

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

ERGOTERAPIE



**Vyšetření kognitivních funkcí u pacientů
v seniorském věku, specializované testy**

Zaměření na screeningové testy MMSE a MEAMS

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
Mgr. Hana Volfová

Autor:
Klára Vostrá

Praha 2009

Prohlášení:

Prohlašuji tímto, že jsem zadanou bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem v seznamu literatury veškerou použitou literaturu a další zdroje.

V Praze, 30.11.2009

Podpis

Poděkování:

Děkuji touto cestou především vedoucí bakalářské práce, Mgr. Haně Volfové za odborné vedení, cenné poznámky a odborné připomínky.

Děkuji Márii Krivošíkové, M.Sc. za podněty a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří vyplnili dotazníky, za jejich ochotu a čas, který mi věnovali.

V Praze, 30.11.2009

Identifikační záznam:

VOSTRÁ, Klára. *Vyšetření kognitivních funkcí u pacientů v seniorském věku, specializované testy: Zaměření na screeningové testy MMSE a MEAMS. [Cognitive Functions Assessment of Patients in Senior Age, Special Tests: Focused on screening Tests MMSE and MEAMS]*. Praha, 2009. 67 s. vč. příloh, 4 příl., 1 tabulka, 3 obr, 6 grafů. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství, 1. LF UK 2009. Vedoucí závěrečné práce - Mgr. Hana Volfová.

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá vyšetřením kognitivních funkcí seniorů pomocí specializovaných testů. Studie se zaměřuje na dva screeningové testy zjišťující stav kognitivních funkcí a to MMSE (Mini Mental State Examination) a MEAMS (The Middlesex Elderly Assessment of Mental State).

Cílem práce bylo oba testy vyzkoušet na skupince seniorů, zjistit pozitiva a negativa každého testu, jejich vyhodnocení a informace, co o osobě daný test prozradí. Sběr dat probíhal v zařízení pro seniory v rámci pětítýdenní praxe.

Dalším cílem bylo vytvoření anonymního dotazníku pro ergoterapeuty v České republice, který měl zmapovat povědomí o testu MEAMS a jejich způsobu vyšetření kognitivních funkcí.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část poskytuje údaje o jednotlivých testech, dále seznamuje s kognitivními funkcemi, nejčastějšími typy demencí u seniorů a pojmy- stárnutí, stáří, stárnutí populace. V praktické části je uvedena metodologie, kazuistiky tří seniorů, u kterých se provedly oba screeningové testy, zpracované výsledky dotazníku pro ergoterapeuty a na závěr souvislost mezi dotazníkem a kazuistikami.

Pomocí dotazníku jsem dospěla k závěru, že test MEAMS je pro převažující většinu dotázaných ergoterapeutů v ČR neznámý. Více než polovina dotázaných by se ráda s testem MEAMS seznámila a vyzkoušela jej. Při vyšetření kognitivních funkcí seniorů ergoterapeuté nejčastěji využívají z nabídky testů screeningový test MMSE.

Vyzkoušením obou testů na pacientech v seniorském věku jsem zjistila, že test MEAMS je více podrobnější při vyšetření kognitivních funkcí. Na rozdíl od testu MMSE se zaměřuje i na funkce frontálního laloku a pravostranný parietální lalok. Na zpracování je test MEAMS složitější a trvá déle než u MMSE.

Klíčová slova:

Kognitivní funkce

Demence

Senior

MMSE (Mini Mental State Exam)

MEAMS (Hodnocení mentálního stavu starších osob)

Abstract:

My Bachelor thesis deals with examination of cognitive functions at seniors by specialized tests. This study focuses on two screening tests finding a state of cognitive functions. These tests are MMSE (Mini Mental State Examination) and MEAMS (The Middlesex Elderly Assessment of Mental State).

My objective was examination of both the tests on a group of seniors, to find out positives and negatives of each test, to analyze them and to get information about what the test reveals a particular person. Collection of data took place at institution for seniors during my five weeks long practice.

My other objective was creation of anonymous questionnaire for ergonomic therapists in the Czech Republic which was supposed to map awareness of the test MEAMS and its method of examination of cognitive functions..

This thesis consists of theoretical and practical part. The theoretical part gives information about particular tests, cognitive functions, types of dementia at seniors most often existing and explains concepts like aging, old age, aging of population. In the practical part there is methodology of casuistry of three seniors at who both screening tests were performed. Then there are results of the questionnaire for ergonomic therapists and in the end there is shown the connection between the questionnaire and the casuistries.

With the questionnaire I found out that for a majority part of the questioning ergonomic therapists in the Czech Republic knew nothing about the test MEAMS. More than half of responders would like to learn more about MEAMS and try it in clinical practise. They mostly use the screening test MMSE for examination of cognitive functions at seniors.

By testing both tests on senior patients, I found out, that MEAMS test is more detailed than cognitive functions investigation. In contrast to the tests, MEAMS focuses also on frontal lobe and right parietal lobe. Regarding performance in practise MEAMS appeal to be more complicated and time consuming.

Key Word:

Cognitive Function

Dementia

Senior

MMSE (Mini Mental State Exam)

MEAMS (Middlesex Elderly Assessment of Mental State)

OBSAH

1	ÚVOD	1
1.1	SHRnutí CÍLŮ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	2
1.2	TERMINOLOGIE	2
2	TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1	STÁRNUTÍ POPULACE	3
2.2	STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	3
2.3	SENIOR, GERIATRICKÝ PACIENT	5
2.4	KOGNITIVNÍ FUNKCE	6
2.4.1	<i>Paměť</i>	9
2.4.2	<i>Pozornost</i>	11
2.5	FRONTÁLNÍ LALOK	12
2.6	DEMENCE	13
2.6.1	<i>Demence Alzheimerova typu (DAT)</i>	14
2.6.2	<i>Vaskulární demence</i>	15
2.6.3	<i>Demence s Lewyho tělísky (DLT)</i>	16
2.6.4	<i>Demence u Parkinsonovy choroby</i>	16
2.7	TESTY	17
2.7.1	<i>Vlastnosti standardizovaných testů</i>	17
2.7.2	<i>MEAMS</i>	18
2.7.3	<i>MMSE</i>	22
2.7.4	<i>Seznam kladů a záporů u testů MMSE a MEAMS</i>	24
3	PRAKTICKÁ ČÁST	26
3.1	CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	26
3.2	KAZUISTIKA	26
3.2.1	<i>Metodika</i>	26
3.2.2	<i>Sběr dat</i>	27
3.2.3	<i>Výběr testovaného vzorku</i>	27
3.2.4	<i>Nástroj sběru dat</i>	27
3.2.5	<i>Zpracování dat</i>	27
3.3	KAZUISTIKA Č. 1	28
3.4	KAZUISTIKA Č. 2	33
3.5	KAZUISTIKA Č. 3	39
3.6	TESTY MMSE A MEAMS	44
3.6.1	<i>Limitace testování</i>	44
3.7	SOUHRN VÝSLEDKŮ KLIENTEK	44
3.8	DOTAZNÍK	45
3.8.1	<i>Metodika</i>	45
3.8.2	<i>Cíl dotazníku</i>	45
3.8.3	<i>Cílová skupina</i>	46
3.8.4	<i>Otázky dotazníku</i>	46
3.8.5	<i>Sběr dat</i>	47
3.8.6	<i>Interpretace a zpracování dat dotazníku</i>	47
3.9	VÝSLEDKY DOTAZNÍKU	47
3.9.1	<i>Celkové shrnutí výsledků</i>	52
3.10	DOPORUČENÍ, ZJIŠTĚNÍ	53
3.11	SOUVISLOST KAZUISTIK A VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKU	54

4	DISKUSE	55
4.1	DOTAZNÍK - ÚVOD	55
4.2	LIMITACE DOTAZNÍKU	55
4.3	VÝSLEDKY A JEJICH ZHODNOCENÍ	55
5	ZÁVĚR	58
	SEZNAM LITERATURY	59
	PŘÍLOHY	62

1 ÚVOD

Výběr tématu bakalářské práce „Vyšetření kognitivních funkcí u pacientů v seniorském věku, specializované testy“ ovlivnila skutečnost, že každý z nás stárne a nikdo není výjimkou. Každý člověk chce i stáří prožít plnohodnotně. O důležitosti tématu mě také přesvědčil všeobecně známý fakt stálého přibývání seniorů, což je dáno prodlužováním délky lidského života.

Nejvíce mě ale ovlivnily zkušenosti ze školních praxí – v léčebně dlouhodobě nemocných, v geriatrickém zařízení v Praze, v okresní nemocnici i při mimoškolních aktivitách, kde jsem pracovala se seniory často. Přicházela jsem do styku se seniory plnými vitality, jejichž vyjadřování a reakce potvrzovaly jejich duševní svěžest a inteligenci. Mám však zkušenost i se seniory dezorientovanými, neschopnými se vyjádřit, vzpomenout si na základní věci, kteří často nezvládali ani základní sebeobsluhu. Jak je to možné?

Jedním z nezanedbatelných faktorů mající vliv na plnohodnotnost života v seniorském věku je kvalita kognitivních funkcí. To, že v nich individuálně pozvolna nastávají změny, je známo. Logicky jsem uvažovala o tom, že čím dříve budou změny v kognitivních funkcích člověka zachyceny, tím bude možné zpomalit negativní projevy těchto změn. Míru poškození kognitivních funkcí zjišťují různé specializované testy. Testy používají většinou odborníci jako (neuro)psycholog, psychiatr, neurolog či logoped. Osobně jsem se zaměřila na dva testy.

Tato práce pojednává o vyšetření kognitivních funkcí seniorů pomocí dvou testů. Cílem práce je přiblížení málo známého screeningového standardizovaného testu MEAMS (Middlesex Elderly Assessment of Mental State) a screeningového testu MMSE (Mini-Mental State Examination), který je naopak nejpoužívanějším testem k vyšetření kognitivních funkcí u nás.

Test MEAMS jsem si pro svoji práci vybrala z toho důvodu, že není mezi ergoterapeuty příliš rozšířen a také pro široký rozsah zkoumaných oblastí kognitivních funkcí. Dalším a velmi podstatným důvodem pro vybrání testu MEAMS byla možnost si jej zapůjčit od Kliniky rehabilitačního lékařství na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Díky této vstřícnosti jsem měla možnost test prostudovat a se seniory jej vyzkoušet.

Chtěla bych zjistit výhody a nevýhody obou testů, v čem se testy liší, který je podrobnější a odhalí více o stavu kognice pacienta. Ráda bych poskytla vypovídající informace o těchto testech a přinesla o nich nové poznatky do ergoterapie.

1.1 Shrnutí cílů a výzkumné otázky

Mým hlavním cílem práce je zaměřit se na standardizovaný test MEAMS vyšetřující kognitivní funkce u pacientů v seniorském věku a jeho porovnání se screeningovým testem MMSE.

Za další cíl jsem si určila zpracování dotazníku, který objasní způsob vyšetření kognitivních funkcí a znalost testu MEAMS u ergoterapeutů pracujících se seniory v České republice.

Mojí prioritní výzkumnou otázkou je: Zjistíme pomocí testu MEAMS více informací o stavu kognitivních funkcí seniorů než pomocí testu MMSE?

1.2 Terminologie

Pojem klient a pacient

Rozhodla jsem se ve své práci používat oba dva termíny – klient a pacient. V teoretické části používám výraz pacient, protože tento termín mi připadá výstižnější pro člověka s poruchou kognitivních funkcí. V praktické části je z mého pohledu více na místě termín klient. Ovlivnila mě praxe v Domově Sue Ryder, kde jsem získávala data k bakalářské práci. Domov Sue Ryder není zdravotnickým zařízením a jeho obyvatelé nepovažují za pacienty. V Domově se mezi zaměstnanci shodně užívá označení klient, což je označení hlavně pro poživatele služeb v sociální oblasti. Ve zdravotnictví se nejčastěji používá pojem pacient, někdy také rehabilitant. Podle toho, v kterém druhu zařízení se s člověkem setkám, zvolím příležitější oslovení.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stárnutí populace

Zdravotnictví ve všech vyspělých zemích řeší problém stárnutí populace – je to jedno z prioritních témat tohoto odvětví. Pro pečující profesi se stává podstatným fakt, že výrazně přibývají staří lidé ve věku 85 let a více. (Kalvach, Onderková, 2006). Pichrtová (2009) ve své práci tento stav odůvodňuje tím, že se lepší životní podmínky, zkvalitňuje se zdravotní a sociální péče, prodlužuje se délka lidského života a to vše vede k možnosti prožít delší život než dříve. Dodává, že stárnutí populace se netýká jen České republiky, ale je to celosvětový problém. Stárne celý svět. Věkové složení obyvatelstva nejvíce ovlivňuje plodnost¹ a úmrtnost².

Dovoluji si na tomto místě upozornit na demografickou prognózu, kdy Český statistický úřad uvádí očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2050. Počet obyvatel nad 65 let se zvýší přibližně o polovinu. V současnosti je v České republice jeden a půl milionu obyvatel nad 65 let. V roce 2050 se počet občanů starších 65 let odhaduje na tři miliony.

2.2 Stárnutí a stáří

Stáří se velmi obtížně definuje. Už staletí se jej snaží popsat filozofové, umělci i přírodovědci.

Definice pro stárnutí a stáří existuje mnoho. Každý autor jej popisuje různě, z jiného pohledu, proto žádná definice není konečná a úplná.

Topinková s Neuwirthem (1995, 17s) napsali, že stáří je konečná etapa stárnutí. Ve většině zemí se přijímá patnáctiletá periodizace lidského věku, kterou navrhla komise odborníků Světové zdravotnické organizace.

WHO (Světová zdravotnická organizace) dělí stáří na období:

60-74 let: ranné stáří

75-89 let: vlastní stáří

90 a více: dlouhověkost (Topinková, Neuwirth 1995)

¹ Demografický ukazatel vyjadřující průměrný hypotetický počet živě narozených dětí na jednu ženu (Velký lékařský slovník, 2006)

² Úmrtnost = mortalita vyjadřující intenzitu umírání v populaci (Velký lékařský slovník, 2006)

Sami autoři ještě upozorňují na dělení věku podle desetiletých etap. A to na mladé seniory mezi 65-74 lety, staré seniory ve věku 75-84 a velmi staré seniory, kterým je 85 a více let.

Zdeněk Kalvach a Alice Onderková (2006, 7 s) uvádějí, že v hospodářsky vyspělých zemích se většinou za počátek kalendářního stáří (věk člověka) míní věk 65 let. Hranice stáří se posouvá z důvodu přibývání seniorů a zlepšování jejich funkčního a zdravotního stavu. Pacovský (1990, 30s) píše: „*Stáří je přirozenou, ale poslední etapou ontogenetického vývoje.*“ Dále upozorňuje na fakt, že stáří a stárnutí jsou geneticky naprogramovány.

Podle mě je stárnutí proces, který nelze zastavit a začíná už po narození. V tu dobu si to ještě neuvědomujeme, považujeme to hlavně za růst a náš vývoj a až ve vyšším věku si povšimneme, jak se naše tělo fyzicky mění, častěji přichází zdravotní potíže, mění se náš vztah k výkonu, k času a my se smiřujeme s nezvratností.

Stárnutí popsal Austad (1999) jako postupné zhoršování úplně všech tělesných funkcí v čase. Dále uvádí myšlenku: „*To, že stárnutí není biologicky nevyhnutelné, naznačuje i skutečnost, že tento proces ani u organismů, které stárnou, nezačíná ihned. V prvním období života se například ve skutečnosti zlepšují všechny fyzické funkce, ať je to dejme tomu koordinace, imunitní nebo kardiovaskulární systém.*“ Ale funkce se nemohou zlepšovat celý život. Existuje určitá hranice, kdy se buňky přestanou dělit a růst. Možnost dělení a růstu do nekonečna mají pouze buňky rakovinné.

Pacovský (1990) říká, že v úzkém slova smyslu je stárnutí „*přechodnou vývojovou periodou mezi dospělostí a stářím.*“

Já osobně si pod pojmem stárnutí představuji přirozený děj, díky kterému získáváme životní zkušenosti. Na světě stárne všechno a všichni. Tento proces nelze zastavit a je to tak spravedlivé. Pomalým, ale nezadržitelným tempem se člověk ocitne v životním období nazývaném stáří. Jak už bylo zmíněno, za ranné stáří se v dnešní době považuje věk 60-74 let. V tomto věku ještě existuje vysoké procento pracujících lidí, protože se posunula hranice důchodového věku. Někteří lidé ještě budují kariéru, cestují po světě, sportují, vzdělávají se, stávají se babičkami a dědečky, ale někteří muži dokonce otcí. Pro většinu z nich najednou odpadla starost s výchovou i hmotným zabezpečením svých dětí a přibyla možnost realizovat své sny nebo nesplněné záměry, na které dosud nebyl čas. Ranné stáří bych osobně nazvala „starší dospělostí“, kdy člověk může žít jako v produktivním věku, ale už se častěji potýká se zdravotními potížemi, ať už fyzického či psychického rázu. Vyrůstá procento seniorů, kteří

jsou lépe finančně a zdravotně zabezpečeni. Proto je jejich život kvalitnější. Myslím si, že jestli zdravotní stav dovolí, lze stáří prožít aktivně a šťastně.

V období vlastního stáří, tedy v 75-89 letech, je život lidí často komplikován zdravotním stavem. Ve svém okolí se setkávám často s lidmi, kteří potřebují pomoc druhé osoby, stávají se v každodenním životě závislími na svých rodinách nebo pečovateli. Toto období není často moc optimistické a veselé. Ale znám i výjimky – seniory s vysokou inteligencí i v tomto pozeňnaném věku, kteří mohou své zkušenosti a moudra předávat mladším a jejich životní rozhled je přínosem pro jejich okolí.

2.3 Senior, geriatrický pacient

Podle Kalvacha se senioři mohou dělit do tří skupin podle funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotnických služeb. Do první skupiny se řadí zdatní senioři, kteří mají výbornou výkonnost. Zdravotnické diagnostické a terapeutické postupy se nemusí lišit od postupů pro pacienty mladšího věku. Tato skupina seniorů nepotřebuje geriatrickou péči, ale důležité jsou preventivní prohlídky. Druhou skupinou jsou nezávislí senioři, jenž běžně nepotřebují pečovatelskou nebo ošetřovatelskou službu. Někdy mívají zhoršenou kondici vlivem zátěže jako je infekce, operace nebo jiné závažné onemocnění. Do třetí skupiny patří křehcí senioři. Ti už mohou být ohroženi rizikem pádů, psychickou labilitou, arytmiemi, poruchou kognitivních funkcí a dalšími onemocněními typickými pro vyšší věk. Křehcí senioři už většinou potřebují a využívají zdravotnické i sociální služby, domácí péči aj. (Kalvach, Zadák, Jirák, 2004)

Holmerová (2007 b, 27 s) ve své knize popisuje geriatrického pacienta následovně: Je to starší pacient - většinou 70 let a více, kdy jeho onemocnění komplikují další polymorbidity³, které mají vliv na diagnostiku, terapii a rehabilitaci. U geriatrického pacienta také hrozí riziko zhoršené nebo úplné ztráty soběstačnosti, kvalitativní poruchy vědomí, imobility, dehydratace atd. Tento pacient potřebuje i specifický přístup.

Onderková s Kalvachem (2006) zdůrazňují, že člověk překračující hranice stáří se neřadí automaticky do kolonky „geriatrický pacient“. Ukazatelem by se neměl stát věk, ale křehkost a profit ze specifického geriatrického režimu s prevencí geriatrického hospitalismu. Také popisují, jak je seniorská populace velmi různorodá. Lidé vyššího věku

³ Polymorbidita znamená přítomnost více chorob současně. (Velký lékařský slovník, 2006)

se mezi sebou výrazně liší věkem, zdravotním stavem, rodinnou situací, funkční zdatností, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi, genetickými vlohami a dalšími okolnostmi. Tento výčet nám dokazuje, že pojem senior je velice široký a různorodý.

2.4 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce nejprve přiblížím ze svého pohledu a pak nabídnu odborné poznatky renomovaných specialistů.

Díky nim můžeme přemýšlet o různých věcech, jako např. co by pro nás bylo nejlepší, jak můžeme naplánovat program hodinu po hodině, den po dni. Když se vyskytne problém, dokážeme jej řešit. Řešení nemusí být vždy správné, ale tato zkušenost nás opět zavede dál a příště se chyby (možná) vyvarujeme. A co paměť? I ta je pro nás velmi důležitá. Zapamatování si seznamu, co dnes musíme nakoupit, vyřídít, udělat je pro nás každodenní rutina, kterou ani nevnímáme. Pomáháme si zápisky, diáři, seznamy a tím vlastně ulehčujeme naší paměti, která bývá často přetěžována naším hektickým způsobem života. Naštěstí paměť má tu schopnost některé události či informace vytěsnit a tím nás opět staví do situace, kterou musíme vyřešit, protože jsme „něco“ jednoduše vymazali z paměti. Schopnost vyznat se ve městě, v obchodním centru nebo v lese a nakonec dorazit domů v určitý čas je pro nás také podstatná a neopomenutelná. Ne každý má ten dar orientace a občas zabloudí i na známých místech, což není pro nikoho příjemné a bere to jako svoji slabinu. Jako samozřejmost bereme i to, že ráno vstaneme, oblékneme se podle potřeby, provedeme ranní hygienu, připravíme si snídani, sbalíme si s sebou potřebné věci a vyrážíme do nového dne s očekáváním, co nás potká.

Ale co když jednoho dne ztratíme schopnost provést některou činnost z vyjmenovaného?

Všechny tyto schopnosti a funkce považuje zdravý člověk za samozřejmost. Pomáhají mu v každodenním životě mnohokrát denně a nikomu to nepřipadá jako něco výjimečného. Možná ale jen do té chvíle, než se některé z těchto schopností oslabí.

Kognitivní schopnosti nám umožňuje mozek. Tyto funkce patří mezi základní funkce našeho mozku. (Klucká, Volfová, 2009)

„Kognitivní (poznávací) funkce jsou ty funkce, které umožňují výběr a zpracování informací tak, abychom se přizpůsobili svému okolí, svému prostředí. Mezi kognitivní funkce náleží

recepce- příjem informací, jejich podržení, třídění, integrace, dále paměť a učení, myšlení, expresivní funkce (řeč, kreslení, mimické vyjadřování).“ (Kalvach, 2004, 184 s.)

Na specializovaném informačním servisu psychoservice.eu se kognitivní funkce popisují takto- jedná se o slovo odvozené z latiny cognosco = poznávám, dozvídám se- jsou to funkce, jimiž člověk poznává sám sebe, své okolí a vytváří mezi sebou a okolím určité vztahy. V žádné odborné literatuře, kterou jsem studovala, jsem nenalezla stejný seznam všech kognitivních funkcí. Vždy se seznam lišil. Na psychoservice.eu poukazují na shodu v různých publikacích u kognitivních funkcí vyhrazených „pouze mozku“- to je pozornost, paměť a myšlení. Už mnohem méně se jednotně vyskytují: vnímání, plošná představivost, prostorová představivost, vizuomotorická koordinace, reakce na různé typy podnětů, vizuokonstrukční schopnost, lateralita⁴, řeč, čtení, počty, grafomotorika, exekutivní funkce⁵, komplexní funkce zprostředkované především frontálním lalokem mozku. (www.psychoservice.eu)

V dalším textu se více a odborně zaměřím na deficit kognitivních funkcí a jejich lokalizaci v mozku. Dále přiblížím pouze některé kognitivní funkce. Nedá se jednoznačně určit, které funkce jsou důležitější než ostatní. Blíže budu charakterizovat paměť a pozornost.

Klucká s Volfovou (2009, 13 s.) poukázaly na stav, kdy se kognitivní funkce z nějakého důvodu oslabí (např. stářím, úrazem centrálního nervového systému, psychickým onemocněním). Tím se ztrácí i část našeho já. Potom se můžeme cítit nejistě a méněcenně. Běžný každodenní život najednou těžko zvládáme, někdy můžeme i selhat. Domnívám se, že v tento moment je důležité, jestli si změnu uvědomíme a vyhledáme odbornou pomoc.

Krivošíková (c 2009) uvádí, že nejčastěji se kognitivní funkce poškodí při traumatickém poranění hlavy, při cévní mozkové příhodě, roztroušené mozkomíšní skleróze, virové encefalitidě, Parkinsonově chorobě a demencích.

V nejrůznějších novinách a časopisech se můžeme dočíst, jak lékaři díky možnostem současné medicíny dokážou lidský život zachránit a prodloužit i v případech, které byly dříve smrtelné. Tím přibývá i seniorů, u kterých se s rostoucím věkem vyskytují poruchy paměti, orientace a někteří se nevyhnou ani diagnóze demence. Tato situace více a častěji vyžaduje od terapeutů (ergoterapeutů, fyzioterapeutů, psychoterapeutů) a dalších odborníků speciální

⁴ Lateralita znamená dominance nebo preference jedné strany (www.wikipedia.cz)

⁵ Výkonné funkce, které zajišťují vykonávání běžných denních činností, např. plánování, výběr oblečení (Velký lékařský slovník, 2006)

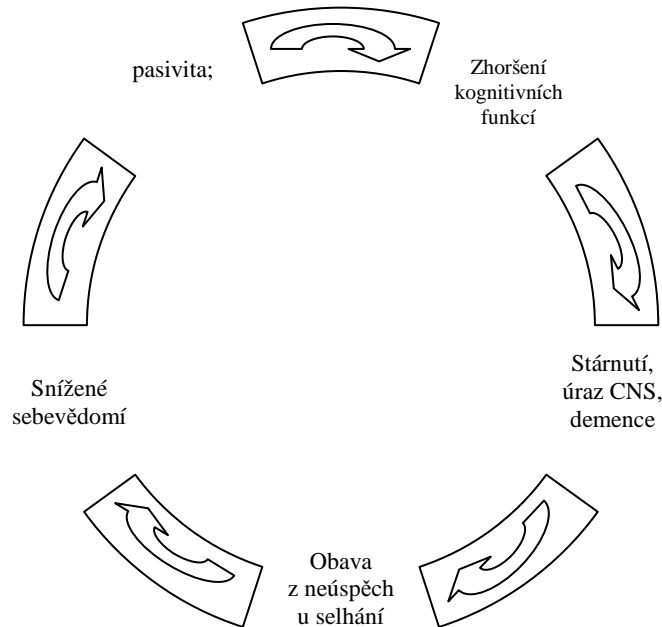
péči o pacienty s kognitivní poruchou.

Dále Klucká s Volfovou (2009) velmi zdařile znázornily a popsaly bludný kruh zhoršování kognitivních schopností. Při procesu stárnutí se oslabují také duševní schopnosti. Tak jako tělesná schránka i duševní schránka podléhá involuci⁶. Jestliže se kognitivní funkce poškodí, zhorší se vštipivost a výbavnost paměti, zpomalí se i řešení úkolů. Slovní zásoba se stává chudší. Všechny tyto změny u člověka zvyšují strach z neúspěchu, snižují sebevědomí a to člověka většinou staví do pozice pasivity, která ještě více prohlubuje počáteční obtíže. Tak vlastně vzniká bludný kruh při zhoršení kognitivních schopností. Důležité je co nejdříve bludný kruh přerušit. Nejlépe se to provádí v oblasti pasivity, která je místem nejmenšího odporu. Když se pasivita přemění v aktivitu, jedinec může zjistit, že mnoho činností zvládne a další se může opět naučit. Díky aktivitě se může opakovaným cvičením zlepšit vštipivost i výbavnost paměti, obohatit slovník a vyřešit úkoly. Člověk tak prožívá úspěchy, které vedou ke snížení strachu z neúspěchu a zvyšuje se jeho sebevědomí. Řetězec vede k pocitu smysluplnosti a osobní integritě.

⁶ Involute znamená zmenšení orgánu přirozenými změnami (např. stárnutím). (Velký lékařský slovník, 2006)

Obrázek č. 1

Bludný kruh zhoršování kognitivních funkcí



Zdroj: Klucká a Volfová (2009): Kognitivní trénink v praxi

2.4.1 Paměť

Podle mého názoru je paměť prostředek, který ukládá naše informace a znovu je v případě potřeby vybavuje.

Ambler (2004, 479 s) definoval paměť takto: „*Je jednou ze základních funkcí utvářejících lidské vědomí ve filozofickém smyslu slova, spojuje přítomnost s minulostí a spoluvytváří tak nepřetržitý proud myslí.*“

Krivošíková (2009 a) upozorňuje, že paměť je velmi úzce spjata s pozorností a vnímáním. Dříve než si člověk danou věc zapamatuje, je třeba na ni zaměřit pozornost a také musí proběhnout procesem vnímání.

Paměť lze z kognitivního hlediska rozdělit na deklarativní a nedeklarativní. (Rusina a Hort, 2007, 30 s)

Deklarativní (také se označuje jako explicitní) paměť je to, co si můžeme a dovedeme

vědomě vybavit (např. tváře, fakta, jména). Deklarativní paměť se skládá ze složek: sémantické (paměť na fakta a znalosti, jsou to odpovědi na otázky „Kdo? Co?“) a epizodické (prostorové a časové údaje, odpovědi na otázky Kde? Kdy? Jak?). (Rusina a Hort, 2007, 30 s)

Nedeklarativní paměť, která se nazývá i procedurální či implicitní, nelze vědomě vybavit a nemůžeme ji popsat. Díky této paměti umíme např. lyžovat, jezdit na kole, číst, psát. (Rusina a Hort, 2007)

Paměť můžeme rozdělit i z časového hlediska. Pro klinické účely se paměť dělí na okamžitou, krátkodobou (nazývaná i recentní) a dlouhodobou paměť. Pro dělení paměti z časového hlediska neexistuje jednotné pojetí, které by bylo všeobecně uznáváno. (Rusina a Hort, 2007, 56 s). I rozlišování složek paměti se používá z důvodu zjednodušení, které nám pomáhá pochopit složité mentální děje odehrávající se v mozku. Dělení je často rozporuplné a neodpovídá plně skutečnosti, protože mozek pracuje nepřetržitě a jednotlivé složky paměti se překrývají. (Ambler a kol., 2004, 479 s)

Pro názornost uvedu délku jednotlivých typů paměti s jejich stručným popisem:

Okamžitá paměť slouží pouze pro okamžitou potřebu a uchovává jen takové množství informací, kolik v dané chvíli obsáhne pozornost. Okamžitá paměť trvá pouze několik vteřin i méně. Pacient s poruchou pozornosti bude mít problém zaznamenat nové informace, ale starší vzpomínky si dokáže vybavit. (Ambler a kol., 2004)

Krátkodobá paměť slouží pro bezprostřední použití dat a zaznamenává informace jen po dobu desítek vteřin až několika minut. Krivošíková (2009 a) dodává, že novější výraz *krátkodobá paměť* se užívá při aktivním zpracování dat a také obsahuje dvě vzájemně závislé funkce a to uchování a zpracování informací. Data v paměti dokážeme uchovat tak dlouho, dokud je nepoužijeme. Jako příklad uvádí vyřešení početního příkladu z hlavy nebo zapamatování si telefonního čísla, dokud ho nevytočíme.

Dlouhodobá paměť dokáže uchovat informace po dobu několika minut až let i celý život. Podle Amblera (2004): „*Dlouhodobá paměť umožňuje vybavit si prožitky a zkušenosti ze vzdálenější minulosti.*“ Pro lepší představu ji můžeme rozdělit na recentní paměť (ukládá nedávné informace), trvalou paměť (staré vzpomínky: dětství, dovolená apod.) a všeobecné fakta (historická data, zeměpisné údaje atd.). Podle Krivošíkové (2009 b) si nově získanou informaci z krátkodobé paměti přesuneme do dlouhodobé paměti především pomocí opakování a praxí. Naopak bez procvičování hrozí největší ztráta informací v prvních dnech. Dále popisuje, jak se informace postupně zpracovávají v dlouhodobé paměti.

Tento děj probíhá ve třech fázích. První fáze se nazývá kódování a je to proces, který probíhá v momentě učení. Vytvoří se paměťová stopa z informací z krátkodobé paměti.

Další fází je uchování informace v paměti. Zde není jasná délka trvání. Jestliže neposilujeme získaná data, následuje zapomínání, což je obranný proces proti přetížení. Třetí a poslední fáze se nazývá opětovné vyvolání. Při tomto procesu se zaktivuje daná paměťová stopa v momentě potřeby a člověk si vybaví např. telefonní číslo. (Křivošíková, 2009 b)

2.4.2 Pozornost

Jak jsem uvedla výše, pozornost je velmi úzce spojena s pamětí, ale i s jinými ději.

Kopeček ve své přednášce napsal: „*Pozornost nemá obsah, ale je funkčně spojena se všemi psychickými procesy (vnímáním, emocemi, myšlením)*.“ (www.miloslavkopecek.cz)

Dále jmenuje vlastnosti pozornosti – fluktuace⁷, rozsah, koncentrace, trvání, distribuce a selektivita.

Díky selektivitě⁸ vybereme jen podněty, které jsou pro nás v tu chvíli důležité. Během dne jsme zaplaveni velkým množstvím podnětů. Nemůžeme vnímat všechny podněty najednou. Není možné, abychom reagovali na všechno, řešili mnoho problémů naráz, proto si dokážeme cíleně vybrat jen některé podněty z celkového množství. Tento výběr nám zajišťuje selektivita. (Klucká, Volfová, 2009)

Další vlastností pozornosti je koncentrace. Koncentrujeme se při běžném rozhovoru, na poradě nebo při učení překvapivě pouze po dobu několika sekund (někdy i déle). Jestliže dokážeme provádět dvě činnosti najednou (např. poslouchat hudbu a vést rozhovor), umíme rozdělit pozornost. Této vlastnosti říkáme distribuce⁹. Čím více je každá prováděná činnost jednodušší nebo zautomatizovaná, tím snadnější je distribuce pozornosti. (Klucká, Volfová, 2009)

Více popíší funkce frontálního laloku, protože tato část mozku je centrem kognitivních a exekutivních funkcí, díky kterým jsme schopni fungovat v našem životě a světě.

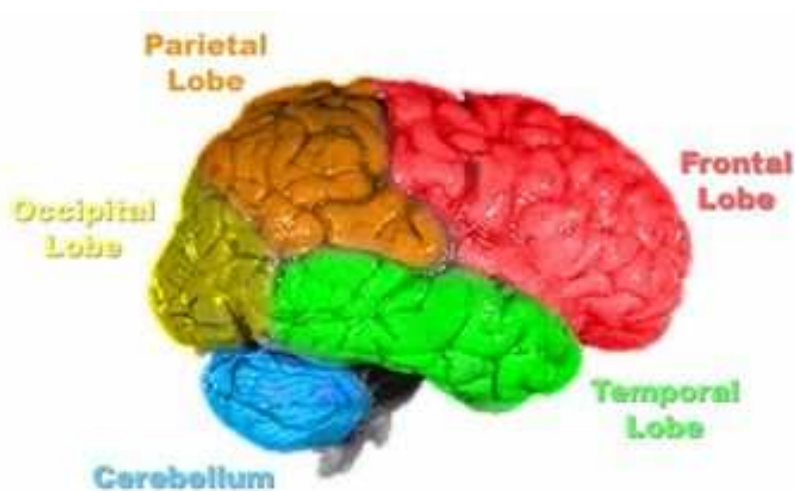
⁷ Fluktuace je kolísání, stálá změna (Velký lékařský slovník, 2006)

⁸ Selektivita = výběrovost (Velký lékařský slovník, 2006)

⁹ Distribuce = rozdělení, rozložení (Velký lékařský slovník, 2006)

2.5 Frontální lalok

Obrázek č. 2



Zdroj: www.navajo.cz

Koncový mozek se skládá ze dvou polokoulí (hemisfér) – pravé a levé. Povrch hemisfér tvoří mozková kůra, která je zbrázděna závití. Mezery mezi závití mozkové kůry jsou brázdy, které rozdělují obě hemisféry na čtyři laloky. Podle typických brázd se každá hemisféra dělí na: Frontální lalok (na obrázku popis: Frontal Lobe), parietální lalok (Parietal Lobe), temporální lalok (Temporal Lobe), okcipitální lalok (Occipital Lobe). (www.gsospg.cz)

Frontální lalok se považuje za nejsložitější část lidského mozku. Jeho funkcí je realizace nejsložitějších aspektů myšlení a hlavně uceluje osobnost člověka. Díky frontálnímu laloku dokážeme propojovat emoce, úsudky, představivost i své chování. Také zajišťuje koordinaci složitých pohybů a plánování. (<http://cogn.uhk.cz>)

Rozlišují se tři hlavní funkční oblasti frontálního laloku- dorsolaterální, mediální a orbitofrontální. Při postižení frontálního laloku dochází k poruše chování a osobnosti. Ale velmi záleží na lokalizaci léze. (<http://camelot.lf2.cuni.cz>)

Při poškození mediálních oblastí kůry frontálního laloku dochází k psychickým změnám, které mohou vyústit až do prefrontálního „komatu“. Pacient s postiženou orbitofrontální oblastí ztratí sociální chování a zábrany. To se vyznačuje vulgárním vtípkováním zvané moria, hypersexualitou a gatismem (neudržování osobní hygieny). Tento stav může skončit až demencí. Největší částí frontálního laloku je dorsolaterální oblast. Zapojuje se hlavně do kognitivních funkcí. Při poškození této části vzniká dysexekutivní syndrom (také nazývaný syndrom frontálního laloku) s neschopností plánovat, logicky

uvažovat, vybavovat si nabyté znalosti a řešit jednoduché úkoly, při kterých je potřeba představitost. (<http://camelot.lf2.cuni.cz>)

Pacienti nejsou schopni vytvořit cílenou činnost, těžko se učí novým věcem, mají problémy s pamětí a ztrácejí iniciativu. (Pfeiffer, 2007)

2.6 Demence

Mám zkušenosti s tím, že demence jsou jednou z příčin porušení kognitivních funkcí u seniorů a ergoterapeuté se s těmito pacienty stále více setkávají ve své praxi. Určitě na tuto situaci má vliv i fakt, že čím je člověk starší, tím vzrůstá riziko onemocnění a zdravotních potíží. Je prokázáno, že se zvyšujícím se věkem dochází k některým metabolickým, morfologickým i funkčním změnám v centrálním nervovém systému.

Proto jsem se zaměřila na popis několika typů demencí, které jsou podle mého uvážení u seniorů ty nejčastější.

Nejprve přiblížím pojem demence, dále nastíním rizikové faktory u demencí, jejich následky a diagnostiku.

Preiss (2006) vysvětluje demenci takto: *„Získaná ztráta kognitivních schopností s dopadem na kvalitu fungování člověka v oblasti sociálních, pracovních a běžných každodenních aktivit. Bývají přidruženy změny behaviorální a osobnostní; jedná se o syndrom příznaků, který vzniká z různé etiologie.“*

Hrdlička (1999, 27 s) uvádí informace přesvědčující o závažnosti demence. Podle světových průzkumů se zjistilo, že minimálně 5% obyvatelstva ve věku 65 let trpí demencí. Ale už nad 80 let je postiženo nejméně 20% obyvatel.

Podle Preisse (2006) jsou demence jedním z okruhu nemocí, jejichž prevalence¹⁰ a incidence¹¹ vzrůstá s věkem. Dále popisuje, že v dnešní době se jako nejčastější typ tohoto onemocnění vyskytuje demence při Alzheimerově chorobě, která tvoří přibližně 65-75 % všech demencí. Demence je získaná ztráta kognitivních schopností, která snižuje kvalitu života člověka v oblasti sociálních, pracovních a běžných denních aktivit. Kognitivní deficity jsou přítomny v bdělém stavu a musejí trvat déle než šest měsíců.

¹⁰ Počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu (Velký lékařský slovník, 2006)

⁹ Počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období (Velký lékařský slovník, 2006)

Jak píše Holmerová (2007 a) rizikovými faktory pro demenci jsou věk, pohlaví, rodinný výskyt, vzdělání, cévní mozková porucha a vaskulární onemocnění, kouření, alkohol, poranění hlavy, deprese, infekční onemocnění, protizánětlivé léky a hormonální substituční léčba, deficit vitamínů a tělesná i duševní aktivita. Dále upozorňuje na fakt, že demence nepředstavují jen poruchu kognitivních funkcí, ale dochází i ke změnám chování a široké psychiatrické symptomatologii. To vše vede ke snížení soběstačnosti, což má sociální dopad pro jedince i jeho rodinu. Všechny složky jsou vyjádřeny ve schématu, které často používá anglosaská literatura.

- A. activities of daily living (porucha soběstačnosti)
- B. behaviour (behaviorální a psychiatrická symptomatologie)
- C. cognition (porucha kognice)

Demence vede ze začátku k poruchám soběstačnosti v instrumentálních aktivitách (např. schopnost používat telefon, nakupovat, uvařit si jídlo) a později v sebeobslužných činnostech (např. koupání, oblékání, stravování, používání toalety).

Behaviorální a psychologické příznaky mohou často předcházet poruchy v soběstačnosti. Mohou to být významné a výrazné změny, které se projevují nevhodným chováním, odbržděností a dalšími projevy z důvodu postižení frontálního laloku (viz níže u kapitoly Frontální lalok) nebo „pouze“ úzkostí, poruchami spánku a depresivitou.

Kognitivní změny se projevují poruchami paměti, soustředění, myšlení, orientace, řeči. Když si pacient tyto změny na sobě uvědomí, možnost onemocnění demencí je důvodem k tomu, že se jde se svou obavou svěřit lékaři. (Holmerová, 2007 a, 17 s)

Správně diagnostikovat demenci je většinou velmi složité. Pacient musí podstoupit několik vyšetření, která může provést praktický lékař a některá pouze specializovaný lékař. U každého pacienta, který trpí kognitivním deficitem by se měl alespoň provést Mini-Mental-State Examination test a CT mozku. *„Základem je podrobná anamnéza, základní neurologické a interní vyšetření, provedení některých laboratorních testů a neuropsychologické zhodnocení pacientova stavu.“* (Rektorová, 2007, 12 s)

2.6.1 Demence Alzheimerova typu (DAT)

Tato demence je primární atroficko- degenerativní onemocnění mozku, které má

nejasnou etiologii¹². V dnešní době se řadí mezi nejčastější příčinu demencí ve světě. K diagnostice je potřeba použití mnoha metod (např. neurologické, zobrazovací, neuropsychologické, laboratorní,..) (Preiss, 2006, 123 s.)

Koukolník s Jirákem sepsali kritéria pro diagnózu demence Alzheimerova typu. Do kritérií patří: diagnóza demence určená klinickým vyšetřením a doložená z testu demence (např. MMSE), dále potvrzená neuropsychologickým vyšetřením, porucha dvou nebo více poznávacích funkcí, progresivní horšení paměti nebo jiných kognitivních funkcí, vědomí zachováno, onemocnění začíná nejčastěji po 65. roce věku, jiné systémové onemocnění nebo onemocnění mozku není přítomné. (Koukolík a Jiráček, 1998)

Hort a Rusina (2007, 167 s) dodávají, že typickým projevem u DAT je anterográdní amnézie¹³. Postižení paměti se týká jak ve vstřípivosti, tak ve výbavnosti paměťových stop. Dlouhodobá paměť bývá zachována i v pozdních stádiích nemoci. Různě je narušena epizodická i sémantická paměť. Zachovalá bývá naproti tomu implicitní paměť, která nelze vědomě vybavit.

Holmerová (2007 a, 39 s) upozorňuje, že DAT se projevuje zpočátku plíživě a postupně progreduje. Při tomto procesu se zničí nervové buňky a jejich spojení. Tím se poškozuje funkce mozku. Je porušena paměť, pozornost a schopnost soustředění. Také řeč je postižena, zjednodušuje se. U pacientů můžeme sledovat změnu nálady a chování. S prodlužujícím věkem se výskyt DAT zvyšuje. Toto onemocnění stále nelze vyléčit, pouze se dají zmírnit příznaky díky vhodným lékům. DAT se může rozdělit na tři stádia podle závažnosti. (35 s). U DAT rozlišujeme dvě formy- familiární, která je vzácná a sporadická (obecná), která je ve většině případů, typické u osob vyššího věku.

Pfeiffer (2007) ve své publikaci uvádí další dělení demence Alzheimerova typu na presenilní (před 65. rokem života) a senilní (po 65. roce života). Také říká, že čím později onemocnění vzniká, tím hůře se rozpozná od normálního stárnutí.

2.6.2 Vaskulární demence

Vaskulární demence se také nazývá arteriosklerotická demence a je druhou nejčastější demencí. Tento typ demence se liší od demence Alzheimerova typu (DAT) průběhem, který může být náhlý nebo probíhá v etapách. Jsou zde typické amenní stavy, relativně

¹² Etiologie je příčina nemoci. (Velký lékařský slovník, 2006)

¹³ Částečná nebo úplná ztráta paměti na období po vzniku úrazu. (Velký lékařský slovník, 2006)

zachovalá osobnost, emoční labilita, někdy se vyskytují deprese, hypertenze a psychické symptomy. Uvádí se, že pacienti trpící vaskulární demencí bývají kritičtí ke svému stavu než pacienti s DAT. (Hrdlička, 1999, 29 s)

Preiss (2006) uvádí, že *„vaskulární demence je definována jako kognitivní deficit, vznikající na podkladě cévního onemocnění mozku.“*

K odlišení vaskulární demence a primárně degenerativních demencí se používá škála, kterou vypracoval Hachinski s kolektivem v roce 1975. Dále je pro získání dat důležité provedení anamnézy, neurologického a psychického vyšetření. Data vyhodnocuje lékař. (Topinková, 1999, 76 s.)

2.6.3 Demence s Lewyho tělísky (DLT)

Tento druh demence se vyznačuje společnými rysy jak demence Alzheimerova typu, tak Parkinsonovy choroby. Je to jedna z nejčastějších příčin demence. Onemocnění popsal F.H. Lewy v roce 1912. DLT se projevuje poměrně rychlým začátkem a relativně rychlým tempem progreduje a pak se stav může na dlouhou dobu (i roky) stabilizovat. Zde je zajímavé, že klinický obraz se mění velmi náhle—během dní i hodin. *„Výrazné jsou změny pohybu, hypertonicko-hypokinetický syndrom, zpomalení, svalová ztuhlost, třes, šouravá chůze, setřelá mimika, slabý a relativně vyšší hlas.“* (Holmerová, 2007 a, 43 s) Pacient většinou trpí prostorovou orientací i když je paměť dlouhou dobu v pořádku. Dále celková nevěle, slabost, zrakové halucinace, neklidný spánek. Onemocnění trvá několik let a opět se řeší hlavně farmaky. (Holmerová, 2007 a, 43 s)

Kritéria pro DLT musí kromě demence splňovat přítomnost alespoň jednoho až dvou z těchto tří kritérií: extrapyramidový systém, zrakové halucinace, kolísavý průběh. U DLT bývá porušena i krátkodobá paměť a soustředění. (Rusina a Hort, 2007, 179 s)

2.6.4 Demence u Parkinsonovy choroby

U pacientů s Parkinsonovou chorobou vzniká větší riziko rozvoje demence než u ostatních lidí. Jen u 10 až 30% pacientů s Parkinsonovou chorobou se demence rozvine. Klinický obraz je různý. Dochází k poruše myšlení, paměti a exekutivních funkcí. U některých pacientů se může objevit ulpívání nebo impulsivnost, také může docházet k výbuchům vzteku či agresivity nebo zpomalení řeči. Demence zhoršuje prognózu u Parkinsonovy choroby

až o 5 let. (Holmerová, 2007 a, 44 s)

2.7 Testy

Stav nebo deficit kognitivních funkcí se může posoudit, měřit a hodnotit díky vytvořeným specializovaným testům, které mohou aplikovat nejčastěji odborníci jako (neuro)psycholog, neurolog, psychiatr.

Ve své práci jsem se zaměřila na dva screeningové testy, které mohou ve své praxi používat ergoterapeuti. V první řadě popisuji test MEAMS (The Middlesex Elderly Assessment of Mental State) a jako druhý přiblížím test MMSE (Mini-Mental State Examination).

Protože se moje bakalářská práce zaměřuje na specializované testy, které jsou i standardizované, rozhodla jsem se začlenit malou kapitolu o vlastnostech standardizovaných testů.

2.7.1 Vlastnosti standardizovaných testů

Podle Ferjenčíka (2000) standardizované testy musejí splňovat několik požadavků. Mezi základní požadavky řadíme standardnost, objektivitu, reliabilitu a validitu.

Standardností se rozumí stejný přístup při zadávání testu, při jeho vyhodnocování a interpretování. Bez standardnosti by se nemohly porovnávat výkony. Test udává způsob podávání instrukcí a administrátor je musí dodržovat. Standardizované testy obsahují manuál, ve kterém jsou informace o vlastnostech testu, o jeho správném vyhodnocení a další položky. Do standardnosti se řadí i tvorba a používání norem testu. (Ferjenčík, 2000)

Objektivita testu znamená, když administrátor nemůže ovlivnit jaké skóre bude zkoušejícímu přisouzeno. (Ferjenčík, 2000)

Reliabilita je pojem, kterým se rozumí spolehlivost, se kterou test mění to, co měří. (Ferjenčík, 2000)

Validita lze popsat jako míra shody mezi naměřenými výsledky a daným kritériem. Tedy „do jaké míry měří test skutečně to, co jsme chtěli, aby měřil.“ (Ferjenčík, 2000). Dále autor uvádí fakt, že pro validitu testu je podmínkou jeho reliabilita. Může existovat reliabilní, ale nevalidní test. Opačně to nelze.

Krivošíková (d 2009) přidává další vlastnosti standardizovaných testů, kterými jsou ekonomičnost, skórovatelnost a proveditelnost. Ekonomičnost testu vyjadřuje jeho časovou úsporu. V podstatě administrátor chce změřit co nejvíce v co nejkratším časovém úseku. „Skórovatelnost testu by měla být co nejjednodušší.“ Dále bodování testu by také mělo být jednoduché, rychlé a jednotné. Návod k vyhodnocení testu by neměl být složitý. Pro rychlejší skórování se uplatňují různé grafické úpravy (např. šablony). Proveditelnost testu znamená, že lze provést ve většině situací. Zadání testu má být co nejjednodušší a nejsrozumitelnější.

2.7.2 MEAMS

MEAMS (Hodnocení mentálního stavu starších osob) je screeningový test pro zjištění hrubého poškození kognitivních funkcí u seniorů. Test má sloužit jako pomůcka klinických psychologů, psychiatrů, lékařů, ergoterapeutů, logopedů a dalším odborníkům, kteří pracují se seniory. Test pomáhá rozlišovat funkční onemocnění od kognitivní poruchy, která vznikla na organickém podkladě. MEAMS zkoumá díky svým subtestům hlavní oblasti kognitivního výkonu. Není to test inteligence a každý člověk staršího věku by měl test provést bez ohledu na jeho stupeň inteligence. Testy jsou velmi citlivé na funkčnost různých oblastí mozku. Každý test zodpovídá za různý stupeň mentálních schopností. Test prozradí, jestli zde existuje důvod myslet si, že určité oblasti mozku jsou v horším funkčním stavu než je norma a jestli je či není potřeba doporučit osobě další vyšetření. V rámci MEAMS existují dvě verze, které se značí „Verze A“ a „Verze B“. Každá verze obsahuje dvanáct subtestů. (Evelyn Golding, 1989)

MEAMS vyžaduje, aby osoba vykonala řadu jednoduchých úkolů, z nichž je každý vytvořen tak, aby testoval jednotlivě aspekt současných kognitivních funkcí. Tyto úkoly jsou sdruženy do 12 subtestů, každý z nich má skóre. Třídící skóre 0 (neuspěl) nebo 1 (uspěl) je přiřazeno ke každému subtestu. Tyto subtesty jsou citlivé na fungování odlišných částí mozku, umožňují oddělené hodnocení percepčních dovedností, paměti, jazyka a výkonných funkcí. (Tennant a kol., 2006)

MEAMS je v současnosti běžněji používán pracujícími terapeuty než doktory. Kromě oblastí pokrytých MMSE má komponenty vytvořené k určení funkce frontálního a pravého parietálního laloku (verbální plynulost, motorická perseverace, vnímání neúplných písmen). Vyžaduje to použití specializovaných obrázkových karet k jeho dokončení. Subtesty jsou hodnoceny způsobem všechno nebo nic. Což může být důvodem některých sledovaných

problémů spolehlivosti opakování testů. (Woodfoord, George, 2007)

Test hodnotí tyto položky

Orientace, zapamatování, pojmenování, chápání, zapamatování obrázků, počítání, prostorová konstrukce, vnímání zlomků písmen, neobvyklé záběry, obvyklé záběry, verbální plynulost, motorická perseverace.

Popíši jednotlivé subtesty, které dohromady vytvářejí test MEAMS. Čerpala jsem z manuálu autorky tohoto testu Evelyn Golding.

Popis jednotlivých subtestů

1. Orientace

V tomto subtestu je napsáno několik otázek, které jsou sestaveny tak, aby zjistily pacientovu orientaci v čase a v prostoru. Jsou to otázky týkající se jména pacienta, jeho věku, datumu narození aj. Zdravému člověku tyto otázky nemají činit potíže. Výjimkou je pouze datum, kde stačí pro splnění správný měsíc a rok.

2. Zapamatování jmen

Zde se pacientovi ukazuje fotografie a pojmenovává se zobrazená osoba. Pacient má za úkol jména opakovat, zapamatovat a znovu vybavit při pozdějším požádání. Tento test je schopný citlivě odhalit paměťové poruchy organického původu.

3. Pojmenování

Problémy s pojmenováním jsou nejrozšířenější v oblasti jazykových poruch. V tomto testu se po testované osobě požaduje, aby pojmenoval běžné předměty (hodinky, jejich pásek a přezku nebo sponku na pásku). Zdraví starší lidé nemají s pojmenováním obtíže.

4. Chápání

Pacient má za úkol pojmenovat tři věci na základě tří verbálních popisů. Zdravý člověk všechny tři věci pojmenuje správně, ale u osob s poruchami chápání nebo vyjmenování slov se nejspíše vyskytnou určité problémy.

5. Zapamatování obrázků

Pacientovi se postupně ukáže deset obrázků, na kterých je perokresbou nakreslený běžný předmět. Pacientův úkol je kresbu pojmenovat a zapamatovat si ji. Dále se pokračuje tak, že terapeut později ukáže pacientovi dvacet obrázků a ten je vyzván, aby poznal předchozích

deset kreseb. Tento test je velmi citlivý na paměťové poruchy.

6. Počítání

Testovaná osoba musí provést několik jednoduchých matematických úkolů. Jsou to dva příklady na sčítání a dva na odčítání. Zdravý člověk dokáže příklady vypočítat bez potíží. Ve zkušební studii se prokázalo, že tento test má vysokou citlivost pro zjišťování demence.

7. Prostorová konstrukce

V tomto testu se po pacientovi žádá nakreslení čtverce a potom okopírování čtyřcípé hvězdy. Skoro všechny osoby, jestliže netrpí těžkou demencí, jsou schopné nakreslit čtverec. Tím se zjistí, zda pacient pochopil zadání. Nakreslení hvězdy zvládnou skoro všechny zdravé osoby, ale pro osoby s organickým poškozením mozku je to velmi problematické.

8. Vnímání zlomků (útržků) písmen

V testu se zjišťuje schopnost testované osoby vnímat předmět, který je zobrazený v neúplné a útržkovité formě. Pacient musí nejdříve pojmenovat písmena, která jsou zobrazena správně a čitelně. Další tři písmena jsou vytištěná neúplně, útržkovitě. Za neúspěch se považuje, jestliže se pacient splete v jednom ze tří neúplně vytištěných písmen.

Pacient s poruchou řeči může písmeno nakreslit, protože zde se testuje schopnost vnímání, ne pojmenování. Subtest je velmi citlivý u pravostranného poškození parietálního laloku.

9. Neobvyklé záběry

Tento subtest obsahuje skupinu obrázků různých předmětů, které jsou vyfotografované z neobvyklého úhlu. Pacient má za úkol předměty poznat a pojmenovat. Pokud má pacient problémy předmět pojmenovat, může předmět označit pomocí gest nebo popisem jeho použití. Za splnění subtestu se považuje poznání dvou ze tří předmětů. Jestliže pacient neurčí ani jeden předmět z neobvyklého záběru, postupuje se na subtest 10. V desátém subtestu jsou předměty vyfotografované v normálním úhlu záběru. Tento percepční subtest je citlivý u pravostranného poškození mozku.

10. Obvyklé záběry

Tento test je podobný předešlému subtestu. Pacient, který dokáže poznat předměty v normálním úhlu záběru, na rozdíl od předmětů vyfotografovaných v neobvyklém úhlu, bude mít spíše problém percepce než sensorickou poruchu nebo obtíže s pojmenováním.

11. Verbální plynulost

Zde dostane pacient za úkol, aby si za časový limit dvě minuty vybavil co nejvíce živočichů. Zdravý člověk je schopný vybavit si minimálně deset zvířat. Pro pacienty s poškozením frontálního laloku bude tento úkol náročný, i když nemají jazykové problémy. Schválené jsou různé druhy ryb, ptáků a hmyzu.

12. Motorická perseverace (ulpívání)

Tento subtest se zaměřuje na výkonovou kapacitu frontálních laloků. Pacientovi se dají pokyny: „Když já klepnu dvakrát, vy klepnete jednou. Když já klepnu jednou, vy klepnete dvakrát.“ Pacient dostane tři pokusy na zkoušku, kdy je ho možné opravit. Potom je pět pokusů, při kterých už se pacient neopravuje.

Sestavení celkového screeningového skóre

MEAMS je pouze screeningový test k vyšetření kognitivních funkcí, který sám o sobě nemůže určit diagnózu. Ale vyšetřujícího může upozornit na oblast, kde se vyskytuje kognitivní poškození. Takto test MEAMS může vyšetřujícího navést k dalším podrobnějším vyšetřením, která budou zaměřena na poškozenou oblast.

Všeobecné instrukce:

1. Pacienti, kteří dosáhli hodnoty skóre 10, 11, 12, značí normu u starších osob.
2. Skóre 8 a 9 značí hraniční skóre a pacienti by měli absolvovat další vyšetření. Je potřeba brát v potaz stupeň inteligence před onemocněním, fyzickou kondicí pacienta nebo příčiny stresu a úzkosti v době testování. Přínosné jsou i informace od rodiny, příbuzných či pečovatелů o problémech, se kterými se pacient denně potýká.
3. Pacienti s výkonem skóre 7 nebo méně, by měli téměř jistě podstoupit podrobnější vyšetření kognitivních funkcí.

„MEAMS nabízí oddělené hodnocení percepce, paměti, řeči a výkonných funkcí.“ (Golding, 1989)

Mezistupňová spolehlivost

Mezistupňová spolehlivost se prokázala na základě hodnocení 22 pacientů. Pacienty odděleně hodnotili dva instruktoři najednou. Hodnocení se také zúčastnili tři psychologové a jeden sociální pracovník. Zapisovali se neúspěšně provedené subtesty a výsledky se zpracovávaly podle Pearsonova korelačního testu. Hodnota korelace byla 0.98. Tento výsledek značí vysokou mezistupňovou spolehlivost.

Spolehlivost paralelní formy

V rámci MEAMS existují dvě verze, díky nimž se může opakovaně vyšetřovat a hodnotit. Obě verze byly vyzkoušeny na 28 pacientech a znovu se zaznamenával počet neúspěšně provedených subtestů. Hodnota korelace mezi oběma verzemi testu byla 0.91.

2.7.3 MMSE

„V praxi se jako screeningové vyšetření demence nejvíce používá Mini-Mental State Examination test (MMSE), který spolehlivě odliší středně těžkou demenci, především Alzheimerova typu, od normální populace, avšak selhává v diagnostice časných stádií demence a MCI (mírná kognitivní porucha). Důvodem je velká závislost skóre na věku a vzdělání a malá senzitivita testu“ (Hort a Rusina, 2007, 160 s)

Pro odhalení frontotemporální demence je MMSE nevhodný, protože se vůbec nezaměřuje na exekutivní funkce (např. verbální fluenci = slovní plynulost) vázané na frontální lalok. Dále MMSE není schopný rozlišit ani pacienty s MCI od demenčních pacientů. Z těchto důvodů je test praktický pro pozorování průběhu demence a pro screeningové vyšetření. (Rektorová, 2007, 12 s)

Podle Topinkové a kolektivu je MMSE v dnešní době „zlatým standardem“ pro screening demence a vyhodnocení její progres¹⁴. Senzitivita testu MMSE se v různých studiích pohybuje ve starší populaci pouze v rozmezí 50-65%. Specificita MMSE dosahuje 90-95%. Jestliže chceme zvýšit senzitivitu, musíme hodnotu „patologického skóre“ adjustovat¹⁵ podle věku a vzdělání. Tyto hodnoty se týkají jen populace, u které se vyskytuje demence kolem 20%. Proto je MMSE nevhodný pro screening u osob bez příznaků. MMSE se doporučuje hlavně u rizikových skupin (např. nad 75-80 let věku, u osob v domácí péči apod.) (Topinková a kol., 2002)

„Pro diagnózu vaskulární demence je spolehlivější modifikované skóre Hachinského.“ (Koukolík a Jiráček, 1998, 94 s)

Všeobecné pokyny k použití MMSE:

1. Než se zahájí testování, je potřeba pacienta umístit tak, aby seděl proti vyšetřujícímu.

¹⁴ Progrese je postup onemocnění, jeho zhoršování. (Velký lékařský slovník, 2006)

¹⁵ Adjustované výsledky- výsledky studií, u kterých byl minimalizován potenciální vliv (např. věk, jenž by mohl ovlivnit výsledky studie) (Velký lékařský slovník, 2006)

Ověřit, zda pacient slyší a rozumí jednoduché konverzaci. Jestliže pacient používá brýle nebo naslouchadlo, musí se zajistit tyto pomůcky před vyšetřením.

2. Představení se vyšetřujícího pacientovi je základem pro získání důvěry. Dále je potřeba požádat pacienta, jestli se mu mohou klást otázky týkající se jeho paměti.
3. Každá otázka se může položit pouze třikrát.
4. Chybná odpověď nebo nezodpovězená otázka se skóruje „0“.
5. Při testování má být vyšetřující vybaven papírem, tužkou a hodinkami.
6. Na pacientovu otázku: „Co jste říkal?“, nevysvětlovat ani nediskutovat s pacientem, jen maximálně třikrát zopakovat otázku.
7. Přerušování vyšetření z pacientovy strany otázkou: „K čemu je to zapotřebí?“, odpovědět, že tato otázka bude zodpovězena na konci testu.

Jednotlivé položky MMSE testu:

Orientace, zapamatování, pozornost a počítání, paměť a vybavnost, pojmenování, opakování, třístupňový příkaz, čtení a splnění příkazu, psaní, obkreslování.

U každé položky testu je uveden postup a dané příkazové věty, které vyšetřujícímu pomáhají v objektivním testování pacienta. Dále se u položek vyznačuje počet bodů za správnou odpověď nebo provedenou činnost.

Hrdlička (1999, 20s) říká, že se škála dělí na dvě části. V první části se od pacienta vyžadují pouze ústní odpovědi a její maximální skóre je dvacet jedna bodů. Druhá část testuje schopnost pojmenovat, provést verbální a písemné pokyny, napsat větu a podle předlohy nakreslit mnohoúhelník. Maximální skóre v této části činí devět bodů. U osob s těžkou vadou zraku se mohou úkoly ve druhé části usnadnit zvětšením písma. Díky tomu se umožní hodnocení. Hodnotí se jedním bodem za správnou odpověď a nulou za špatnou či nezodpovězenou odpověď.

Celkový počet kladených otázek a úkolů je dvacet. Maximální počet získaných bodů může být třicet. Hodnocení se dělí do pěti skupin podle získaného počtu bodů a je následující:

30-27 bodů: normální stav

26-25 bodů: hraniční stav, možnost demence

24-10 bodů: demence mírného až středně těžkého stupně

9-6 bodů: demence středního až těžkého stupně

5-0 bodů: demence těžkého stupně

2.7.4 Seznam kladů a záporů u testů MMSE a MEAMS:

Výhody testu MMSE

1. snadná dostupnost (na internetu je možno získat několik forem a verzí)
2. rychlé provedení testu
3. rychlá interpretace
4. zvětšení textu, který musí testovaný číst – umožněno hodnocení pro osoby s těžkou vadou zraku
5. hrubé zmapování kognitivních funkcí
6. test odliší pacienty se středně těžkou demencí od normální populace
7. vhodný pro pozorování průběhu demence
8. vhodný pro screeningové vyšetření
9. přehledný, jasný
10. nejpoužívanější test u nás
11. mohou jej používat i ergoterapeuté
12. může se používat u pacientů různého věku
13. rozlišuje funkční onemocnění od kognitivní poruchy, která vznikla na organickém podkladu

Nevýhody testu MMSE

1. orientačně zkoumá jen některé kognitivní funkce
2. nerozliší mírnou kognitivní poruchu od demence
3. nezaměřuje se na exekutivní funkce
4. malá senzitivita testu
5. není vhodný pro diagnostiku vaskulární demence
6. občas je na škodu známost testu – testovaní znají otázky, zakreslení výsledku
7. nepoužitelný u afatiků

Výhody testu MEAMS

1. prověřuje více specifických kognitivních funkcí než MMSE
2. mohou jej používat i ergoterapeuté

3. specializovaný pro seniory
4. rozlišuje funkční onemocnění od kognitivní poruchy, která vznikla na organickém podkladu
5. zkoumá kognitivní funkce pomocí komplexní škály subtestů
6. test je citlivý na funkčnost různých oblastí mozku
7. dvě verze testu, možnost opakovaného hodnocení
8. testuje i kapacitu frontálního laloku (subtest motorická perseverace, verbální plynulost) a zaměřuje se na pravostranné poškození parietálního laloku (vnímání zlomků písmen, neobvyklé záběry)

Nevýhody testu MEAMS

1. málo známý mezi ergoterapeuty
2. delší doba provedení než u MMSE
3. hůře nebo úplně nepoužitelný u osob s těžkou vadou zraku
4. nepoužitelný u afatiků

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle bakalářské práce

Jak zmiňuji v úvodu své práce, cílem praktické části je zaměřit se na vybraný ergoterapeutický test MEAMS (Middlesex Elderly Assessment of Mental State). Tento test chci popsat a aplikovat při vyšetření na vybrané skupině seniorů. Test MEAMS budu dále porovnávat se screeningovým testem MMSE (Mini-Mental State Examination). Výsledkem bude zjištění, který test je podrobnější a více se zaměřuje na kognitivní funkce. Pomocí kazuistik¹⁶ pak budu demonstrovat testování na vybrané skupině seniorů.

Dále se budu věnovat dotazníku, zaměřenému na ergoterapeuty pracující v oblasti geriatric. Vytvořeným dotazníkem se pokusím zmapovat jejich znalost testu MEAMS a zjistit, jakým způsobem nejčastěji vyšetřují kognitivní funkce seniorů.

Výsledky dotazníku a porovnání testů MEAMS a MMSE dám v poslední části do souvislosti s doporučením pro ergoterapeuty.

3.2 Kazuistika

3.2.1 Metodika

Testy MMSE a MEAMS jsem popsala v teoretické části. Nyní přiblížím na kazuistikách použití obou testů při vyšetřování kognitivních funkcí seniorů. Kazuistiky jsem si vybrala z důvodu přehlednosti dat o klientech.

Miovský (2006) charakterizuje kazuistiku jako jednopřípadovou studii, která má diagnostický, eventuálně terapeutický účel.

Jak už jsem poznamenala v úvodu, hlavním cílem mého výzkumu je zodpovězení následující otázky: *Zjistí test MEAMS více informací o stavu kognitivních funkcí seniorů než test MMSE?*

¹⁶ Kazuistika – je popis konkrétního případu určitého onemocnění, které má často zajímavý a poučný charakter. (Velký lékařský slovník, 2006)

3.2.2 Sběr dat

Potřebná data pro zpracování tématu bakalářské práce jsem získala v rámci pětítýdenní praxe v Domově Sue Ryderu v Praze. Zjišťování kognitivního deficitu zde proběhlo formou pozorování chování a jednání seniorů v interakcích, při zájmových aktivitách a hlavně použitím testů MMSE a MEAMS. Testy jsem vyzkoušela na sedmi osobách. Tři osoby jsem vybrala na zpracování kazuistik. Jsou to tři seniorky, které daly písemný souhlas se zpracováním získaných výsledků z testů a informací o jejich osobě. Pro zjištění některých údajů o klientkách jsem využila také jejich osobní karty, které mi poskytl ošetrovatelský personál.

3.2.3 Výběr testovaného vzorku

Požadavek pro výběr testujících osob byl věk (více než 65 let) a diagnóza (určitý stupeň demence nebo viditelná porucha kognitivních funkcí). Důležitým faktorem pro výběr klientů byl také jejich souhlas s provedením testů. Někteří senioři nechtěli test provést, jelikož se obávali špatného výsledku.

3.2.4 Nástroj sběru dat

Test MMSE, test MEAMS a pozorování.

3.2.5 Zpracování dat

Získaná data o klientech jsem zpracovala formou kazuistiky. Pro aplikaci testů jsem vybrala tři ženy z Domova Sue Ryder. Dvě ženy dlouhodobě žijí na lůžkovém oddělení v Sue Ryderu a jedna žena dochází do denního centra. Celkový počet vypracovaných kazuistik činí tři.

3.3 Kazuistika č. 1

E. R.

Rok narození: 1926

Pohlaví: Žena

Diagnóza: Smíšená demence, ischemická choroba srdeční

SA: Vdova, žije s dcerou v panelovém bytě v 7. patře s výtahem, pobírá vdovský důchod, příspěvek na péči nezjištěn.

RA: Pochází ze Slovenska, z maďarské menšiny, rodiče zahynuli v Osvětimi, paní E. prošla několika koncentračními tábory a absolvovala Pochod smrti, po válce se jí ujala neznámá rodina, která ji vychovala. Měla jednoho bratra, který vystudoval fakultu veterinárního lékařství. Nyní má paní E. čtyři vnoučata a jedno pravnouče.

PA: Vzdělání- VŠCHT- Ing., pravačka, dříve krátce učila, část života pracovala ve výzkumném ústavu, v mládí se provdala za vědce a měli spolu dvě děti – dceru a syna.

Denní režim: Paní E. zajišťuje denní režim její dcera. Paní E. navštěvuje denní centrum 2x týdně. S dcerou jezdí o víkendy na chatu, kde někdy pobývají i přes týden. Milým společníkem paní E. je pes, kterého má velice ráda.

Personální ADL

Přesuny- samostatně bez pomůcky

Osobní hygiena (mytí obličeje, česání, zuby, péče o nehty)- vše samostatně kromě stříhání nehtů, to provádí dcera

Koupání- ve sprše se umyje sama, sedí na sklopné sedačce do sprchy, potřebuje pomoci pouze při přesunech, bojí se pádu

Sebesycení- samostatně, používá běžný příbor

Oblékání- oblékne se sama, dcera připraví a vybere oblečení

Použití WC- samostatně

Kontinence moče- kontinentní

Kontinence stolice- kontinentní

Zhodnocení personální ADL pomocí Barthel indexu

Najedení, napití – 10 sama

Oblékání- 5 s pomocí (dcera připraví a vybere oblečení)

Osobní hygiena- 10 sama

Koupání- 5 s pomocí (ve sprše se umyje sama, sedí na sklopné sedačce do sprchy, potřebuje pomoci pouze při přesunech, bojí se pádu)

Kontinence moče- 10, kontinentní

Kontinence stolice- 10, kontinentní

Použití WC- 10 sama

Chůze po schodech – 5 s pomocí (opora o zábradlí nebo o ruku druhé osoby)

Přesun lůžko-židle- 15 sama

Chůze po rovině – 15 více než 50 m

Výsledek: 95 bodů – závislost lehčího stupně

Interpretace testu:

Klientka je ve většině personálních ADL samostatná, potřebuje pomoci pouze při přípravě oblečení, v chůzi po schodech a při koupání při přesunu do/ze sprchy, také využívá sedačku do sprchy.

Instrumentální ADL

Funkční komunikace- velmi komunikativní, společenská, velmi záleží na náladě klientky..
Používá mobil.

Nakupování- chodí nakupovat s dcerou, sama ne

Manipulace s penězi- sama nic nevyřizuje, ale lehké počty zvládne, potřebuje opakovat zadání

Vaření a příprava jednoduchého jídla- zvládne, vaření klientku baví, hlavně pečení v denním centru

Domácí práce- vše obstarává dcera

Automobil neřídí a MHD nejezdí, všude ji dováží dcera.

Kognitivní funkce a psychosociální dovednosti

Kognitivní funkce jsou narušeny- krátkodobá paměť, lehce orientace časem (paní E. neví dnešní datum, ale nynější měsíc, roční období a rok ano, ČR označuje za Československo).
Pozornost- špatně se soustředí na delší dobu. Na klientce je na první pohled patrné, že velmi ráda vypráví a vzpomíná na minulost. Na otázky o průběhu posledních dní si vzpomíná hůře, odpovídá neutrálně. Paní E. trpí značnou ulpívavostí, často se několikrát vrátí k oblíbenému tématu nebo větě. Jestliže ji něco rozzlobí, dokáže být nepříjemná a dlouho uražená (dětinské chování). Je závislá na své dceři. Dcera ji vše zařídí a obstará. Paní E. potřebuje dohled.

Záliby a zájmy

V současné době čtení- hlavně romány, chov domácího mazlíčka (pes), sledování televize, dříve turistika a příroda.

Smysly

Zrak: zhoršený na blízko- brýle

Sluch, chuť, čich, hmat- nezjišťováno, přiměřeně věku

Silné stránky

Orientovaná časem, místem

Komunikativní, společenská, energická

Chuť a zájem o činnost

Pozitivně naladěná

Lokomoce- samostatná

Dobrá koordinace oko-ruka

Dobrá hrubá motorika a jemná motorika je někdy ztížena třesem

V personálních ADL samostatná (někdy potřeba drobné pomoci)

Samostatné rozhodování o tom, co chce a co ne

Zájem o přírodopisné filmy

Zrak kompenzuje brýlemi, ale bez nich není výrazně omezená

Dobré porozumění jednoduchým slovními instrukcím, doplněné nejlépe o názornou ukázkou

Slabé stránky

Zhoršená krátkodobá paměť

Dětské chování- urážlivost

Ischemická choroba srdeční- pozor na vyšší zátěž

Klientka potřebuje pomoci ve většině interpersonálních ADL

Klientka potřebuje pomoc při výběru oblečení

Snížený náhled na svůj vzhled (upravenost)

Poměrně silný třes (negativní hlavně v grafomotorice)

Snížená svalová síla

Kompenzační pomůcky

Brýle, sklopná sedačka do sprchy

Krátkodobý plán

Trénink výběru správného oblečení (1 měsíc)

Najít paní E. činnost, kterou by mohla provádět i doma a bavila by ji (luštění křížovek, malování podle předlohy)

Cílem je, aby si paní E. byla sama schopná vybrat vhodné oblečení. Nalezení vhodné aktivity pro paní E.

Dlouhodobý plán

Udržet dosavadní kognitivní a motorické funkce co nejdéle (trénink paměti, kondiční cvičení, manuální práce). Udržení stabilního a dobrého psychického stavu (nové zážitky v denním centru). Podpora v pravidelném docházení do denního centra.

Náplň terapií

Paní E. chodila do denního centra nepravidelně a málo. Náplň terapií se řídily podle denního programu denního centra. Paní E. chodila na pečení a trénink paměti, ve volném čase jsem s klientkou provedla test MMSE a MEAMS. Také jsem si s klientkou povídala, abych získala co nejvíce informací. Klientka byla velmi ochotná a vždy byla svolná pro každou aktivitu.

Ergoterapeutické vyšetření

Interpretace testu MMSE

V oblasti orientace nemá výrazné problémy. Paní E. správně věděla rok, roční období, den v týdnu, měsíc, město, zemi, název zařízení, poschodí. Úkol s odčítáním 7 od 100 okamžitě pochopila a rovnou pokračovala v řadě, aniž bych ji řekla, že má s odčítáním pokračovat. Ale dělalo ji problém odečítání přes desítku, pořád se opravovala a chtěla zadání příkladu zopakovat. Na tři předchozí slova si nevzpomněla. Při opakování věty se nespletla. Třístupňový příkaz klientka splnila, ale ujišťovala se, zda postupuje správně. Kreslení obrazce a psaní věty ji znesnadňoval třes. Napsala tu samou větu (*já vás mám ráda*), co v minulém MMSE před dvěma roky.

Výsledek

MMSE (testováno: 7/2009): 21 bodů – lehká kognitivní porucha

Podle mého názoru není výsledek z testu úplně vypovídající, je zkreslen. Dokazuje to i skutečnost, že klientka napsala tu samou větu jako před dvěma lety a už znala zadání úkolu

(např. sama odečítala 7 od 100 bez dalšího pokynu). Myslím si, že znalost otázek a odpovědí klientce zvýšil celkový počet bodů.

Interpretace testu MEAMS

Klientka bezchybně zvládla úkoly, jako jsou počty, prostorová konstrukce (nakreslení čtverce a čtyřcípé hvězdy), chápání (pokládání hádanek), pojmenování běžných předmětů, orientace a vnímání útržků písmen. V subtestu zapamatování obrázků paní E. odpověděla špatně na šest otázek z dvaceti. U neobvyklých záběrů předmětů pouze jeden předmět paní E. nepoznala, stejný výsledek byl i v subtestu obvyklých záběrů. Verbální plynulost (vyjmenování co nejvíce zvířat na čas) byla splněna, klientka vyjmenovala jedenáct zvířat (skóre pro splnění testu je deset). Pravidla u testu motorické perseverace (klepání tužkou podle určitého pravidla) paní E. pochopila a žádnou chybu neprovedla. Klientka splnila většinu úkolů bez problému. Chybovala pouze v datu, zapamatování si obrázků a poznání jednoho předmětu a nevzpomněla si na ženské jméno na konci testu.

Výsledek

MEAMS (testováno: 7/2009): 9 bodů – hraniční skór, vhodné další podrobné vyšetření.

Paní E. pravděpodobně test MEAMS absolvovala poprvé.

Podmínky pro testování

Paní E. vždy byla ráda za každé rozptýlení a proto vyzkoušení testů s radostí přijala. Pro testování pomocí MMSE jsme našly soukromí v altánku na zahradě. Paní E. jsem musela více usměrňovat k odpovědím, protože se většinou rozhovořila o své minulosti a historkách ze života, které stále opakovala. Samotný test trval 20 minut.

Test MEAMS jsme s klientkou provedly o polední pauzu v denním centru v zařízení pro seniory, kam paní E. docházela. Toto místo bylo klidné, nikdo nás nerušil a měly jsme dostatek času. Doba testování byla zhruba 30 minut.

3.4 Kazuistika č. 2

J. S.

Rok narození: 1927

Pohlaví: Žena

Diagnóza: Demyelizační onemocnění typu RS (roztroušená mozkomíšní skleróza), kvadruparéza, ischemická choroba srdeční (ICHS), hypertenzní choroba, paréza nervus phrenicus, po operaci levého oka

SA: Vdova, bydlí v zařízení pro seniory, pobírá vdovský důchod a příspěvek na péči 4. stupně

RA: Narodena v Praze, otec byl vojákem z povolání a matka učitelka domácích prací, měla staršího bratra.

PA: Vystudovala gymnázium a po maturitě začala pracovat jako úřednice, tímto povoláním se živila celý život, aktivně ovládala latinu, řečtinu, ruštinu, němčinu. V mládí se provdala za inženýra, který byl počítačový expert v oblasti geologie. Měli spolu dvě děti – syna a dceru. Manžel často cestoval po světě, paní J. zůstávala doma a starala se o děti. Je pravačka.

Denní režim: Paní J. je imobilní klientka, většinu dne tráví na lůžku v zařízení pro seniory. Je často velmi unavená. V týdnu se účastní několika aktivit poskytovaných denním centrem (kavárna, páteční čtení knihy, soutěže). Několikrát týdně za ní dochází fyzioterapeutka, jednou týdně ergoterapeutka. Klientku navštěvuje rodina.

Personální ADL

Přesuny- sama neprovede, potřeba asistence jedné osoby

Osobní hygiena (mytí obličeje, česání, zuby, péče o nehty)- klientka se sama učeše, ostatní činnosti provádí ošetrovatelský personál

Koupání- klientka sama neprovede, potřeba plné asistence druhé osoby, při koupání se používá pojízdné sprchové křeslo

Sebesycení- jídlo musí být nakrájené, klientka používá lžičku v PHK

Oblékání- sama nezvládne, závislá na druhé osobě

Použití WC- nepoužívá

Kontinence moče- plně inkontinentní

Kontinence stolice- částečně inkontinentní, při stresu a ve spánku

Zhodnocení personální ADL pomocí Barthel indexu

Najedení, napití- 5, jídlo musí být nakrájené

Oblékání- 0, závislá na druhé osobě

Osobní hygiena- 0, závislá na druhé osobě, sama se učeše

Koupání- 0, závislá

Kontinence moče- 0, inkontinentní

Kontinence stolice- 5, částečně inkontinentní, při stresu a ve spánku

Použití WC- 0, používá pleny

Chůze po schodech- 0, imobilní

Přesun lůžko-židle- 0, závislá na druhé osobě

Chůze po rovině- 0, imobilní, na vozíku

Výsledek: 10 bodů – vysoce závislá v základních denních činnostech

Interpretace testu

Paní J. potřebuje pomoc druhé osoby ve většině personálních ADL. Sebesycení klientka zvládne samostatně, ale jídlo musí být nakrájené. Je plně závislá v oblékání, v osobní hygieně, při koupání, při přesunech, paní J. je imobilní – používá mechanický vozík, který ovládá druhá osoba. Klientka je plně močově inkontinentní, inkontinence stolice je částečná. U klientky se projevuje hlavně při stresu.

Instrumentální ADL

Klientka bydlí od roku 2004 v zařízení pro seniory z důvodu imobility. Zde má zajištěnou veškerou péči a služby. Jelikož je upoutaná na lůžko, nemůže provádět instrumentální ADL. Vše zařizuje ošetrovatelský personál nebo rodina.

Funkční komunikace- nepoužívá

Nakupování- neprovádí

Manipulace s penězi- neprovádí

Vaření a příprava jednoduchého jídla- neprovádí

Domácí práce- neprovádí

Mobilita- imobilní, na vozíku, vydrží sedět jen chvíli

Kognitivní funkce a psychosociální dovednosti

Klientka má výrazně poškozenou krátkodobou paměť a pozornost (po přečtení krátkého textu nedokáže popsat děj, nepamatuje si, co dělala ten den). Pokud má poznat osoby jí blízké, je dezorientovaná. Také je stále přesvědčena, že její manžel žije a přijde. Neorientuje se časem. Klientka je orientovaná osobou a místem. Při rozhovoru používá jen krátké a jednoduché věty. Vyhýbá se složitějším formulacím, většinou odpovídá: „To je moc pěkné, povedené.“ Celkově pasivita. Při rozhodování jsou patrné problémy, je potřeba dávat paní J. na výběr ze dvou možností. I při plánování je dobré podávat instrukce po jednotlivých krocích.

Záliby a zájmy

Četba (od druhé osoby), zpěv písní, zvířata, sledování TV, poslech hudby, v mládí aktivně tanec, zájem o manžellovu práci, umělecký přednes a jazyky - latina, řečtina, ruština, němčina.

Smysly

Zrak- zhoršený, operace levého oka, používá brýle na blízko

Sluch- mírná nedoslýchavost, potřeba mluvit hlasitěji

Hmat, čich, chuť- nezjišťováno, přiměřeně věku

Silné stránky

Zvládá sebesycení

Sama si podá předměty

Společenská (je ráda za návštěvu)

Orientovaná místem a osobou

Rodina (syn a dcera s rodinami)

Zájmy- četba, poslech hudby, ..

Dobrá koordinace oko-ruka

Rozumí jednoduchým pokynům a větám

Dokáže si říct o pomoc nebo zopakování otázky

Sama se učeše

Slabé stránky

Demyelinizační onemocnění typu RS, kvadruparéza, ICHS

Inkontinence moči a částečně stolice

Těžce porušeny kognitivní funkce- krátkodobá paměť, orientace časem, pozornost, myšlení

Žije s představou, že je manžel naživu

Imobilní

Zhoršený zrak a sluch

Závislá v personálních ADL a instrumentálních ADL na druhé osobě

Dezorientovaná

Často unavená

Kompenzační pomůcky

Mechanický vozík na převozy, brýle, pleny

Bezbariérové prostředí

Krátkodobý plán

Procvičování kognitivních funkcí, aktivizace klientky

Procvičování personální ADL- oblékání trička (1 měsíc)

U této klientky je cílem, aby si sama oblékla tričko do jednoho měsíce a vyzkoušela absolvovat více aktivit v denním centru.

Dlouhodobý plán

Udržení kognitivních funkcí a současného stavu.

Pokračovat v pravidelné individuální ergoterapii, celkově zvýšit aktivitu u klientky.

Zlepšit orientaci v čase.

Náplň terapií

Ke klientce jsem docházela nepravidelně, podle zbývajících času v programu. Vždy jsem připravila pomůcky na procvičování kognitivních funkcí- poznávání písmen, vyjmenování co nejvíce zvířat a věcí na počáteční písmeno. To klientka výborně zvládala. Dále čtení krátkých bajek a následné zopakování děje, popis obrázků. Klientka byla schopna maximálně si vzpomenout na hlavní zvířata (někdy s nápovědou), ale děj nedokázala popsat. Práce s terapeutickou hmotou na procvičení svalové síly a jako odpočinek. Při terapiích jsem také s klientkou vyplnila test MMSE a MEAMS.

Ergoterapeutické vyšetření

Interpretace testu MMSE

Klientka měla výrazné problémy s otázkami týkajícími se orientace časem. Nevzpomněla si na nynější rok, roční období, dnešní datum, den v týdnu, měsíc. Paní J.S. dobře zodpověděla otázky na orientaci místem (zemi, město, zařízení, poschodí). Dále nezvládla zopakovat tři předměty a následně si je vybavit. Třístupňový příkaz, nakreslení obrazce a napsání smysluplné věty (napsala pouze „pes“) také nesplnila. U úkolu na pozornost jsem klientce zadala vyjmenování slova POKRM pozpátku, klientka řekla dobře pouze dvě písmena. Správné pojmenování dvou libovolných předmětů, úkol na přečtení a splnění příkazu a zopakování věty klientka zvládla.

Výsledek

MMSE (testováno: 7/2009): 10 bodů – těžká kognitivní porucha

Interpretace testu MEAMS

Díky použití testu MEAMS jsem mohla otestovat další specifické kognitivní funkce. V subtestu na orientaci paní J. odpověděla správně jen na otázky týkající se vlastního jména, adresy a data narození. Nevzpomněla si na dnešní datum a věk. U počítání jednoduchých příkladů klientka řekla vždy správně výsledek. Dobře pojmenovala tři ukázané předměty. Také věděla odpovědi na hádanky. Při zapamatování si obrázků odpověděla chybně pouze třikrát. Dokázala namalovat čtverec, ale už nezvládla čtyřcípou hvězdu. Úkol s neobvyklými záběry předmětů činil klientce problém, poznala pouze jeden předmět. Při dalším úkolu s obvyklými záběry předmětů už klientka poznala všechny předměty. Vyjmenování zvířat (testování verbální plynulosti) zvládla naprosto s přehledem. Počet vyjmenovaných zvířat přesáhl o čtyři položky limit pro splnění testu. Naopak u motorické perseverace nepochopila několikrát opakované zadání a úkol nesplnila. Poznání útržků písmen klientce také nečinily větší potíže, pouze jedno písmeno nepoznala. Klientka si také zapamatovala ženské jméno a na konci testu řekla správně jméno i příjmení!

Výsledek

MEAMS (testováno: 7/2009): 7 bodů – potřeba podstoupit podrobnější vyšetření kognitivních funkcí, hlavně psychologické či neuropsychologické vyšetření.

Podmínky pro testování

Jelikož klientka je upoutaná na lůžko, testování proběhlo u klientky na pokoji v domově pro seniory. I když klientka bydlí s dalšími dvěma dámami, vždy byl pokoj prázdný. Tím jsme měly k dispozici tiché a klidné prostředí. Testování proběhlo v pořádku, klientku bavilo a doba trvání u testu MEAMS byla 20 minut a test MMSE trval 15 minut. Každý test jsem provedla v jiný den, aby klientka nebyla unavená.

3.5 Kazuistika č. 3

Z. H.

Rok narození: 1925

Pohlaví: Žena

Diagnóza: Středně pokročilá demence, diabetes mellitus II. typu, polyartrosa, odeznělý imobilizační syndrom

SA: Vdova, bydlí v domově pro seniory, pobírá vdovský důchod a příspěvek na péči 2. stupně

RA: Paní Z. pochází z jižních Čech, otec byl strojvůdce, matka byla ženou v domácnosti, paní Z. měla jednoho bratra a jednu sestru.

PA: Vystudovala obchodní školu, poté pracovala jako úřednice v továrně na letadla, později pracovala na okresním úřadě opět jako úřednice, provdala se a s manželem měli jednoho syna. Je pravačka.

Denní režim: Paní Z. bydlí v zařízení pro seniory, její denní režim je ovlivněn chodem tohoto zařízení. Paní Z. se účastní aktivit denního centra (keramika, vaření, soutěže, kavárna), 2x týdně cvičí s fyzioterapeutkou a jednou týdně ji navštěvuje ergoterapeutka. Klientku také často navštěvuje syn.

Personální ADL

Přesuny- samostatně, používá čtyřbodovou hůl

Osobní hygiena (mytí obličeje, česání, zuby, péče o nehty)- sama zvládne česání vlasů, umytí obličeje, zubní protézu nenosí, pouze nehty stříhá ošetrovatelský personál

Koupání- klientka si sama omyje většinu těla, ale potřebuje pomoci s umytím hlavy, zad, genitálií, DKK a nehtů HKK, používá sedačku do sprchy

Sebesycení- samostatně, používá běžný příbor

Oblékání- klientka si sama oblékne horní polovinu těla, potřebuje pomoci s oblečením dolní poloviny těla

Použití WC- zvládne samostatně

Kontinence moče- plně inkontinentní

Kontinence stolice- částečně inkontinentní, pouze při stresu, v noci

Zhodnocení personální ADL pomocí Barthel indexu

Přijímání potravy a tekutin- 10, bez pomoci

Oblékání- 5, s pomocí oblékání dolní poloviny těla, přetáhnutí plenkových kalhotek přes paty

Osobní hygiena- 5, bez pomoci, umyje si obličej, vlasy učeše (zubní protézu nenosí z důvodu pohodlí). Jen stříhání nehtů zajišťuje personál.

Celková hygiena- 0, závislá- umytí hlavy, zad, genitálií, DKK- chodidla a prsty, HKK- nehty

Kontinence moče- 0, úplná inkontinence

Kontinence stolice- 5, částečná, při stresu, v noci

Použití WC- 10, bez pomoci

Přesun na lůžko- židle- 10, jen s malou pomocí (slovní něco fyzická), schopnost sedu- ano, vydrží sedět

Chůze po rovině- 10, s kompenzační pomůckou (čtyřbodová hůl) a s doprovodem

Chůze po schodech- 5, klientka se drží zábradlí, někdy potřeba slovní nebo fyzické pomoci

Výsledek: 60 bodů – závislá v základních denních činnostech

Interpretace testu

Paní Z. je samostatná při sebesycení, při chůzi po rovině, kdy používá čtyřbodovou hůl, přesunech a použití WC také zvládne samostatně. Potřebuje pomoci při oblékání dolní poloviny těla, při stříhání nehtů, při koupání (umytí hlavy, zad, DKK, genitálií), v chůzi po schodech (zábradlí nebo fyzická pomoc). Klientka je močově plně inkontinentní a trpí částečnou inkontinencí stolice – hlavně při stresu a v noci.

Instrumentální ADL

Funkční komunikace- používá mobil, ráda si povídá, ale velmi se podceňuje

Nakupování- nenakupuje

Manipulace s penězi- sama nic nevyřizuje, ale lehké počty zvládne

Vaření a příprava jednoduchého jídla- přípravu jídla zvládne s dohledem druhé osoby, vaření klientku baví, hlavně pečení v denním centru, kde je zajištěn dohled terapeutky

Domácí práce- neprovádí

Jelikož klientka bydlí v domově pro seniory, vše za ni vyřizuje a obstarává personál, popřípadě rodina.

Kognitivní funkce a psychosociální dovednosti

U paní Z. jsou kognitivní funkce porušeny hlavně v oblasti orientace časem (neví, plete se) a v krátkodobé paměti. Klientka si např. nepamatuje, co měla ten den k obědu. Celkově je klientka pesimistka, melancholická, už nemá ambice a má nízké sebevědomí. Velmi těžce vnímá svou situaci zapomnětlivosti.

Paní Z. působí nejistě a často se zbytečně podceňuje. Během prováděné aktivity (např. v denním centru při keramice, vaření, soutěžích) potřebuje slovní vedení, časté ujišťování správného postupu. Klientka je velmi vděčná za pochvalu a společnost. Někdy potřebuje do aktivity motivovat, protože si na něco připadá neschopná. Pobyť v zařízení pro seniory je pro ni vhodným řešením z důvodu diagnózy (středně pokročilá demence, nepotvrzená cévní mozková příhoda) a nemožnosti dostatečně se o sebe postarat. Většinu interpersonálních ADL obstarávají ošetřovatelky, v personálních ADL potřebuje částečně pomoci. Zde žije paní Z. v bezbariérovém zařízení snižující riziko pádu, kterého se klientka ve svém bytě bála.

Záliby a zájmy

Klientka má ráda prózu, ráda má i šero a přemýšlení o minulosti, co udělala v životě špatně, ráda zpívá a během dne chodí na aktivity denního centra (pečení, keramika, výtvarné techniky) a do zahrady na procházky s doprovodem.

Smysly

Zrak: zhoršený, na čtení nosí brýle

Sluch: na levé ucho slyší slaběji, pomůcku nepoužívá

Chuť, čich, hmat- nezjišťováno, přiměřeně věku

Silné stránky

Klientka většinu personálních ADL zvládne sama

Ráda využívá aktivity denního centra

Vyhledává společnost

Dobrá koordinace oko-ruka

Klientka je orientovaná osobou a místem

Podpora v rodině (syn a vnoučata)

Dobré řečové schopnosti

Slabé stránky

Úplná inkontinence moče

Částečná inkontinence stolice

Zhoršená krátkodobá paměť

Zhoršená orientace časem

Klientka neprovádí instrumentální ADL, protože ji vše obstarává personál

Pesimisticky a melancholicky laděná

Podceňuje se

Zhoršená mobilita, potřeba doprovodu

Používá brýle na blízko

Občas deprese

Kompenzační pomůcky

Brýle, čtyřbodová hůl, protéza (nepoužívá), pleny

Prostředí, ve kterém klientka žije je bezbariérové a upravené (široké dveře-90 cm, bez prahů, přístup k posteli z obou stran, postel polohovací, WC s nástavcem, madla, sedačka do sprchy, protiskluzná podložka, madla...)

Krátkodobý plán

Nácvik důkladného mytí rukou (1 měsíc)

Oblékání dolní poloviny těla- samostatné oblékání plenkových kalhotek (1 měsíc)

U paní Z. jsem stanovila za cíl samostatné oblékání dolní poloviny těla a důkladné umytí rukou do jednoho měsíce.

Dlouhodobý plán

Udržení kognitivních funkcí a nynějšího fyzického stavu. Pokračování v tréninku paměti. Zvýšit sebevědomí (postupnou ukázkou činností, které sama zvládne).

Ergoterapeutické vyšetření

Interpretace testu MMSE

Klientka si nevzpomněla na roční období a den v týdnu. Také nevěděla přesně název, kde se nachází, pouze fakt, že bydlí v zařízení pro seniory. Odčítání 7 od 100 provedla správně pouze jednou při prvním příkladu, potom se už pletla a opravovala. Na předchozí tři předměty

si nevzpomněla. S dalšími úkoly z testu (tedy pojmenování dvou předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, napsání věty a nakreslení obrazce) už klientka neměla problém.

Výsledek

MMSE (testováno: 7/2009): 20 bodů – středně těžká kognitivní porucha.

Při testování klientky jsem získala dojem, že otázky neslyší poprvé. Pokyny ji nepřekvapily a cvičení vypracovala pohotově. Na dotaz, zda už na otázky někdy odpovídala–odvětila, že test provádí poprvé. Po konzultaci s personálem jsem zjistila opačnou skutečnost.

Interpretace testu MEAMS

Klientka bezchybně splnila úkoly v oblasti orientace (jméno, věk, datum narození, adresa, dnešní datum), pojmenování předmětů, počítání, prostorová konstrukce (nakreslení čtverce a čtyřcípé hvězdy), vnímání útržků písmen, verbální plynulost (vyjmenování zvířat na určitý čas). V úkolu na zapamatování si obrázků klientka pětkrát chybně odpověděla a nezapamatovala si ženské jméno. To svědčí o zhoršené krátkodobé paměti. Dále nevěděla jednu hádanku, nepoznala dva předměty v neobvyklých záběrech a v obvyklých záběrech nepoznala jeden předmět. Nepochopila zadání u motorické perseverace ani po několikatém vysvětlení pravidla (klepání tužkou podle určitého pravidla).

Výsledek

MEAMS (testováno: 7/2009): 6 bodů - potřeba podstoupit podrobnější vyšetření kognitivních funkcí, hlavně psychologické či neuropsychologické vyšetření.

Podmínky pro testování

S paní Z. testování proběhlo u ní v pokoji. Zde se cítila jistější a klidnější. Ani u jednoho testu nebyla přítomna další osoba a tak jsme měly dostatek času si popovídat a testy vyplnit. Test MMSE trval 10 minut a MEAMS 15 minut. Každé testování proběhlo v jiný den, ve volných chvílích.

3.6 Testy MMSE a MEAMS

3.6.1 Limitace testování

Za limitaci považuji odmítnutí testování několika osob, u kterých by zhodnocení kognitivního stavu bylo velmi přínosné. Dalším nedostatkem při testování bylo řešení prostoru či místa, kde činnost proběhne. Většinou jsem zajistila tiché a klidné místo, ale u jedné klientky testování proběhlo na jejím pokoji, kde jsme byly společně s ošetřovatelkou a to narušovalo průběh testování. Obecně byla potřeba přizpůsobit se chodu zařízení, ošetřovatelkám, terapeutům a hlavně klientům.

3.7 Souhrn výsledků klientek

Tabulka č. 1

Max. počet bodů	MMSE 30 bodů	MEAMS 12 bodů
E. R.	MMSE 21 bodů	MEAMS 9 bodů
J. S.	MMSE 10 bodů	MEAMS 7 bodů
Z. H.	MMSE 20 bodů	MEAMS 6 bodů

Zde je názorně vidět hodnocení obou testů: Některé výsledky testu se liší od výsledku druhého testu. Možným důvodem může být fakt, že test MMSE už klientky znají, a tím jsou výsledky lepší. Pokud porovnáme dosažené hodnoty bodů vzhledem k maximálnímu počtu bodů v obou sloupcích, největší rozdíl mezi oběma testy je patrný u druhé a třetí klientky.

Z tabulky lze vyčíst, že u paní E.R. se hodnoty testů shodují. U testu MMSE dosáhla 21 bodů (lehká kognitivní porucha) a u testu MEAMS 9 bodů (hraniční skóre, který vyžaduje další podrobné vyšetření).

Paní J.S. dosáhla 10 bodů v testu MMSE, to značí těžkou kognitivní poruchu. V testu MEAMS získala 7 bodů z 12ti možných. Z toho vyplývá, že paní J.S. dosáhla lehce přes polovinu bodů na rozdíl od testu MMSE. Tato hodnota vyžaduje další podrobnější vyšetření kognitivních funkcí u klientky, ale bohužel více test MEAMS neprozrazuje.

U paní Z.H. se výsledky trochu rozcházejí. V testu MMSE dosáhla 20ti bodů a z vyhodnocení MEAMS pouze 6ti bodů. Jak už jsem již zmínila výše, myslím si, že klientka si některé otázky z testu MMSE pamatuje, a proto získala větší počet bodů.

Po tomto shrnutí je vidět, že každý test ohodnotí osobu jinak a tím pro testovanou osobu vznikne „zaškatulkování“. Samozřejmě důležitým faktorem se stává i testující osoba, která rozhoduje o splnění či nesplnění úkolu. Použitím dvou testů je možné doplnění a sloučení získaných informací. Pak vznikne ucelenější pohled na pacienta.

3.8 Dotazník

3.8.1 Metodika

Pro zjištění povědomí o testu MEAMS a způsobu vyšetření kognitivních funkcí českými ergoterapeuty jsem použila metodu typu kvantitativního výzkumu. Pro tento cíl jsem vytvořila anonymní dotazník.

Pro dotazník jsem se rozhodla proto, abych měla podklady o informovanosti ergoterapeutů o této problematice.

Nezanedbatelným důvodem pro zvolení dotazníku byla úspora času a oslovení většího počtu respondentů po celé ČR.

Ferjenčík (2000) popisuje dotazník jako standardizované interview předložené v písemné podobě. Výhody dotazníku vidí v úspoře času a financích. Dále lze data lépe kvantifikovat. Jako nevýhody Ferjenčík určil např. nižší věrohodnost dat, formulace otázky nemusí být všem srozumitelná a není možné klást doplňující otázky.

Ve svém dotazníku mě zajímají především tyto dvě otázky:

1. Setkali se dotázaní ergoterapeuté v ČR s testem MEAMS?
2. Používají dotázaní ergoterapeuté v ČR k vyšetření kognitivních funkcí seniorů test MEAMS?

3.8.2 Cíl dotazníku

Anonymním dotazníkem ověřím znalost testu MEAMS mezi českými ergoterapeuty a dále zjistím, jakým způsobem vyšetřují deficit kognitivních funkcí u osob v seniorském věku.

Předpokládám, že test MEAMS bude znát menšina dotazovaných. Myslím si, že test MEAMS v ČR není moc používaný, protože jeho získání pro pracoviště je finančně

náročnější než test MMSE. S tím souvisí i moje druhá domněnka, že test MEAMS používá ve svém zaměstnání málo ergoterapeutů

Myslím si, že většina ergoterapeutů v ČR při vyšetření kognitivních funkcí používá test MMSE z důvodu časové nenáročnosti a snadné dostupnosti testu. Test MMSE je všeobecně pokládán za nejpoužívanější test pro vyšetření kognitivních funkcí.

3.8.3 Cílová skupina

Ergoterapeuté z ČR zapsaní v seznamu České asociace ergoterapeutů (ČAE)¹⁷, kteří vykonávají v současnosti svoji profesi v oblasti geriatry. Celkem jsem oslovila 25 ergoterapeutů.

3.8.4 Otázky dotazníku

Dotazník obsahuje 8 otázek. Pro zjištění co nejvíce informací o způsobu testování poruch kognitivních funkcí, o znalosti testu MEAMS jsem zvolila 5 otázek otevřených a 3 výběrové. Dotazník začínal třemi otevřenými otázkami. První otázka zjišťuje způsoby vyšetření kognitivních funkcí u klientů v seniorském věku. Druhá otázka má za úkol zjistit používání screeningových testů a jejich název. Otázka č. 3 zjišťuje zda, ergoterapeut používá některý test, a ten je, nebo není pro něho dostačující. Otázka č. 4 je výběrová a ptá se, zda ergoterapeut zná screeningový test MEAMS. Zde se otázka dále dělí podle způsobu odpovědi. Pokud zní odpověď ne, následuje podotázka, zda by měla dotazovaná osoba zájem seznámit se s testem MEAMS a dále už neodpovídá, jelikož se otázky týkají testu MEAMS. Jestliže je odpověď ano, zná test MEAMS, pokračuje dále ve vyplňování dotazníku. Následující 5. otázka zkoumá použití testu MEAMS v praxi ergoterapeuta. Tato otázka byla zařazena jako výběrová. Další 6. otázka se týkala možnosti použití testu MEAMS v místě současného pracoviště. Zde měl ergoterapeut na výběr ze čtyř odpovědí. Otázka č. 7 měla zjistit, při kterém druhu postižení nebo poruše test MEAMS nejvíce ergoterapeutovi pomohl pro zacílení terapie u klientů v seniorském věku. Poslední 8. otázka byla vytvořena pro vypsání pozitiv a negativ u testů MEAMS a MMSE.

¹⁷ ČAE je dobrovolnou profesní organizací ergoterapeutů ČR. Byla založena v roce 1994 v Ostravě a je registrována Ministerstvem vnitra ČR jako nezisková organizace. (<http://www.ergoterapie.cz>)

3.8.5 Sběr dat

Jak je uvedeno v informacích o cílové skupině, vyhledala jsem si e-mailové adresy v seznamu ČAE. Na všechny adresy jsem odeslala e-mail obsahující dotazník uvedený v příloze č. 1. Požadavkem pro výběr dotazovaných ergoterapeutů bylo vykonávání ergoterapie se seniory, popřípadě s dospělými.

Protože návratnost dotazníků byla velmi nízká - z oslovených dvaceti pěti ergoterapeutů odpovědělo deset, rozhodla jsem se stejné ergoterapeuty znovu obeslat. Pro větší vzorek jsem seznam rozšířila o adresy bývalých absolventů ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy za poslední tři roky. Adresy mi poskytla spolužačka, která je v kontaktu s bývalými studentkami ergoterapie. Počet oslovených ergoterapeutů se zvýšil na 12. Sběr dat jsem uzavřela na konci měsíce září. Celkově byl dotazník zaslán na 25 adres ergoterapeutů a tři ročníkové e-maily bývalých absolventů studia ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Do stanoveného termínu uzávěrky zareagovalo 12 ergoterapeutek. Dotazník řádně vyplnilo 8 ergoterapeutek, písemně (bez vyplnění dotazníku) odpověděly 3 ergoterapeutky.

3.8.6 Interpretace a zpracování dat dotazníku

Konečný počet obdržených vyplněných dotazníků ke zpracování dat činí 12. Získané výsledky z dotazníku jsem zpracovala do názorných a přehledných grafů, kde jsou odpovědi vyjádřené v procentech. Celkový počet grafů je šest, jelikož na poslední dvě otázky respondenti neodpověděli.

3.9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU

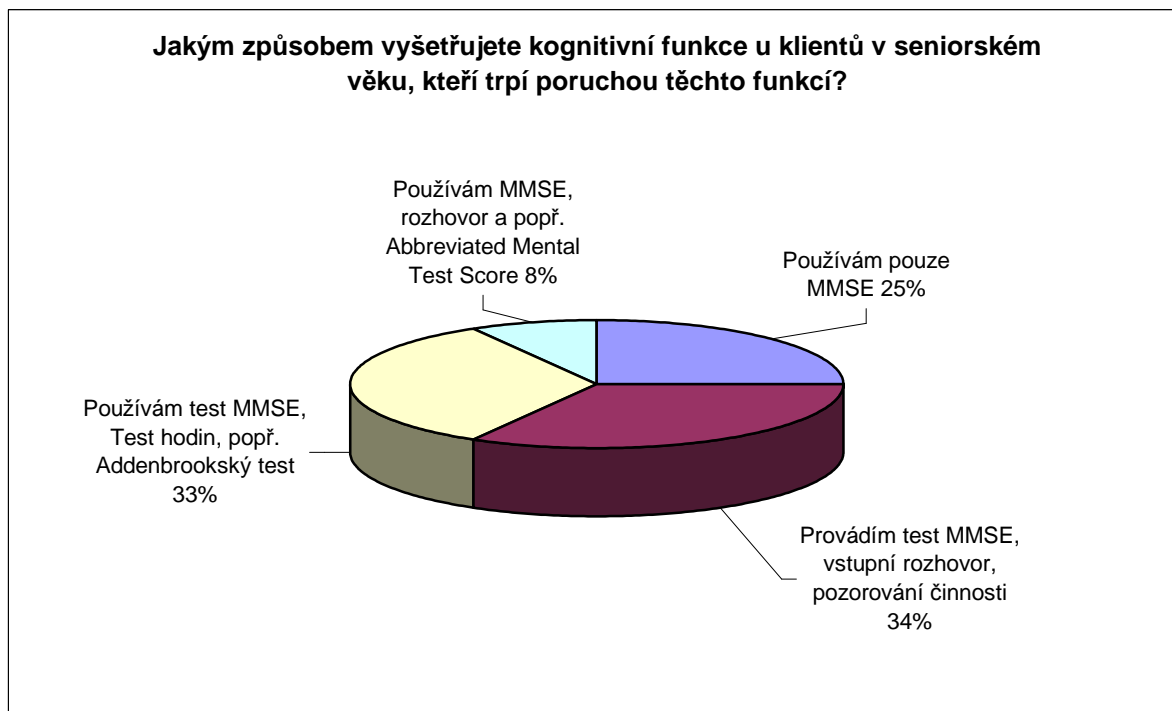
Ještě před interpretací výsledků bych ráda zmínila, že jsem si vědoma toho, že pro relativně nízkou návratnost dotazníků nemohu zobecňovat výsledky dotazování na celou populaci ergoterapeutů pracujících se seniory. Vycházím pouze z informací získaných z dotazníků.

Otázka č. 1: Jakým způsobem vyšetřujete kognitivní funkce u klientů v seniorském věku, kteří trpí poruchou těchto funkcí?

4 ergoterapeuté (34%) odpověděli, že při vyšetření kognitivních funkcí využívají test MMSE, také provádí vstupní rozhovor a pozorují klienta při činnosti. Další 4 ergoterapeuté (33%)

využívají také MMSE, Test hodin a dva respondenti uvedli i Addenbrookský test¹⁸. Tři ergoterapeuté (25%) k vyšetření využívají pouze MMSE a pouze jeden ergoterapeut (8%) uvedl opět test MMSE, rozhovor s klientem a někdy využití Abbreviated Mental Test Score¹⁹.

Graf č. 1



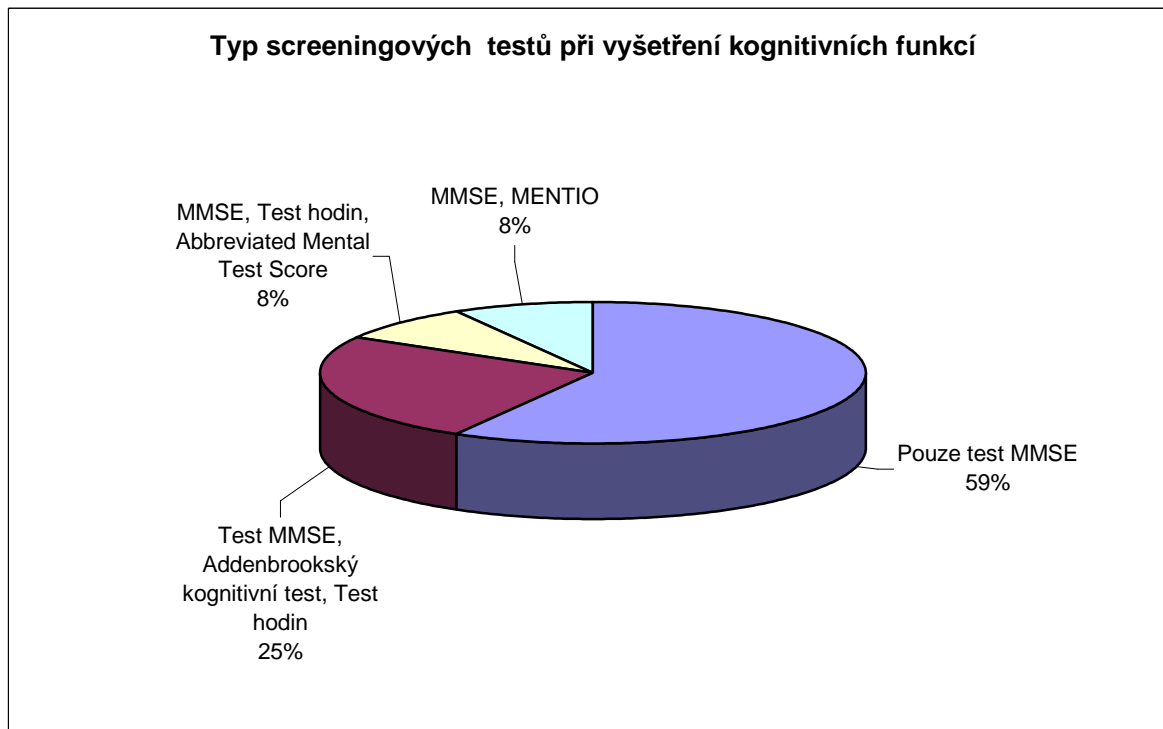
Otázka č. 2: Používáte některé screeningové testy při vyšetření kognitivních funkcí?

7 ergoterapeutů (59%) při vyšetření kognitivních funkcí používá pouze screeningový test MMSE, 3 respondenti (25%) při testování používají také MMSE, ale doplňují jej o Test hodin a někdy také o Addenbrookský kognitivní test. Pouze jeden ergoterapeut (8%) používá test MMSE, je-li potřeba, další informace o kognitivním stavu klienta zjišťuje pomocí počítačového programu MENTIO. Také jen jeden ergoterapeut (8%) pracuje s testem MMSE, s Testem hodin a Abbreviated Mental Test Score. Z grafu lze vyčíst 100% použitelnost testu MMSE, buď jej ergoterapeutové používají samostatně nebo k němu využívají i další testy.

¹⁸ Addenbrookský test je jedním z testů zaměřujících se na vyšetření kognitivních funkcí

¹⁹ Abbreviated Mental Test Score je test zavedený Hodkinsonem v roce 1972 pro rychlé vyhodnocení kognice u starších pacientů. (<http://en.wikipedia.org>.)

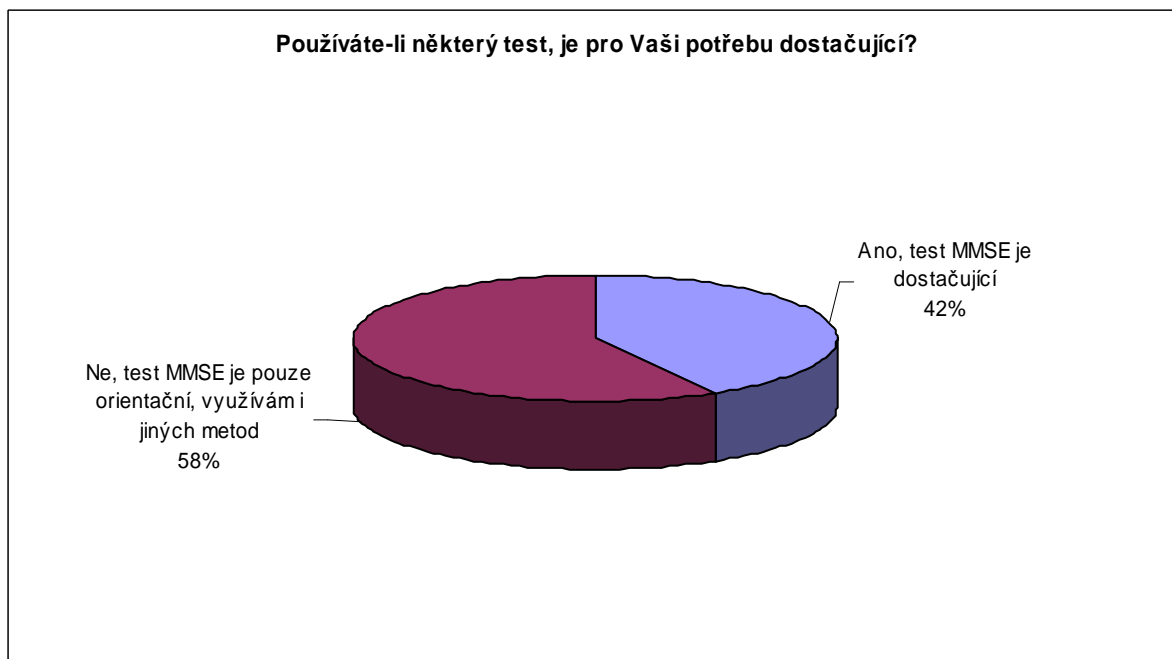
Graf č.2



Otázka č. 3: Používáte-li některý test, je pro Vaši potřebu dostačující? (zahrnuje všechny potřebné položky pro zjištění rozsahu porušení kognitivních funkcí, je srozumitelný, časově nenáročný?)

Pro 5 respondentů (42%) je test MMSE dostačující v jejich zaměstnání. 7 ergoterapeutů (58%) využívá k testu MMSE další metody, nejčastěji uváděli pozorování, rozhovor a další testy.

Graf č. 3

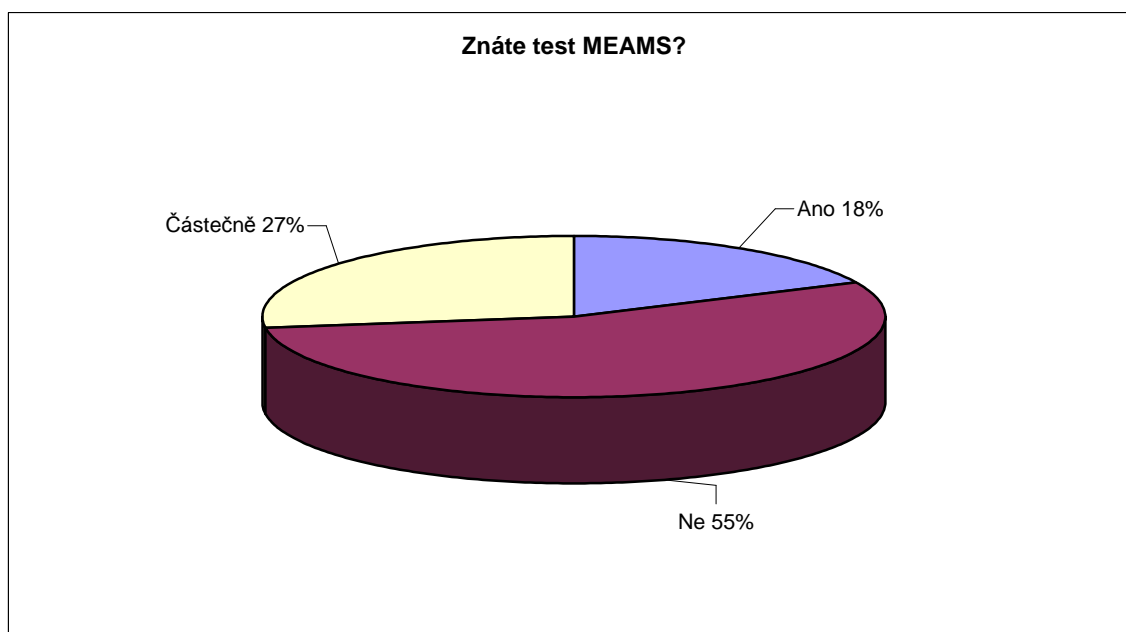


Otázka č. 4: Znáte screeningový test MEAMS ?

Tato otázka měla za cíl zmapovat znalost, nebo alespoň povědomí o testu MEAMS.

Z dotazovaných zná test MEAMS nejmenší část ergoterapeutů, která představuje pouze 2 respondenty (18%). 3 ergoterapeuté (27%) uvedli částečnou znalost nebo seznámení s tímto testem a 7 oslovených ergoterapeutů (55%) přiznalo neznalost testu.

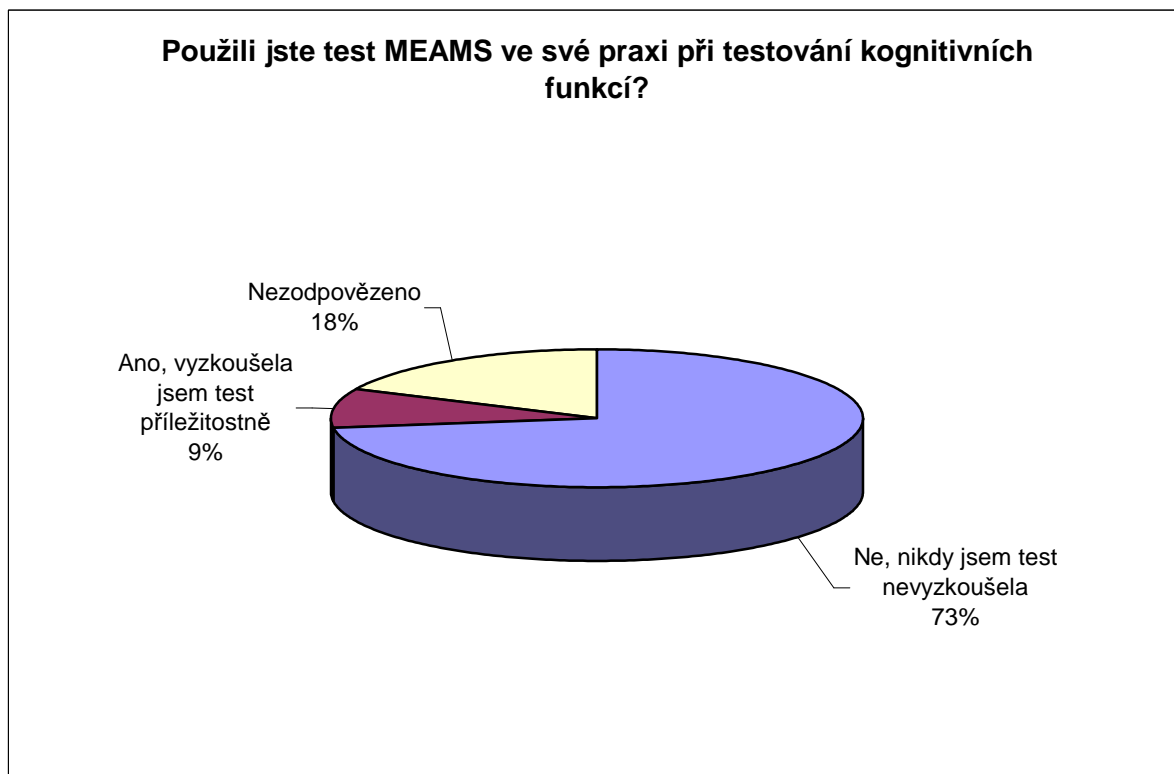
Graf č. 4



Otázka č. 5: Použili jste test MEAMS někdy ve své praxi při testování kognitivních funkcí?

9 oslovených ergoterapeutů (73%) uvedlo, že nikdy test MEAMS nevyzkoušeli ve své praxi. 2 respondenti (18%) tuto otázku nezodpověděli. Pouze jeden dotázaný (9%) uvedl použití testu MEAMS příležitostně ve své praxi.

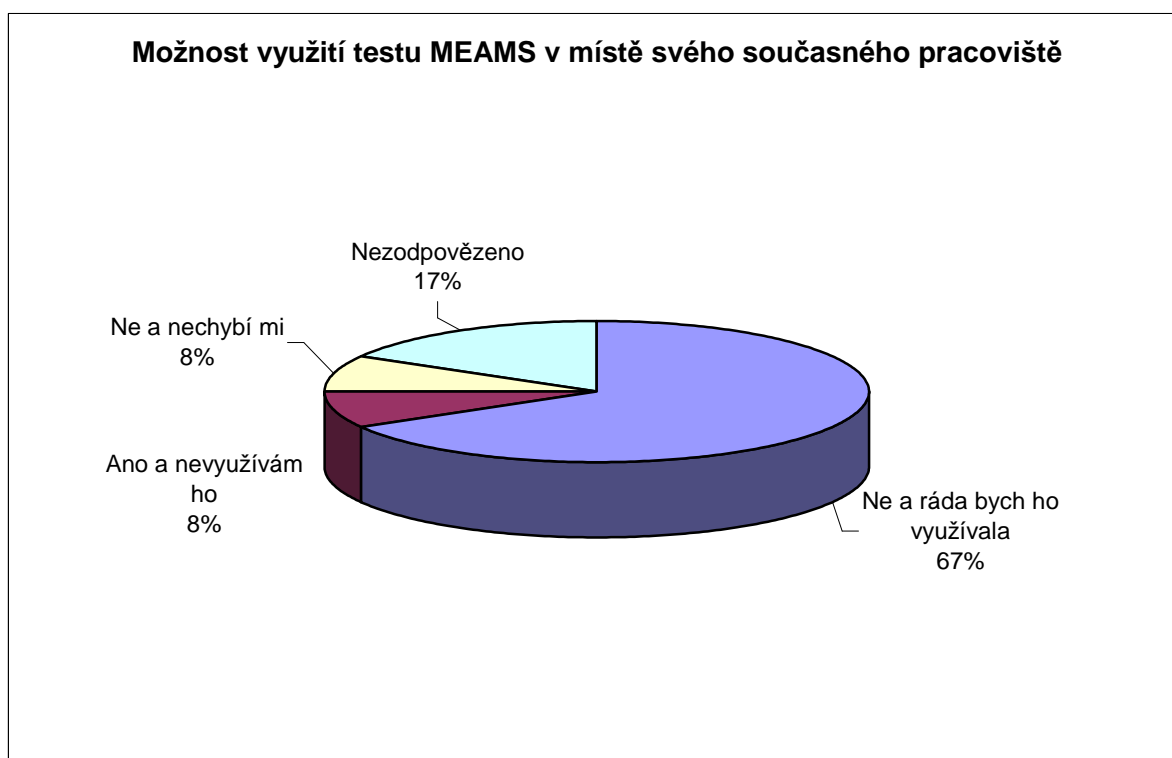
Graf č. 5



Otázka č. 6: Máte možnost v místě svého současného pracoviště test MEAMS využívat?

Otázka byla vytvořena z důvodu zmapování vlastnictví testu pracovištěm a možnosti využití testu MEAMS na současném pracovišti ergoterapeuta. Tedy 8 oslovených (67%) tuto možnost nemá a ráda by test ve své praxi využívala. 2 ergoterapeuté (17%) otázku nezodpověděli. Z toho usuzuji na možnou neznalost testu MEAMS. Jeden respondent (8%) má možnost s testem MEAMS pracovat, ale možnost nevyužívá a další respondent (8%) uvedl, že tuto možnost nemá a test mu na pracovišti nechybí.

Graf č. 6



Na otázky č. 7 a č. 8 ergoterapeuté neposkytli odpověď. K otázce č. 8 velmi často psali, že nedokáží posoudit, protože nemají zkušenosti s testem MEAMS a znají pouze test MMSE.

Otázky dotazníku:

7. Pokud jste test MEAMS používal (a) / používáte, při kterém druhu postižení nebo poruše Vám test MEAMS nejvíce pomohl pro zacílení Vaší terapie u klientů v seniorském věku?
8. Pokud máte zkušenost s oběma testy MMSE a MEAMS, formulujte pozitiva i negativa každého testu jednotlivě.

3.9.1 Celkové shrnutí výsledků:

Všech 12 dotázaných ergoterapeutů používá k vyšetření kognitivních funkcí test MMSE. K testu většinou používají další vyšetřovací metody jako je rozhovor, pozorování zadané činnosti nebo jiný test. 7 ergoterapeutů shledává test MMSE dostačujícím pro jejich potřeby, 5 ergoterapeutů není s testem MMSE spokojeno, a proto využívají i jiné metody k vyšetření kognitivního stavu pacienta. Slabá většina dotázaných se s testem MEAMS nikdy

nesetkala. Pouze dva respondenti uvedli znalost testu MEAMS. 8 ergoterapeutů z 12ti nemá možnost jeho použití na nynějším pracovišti, ale ráda by test MEAMS použila ve své praxi.

3.10 Doporučení, zjištění

Klady a zápory obou testů už jsem zmínila v teoretické části. Teď se zaměřím na má zjištění při testování.

Po použití obou testů jsem mohla porovnat jejich možnosti a musím uznat, že test MEAMS je pro vyšetření kognitivních funkcí podrobnější než MMSE.

Testy jsou si v některých úkolech velmi podobné a zjišťují totéž, ale test MEAMS se zabývá i funkcemi frontálního laloku (subtesty Verbální plynulost, Motorická perseverace) a pravostranným parietálním lalokem. Test MEAMS je lehce náročnější na administrativu. Při vyšetření s sebou musí mít testující jednu verzi testu, kde postupně čte pokyny napsané pro pacienta a ten se podle nich řídí. To udává jednotnou interpretaci pacientům a také ulehčení pro testující osobu. Bodovací formulář je podrobnější, protože se rozděluje podle jednotlivých subtestů. Testující do něho zaznamenává odpovědi pacienta a podle správnosti odpovědi zapisuje body – buď 1 nebo 0. Poté se všechny body sečtou. Na konci subtestu je vždy napsané skóre pro splnění testu - např. 3 body. Pokud pacient získá ze všech otázek v subtestu 2 body, tento subtest nesplnil. Výsledek všech součtů subtestů je celkové zhodnocení pacienta testem MEAMS.

U obou testů musí mít testující připravený bodovací formulář, propisku, hodinky na stopování času, předměty pro pojmenování.

Souhlasím, že test MMSE je pro hrubou orientaci kognitivního stavu pacienta dostačující. Ale kdybych měla možnost pracovat s testem MEAMS, používala bych jej. Na někoho může test působit složitě, ale pracuje se s ním velmi dobře.

Přemýšlela jsem, jaké jiné položky by testy mohly obsahovat a bylo by možné je dobře provést. Např. ani jeden test se nezabývá orientací po budově. Tato činnost by se podle mého názoru mohla s pacientem vyzkoušet formou ústního popisu trasy (je –li pacient imobilní) nebo prakticky (chůze po budově s doprovodem). Takto by se mohla testovat prostorová orientace. Záleží na každém testujícím, co vše bude do svého testování kognitivních funkcí zahrnovat.

U testu MEAMS bych nedostatek viděla v několika subtestech, které se týkají poznávání obrázků nebo fotografií (subtest Zapamatování obrázků, Vnímání zlomků písmen,

Neobvyklé záběry, Obvyklé záběry). Myslím, že pro osoby s vadami zraku mohou být tyto subtesty nevhodné a výrazně zhorší výsledek. Osobně bych těmto lidem jak obrázky, tak fotografie zvětšila a předložila jim je ve větším formátu. Ergoterapeut by měl citlivě zareagovat a tyto úkoly upravit.

MMSE neobsahuje tolik úkolů, které by zatěžovaly zrak. Dají se lehce přepsat na větší papír. V tomto ohledu je test MMSE jednodušší.

U testu MEAMS jsem musela provést malou změnu ohledně subtestu Zapamatování jmen, kde testující vyžaduje, aby si pacient zapamatoval jméno osoby na fotografii. V originálních verzích se používají jména Mary Carter a Peter Watson. Tento subtest jsem přizpůsobila české populaci a používala jsem jména Marie Krátká a Petr Krátký.

Porovná-li rozdělené hodnocení podle počtu bodů, je pro mě výstižnější a jasnější hodnocení testu MMSE, které se dělí do pěti skupin a je k němu napsaný kognitivní stav pacienta. Test MEAMS navrhuje podle počtu získaných bodů buď podrobnější neuropsychologické vyšetření pacienta, nebo se stav kognitivních funkcí pacienta pohybuje v normě.

Všichni zúčastnění klienti odpověděli na otázku: „*Který test se vám více líbil nebo vám přišel zajímavější?*“, shodně - MEAMS.

Osobně jsem vyzkoušela vyhledat informace o testu MEAMS na internetu pomocí Google.cz. Objevilo se mi několik odkazů v angličtině, kde si zájemce testu může zjistit více informací, popřípadě si jej objednat.

3.11 Souvislost kazuistik a výsledků dotazníku

Na test MEAMS jsem se zaměřila proto, že jsem pochybovala o jeho malém rozšíření mezi ergoterapeuty v ČR. K zjištění jsem využila dotazníku a ten mi tuto domněnku potvrdil.

Také jsem byla přesvědčena o podrobnějším zaměření testu MEAMS na kognitivní funkce než u testu MMSE a tento úkol jsem si ověřila vyzkoušením obou testů na klientech a výsledky jsem zpracovala do formy kazuistiky.

Přestože se test MEAMS jeví jako podrobnější k vyšetření kognitivního výkonu, myslím si, že je u nás stále málo používaný. Nemohu mluvit obecně, ale z výsledků dotazníku je patrná nezkušenost ergoterapeutů s tímto testem a velké procento ergoterapeutů projevilo zájem o použití testu MEAMS ve své praxi.

4 DISKUSE

4.1 Dotazník - úvod

Mým záměrem pro vytvoření dotazníku bylo ověřit si, zda ergoterapeuté znají, a popřípadě mají možnost využít test MEAMS ve svém zaměstnání. Jelikož na dotazník odpovědělo malé množství respondentů, dotazník není zcela vypovídající o celkové znalosti a využití tohoto testu u ergoterapeutů v ČR. Dotazník je mapující studie, proto získané výsledky nelze příliš srovnávat s literaturou.

4.2 Limitace dotazníku

Jak už bylo zmíněno, limitací pro dotazníkové šetření byl malý vzorek respondentů. Dotazník byl odeslán na e- mailové adresy pětadvaceti ergoterapeutům a na tři ročníkové e- maily bývalým absolventům ergoterapie na 1. LF UK a přesto na dotazník reagovalo pouze 12 ergoterapeutů.

Za další nedostatek dotazníku, který mohl ovlivnit vyhodnocení výsledků, považuji nesprávně formulované některé otázky. Na otázku č. 4: „*Znáte screeningový test MEAMS (The Middlesex Elderly Assessment of Mental State)?*“, jsem uvedla výběr odpovědí - ano, ne, částečně. Při vyhodnocování jsem poznala, že otázka nemá příliš vypovídající hodnotu. Vhodnější výběr odpovědí považuji: ano, spíše ano, ne, spíše ne. Myslím, že tím by se více zjistila znalost a zkušenost s testem MEAMS u ergoterapeutů.

Otázky č. 7: „*Pokud jste test MEAMS používal (a) / používáte, při kterém druhu postižení nebo poruše Vám test MEAMS nejvíce pomohl pro zacílení Vaší terapie u klientů v seniorském věku?*“ Na tuto otázku žádný respondent neodpověděl. Nejspíše jedním z důvodů byla nezkušenost s testem MEAMS, nebo nepochopení otázky.

V případě otázky č. 8: „*Pokud máte zkušenost s oběma testy MMSE a MEAMS, formulujte pozitiva i negativa každého testu jednotlivě.*“, ergoterapeuté často uvedli, že nemohou na otázku odpovědět, protože nemají zkušenosti s testem MEAMS a někteří alespoň popsali test MMSE.

4.3 Výsledky a jejich zhodnocení

Dotazníkové šetření jsem začala otázkou, která se týká způsobu vyšetření kognitivních funkcí u seniorů. Chtěla jsem zjistit možnosti a metody používané ergoterapeuty. Všichni

respondenti uvedli používání testu MMSE, dále nejčastěji používají Test hodin, někteří i test Addenbrookský a jeden respondent uvedl Abbreviated Mental Test Score. Další metodou pro vyšetření je pozorování klienta při zadané činnosti a vstupní rozhovor.

Druhá otázka měla zjistit, které screeningové testy ergoterapeuté používají k vyšetření kognitivních funkcí. Dotazníkem se potvrdilo, že test MMSE je opravdu nejpoužívanějším testem pro vyšetření kognice. Všech 12 respondentů využívá test MMSE. 7 ergoterapeutů (59%) využívá pouze MMSE, 3 ergoterapeuté (25%) používají MMSE, Test hodin a Addenbrookský kognitivní test, 1 respondent (8%) k testu MMSE někdy využije i počítačového programu MENTIO a také jednomu respondentovi (8%) slouží k vyšetření test MMSE, Test hodin a Abbreviated Mental Test Score. Nabízí se otázka, zda je test MMSE používán opravdu pro jeho jednoduchost nebo spíše pro dostupnost či ze zvyku?

V otázce č. 3 jsem se respondentů ptala, zda-li jsou spokojeni s testem, který používají k vyšetření. Tato otázka byla otevřená a respondenti mohli napsat svůj názor, zda jim test vyhovuje nebo co by na něm změnili, co jim nevyhovuje. Při vyhodnocování otázky jsem odpovědi rozdělila do dvou skupin podle nejčastějších odpovědí. 7 respondentů (58%) považuje test MMSE za nedostatečný a pouze orientační, z tohoto důvodu využívají Test hodin, pozorování, rozhovor pro ucelenější obraz o kognitivním stavu pacienta. 5 respondentů (42%) je s testem MMSE spokojeno a pro jejich potřebu jim test stačí.

Jak už bylo výše zmíněno, k otázce č. 4 mám výhrady s výběrem odpovědí. Nicméně představím výsledky týkající se této otázky, které mě utvrdily v minimální znalosti testu MEAMS. Otázkou č. 4 jsem se od ergoterapeutů chtěla dozvědět, jestli znají test MEAMS. 7 respondentů (55%) uvedlo neznalost testu MEAMS, 3 respondenti (27%) znají test MEAMS jen částečně a pouze 2 respondenti (18%) test MEAMS znají. Z jakého důvodu většina ergoterapeutů nezná test MEAMS? Je to proto, že je málo propagován? Nebo je důvodem jeho pořizovací cena?

Otázkou č. 5 zjišťuji, zda-li ergoterapeuté použili test MEAMS někdy ve své praxi při testování kognitivních funkcí. Tím jsem chtěla podkrýt možnost použití testu MEAMS dříve nebo v jiném zařízení, než ve kterém ergoterapeut pracuje nyní. Vyhodnocení otázky je následující: 9 ergoterapeutů (73%) nikdy test MEAMS nevyzkoušelo. 2 ergoterapeuté (18%) na otázku neodpověděli, protože test MEAMS neznají. Tím se nabízí možnost odpovědi, že test MEAMS nikdy nepoužili ve své praxi. 1 ergoterapeut (9%) přiznává příležitostné vyzkoušení testu.

V otázce č. 6 jsem se zaměřila na možnost využití testu MEAMS v místě současného pracoviště ergoterapeuta. Zajímalo mě, zda pracoviště test MEAMS vlastní a tím poskytují ergoterapeutovi možnost test používat. A jestli by ergoterapeuté využívali test MEAMS, kdyby k němu měli přístup. 8 respondentů (67%) nemá možnost využití testu a rádo by test používalo. 2 respondenti (17%) otázku nezodpověděli, opět z důvodu neznalosti testu. 1 respondent (8%) uvedl možnost použití testu MEAMS, ale nevyužívá ji. 1 respondent (8%) nemá možnost použití testu a ani mu nechybí.

Z dotazovaných 12ti ergoterapeutů by většina test MEAMS využívala. Proč se tak neděje? Pracoviště jim neposkytnou zakoupení testu? Vědí vůbec ergoterapeuté kde test získat?

Jak jsem již uvedla výše, na otázky č. 6 a č. 7 respondenti neodpověděli. Nemohu tedy interpretovat výsledky.

5 ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na screeningové testy MMSE a MEAMS a vytvoření dotazníku pro ergoterapeuty pracující v oblasti geriatric.

Mojí hlavní výzkumnou otázkou bylo, jestli test MEAMS zjistí více informací o stavu kognitivních funkcí seniorů než test MMSE. Použitím obou testů na vybrané skupince seniorů jsem měla možnost oba testy zhodnotit a tímto způsobem cíle dosáhnout. Z testování bylo patrné, že v porovnání s MMSE obsahuje test MEAMS komponenty, kterými zkoumá i jiné oblasti kognitivního výkonu. MEAMS se zaměřuje také na funkce frontálního laloku a pravého parietálního laloku pomocí speciálních obrázkových karet. V ostatních úkolech a otázkách jsou si testy velmi podobné a zjišťují totéž.

Osobně se mi s testem MEAMS pracovalo dobře a doporučila bych jej i ostatním ergoterapeutům. Myslím si, že v porovnání s MMSE test MEAMS ukáže ucelenější obraz o kognitivním stavu pacienta.

Vytvořeným dotazníkem pro ergoterapeuty pracujícími se seniory jsem zjistila několik skutečností. Všichni dotazovaní ergoterapeuté používají ke zjištění kognitivního výkonu ze specializovaných testů nejčastěji test MMSE. Dále jsem odhalila, že větší polovina dotázaných (55%) nezná test MEAMS, částečně jej zná čtvrtina ergoterapeutů (27%) a pouze jeden respondent (18%) uvedl znalost testu. Ve své praxi většina oslovených ergoterapeutů (73%) test MEAMS nikdy nevyzkoušela, jeden ergoterapeut s testem pracoval a dva respondenti se k otázce nevyjádřili. Osm ergoterapeutů (67%) nemůže test používat na nynějším pracovišti, ale ráda by ho poznala a použila. Ve svém současném zaměstnání může test používat jeden ergoterapeut.

SEZNAM LITERATURY

Knižní publikace

- AMBLER, Z.- BEDNAŘÍK, J.- RŮŽIČKA, E. a kol. *Klinická neurologie: část obecná*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2004. 975 s. ISBN 80-7254-556-6.
- AUSTAD, S. N. *Proč stárneme*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, Edice Kolumbus, 1999. 208 s. ISBN 80-204-0804-5.
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
- FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGER PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*1975, 12, 189-198.
- GOLDING, E. *The Middlesex Elderly Assessment of Mental State*. Thales Valley Test Company, 1989. ISBN 0-9514322-3-0.
- GRIEVE, J.: *Neuropsychology for occupational therapists*, Blackwell Science LTd., 1996.
- HOLMEROVÁ, I.- JAROLÍMOVÁ, E.- SUCHÁ, J. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007 a. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HOLMEROVÁ, I.-JURAŠKOVÁ, B.- ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007 b. 143 s. ISBN 80-86541-12-6.
- HORT, J.- RUSINA, R. a kol. *Paměť a její poruchy: Paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: MAXDORF, 2007. 421 s. ISBN 978-80-7345-004-5.
- HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 53 s. ISBN 80-7169-797-4.
- KALVACH, Z.- ZADÁK, Z.-JIRÁK, R. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Z.- ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- KLUCKÁ, J.- VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 150 s. ISBN 978-80-247-2608-3.

- KOUKOLÍK, F. – JIRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. (a). *Paměť - část I*. Přednáška k předmětu Ergoterapie a kognitivní funkce. 1. LF UK, Praha, 2009.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. (b). *Paměť - část II. Dlouhodobá paměť*. Přednáška k předmětu Ergoterapie a kognitivní funkce. 1 LF UK, Praha, 2009.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. (c). *Neurologická onemocnění s percepční a kognitivní problematikou*. Přednáška k předmětu Ergoterapie a kognitivní funkce. 1. LF UK, Praha, 2009.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. (d). *Standardizované testové metody*. Přednáška k předmětu Ergoterapie a kognitivní funkce. 1. LF UK, Praha, 2009.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1990. 136 s. ISBN 80-201-0076-8.
- PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- PICHRTOVÁ, D. *Aktivizace seniorů – co přináší praxe z pohledu aktivizačního pracovníka*. Brno: Univerzita Masarykova. Pedagogická fakulta. Katedra sociální pedagogiky, 2009. 80 s., 5 s. příloh. Vedoucí diplomové práce PhD. Lenka Gulová.
- PREISS, M.- KUČEROVÁ, H a kol. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 362 s. ISBN 80-247-0843-4.
- REKTOROVÁ, I. et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. 190 s. ISBN 978-80-7387-017-1.
- TENNANT, A.-KÜCÜKDEVECI, A. A.-KUTAY, S.-ELHAN, H. A. *Assessing normative cut points through differential item functioning analysis: An example from the adaptation of the Middlesex Elderly Assessment of Mental State (MEAMS) for use as a cognitive screening test in Turkey*. Health and Duality of Life Outcomes, březem, 2006.
- TOPINKOVÁ, E. – JIRÁK, R. – KOŽENÝ, J. *Krátká neurokognitivní baterie pro screening demence v klinické praxi: sedmiminutový screeningový test*. Neurologie pro praxi, 2002, roč. 2002, č. 6, s. 323-328. ISBN 1213-1814.
- TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: Manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999. 89 s. ISBN 80-238-4913-1.

- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
- VOKURKA, M. – HUGO, J. a kol.: *Velký lékařský slovník*. 6. vyd. Praha: MAXDORF, 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0.
- WOODFOORD, H. J. – GEORGE, J.: *Cognitive assessment in the elderly: a review of clinical methods*. QJM Adverte Access, June 12, 2007. 1-16 s.

Internetové zdroje

- Autor neznámý: *Encyklopedie Navajo: obrázek lidského mozku* [online] <http://lidsky-mozek.navajo.cz/> [citováno 22. 10. 2009]
- Autor neznámý: *Kognitivní server – výkladový slovník: frontální lalok* [online] <http://fim.uhk.cz/cogn/?Module=dictionary&TypeSearch=1&Str=front%E1ln%ED+lalok> [citováno 16. 7. 2009]
- Autor neznámý: *Middlesex Elderly Assessment of Mental State* [online] <http://www.psychcorp.co.uk/product.aspx?n=1316&s=1321&cat=1422&skey=2842> [citováno 17. 9. 2009]
- Autor neznámý: *Mozek (encephalon)* [online] http://www.gospg.cz:5050/bio/Sources/Textbook_Textbook.php?intSectionId=91200 [citováno 24.11.2009]
- Autor neznámý: *Otevřená encyklopedie Wikipedie: Abbreviated mental test score*. [online] http://en.wikipedia.org/wiki/Abbreviated_mental_test_score [citováno 10.10.2009]
- Autor neznámý: *Psychoservice .eu: slovníček některých kognitivních psychologických pojmů – kognitivní funkce* [online] <http://www.psychoservice.eu/clanky.php?page=clanek&id=84> [citováno 16. 7. 2009]
- Autor neznámý: *Syndrom frontálního laloku* [online] <http://camelot.lf2.cuni.cz/vejvalka/neursy/sy50.html> [citováno 10. 10. 2009]
- ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ: *Úvod* [online] <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=7> [citováno 10. 9. 2009]
- KOPEČEK, M. *Pozornost* [online] <http://www.miloslavkopecek.cz/kognice.htm> [citováno 27. 10. 2009]

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Informativní souhlas

Příloha 3 – Test MEAMS

Příloha 4 – Test kognitivních funkcí Mini Mental State Exam (MMSE)

Příloha 1 – Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Klára Vostrá a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ergoterapie na 1. LF UK v Praze. V současné době pracuji na bakalářské práci s názvem „Vyšetření kognitivních funkcí u pacientů v seniorském věku, specializované testy“. Ve své práci se zaměřuji na porovnání dvou screeningových testů a to MMSE a MEAMS.

Touto cestou Vás prosím o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce.

Dotazník je anonymní, odpovědi budou použity pouze pro zpracování výsledků a jejich interpretaci v mé bakalářské práci. V případě Vašeho zájmu Vám, ráda poskytnu výsledky z tohoto dotazníku. V případě nejasností nebo dotazů jsem Vám k dispozici na adrese: klarinek.v@centrum.cz

U každé otázky máte prostor pro Váš eventuelní komentář.

Děkuji Vám za Váš čas a přeji příjemné léto.

- 1. Jakým způsobem vyšetřujete kognitivní funkce u klientů v seniorském věku, kteří trpí poruchou těchto funkcí? Vypište, prosím, všechny způsoby, včetně názvů testů (pokud je používáte).**

- 2. Používáte některé screeningové testy při vyšetření kognitivních funkcí? Pokud ano, vypište, prosím, které.**

- 3. Používáte-li některý test, je pro Vaši potřebu dostačující? (zahrnuje všechny potřebné položky pro zjištění rozsahu porušení kognitivních funkcí, je srozumitelný, časově nenáročný?)**

4. Znáte screeningový test MEAMS (The Middlesex Elderly Assessment of Mental State)?

- Ne
- Ano
- Částečně

4a: Pokud zní odpověď „ne“, měli byste zájem se s testem MEAMS seznámit?

4b: Jestliže je odpověď „ano“, odpovídejte, prosím, na následující otázky:

5. Použili jste test MEAMS někdy ve své praxi při testování kognitivních funkcí?

- ano, používám (používala jsem) ho pravidelně, jsem s ním spokojená
- ano, používám (používala jsem) ho pravidelně, mám k němu však výhrady (vypište, prosím které)
- ano, vyzkoušel(a) jsem ho pouze příležitostně
- ne, nikdy jsem test MEAMS nevyzkoušel(a)

6. Máte možnost v místě svého současného pracoviště test MEAMS využívat?

- ano a využívám ho
- ano a nevyžívám ho
- ne a rád(a) bych ho využíval(a)
- ne a nechybí mi

7. Pokud jste test MEAMS používal (a) / používáte, při kterém druhu postižení nebo poruše Vám test MEAMS nejvíce pomohl pro zacílení Vaší terapie u klientů v seniorském věku?

8. Pokud máte zkušenost s oběma testy MMSE a MEAMS, formulujte pozitiva i negativa každého testu jednotlivě

Příloha 2 – Informativní souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Nemám námitek proti tomu, aby moje výsledky získané z testů MMSE a MEAMS byly použity ke zpracování bakalářské práce Kláry Vostré, studentky 3. ročníku ergoterapie na 1. LF UK.

Jméno a příjmení testované osoby se nebude zveřejňovat.

V Praze: _____

Jméno a příjmení: _____

Podpis: _____

Příloha 3 – Test MEAMS

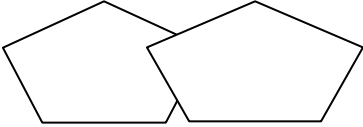
Test MEAMS

Obrázek č. 3



Zdroj: www.psychcorp.co.uk

Příloha 4 – Test kognitivních funkcí Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek.</p> <p>Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval.</p> <p>Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.</p> <p>Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p> <p>Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti:</p> <p>(správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz:</p> <p>„Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
	
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V dne

jméno a příjmení zájemce