné určité typy funkčního geriatrického vyšetření zařadit již do příjmové dokumentace a v pravidelných časových odstupech je opakovat.

Hypotéza č. 1: „Výsledky Crichtonova dotazníku budou korelovat s výsledku Mini Mental testu.“ **byla potvrzena.** Pro potvrzení svědčila zejména statisticky stanovený korelační koeficient -0,79, který označuje téměř jistou nepřímou korelaci.

Hypotéza č. 2: „Výsledky Crichtonova dotazníku budou lepší u obyvatel, jejichž rodina se aktivně podílí na ošetrovatelské péči.“ **nebyla potvrzena.** Korelační koeficient vztahu byl velmi nízký, tedy nezaručuje přímou ani nepřímou korelaci.

Hypotéza č. 3: „Výsledky Crichtonova dotazníku budou horší u obyvatel, kteří jsou v domově důchodců delší dobu než tři roky.“ **nebyla potvrzena.** Korelační koeficient obou hodnot nezajišťuje přímou ani nepřímou korelaci.

Seznam použitých zdrojů

1. ANDERS, M. *Nespavost – závažný a rozšířený problém*. Zdravotnické noviny. Praha: 2004, roč. s.10-11. ISSN 1214-7664
2. BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320s. ISBN 80-7169-070-8
3. BAYER, A., REBAN, J. *Alzheimer's disease and related conditions*. Rudolfov: Medea Press, 2004. ISBN 80-239-2529-6
4. BENEŠOVÁ, V., KUREJOVÁ, I. *Alzheimerova choroba – komplexní péče o nemocného*. Sestra. Praha: 2003, roč. XIII, s.59 – 60. ISSN 1210-0404
5. BUIJSSEN, H. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Přel. Kašparovská H. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 136s. ISBN 80-7367-081-X
6. DVOŘÁK, R. *Základy kinezioterapie*. 2.přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0609-8
7. ĎOUBAL, S., KLENERA, P. et al. *Teoretická gerontologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997. 104s. ISBN 80-7184-481-0
8. FILIP, V. *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997.
9. HOKROVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Zhodnocení pohybových schopností u obyvatel vybraného domova důchodců pomocí testu mobility: diplomová práce*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 95s., příl., grafy.
10. HOLMEROVÁ, I. *Testovník: soubor testů pro gerontologii*. Česká alzheimerovská společnost.
11. HOLMEROVÁ, I. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Gema, 2002 – studijní materiál v rámci projektu Péče 2002.
12. HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4

13. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110s. ISBN 80-7368-110-2
14. JIRÁK, R. *Demence*. 1.vyd. Praha:Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6
15. JIRÁK, R. *Demence vyššího věku*. Zdravotnické noviny. Praha: 2005, roč. 54, s. 14-16. ISSN 1214-7664
16. JIROUDKOVÁ, A. *Pády a úrazy ve stáří*. Sestra. Praha: 2000, roč.X, s.9. ISSN 1210-0404
17. JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. přepracované vydání. Brno: IDV PZ, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8
18. JEŘÁBEK, J. *Závratě a poruchy rovnováhy ve stáří*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-059-2
19. KALVACH, Z., ZADÁK, Z. et.al. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864s. ISBN 80-247-0548-6
20. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*.1.vyd. Praha: Galén,2006. ISBN 80-7262-455-5
21. KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie a geriatric, 1.díl gerontologie obecná a aplikovaná*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0
22. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství, 3.díl*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-367-9
23. KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. *Fyzioterapie v geriatrici*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-132-8
24. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232s. ISBN 80-7169-615-3
25. KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 161s. ISBN 80-7169-716-8
26. KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1
27. KRHUT, J. *Inkontinence moči v geriatrici*. Zdravotnické noviny. Praha: 2005, roč. 54, s. 4-9. ISSN 1214-7664

28. LECHOVÁ, J. *Specifika ergoterapie v geriatрии*. Sestra. Praha: 2003, roč. XIII, s.66. ISSN 1210-0404
29. MATOUŠ, M., MATOUŠOVÁ, M. a kol. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada, 2002. 112s. ISBN 80-247-0331-9
30. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno: NCONZO, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4
31. *Moudrosti věků. Lexikon latinských výroků, přísloví a rčení*. 1.vyd. Praha: Rudé právo, 1988
32. NEUWIRTH, J., TOPINKOVÁ, E. *Funkční geriatrické vyšetření – komplexní pohled na starého člověka*. Sanquis. Praha: 2002, č.20. s.19-22, ISSN 1212-6535
33. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, 1994. 152s. ISBN 80-85526-32-8
34. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X
35. SEDLÁČKOVÁ, B., NEUWIRTH, J. *Poruchy spánku ve stáří a hodnocení spánku dle Crichtonské geriatrické posuzovací škály, souvislosti spánku s MMSE*. In Vliv mezinárodního ošetrovatelství na současnou ošetrovatelskou teorii a praxi. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnická, 2007, s.218-221. ISBN 978-80-239-8943-4
36. SEDLÁČKOVÁ, B., NEUWIRTH, J. *Zhodnocení pohybových schopností obyvatel vybraného domova důchodců pomocí testu mobility*: bakalářská práce. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 68s., příl., grafy.
37. STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Přel. J. Krejčí. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 320s. ISBN 80-7178-274-2
38. ŠLAISOVÁ, I., HOSÁK, L. *Život s demencí*. Sestra. Praha: 2002, roč. XII. č. 5, s. 34 -35 ISSN 1210-0404

39. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Funkční hodnocení geriatrického pacienta v praxi všeobecného lékaře*. Praktický lékař. Praha: 1995, 75, č.3, s. 125-126
ISSN 0032-6739
40. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1995, 304s. ISBN 80-7169-099-6
41. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6
42. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Poruchy chůze a mobility, pády ve stáří*. AmireporT. Praha: 1996, č.3, s. 38-41 ISSN 1211-3530
43. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Skríninový test mobility v diagnostice a prevenci pádů ve stáří*. Bratislava: Rehabilitácia, 1993, 26, č.2, s. 97-102 ISSN
44. TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele, starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině a co dál?* 1.vyd. Praha: Hestia, 1998
45. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.nezm.vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-4
46. VÁGNEROVÁ, J., NEUWIRTH, J. *Riziko vzniku traumat v rámci ošetrovatelského procesu v domově důchodců: bakalářská práce*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 64s., příl., grafy.
47. WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1.vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 151s. ISBN 80-7013-314-7
48. WEBER, P. *Velké geriatrické syndromy – vztah k polymorbiditě a dysaptibilitě v seniu*. Postgraduální medicína. Praha: 2004, roč. 6, č.4, s.13-17. ISSN 1212-4184
49. ZAHRADNICKÁ, I. *Ucelená rehabilitace v geriatrici*. Sestra. Praha: 2004, roč. XIV, č. 11, s. 26. ISSN 1210-0404
50. DMA Praha, *Kompenzační, ortopedické a rehabilitační pomůcky – katalog*, 2005
51. <http://www.hypnogen.cz/default.aspx/cz/chc/hypnogen/default/menu/poruchysp>
ankuve

52. <http://www.alzheimerforum.cz/home/index.php>
53. http://209.85.129.104/search?q=cache:hGms9E0tzxwJ:aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/Soc_p_e_demence_04_1.doc+demence&hl=cs&ct=clnk&cd=11

8. Klíčová slova

Domov důchodců

Funkční geriatrické vyšetření

Crichtonův test

Mini Mental test

Soběstačnost

Psychická alterace

9. Přílohy

- Příloha č. 1 Crichtonova geriatrická posuzovací škála
- Příloha č. 2 Barthelův test základních všedních činností
- Příloha č. 3 Test instrumentálních denních činností (IADL)
- Příloha č. 4 Test mobility
- Příloha č. 5 MMSE (Mini Mental State Examination, Folsteinův test)
- Příloha č. 6 Test kreslení hodin
- Příloha č. 7 Dotazník pro poruchy chování u Alzheimerovy choroby a jiných demencí
- Příloha č. 8 Geriatrická škála deprese podle Yessavage
- Příloha č. 9 Hachinského ischemické skóre