

# PROBLEMATIKA PÉČE O PACIENTY SE SYNDROMEM DEMENCE

## ISSUES OF THE CARE OF PATIENTS WITH SYNDROM OF DEMENTIA

**Martina Jedlinská, Magda Taliánová, Lenka Kalusová**

**Abstract:** *This article aims to acquaint the reader with the characteristics and problems of care for patients with dementia and options selected inpatient care for these patients in the Pardubice region. The theoretical part provides an overview of the issue of care for patients with dementia or dementia. The empirical part focuses on the description of selected characteristics of clients in the health-care facility, which is an example of good practice care for the elderly. In these age group is the greatest prevalence of dementia and syndrom of dementia as diagnosed disease. The discussion paper presents a reflection on the possible reasons for placing these clients in various types of inpatient facilities after discharge from aftercare and the circumstances of care for these clients.*

**Keywords:** *Syndrom of dementia, Health care, Institutional social care, Cognitive function, Selfcare.*

### Úvod

Z dostupných demografických dat jasně plyne, že struktura společnosti prochází výraznou obměnou jinými „slovy lze říct“, že populace stárne (ÚZIS, 2011, s. 9-14). Stáří přináší člověku celou řadu pozitivních věcí (např. více času na záliby, klid, péče o vnoučata zkušenosti získané praxí, životní moudrost), ale i negativních věcí (např. zdravotní komplikace, sociální izolaci, ekonomickou nesoběstačnost, změnu sociálního statusu) (Marková, 2013, s. 23 – 25). Jedním ze závažných zdravotních problémů souvisejících se stářím jsou demence a kognitivní poruchy, jejichž dopad má vliv nejen na jedince a jeho rodinu, ale současně i celospolečenské důsledky (Kalvach, 2010, s. 135-140).

Tohoto problému si je vědoma i Světová zdravotnická organizace (WHO), jež ve spolupráci s organizací Alzheimer's Disease International vydala v roce 2012 zprávu s názvem „Dementia: priorita pro zdravotnictví“ poskytující globální pohled na danou problematiku. Z této zprávy vyplývá, že celosvětově v roce 2010 bylo evidováno přibližně 35,6 milionů klientů s demencí, přičemž dle odhadů by měl být tento počet dvojnásobný, v roce 2050 dokonce trojnásobný. Zpráva také uvádí, že celosvětově každým rokem přibude přibližně 7,7 milionů ročně nových případů. Celosvětové náklady na péči o nemocné s demencí byly odhadnuty přibližně na výši 604 mld. USD. (Wija, 2012, s. 1-3)

Z informací zveřejněných na stránkách Alzheimer nadačního fondu plyne, že v zemích Evropské unie je hlášeno ročně přibližně 600 tisíc nových případů nemocných s demencí. V České republice se v současnosti odhaduje zhruba 120-130 000 postižených demencí, přičemž prevalence tohoto onemocnění je přibližně

vyšší než 1 % populace. Zatímco v populaci nad 65 let se objevuje 10 nových případů demence na 1000 lidí ročně, tak v populaci nad 85 let 90 nových případů na 1000 lidí. Nicméně přesné číslo lze obtížně zjistit, neboť ne vždy klient vyhledá lékařskou pomoc a ne všichni jsou správně diagnostikováni. Důvodů proč, tomu tak je, existuje několik, např. objeví-li se příznaky tohoto onemocnění u seniora ve vysokém věku, pak mohou být považovány seniorem či jeho rodinou pouze za benigní stařeckou zapomětlivost či mohou mít obavy z diagnózy (v důsledku negativního postoje společnosti k nemocným s demencí) nebo z případného sociálního vyloučení. V tomto ohledu je problém i neexistující národní registr nemocných s demencí, neboť v současné době pečují o tyto nemocné jak psychiatři, tak i neurologové a geriatři.

Ze zprávy ČTK ze dne 8. 10. 2012 vyplývá, že náklady společnosti na řešení problémů souvisejících s demencí se pohybují na základě zprávy pro vládu v průměru jedno procento HDP. Výdaje zdravotních pojišťoven na Alzheimerovu nemoc v roce 2010 přesáhly 430 milionů korun, přičemž nezahrnují léky, na ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Na základě usnesení vlády ze dne 10. 10. 2012 se očekává, že v předloženém Národním akčním plánu pro Alzheimerovu nemoc, bude koncepce zaměřena na včasnou diagnostiku, získání epidemiologických dat o pacientech, zdravotní péči, výzkum a vzdělávání zdravotnických profesionálů, budování koordinované a provázané sítě pracovišť, včetně vybudování několika specializovaných center. Koncepce by měla také zahrnovat zvýšení podpory pečujících rodinných příslušníků, včetně jejich edukace a dále zvýšení informovanosti praktických lékařů o problematice nemoci (Nechanská, 2011, s. 7).

## 1 Demence

### 1.1 Vymezení demence

Dle definice uvedené v MKN-10 (decenální Mezinárodní klasifikace nemocí) je demenci možné charakterizovat jako „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek, v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně 6 měsíců. Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.*“ (Fraňková, Hort a kol., 2011, s. 13).

Z výše uvedené definice si lze také odvodit rozdíl mezi benigní stařeckou zapomětlivostí a demencí. Fraňková, Hort a kol. (2011) uvádí, že v případě benigní stařecké zapomětlivosti si sice senioři obtížně vybavují jména či hůře zacházejí s novými informacemi, avšak jejich soběstačnost není porušena a nevyskytuje se u nich porucha orientace v čase, místě či osobou. V neuropsychologických testech odpovídá jejich výkon zdravým vrstevníkům stejného vzdělání. Na hranici normy a kognitivní poruchy se nachází tzv. mírná kognitivní porucha (MCI). Dle Sheardové (2010, s. 62) jsou poruchy paměti výrazně odlišné od průběhu přirozeného stárnutí, avšak nelze je zatím hodnotit jako demence.

Mezi nejčastěji vyskytujícími se formami demence jasně dominuje Alzheimerova nemoc postihující přibližně 50 - 65 % pacientů s demencí, dále pak to jsou vaskulární,

smíšené a vzácné demence u cca 15 % pacientů, demence Lewy body u 10 % pacientů, demence fronto-temporální v 8 % pacientů a demence u Parkinsonovy nemoci u přibližně 7 % (Konrád, 2007, s. 128). Zatímco demencí u Alzheimerovy nemoci jsou častěji postiženy ženy (2-3 x), tak vaskulární demencí zase muži (Kurzová, Honzák, Krombholz, 2002, s. 63). Průměrná doba přežití se pohybuje v rozmezí od 3 - 8 let od objevení prvních příznaků, nicméně je ovlivněná celou řadou faktorů jako např. včasná diagnostika včetně zahájení léčby, typ demence, dodržování medikace, dodržování zdravého životního stylu, výchozí zdravotní stav seniora, vhodné rodinné zázemí, atd.

Diagnostika demence je založena jak základním klinickým vyšetřením, jenž staví na strukturovaném rozhovoru jak s nemocným, tak i jeho blízkými včetně doplnění o pozorování, tak i na dalších diagnostických a laboratorních metodách. Jednat se může např. o vyšetření proteinů v mozkomíšním moku, pozitronové emisní tomografii, magnetické rezonanci či neuropsychologických metodách (např. test verbální fluence, paměťový test učení, Token test, test sociální kognice, kostka Neuropsychiatric inventory, Behavioral Symptoms in Alzheimer Disease). Stupeň demence se stanovuje prostřednictvím různých škál, přičemž nejčastěji používanou je Global Deterioration Scale (GDS) upravená dle Reisberga (Fraňková, Hort a kol., 2011, s. 26). Mezi nejpoužívanější orientační vyšetření kognitivních funkcí stále patří Folsteinův Mini-Mental State Examination (MMSE), který lze využít jak ve zdravotních, tak i sociálních službách. U pacienta je hodnoceno 10 oblastí – orientace, zapamatování pozornost a počítání, výbavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní a obkreslování podle předlohy. Za doplňkový test, ke zjištění kognitivního deficitu je možné považovat Clock Drawing test (CDT), v ČR známý jako Hodinový test. Česká alzheimerovská společnost (ČALS) doporučuje jako screeningový a diagnostický nástroj Addenbrookský kognitivní test (ACE-R), který na rozdíl od MMSE je více zaměřen na posouzení řečových funkcí, avšak v jeho neprospěch vypovídá větší časová náročnost (Hudeček, Sheardová, Hort, 2012, s. 104). Výhodou těchto testů je, že s nimi nemusí pracovat jen lékaři, ale také např. proškolení zdravotně-sociální pracovníci, kliničtí psychologové, všeobecné sestry, atd.

Farmakologická léčba demencí v ČR odpovídá současné medicíně založené na důkazech (EBM). Jejím základem je využití tzv. kognitiv, která přechodně zlepšující kognitivní funkce a tím prodlužující období aktivního života nemocného, nikoliv však život samotný. Jejich předepisování odborným lékařem (geriatrem, psychiatrem, neurologem) je vázáno na úhradovou vyhlášku tzn., mohou být předepisována pouze nemocným, kteří splňují požadovaná kritéria vycházející z výsledků vyšetření MMSE. I proto je nezbytné, aby byli riziková senioři cíleně vyšetřováni v rámci poskytované zdravotní péče a následně vhodně intervenováni, jak v rámci farmakoterapie, tak i následné péče sociální. Mezi podpůrné léky se doporučují přípravky obsahující extrakty Ginkgo biloby, avšak ty si musí nemocný hradit sám. V případě, že se u nemocných objeví psychotické příznaky, deprese, delirantní stavy, pak jsou naordinována psychofarmaka jako např. antidepressiva 3. a 4. generace – např. inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, atypická neuroleptika. V současné době je stále více kladen důraz na využívání

nefarmakologických metod, které mohou pozitivně ovlivnit emotivitu a soběstačnost nemocného, dále pak podporují udržení kognitivních funkcí. Mezi tyto metody patří např. kognitivní rehabilitace, reminiscenční terapie, validace, preterapie, pohybová terapie, relaxační techniky, pracovní terapie, atd. (Holmerová, Rokosová et al., 2004, s. 21 – 24)

## **1.2 Potřeby klientů s demencí v závislosti na průběhu onemocnění a poskytované péči**

Potřeby nemocných s demencí se v průběhu onemocnění výrazně mění. Obecně lze průběh demencí rozdělit do 3 níže uvedených stádií.

V prvním stádiu se jedná o tzv. počínající a mírnou demenci, která odpovídá bodovému hodnocení MMSE 24 – 18 bodu a projevuje se hlavně poruchami paměti (zapomínání, zakládání věcí), koncentrace (obtížné rozhodování, ztráta iniciativy), chování (popírání problémů, bloudění po známých místech, sebestřednost) a sociálních funkcí (ztráta zájmu o koníčky, omezení sociálních kontaktů). V důsledku těchto změn mohou být u nemocných narušeny některé z vyšších potřeb např. seberealizace, sebeúcta, sounáležitost. V tomto období jsou nemocní převážně léčeni v jejich vlastním sociálním prostředí bez nutnosti výrazné pomoci laických pečujících či terénních zdravotních a sociálních služeb.

Za druhé stádium je považován stav středně pokročilé demence, kde je narušena soběstačnost (problémy v oblasti ADL), prohlubují se změny osobnosti a zhoršují se komunikační dovednosti. Bodové hodnocení MMSE je v rozsahu od 17 do 10 bodů. Zde je již nezbytná dopomoc druhé osoby. Nemocný již není schopen bez dopomoci saturovat např. potřebu bezpečí a jistoty či některé z fyziologických potřeb, a proto je nutné zajistit adekvátní pomoc. V případě funkční rodiny, se jeví jako nejoptimálnější řešení ponechání klienta v domácím prostředí v kombinaci se zajištěním zdravotní péče (základní ošetrovatelské, rehabilitační a aktivizační úkony zajištěné prostřednictvím agentury domácí péče, návštěva praktického lékaře u pacienta v domácím prostředí, zajištění kompenzačních pomůcek) a sociální péče (např. rozvoz obědů, pomoc při úklidu, pomoc při hygieně u ležícího pacienta, vyřízení sociálních dávek – příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, možnosti respitní péče – denní či týdenní stacionáře).

Ve třetím stádiu (MMSE 9 bodů a méně) se již jedná o těžkou formu demence vyžadující nepřetržitou péči druhé osoby v téměř všech sebeobslužných aktivitách. Začínají se objevovat přidružené komplikace (např. z imobility) zhoršující zdravotní stav, který pak končí úmrtím na inkurentní chorobu. V důsledku progresu onemocnění, je nutné počítat s tím, že se postupně budou zvyšovat nároky jak na péči o klienty s demencí, tak i na osoby trvale pečující o tuto skupinu nemocných. Dospěje-li klient do třetího stádia demence, lze konstatovat, že péče o takového klienta je natolik zatěžující, že pečující osoby (rodinní příslušníci či blízké osoby) i přes svoji usilovnou péči nemusí zvládat saturaci všech potřeb nemocného. V tuto chvíli připadá v úvahu umístění nemocného buď do zdravotnického zařízení (např. psychiatrická oddělení, psychiatrické léčebny, léčebny pro dlouhodobě nemocné), což je však časové omezené



nebo do zařízení sociální péče (domovy pro klienty se zvláštním režimem), kde pokud nenastanou komplikace zhoršující zdravotní stav, může být nemocný umístěn trvale.

## **2 Metody**

Pro výzkumné šetření bylo využito metody přímého dotazování, studia zdravotní dokumentace a jednoduchého fyzikálního vyšetření. Tato využitá metodika souvisela s doporučenými postupy pro práci s testem MMSE v oblasti hodnocení kognitivních schopností a s ADL testem dle Barthelové v oblasti soběstačnosti. Test MMSE je blíže popsán v kapitole 1.1. Test ADL dle Barthelové je nejčastěji používaným testem pro posouzení soběstačnosti nejen v ČR, ale i ve světě. Do výzkumu byl tento test zařazen vzhledem k nutnosti sledovat míru soběstačnosti vztaženou ke stádiu demence. ADL dle Barthelové posuzuje 10 oblastí – najedení a napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moče, kontinence stolice, použití WC, chůze do schodů, chůze po rovině, přesun z lůžka na židli či na vozík. Vlastní výzkumné šetření probíhalo od ledna do června 2013 ve zdravotnickém zařízení, které je hodnoceno jako zařízení dobré praxe při poskytované zdravotní péči o seniory v Pardubickém kraji. Lůžková kapacita tohoto zařízení pro tento typ léče je 67 lůžek a každoročně přijme přibližně 300 pacientů. Data pro výzkum byla získávána vždy jedním výzkumným pracovníkem, který byl proškolen v práci s nástroji, a jež výzkum využíval. Metodika výzkumu byla schválena etickou komisí daného zdravotnického zařízení. Výsledky šetření byly vyhodnocovány jednak metodou relativní četností, v případě zjištění korelace byla použita aplikace STATISTIKA firmy Statsoft. Výsledná data byla zaznamenána do tabulek a grafů v aplikaci Microsoft Excell 2007.

## **3 Rozbor problému**

### **3.1 Cíle výzkumu**

Cílem výzkumné části bylo popsat definované charakteristiky klientů ve vybraném zdravotnickém zařízení následné péče, jenž je příkladem dobré praxe péče o seniory v Pardubickém kraji.

Definovanými charakteristikami byly: místo odkud byli respondenti k hospitalizaci přijatí, hlavní diagnóza, úroveň kognitivních schopností a soběstačnosti v době přijetí, úroveň kognitivních schopností a soběstačnosti v době propuštění, místo, kam byli respondenti po ukončení hospitalizace propuštěni.

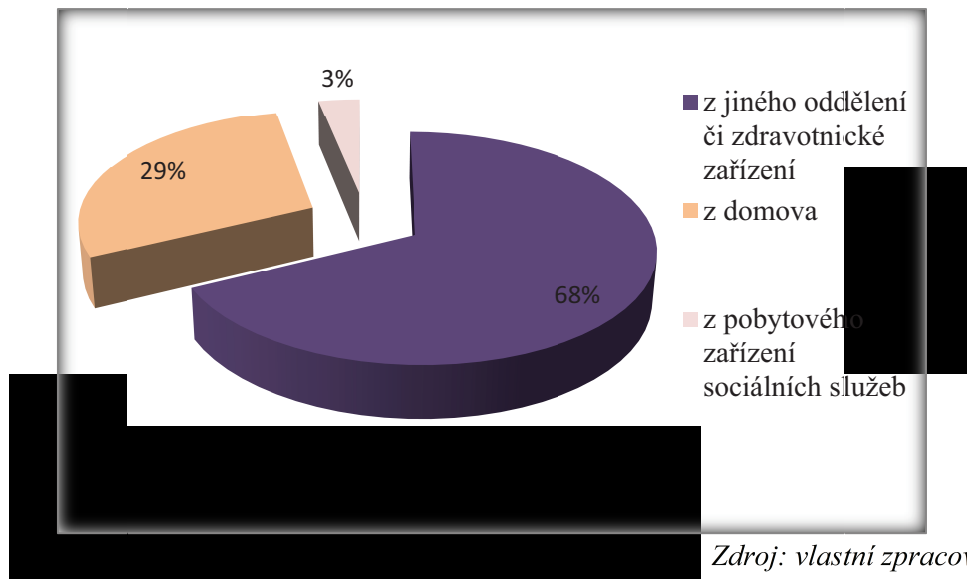
### **3.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

V souboru bylo sledováno 31 záměrně vybraných respondentů. Záměrný výběr respondentů byl proveden na základě následujících kritérií: věk respondentů vyšší nebo roven 60 let, jejich písemný souhlas se zařazením do výzkumu (v případě MMSE nižšího než 18 i písemného souhlasu kontaktní/odpovědné osoby uvedené ve zdravotní dokumentaci) a pořadí jejich přijetí k hospitalizaci v daném týdnu (vždy první a poslední pacient). Osloveno bylo celkem 40 klientů, z nichž 9 klientů odmítlo zařazení do výzkumu. Hlavním důvodem byla únava v souvislosti a jejich zdravotním stavem. Průměrný věk respondentů zařazených do výzkumu byl 79 let, přičemž minimum bylo 61 let a maximum 97 let. Modus byl 86 let a medián 85 let. Výzkumný vzorek tvořilo 74 % (n = 23) žen a 26 % (n = 8) mužů.

### 3.3 Interpretace výsledků

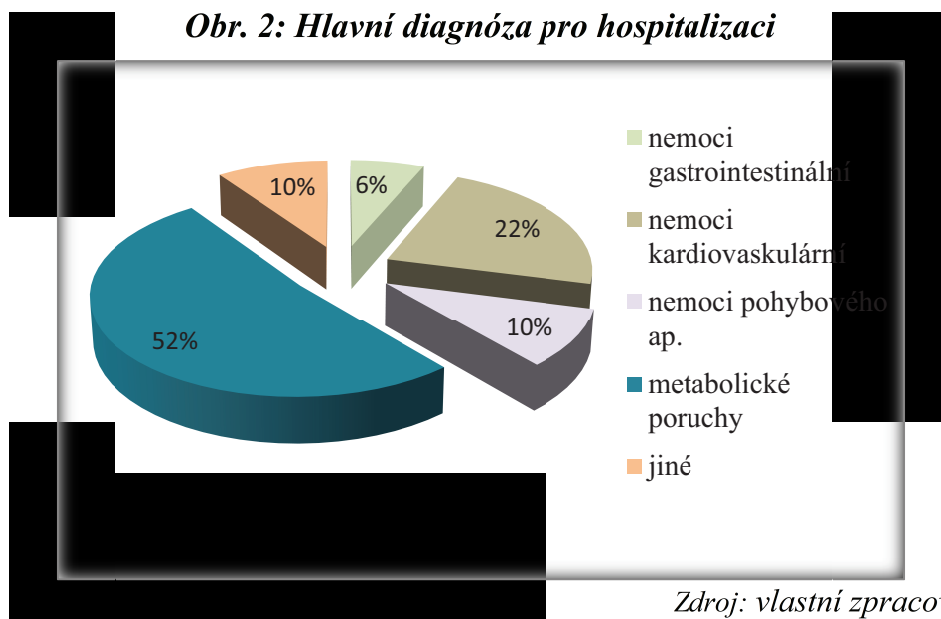
Z Obrázku č. 1 je patrné, že respondenti zařazení ve výzkumu byli k hospitalizaci ve sledovaném zdravotnickém zařízení následně péče přijímáni k hospitalizaci nejčastěji z jiných oddělení akutní zdravotní péče v rámci daného zdravotnického zařízení či jiných zdravotnických zařízení v okolí, a to v 67,74 % (n = 21). Dále v 29,03 % (n = 9) byli respondenti přijímáni z domova a 3,23 % (n = 1) respondentů bylo přijato z pobytových zařízení sociálních služeb.

**Obr. 1: Místo, odkud respondenti přichází**



Hlavní diagnózou, pro kterou byli respondenti do zdravotnického zařízení přijati, byla u 51,61 % (n = 16) respondentů nemoc pohybového aparátu, u 22,58 % (n = 7) respondentů nemoc kardiovaskulárního aparátu, u 9,75 % (n = 3) respondentů metabolické poruchy, u 9,75 % (n = 3) respondentů jiné nemoci, a u 6,45 % (n = 2) respondentů nemoci gastrointestinálního traktu (viz obr. 2).

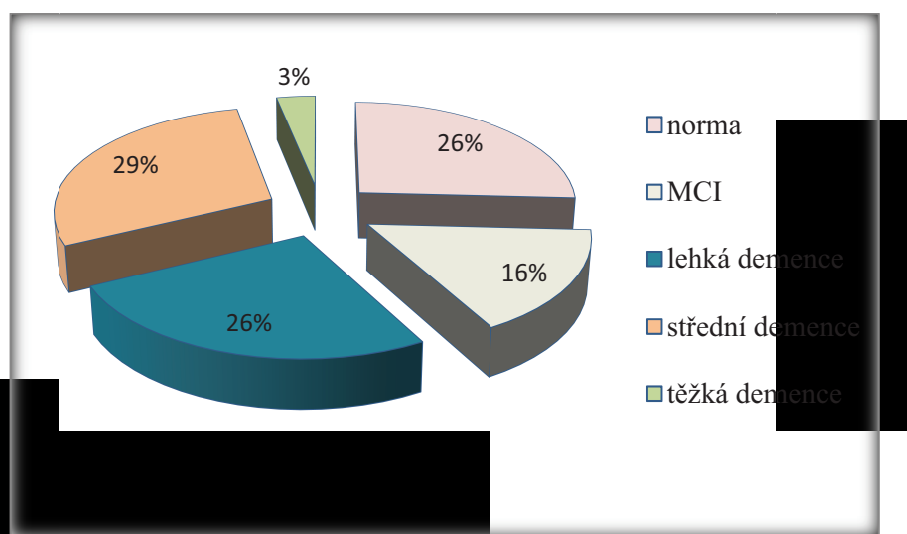
**Obr. 2: Hlavní diagnóza pro hospitalizaci**



Prevalenci syndromu demence ve výzkumném souboru na začátku hospitalizace přibližuje Obr. 3, ze kterého je patrné, že u 58 % (n = 18) respondentů byl zaznamenán syndrom demence bez specifikace jeho tíže. Tato informace není shodná s daty vysledovanými, ze zdravotnické dokumentace, ve které bylo v diagnóze hlavní či vedlejší uvedeno, že kognitivní deficit (syndrom demence) je přítomen pouze u 7 % (n = 2) respondentů.

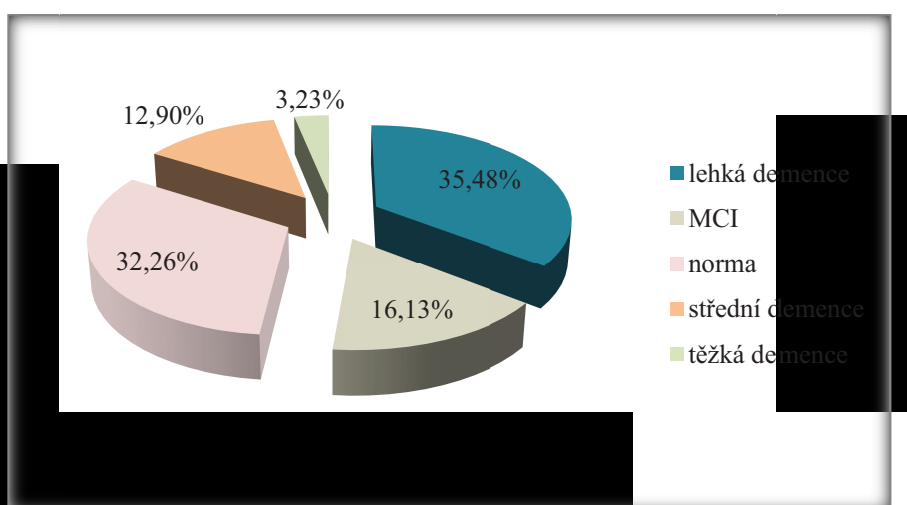
Z Obr. 3 dále vyplývá, že 25,81 % (n = 8) respondentů mělo výsledky v normě, 16,13 % (n = 5) respondentů vykazovalo známky mírné kognitivní poruchy (MCI). V pásmu demence se vyskytovalo celkem 58,06 % (n = 18) respondentů a z toho u 25,81 % (n = 8) respondentů se vyskytovala lehká demence, u 29,03 % (n = 9) respondentů středně těžká demence a 3,23 % (n = 1) respondentů těžkou demenci.

**Obr. 3: Kognitivní úroveň respondentů na začátku hospitalizace**



*Zdroj: vlastní zpracování autorů*

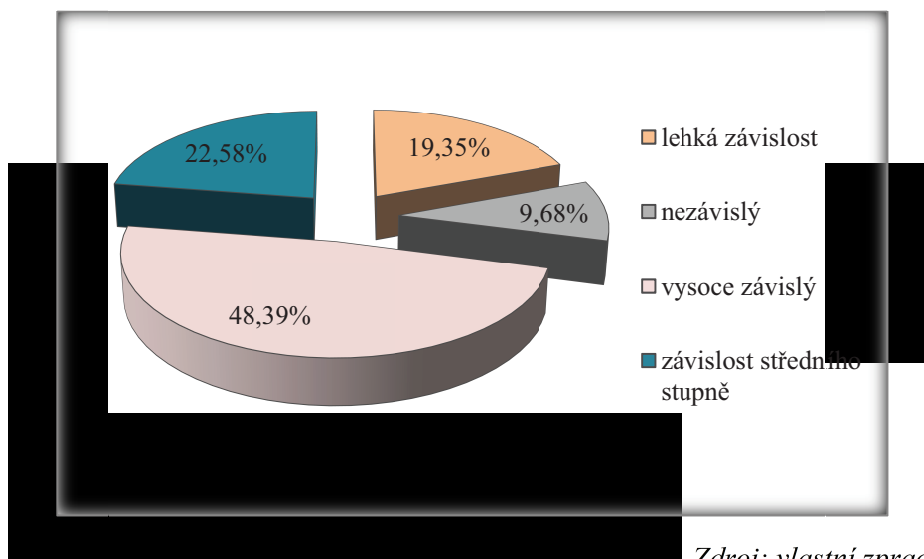
**Obr. 4: Kognitivní úroveň respondentů na konci hospitalizace**



*Zdroj: vlastní zpracování autorů*

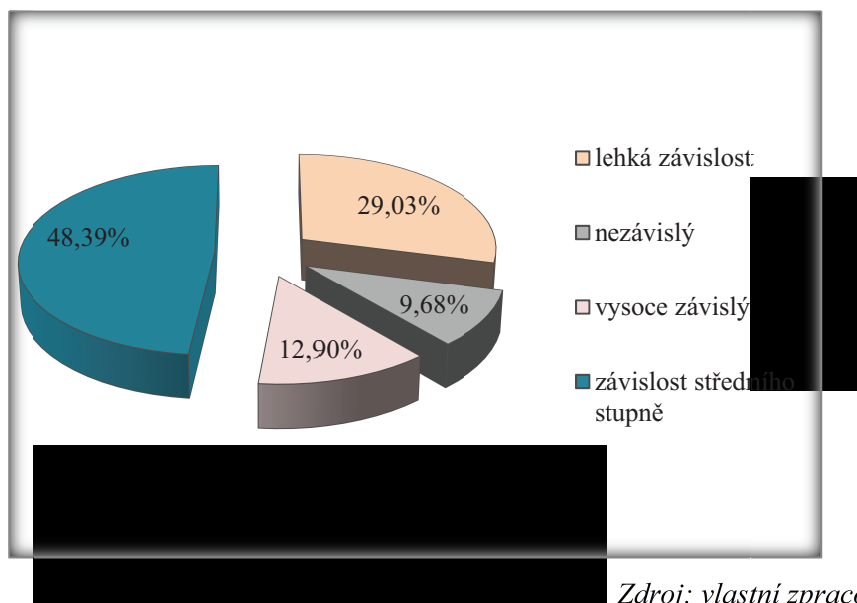
Prevalenci syndromu demence ve výzkumném souboru na konci hospitalizace přibližuje Obr. 4, ze kterého je patrné, že u 48 % (n = 16) respondentů byl zaznamenán syndrom demence bez specifikace jeho tíže. 32,26 % (n = 10) respondentů mělo výsledky v normě, 16,13 % (n = 5) respondentů vykazovalo známky mírné kognitivní poruchy (MCI).

**Obr. 5: Úroveň soběstačnosti respondentů na začátku hospitalizace**



Jak je patrné na Obr. 5, většina respondentů (48,39 %, n = 15) byla do zdravotnického zařízení přijata jako vysoce závislých či v závislosti středního stupně (22,58 %, n = 7). Nezávislých seniorů bylo v souboru na začátku hospitalizace pouze 9,68 % (n = 3).

**Obr. 6: Úroveň soběstačnosti respondentů na konci hospitalizace**

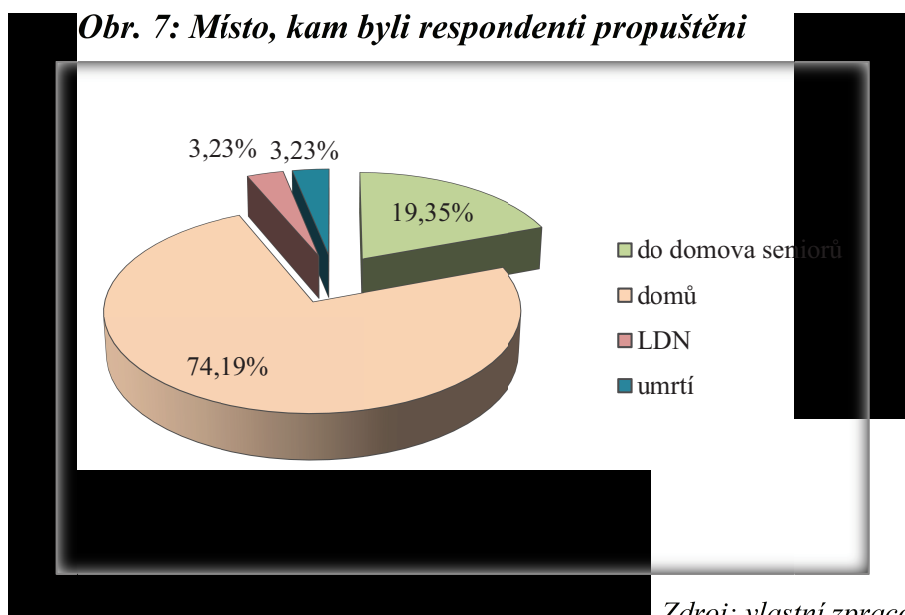


Na konci hospitalizace byla většina respondentů propouštěna ve stavu závislost středního stupně (48, 39 %, n = 15), ve stavu lehké závislosti (29,03 %, n = 9)



a ve stavu těžké závislosti (12,9 %, n = 4) (viz Obr. 6). Nezávislých bylo na konci hospitalizace pouze (9,68 %, n = 4) z původního počtu 48,39 % (n = 15).

**Obr. 7: Místo, kam byli respondenti propuštěni**



Zdroj: vlastní zpracování autorů

Respondenti byli na konci hospitalizace propouštěni především do jejich vlastních domovů (viz Obr. 7).

**Tab. 1: Vztah mezi úrovní soběstačnosti a kognitivních funkcí na začátku hospitalizace**

Proměnná	Spearmanovy korelace, označené korelace jsou významné na hl $p < 0,05$ , $p = 0,001793$	
	MMSE vstup	ADL vstup
MMSE vstup	1,000000	0,538126
ADL vstup	0,538126	1,000000

Zdroj: vlastní zpracování autorů

**Tab. 2: Vztah mezi úrovní soběstačnosti a kognitivních funkcí na konci hospitalizace**

Proměnná	Spearmanovy korelace, označené korelace jsou významné na hl $p < 0,05$ , $p = 0,001793$	
	MMSE vstup	ADL vstup
MMSE vstup	1,000000	0,526524
ADL vstup	0,526524	1,000000

Zdroj: vlastní zpracování autorů

Prostřednictvím výzkumného šetření se zároveň podařilo prokázat statisticky významný vztah ( $\alpha < 0,05$ ,  $p = 0,001793$ ) mezi úrovní soběstačnosti ve skupině sledovaných respondentů a aktuální úrovní jejich kognitivních funkcí (viz Tab. 1 a Tab. 2), a to jak na začátku hospitalizace, tak na jejím konci. I z toho výsledku je patrná nutnost péče a podpory pečujících o tyto klienty a to jak na profesionální, tak i laické úrovni.

#### 4 Diskuse

Cílem výzkumné části bylo popsat definované charakteristiky klientů ve vybraném zdravotnickém zařízení následné péče, jenž je příkladem dobré praxe péče o seniory v Pardubickém kraji. Na základě těchto charakteristik je možné říci, že respondenti byli do zdravotnického zařízení následné péče přijímáni převážně z jiných oddělení akutní péče či jiných zdravotnických zařízení, a to zejména z důvodu onemocnění pohybového aparátu (fractura colli femoris). Tito klienti byli zároveň bez bližšího vyšetření jejich psychického stavu či úrovně soběstačnosti. I přes to, že se senioři profitují z funkčního geriatrického hodnocení, které mimo jiné hodnotí i soběstačnost a stav kognitivních funkcí, tak z tohoto výzkumu vyplývá, že většina respondentů, která již mohla být orientačně vyšetřena na přítomnost syndromu demence a nesoběstačnost, tak bohužel vyšetřena nebyla. (Kalvach, 2011, s. 97 - 112). Tento přístup by přitom měl být standardem jak v akutní, tak následné a dlouhodobé péči o seniory. Důvodem k tomu je především identifikace limitací a rizik pro tyto klienty a zvolení vhodných intervencí, včetně intervencí vztažených ke správnému umístění těchto klientů do lůžkových zařízení, či jiných typů péče. Tato nedůsledná diagnostika ve zdravotnických zařízeních může vést k chybnému umístění klientů, nebo může ovlivňovat statistiky vztahující se k potřebnosti většího počtu lůžek pro klienty s demencí v sociálních zařízeních. V Pardubickém kraji poskytují tuto službu především domovy se zvláštním režimem. Na území Pardubického kraje se nachází tato zařízení: Domov pro seniory u Kostelíčka Pardubice, Senior centrum Svitavy, Domov důchodců Ústí nad Orlicí, Domov pro seniory Sloupnice, Domov pro seniory Heřmanův Městec, Domov na Skalce Litomyšl, Domov u Fontány Přelouč, Lůžkové a sociální centrum pro seniory Chrudim. Z předloženého výzkumu vyplývá, že na základě vhodného doplnění informací o funkčním stavu respondentů, byli tito klienti po jejich propuštění správně umístěni do různých typů následné péče. Klienti s těžkou demencí byli propuštěni do domovů se zvláštním režimem, klienti se středně těžkou demencí do domovů pro seniory či do domácího ošetření v souvislosti s posouzenou mírou soběstačnosti, stejně jako klienti s lehkou demencí (viz kapitola 1. 2). Tento postup však není pravidlem, jak dokládá výzkum MUDr. H. Vaňkové a kol., která prováděla hloubkové šetření v roce 2007 ve 12 domovech pro seniory, které neposkytovali lůžkovou péči specifickou pro domovy se zvláštním režimem. Průměrný věk jejich respondentů byl podobný jako v našem souboru, v tomto případě 82 let, tzn. o 3 roky starší, ovšem celkový počet respondentů byl téměř 10 x větším, neboť v celém vzorku měly zahrnuto 325 respondentů. Při porovnání výsledku s šetřením v jednom domově pro seniory, provedeném na vzorku 124 obyvatel a našim zdravotnickým zařízením jsme došly k následujícím závěrům: zatímco normálních hodnot kognitivních funkcí dosahovalo ve sledovaném zařízení sociálních služeb 38 %

respondentů, tak ve zdravotnickém zařízení 32,26 %. Mírnou kognitivní poruchou trpělo v domově pro seniory 19 % respondentů, tak ve zdravotnickém zařízení následné péče 16,13 % respondentů, a nakonec syndromem demence v zařízení sociálních služeb trpělo 38 % a ve zdravotnickém zařízení 51,61 %. I když se relativní četnosti v jednotlivých typech zařízení od sebe mírně liší, můžeme konstatovat, že v zařízeních sociálních služeb neposkytujících lůžkovou péči specifickou pro domovy se zvláštním režimem, je výskyt klientů s demencí poměrně vysoký a je nutné se touto problematikou zabývat jak v rámci zdravotní, tak i sociální péče.

## **Závěr**

Celosvětovým trendem je, že klientů s demencí ve zdravotnických zařízeních i zařízeních sociálních služeb přibývá a do budoucna bude přibývat. Naše společnost není však na tento trend plně připravena, i když náklady na péči se neustále zvyšují. Ve zdravotnických zařízeních je v průběhu hospitalizace péče o klienta financována z veřejného zdravotního pojištění, s tím, že klient hradí v současné době pouze regulační poplatek 100 Kč (od 1. 1. 2014 60 Kč)/ den, tzn. 3000 – 3100 Kč za kalendářní měsíc. V zařízeních sociálních služeb je situace ohledně financování péče jiná, sociální služby si hradí klient sám. Ze Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění vyplývá, že klientům v domovech pro seniory či domovech se zvláštním režimem musí po zaplacení ubytování a stravy zůstat alespoň 15 % jejich příjmu. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis t. č. Vyhláška č. 162/2010 Sb., v platném znění. Úhrada za péči se stanoví při poskytování pobytových služeb, s výjimkou týdenních stacionářů, ve výši přiznaného příspěvku.

Velkým problémem však z pohledu našeho výzkumu není systém financování, ale fakt, že ne u všech klientů je demence správně diagnostikována, což přiblížil i průzkum MUDr. Vaňkové a kol. (2008, s. 232 – 234) proveden v domově pro seniory. Umístění klienta s demencí do vhodného zařízení sociálních služeb také není vždy jednoduché, jelikož důvodem může být nedostatek jejich kapacity či již zmiňovaná chybná diagnostika.

## **Poděkování**

Tento článek byl zpracován s podporou výzkumného projektu: SGFZS03/2013 Posuzování zdravotního stavu pacienta v ošetrovatelské péči, Interní grantové agentury Univerzity Pardubice.

## **Reference**

BARTOŠ, A., MARTINEK, P., BUČEK, A. Dotazník soběstačnosti DAD-CZ – česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *In Neurologie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 5, s. 320-323. ISSN 1803-5280.

ČESKO. Zákon o sociálních službách č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. *In Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)>

ČESKO. Vyhláška č. 162 ze dne 17. října 2010, kterou se mění vyhláška č. 505/2006

Sb., a kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů české republiky*. Dostupné také z WWW: <<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-17-kvetna-2010-kterou-se-meni-vyhlaska-c-5052006-sb-kterou-se-provadeji-nektera-ustanoveni-zakona-o-socialnich-sluzbach-ve-zneni-pozdejsich-predpisu-17794.html>>

GELINAS, I., GAUTHIER, L. et al. Development of a functional measure for persons with Alzheimers disease: the disability assessment for dementia. In *American Journals of Occupational Therapy*, 1999, roč. 53, č. 5, s. 471-481.

FRAŇKOVÁ, V., HOLMEROVÁ, I., HORT, J. a kol. *Alzheimerova demence v praxi*. 1. vyd. 2001. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2423-5.

HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ et. al. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. In *Psychiatria pre prax*, 2004, roč. 5, č. 1, s. 21-24. ISSN 1335-9584.

HOLMEROVÁ, I. Problematika pečujících rodin, jejich možnosti a podpora. In *Česká geriatrická revue*, 2003, roč. 1, č. 2, s. 33-37. ISSN 1801-8661.

HUDEČEK, D., SHEARDOVÁ, K., HORT, J. Demence v klinické praxi v roce 2011. In *Postgraduální medicína*, 2012, r. 7, č. 1, s. 100 – 108. ISSN 1212-4184.

KALVACH, P., KALVACH, Z. Přidat do schránky Demence na prahu 20. století: Praha vs. Frankfurt vs. Mnichov = Dementia on the threshold of the 20th century: Prague vs. Frankfurt vs. Munich. *Psychiatrie*. 2010, 14, č. 3, s. 135-140. ISSN 1211-7579.

KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 97 - 112. ISBN 978-802-4740-263.

KONRÁD, J. Smíšená demence. *Psychiatrie pre prax*, 2007. roč. 8 č. 3, s. 125-128. ISSN 1335-9584.

KROMBHOLZ, R. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi*, 2011, roč. 12., č. 4, s. 196-200. ISSN - 1803-5280.

LAWTON, M. P., BRODY, E. M. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumentál activities of daily living. In *The gerontologist*, 1969, roč. 9., č. 3, s. 179-186.

MARKOVÁ, K., JEDLINSKÁ. M. Postoje seniorů ke stáří a význam reminiscenčních aktivit. *Florence*. 2013, roč. 9, č. s. 10, 23 - 25.

NECHANSKÁ, B. Péče o pacienty s diagnózami F01, F03 a G30 (demence) v lůžkových zařízeních ČR v letech 2006–2010. 2011.[cit. 2011-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f01-f03-g30-demence-luzkovych-zarizenich-cr-letech-2006-2010>>

PREISS, M. et. al. *Neuropsychologická baterie Psychiatrického centra Praha*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. s. 63 ISBN 978-80-87142-19-6.

SHEARDOVÁ, K. Mírná kognitivní porucha v praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 2010, roč. 11, č. 2., s. 62-65. ISSN 1803-5272.

ÚZIS, Zdravotnictví České republiky 2011. ÚZIS ČR: Praha, 2012. s. 9-14. ISBN 978-80-7280-985-1.

VÁLKOVÁ, M.; KOREJSOVÁ, M.; HOLMEROVÁ, I. 2010. Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR. Praha: MPSV, 2010. 63. S

VAŇKOVÁ, H.; JURÁŠKOVÁ, B.; HOLMEROVÁ, I. Prevalence kognitivní poruch v domovech pro seniory. *Česká geriatrická revue*. 2008, roč. 6, č. 4, s. 232-234. ISSN 1801-8661.

WIJA, P., Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO). 2012. [cit. 2013-01-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/demence-priorita-pro-system-zdravotnictvi-zprava-who.>>

### **Kontaktní adresa**

**Mgr. Martina Jedlinská**

**PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.**

**Lenka Kalusová**

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Průmyslová 395, 532 10 Pardubice, Česká republika

E-mail: [magda.talianova@upce.cz](mailto:magda.talianova@upce.cz); [martina.jedlinska@upce.cz](mailto:martina.jedlinska@upce.cz)

Tel. číslo: 466 037 523, 466 037 734