



## BENEFITY MERACÍCH NÁSTROJOV V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S DEMENCIOU

## BENEFITS OF MEASURING TOOLS IN NURSING CARE ABOUT PATIENT WITH DEMENTIA

**Martina Tomagová**

*Ústav ošetrovatelstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave  
Department of Nursing, Jessenius Medical Faculty in Martin, Comenius University in Bratislava*

### Abstrakt

*Cieľ:* Cieľom prípadovej štúdie je poukázať na využitie výsledkov meracích nástrojov CDT (Test kreslenia hodín), SMMSE (Štandardizovaný test psychických funkcií), GDS15 (Geriatrická škála depresie-krátka verzia) pre plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti, konkrétne výber úloh v rámci rehabilitácie kognitívnych funkcií u pacienta s ľahkou formou demencie. *Metodika:* V popise prípadu uvádzame využitie meracích nástrojov pre potreby kognitívnej rehabilitácie u pacientky s ľahkou formou demencie Alzheimerovho typu. CDT, SMMSE, a GDS15 boli administrované pre začatím kognitívnej rehabilitácie a ich výsledné skóre ovplyvňovalo výber jednotlivých rehabilitačných intervencií. *Výsledky:* Výsledné skóre SMMSE poskytuje objektívny údaj pre diagnostiku ošetrovateľskej diagnózy Chronická zmätenosť 00129. Výsledné skóre CDT a SMMSE nekorešponduje s lekárom diagnostikovanou kognitívnu poruchou, čo poukazuje na ich nízku citlivosť pre ľahký stupeň kognitívnej poruchy. Výber úloh pre kognitívnu rehabilitáciu na základe tohto skóre nie je v plnej miere pacientkou pozitívne akceptované. *Záver:* Výsledné skóre meracích nástrojov SMMSE, CDT, GDS15 poskytuje objektívne údaje, ktoré však iba v spojitosti s údajmi o klinickom stave, osobnej anamnéze, záujmovej oblasti a inými, majú význam pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s demenciou.

**Kľúčové slová:** seniори, meracie nástroje, kognitívny deficit, ošetrovateľská starostlivosť.

### Abstract

*Purpose:* The aim of the case study is present of using tools Clock Drawing Test (CDT), Standardized Mini-Mental State Examination (SMMSE), Geriatric Depression Scale Short Form (GDS15) in planning nursing care, specifically for choosing tasks for cognitive rehabilitation of patient with dementia. *Methods:* In the case study are introduced using of measure tools in cognitive rehabilitation of patient with Dementia of the Alzheimer's type. CDT, SMMSE, GDS15 was administered before beginning cognitive rehabilitation and their scores influenced of choosing tasks for cognitive rehabilitation. *Result:* SMMSE provides objective data for diagnose of nursing diagnosing Chronic confusion 00129. Scores of CDT and SMMSE aren't identical with by physician appointed cognitive disorder. Choosing of tasks for cognitive rehabilitation according to scores SMMSE and CDT patient didn't accept positively in all range. *Conclusion:* Scores CDT, SMMSE, GDS15 have meaning as sources of objective data for cognitive rehabilitation, only with connection with another date about patient, e. g. clinical status, examinee's health history, history of cognitive decline, physical examination, occupation, area of interests.

**Key words:** seniors, measure tools, cognitive deficit, nursing care.

### Úvod

Hodnotenie kognitívnych funkcií prostredníctvom meracích nástrojov sa stalo súčasťou klinickej praxe nielen v geriatrici, gerontopsychiatrii, ale aj v oblasti ošetrovateľského výskumu a praxe. Meracie nástroje sú v literatúre (napr. Hurley, Volicer, 2006, s. 336-

338; Fletcher, 2008; Fortinash, 2008, s. 353-354, Vörösová, 2009, s. 1-3) prevažne odporúčané pre oblasť posudzovania a diagnostiky. Prostredníctvom nich zistené objektívne údaje sú nápomocné v diferenciálnej diagnostike a skvalitňujú diagnostický proces aj v ošetrovatelstve.

Ďalšia možnosť ich využitia je pri plánovaní a realizácii ošetrovateľskej starostlivosti. Konkrétne

---

*korespondence: tomagova@jfmed.uniba.sk*

---

meracie nástroje sú považované za nevyhnutné pre stanovenie programu cielej kognitívnej rehabilitácie (Jiráček et al., 1999, s. 22). Kognitívna rehabilitácia (rehabilitácia kognitívnych funkcií) je jeden z nefarmakologických prístupov odporúčaných ako súčasť ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov s miernou kognitívnu poruchou a s ľahkou formou demencie, napr. Buttner, Fitzsimmons (2009, s. 39-49); Vance et al. (2009, s. 50-55); Fletcher (2008) (Pozn. 1).

Nástroje sa využívajú pre plánovanie rehabilitačnej stratégie, metodiky postupu, priebežného

posudzovania a záverečného hodnotenia benefitu kognitívnej rehabilitácie (Jobe et al., 2001, s. 453-479; Willis et al., 2006, s. 2805-2814). Medzi odporúčané nástroje pre potreby plánovania a zároveň hodnotenia benefítov kognitívnej rehabilitácie patria aj Test psychických funkcií (MMSE, Mini-Mental State Examination,) a Test kreslenia hodín (CDT, Clock Drawing Test) (Talassi et al., 2007, s. 391-399; Cipriani et al., 2006, s. 327-335). V tabuľke 1 a 2 uvádzame základné charakteristiky MMSE a CDT.

Tab. 1 Test psychických funkcií

Autori, rok	Folstein et al. (1975) rôzne modifikácie, napr. The Modified Mini-Mental State Examination (3MS) (Teng, 1987); Standardized MMSE (SMMSE) (Molloy et al., 1991); Telephone version (ALFI-MMSE) (Roccaforte et al., 1992); Short Version MMSE (Schultz-Larsen et al., 2007)
Cieľová skupina	seniori
Posudzuje	orientáciu, pamäť, výbavnosť, pozornosť, reč, zrakovo-priestorovú funkciu
Psychometrické charakteristiky	hodnotený ako validný a reliabilný; reliabilita sa pohybuje v rozmedzí od 0,68-0,99, inter-rater reliabilita od 0,89-0,99, senzitivita 0,76-0,87 a špecificita 0,82-0,89; nástroj je vysoko senzitívny a špecifický hlavne v prípade vážnejšieho kognitívneho deficitu, ale nie v skrýningu miernej kognitívnej poruchy
Výhody	jednoduchá administrácia, časová nenáročnosť
Limitácie	výsledné skóre môže byť ovplyvnené vekom, vzdelaním, depresiou posudzovaného seniora; nie je vhodný pre seniorov s chorobami postihujúcimi motoriku dominantnej ruky, s poškodením zraku a sluchu

(In Folstein et al. 1975, s. 189-198, Gallo, 2005, s. 130; Maruish, 2000, s. 140; McDowell, 2006, s. 433)

Tab. 2 Test kreslenia hodín

Autori, rok	prvoautorstvo je nejasné, publikované viaceré verzie s rozdielnymi hodnotami maximálneho počtu bodov výsledného skóre a zároveň s jeho rôznymi interpretáciami, napr. Shulman et al. (1986), Wolf-Klein et al. (1989), Sunderland et al. (1989), Mendez et al. (1992), Rouleau et al. (1992), Watson et al. (1993), Manos et al. (1994), Cahn et al. (1996), Lam et al. (1998), Borson et al. (1999), Royall et al. (1999), Cacho et al. (1999), Tuokko et al. (2000), Lin et al. (2003), Heinik et al. (2004)
Cieľová skupina	pacienti s kognitívnym deficitom, najčastejšie popisovaná skupina seniorov
Posudzuje	zrakovo-priestorové schopnosti, zrakovo-konštrukčné schopnosti
Psychometrické charakteristiky	vo všeobecnosti je hodnotený ako nástroj s dobrou validitou a reliabilitou psychometrické charakteristiky jednotlivých verzií CDT sú rôzne, napríklad CDT autorov Wolf-Klein et al. (1987) má senzitivitu 0,75 a CDT autorov Cacho et al. (1999) 0,93; inter-rater reliabilita CDT autorov Shulman et al. (1986) je 0,75, CDT autorov Borson et al. (1999) má inter-rater reliabilitu 0,97
Výhody	rýchly skrýning kognitívneho deficitu, jednoduchá administrácia
Limitácie	nie je vhodný u seniorov s ťažkou artritídou, parkinsonismom aj inými ochoreniami postihujúcimi motoriku dominantnej ruky a poškodením zraku; hodnotí iba časť z kognitívnych funkcií, výsledné skóre môže byť ovplyvnené vekom a vzdelaním posudzovaného seniora

(In Pinto et al., 2009, s. 201-213; McDowell, 2006, s. 407-411)

Výsledok nástrojov hodnotiacich kogníciu napomáha v stanovení individuálneho plánu a metodiky postupu, aby sa kládli na pacienta primerané požiadavky a nezvyšovala sa jeho úzkosť, prípadne strach z neúspechu. Pre udržanie priaznivej atmosféry počas rehabilitácie, podpory motivácie a spolupráce seniora je nevhodné, aby bol konfrontovaný s vlastnou neschopnosťou a neúspechom v aktivitách, ktoré v rámci kognitívneho deficitu nie je schopný

zvládnuť. Počas kognitívnej rehabilitácie je odporúčaný aj súbežný monitoring depresívnej nálady, napr. prostredníctvom Geriatrickej škály depresie-krátkej verzie (GDS15, Geriatric Depression Scale Short form), ktorá môže blokovat' aktuálne kognitívne procesy (Winocur et al., 2007, s. 153-165). V tabuľke 3 uvádzame základné charakteristiky Geriatrickej škály depresie-krátkej verzie.

Tab. 3 Geriatrická škála depresie-krátka verzia

Autori, rok	Sheikh, Yesavage (1986)
Cieľová skupina	seniori
Posudzuje	prítomnosť a hĺbku depresie
Psychometrické charakteristiky	charakterizovaný ako validný a reliabilný nástroj, senzitivita je 0,92 a špecificita 0,89
Výhody	rýchly skrining depresie, jednoduchá administrácia
Limitácie	nástroj bol skonštruovaný tak, aby neobsahoval položky týkajúce sa prejavov, ktoré sa môžu vyskytovať u seniorov v rámci fyziologického starnutia alebo ako symptómy telesného ochorenia, dôraz je kladený na symptómy, ktoré sú pre depresiu v období staroby špecifickejšie
	administrácia nástroja vyžaduje zachovanú nozognóziu a primeranú dynamogéniu seniora; senzitivita a špecificita nástroja sa znižuje pri kognitívnom deficite posudzovaného seniora

(In Sheikh, Yesavage, 1986, s. 165-173; McDowell, 2006, s. 359; Lach et al., 2005, s. 246; Kurlowicz, 2007)

## Cieľ

Cieľom prípadovej štúdie je poukázať na využitie výsledkov meracích nástrojov SMMSE (Štandardizovaný test psychických funkcií), CDT (Test kreslenia hodín), GDS15 (Geriatrická škála depresie-krátka verzia) pre ošetrovateľskú diagnostiku, plánovanie a výber konkrétnych úloh v rámci rehabilitácie kognitívnych funkcií u pacienta s ľahkou formou demencie Alzheimerovho typu. Kognitívnu rehabilitáciu sme realizovali v rámci Denného stacionára Psychiatrickej kliniky UNM raz týždenne v doobedňajších hodinách, približne 90 min, tak ako navrhujú Čunderlíková et al. (2009, s. 15).

## Výber prípadu

Výber pacientky pre potreby tejto štúdie bol zámerný. Zaradujúce kritéria boli: vek 60 rokov a viac, lekárom diagnostikovaná demencia (ľahká forma) podľa medzinárodne platných kritérií MKCH-10 (Pozn. 2), indikácia kognitívnej rehabilitácie, písomný informovaný súhlas pacientky s účasťou na kognitívnej rehabilitácii, bez kvantitatívnych a kvalitatívnych porúch vedomia, zachovaný/kompenzovaný zrak a sluch, jemná motorika, ochota a schopnosť spolupracovať, zachovaná schopnosť porozumieť a odpovedať. Dáta pre potreby prípadovej štúdie sme získali

rozhovorom s pacientkou, pozorovaním, meraciami nástrojmi - SMMSE, CDT, GDS15 a zo zdravotnej dokumentácie. Zisťovali sme anamnestické údaje týkajúce sa kognitívneho deficitu, súčasný stav v oblasti kognície, záujem pacientky o kognitívnu rehabilitáciu, jej očakávania, náladu, schopnosť porozumenia otázkam a písania, oblasť záujmov, rodinné prostredie. Kurzívou zaznamenávame subjektívne vyjadrenia pacientky. V dokumentácii sme zisťovali lekárom diagnostikovanú kognitívnu poruchu, ordinovanú terapiu.

## Popis prípadu

Kognitívna rehabilitácia bola psychiatrom odporúčaná pacientke z dôvodu kognitívnej poruchy v rámci ľahkej formy demencie Alzheimerovho typu. Pacientka približne 3 roky pozoruje poruchy pamäti, nevie nájsť uložené osobné predmety, sťažuje sa na vypadávanie slov počas rozhovoru. Pri lúštení krížoviek si nevie spomenúť na slová, ktoré predtým vedela. Čítanie kníh ju nebavilo, nerozumie dej, pretože zabudne o čom čítala. Pri nakupovaní si nevedela spomenúť na to, čo potrebuje kúpiť. Zisťovala, že sa prestáva s ľuďmi rozprávať, lebo mala problémy si spomenúť na vhodné slová počas rozhovoru. Obávala sa zosmiešnenia. „*Chýbajú mi slová do rozhovoru a bojím sa, že sa mi ostatní vysmejú, budú sa na mne zabávať a ohovárať ma.*“

Manžel za ňu začal realizovať domáce práce. „Manžel aj deti si všimli, že viac zabúdam. Všetko dôležité doma má na starosti manžel“. Sledovaná je v psychiatrickej ambulancii pre poruchy pamäti po polytraume s otrasom mozgu, fraktúrou lebky a rebier v roku 2007 a organickú afektívnu depresívnu poruchu. K pridruženým diagnózam patrí cerviko-vestibulárny syndróm, dyspnoe nekardiálnej etiológie, pľúcna fibróza, osteopénia. Vyšetrením CT mozgu sa zistili atrofické zmeny poukazujúce na prítomnosť Alzheimerovej choroby. Ordinovaná bola farmakologická liečba demencie a antidepressívna terapia. Pred začatím kognitívnej rehabilitácie bola vyšetrená psychiatrom. V klinickom obraze dominoval dementný syndróm pri Alzheimerovej chorobe a depresívna symptomatológia miernej intenzity.

S rehabilitáciou kognitívnych funkcií súhlasila (podpísala informovaný súhlas), očakávala od nej zlepšenie pamäti, aby bola samostatnejšia a „...mohla sa s ľuďmi viac rozprávať...“ V oblasti záujmov dávala prioritu lúšteniu krížoviek a osemsmereviok, prácam na záhrade a v domácnosti. Kognitívne funkcie sme posúdili nástrojom SMMSE (výsledné skóre 26 bodov - dolná hranica normy). Zrakovo-priestorové schopnosti boli posúdené nástrojom CDT podľa Shulman et al. (výsledné skóre 5 bodov - norma), depresívna nálada prostredníctvom GDS15 (13 bodov - výrazná depresia). Schopnosť porozumenia bola zisťovaná prostredníctvom nami pripravených otázok týkajúcich sa osobnej anamnézy (životopisné údaje). Odpovede zaznamenávala sama pacientka po našom usmernení. Vyjadrovala neistotu, či dobre rozumie zadaniu. Uvedené odpovede boli málo rozvinuté, gramaticky správne, písmo čitateľné.

Na jednotlivé rehabilitačné stretnutia chodila samostatne. Opakovane sa však stalo, že prišla neskôršie. Svoje meškanie ospravedlnila s tým, že pozerala televízor a zabudla sledovať čas, kedy má odísť z domu. Rehabilitačné úlohy, ktoré postupne realizovala, sme vybrali pre cieľovú skupinu seniorov s miernou kognitívnou poruchou. Počas jednotlivých stretnutí bola koncentrovaná. Úlohy rehabilitujúce dlhodobú pamäť zvládla s prípustnými nepresnosťami, pri niektorých cvičeniach vyžadovala usmernenie. Cvičenia zamerané na krátkodobú pamäť, slovnú zásobu, logický úsudok hodnotila ako veľmi náročné a unavujúce. Dožadovala sa cvičení, v ktorých sa pracuje s číslami. Na základe jej subjektívneho vyjadrenia o náročnosti úloh, sme jej pripravili menej náročné úlohy odporúčané pre skupinu pacientov s ľahkou formou demencie.

Po 10 stretnutiach sme opakovane posúdili kognitívne funkcie prostredníctvom SMMSE (24 bodov - mierna kognitívna porucha). Zrakovo-priestorové funkcie sme posúdili CDT (výsledné skóre 5 bodov - norma), depresívnu náladu prostredníctvom GDS15 (13 bodov - výrazná depresia). Pacientka priebežne vyjadrovala spokojnosť s rehabilitáciou hlavne preto, že sa stretla s ľuďmi, „ktorí rozumejú jej problému s pamäťou a môže sa s nimi bez obáv z výsmechu rozprávať“. Súhlasí s pokračovaním v rehabilitácii kognitívnych funkcií.

### Analýza a diskusia

Na základe údajov o zmenách v kognitívnych funkciách identifikovaných prostredníctvom klinického vyšetrenia, potvrdených CT vyšetrením mozgu, posúdených prostredníctvom SMMSE a CDT; o zmenách v sociálnej oblasti, môžeme konštatovať, že sú prítomné diagnostické komponenty potvrdzujúce platnosť ošetrovateľskej diagnózy Chronická zmätenosť uvedenej v klasifikačnom systéme NANDA-I Taxonómia II. Konkrétne sú prítomné definujúce charakteristiky - progresívna a dlhotrvajúca kognitívna porucha, poruchy krátkodobej pamäti, klinicky podložené organické poškodenie, progresívna kognitívna porucha a súvisiace faktory - Alzheimerova choroba, úraz hlavy. V tabuľke 4 uvádzame prítomnosť diagnostických komponentov ošetrovateľskej diagnózy Chronická zmätenosť 00129 u pacientky. Výber rehabilitačných úloh a individuálne vedenie bolo zvolené na základe lekárom diagnostikovanej kognitívnej poruchy a výsledku SMMSE (dolná hranica normy). Výsledok SMMSE a CDT však jednoznačne nekoreloval s klinicky potvrdenou kognitívnou poruchou, čo v tomto prípade potvrdilo nízku senzitivitu SMMSE a CDT na prítomnosť miernej kognitívnej poruchy popisovanú viacerými autormi (Steenland et al., 2008, s. 419; Pinto et al., 2009, s. 201-213). SMMSE ani CDT neposudzujú celú oblasť kognície a preto prostredníctvom nich nie je možné získať ucelený obraz o kognitívnych funkciách.

Úlohy zamerané na rehabilitáciu dlhodobej pamäti pacientka zvládla väčšinou správne. Vyhovovali jej úlohy obsahujúce prácu s číslami. To môže súvisieť s povoláním predavačky, ktoré vykonávala pred odchodom do starobného dôchodku. Menej úspešná bola hlavne v úlohách zameraných na oblasť slovnej zásoby, úsudku, pričom tieto oblasti SMMSE ani CDT neposudzujú.

Tab. 4 Chronická zmätenosť

Definujúce charakteristiky (NANDA-I Taxonómia II)	Prítomné u pacientky
narušená interpretácia podnetov	neprítomná
narušená osobnosť	neprítomná
narušená reakcia na podnety	neprítomná
klinicky podložené organické poškodenie	CT mozgu potvrdzuje prítomnosť organického poškodenia, v klinickom obraze je dementný syndróm
narušená dlhodobá pamäť	neprítomná
narušená krátkodobá pamäť	zhoršená krátkodobá pamäť (nepamätá si napr. prečítaný text, miesto uloženia vecí, čo má nakúpiť), chybné položky v SMMSE týkajúce krátkodobej pamäti
porucha socializácie	redukcia sociálnych kontaktov
dlhotrvajúca kognitívna porucha	trvanie približne 3 roky
neprítomná kvalitatívna porucha vedomia	neprítomná
progresívna kognitívna porucha	prítomné postupné zhoršovanie kognície
<b>Súvisiaci faktor</b>	
Alzheimerova choroba	lekárom diagnostikovaná Demencia Alzheimerovho typu
úraz hlavy	pred 3 rokmi

Zároveň bola iba čiastočne úspešná v úlohách zameraných na krátkodobú a bezprostrednú pamäť. Problémy s krátkodobou a bezprostrednou pamäťou boli potvrdené aj nástrojom SMMSE. Vyjadrovala obavy zo zlyhania a hodnotila ich ako príliš vyčerpávajúce, čo vyplýva z narušenej vštiepivosti a udržania nových pamäťových informácií, redukcie slovnej zásoby v rámci demencie Alzheimerovho typu (Preiss et al., 2006, s. 141). Na základe subjektívneho vyjadrenia pacientky o nevyhovujúcej náročnosti úloh, sme jej prideliť menej náročné, aby sme udržali spoluprácu a motiváciu ako východisko pre kompliance pacienta s kognitívnu rehabilitáciu. Znížené nároky na pacientku (výber ľahších úloh), boli kladené aj preto, aby sme jej neprimerane nezvyšovali záťaž a úzkosť aj vzhľadom k prítomnosti miernej depresie. Jedným z cieľov tréningu je aj uvoľnenie vnútorného napätia, čo vedie následne k optimalizácii výkonu zodpovedajúcemu momentálnym možnostiam pacientky (Klucká et al., 2009, s. 25).

Pri opakovanom posudzovaní kognitívnych funkcií a nálady pacientky prostredníctvom meracích nástrojov SMMSE, CDT a GDS15 sme nezistili významné zmeny v porovnaní s údajmi zistenými pri vstupnom posúdení. Pri demencii Alzheimerovho typu nie je ani reálne očakávať zlepšenie v kognitívnych funkciách vzhľadom na priebeh a prognózu

ochorenia. Ako úspech je možné chápať udržanie existujúcej úrovne (Acevado et al., 2007, s. 239-249).

### Záver

Údaje o kognitívnych funkciách, depresii objektivizované meracími nástrojmi SMMSE, CDT, GDS15 sú prínosné ako doplnkové pre potreby ošetrovateľskej diagnostiky a plánovania metodiky kognitívnej rehabilitácie realizovanej v rámci ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s demenciou. Vhodne dopĺňajú komplex údajov o kognitívnych funkciách a nálade seniora. Nemôžu byť využité ako jediná metóda zberu údajov alebo ako náhrada klinického vyšetrenia aj z dôvodu, že sú pôvodne určené na rýchle, skrínigové posúdenie a testujú (SMMSE, CDT) iba niektoré kognitívne funkcie. Všeobecne sa v literárnych prameňoch (napr. Frank-Stromborg et al., 2004, p. 111; Topinková et al., 2002, s. 323-328; Bóriková, Žiaková, 2007, s. 13-18) odporúča použitie meracích nástrojov len ako doplnkovej metódy zberu dát o pacientovi.

### Bibliografické odkazy

ACEVEDO, A., LOEWENSTEIN, D. A. 2007. Nonpharmacological Cognitive Interventions in Aging and Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2007, vol. 20, no. 4, p. 239-249. ISSN 0891-9887.

- BALL, K., BERCH, D. B. et al. 2002. Effect of Cognitive Training Interventions with Older Adults. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2002, vol. 288, no. 18, p. 2271-2281. ISSN 0098-7484.
- BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. 2007. Problematika posudzovacích nástrojov v ošetrovatelstve. In BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. (eds.) *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ed. Ostrava : Ostravská univerzita, 2007. s. 13-17. ISBN 978-80-7368-230-9.
- BUETTNER, L., FITZSIMMONS, S. 2009. Promoting health in Early - Stage Dementia: Evaluation of 12 - week Course. *Journal of Gerontological Nursing*. 2009, vol. 35, no. 3, p. 39-49. ISSN 0098-9134.
- CIPRIANI, G., BIANCHETTI, A. et al. 2006. Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006, vol. 43, no. 3, p. 327-335. ISSN 0167-4943.
- ČUNDERLÍKOVÁ, M., WIRTH, M. 2009. Aktivizačný program a tréning pamäti pre seniorov. Vzdelávací kurz akreditovaný MŠ SR. 1 vyd. Bratislava : Centrum MEMORY n. o., 2009. 86 s. ISBN 978-80-970137-9-0.
- FITZPATRICK, J. J., WALLACE M. et al. (ed.) 2006. *Encyclopedia of Nursing Research*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company, 2006. p. 336-338. ISBN 0-8261-9812-0.
- FLETCHER, K. 2008. *Nursing Standard of Practice Protocol: Recognition and Management of Dementia*. Hartford Institute for Geriatric Nursing. [online]. January 2008. [cit. 2010-08-10]. Dostupné z WWW: <[http://www.Consultgerirn.org/topics/dementia/want to know more](http://www.Consultgerirn.org/topics/dementia/want_to_know_more)>.
- FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., McHUGH, P. R. 1975. Mini-Mental State a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. In *Journal of Psychiatric Research*. 1975, vol. 12, no. 3, p. 189-198.
- FORTINASH, K. M., WORRET, P. A. H. 2008. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis : Mosby Elsevier, 2008. 716 p. ISBN 978-0-323-04675-6.
- FRANK-STROMBORG, M., OLSEN, S. J. et al. 2004. *Clinical Health-Care Research*. 3<sup>rd</sup> ed. Jones and Bartlett Publishers : Massachusetts, 2004. 713 p. ISBN 0-7637-2252-9.
- GALLO, J. J., BORNER, H. R. et al. 2005. *Handbook of Geriatric Assessment*. 4<sup>th</sup> ed. Jones & Barlett Publishers : Massachusetts, 2005. 473 p. ISBN 0-7637-30.
- HURLEY, A., VOLICER, L. 2006. *Mental Status Measurement: The Mini-Mental State Examination*. In JIRÁK, R. et al. 1999. *Demence*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-858000-44-6.
- JOBE, J. B., SMITH, D. M. et al. 2001. ACTIVE. A Cognitive Intervention Trial to Promote Independence in Older Adults. *Controlled Clinical Trials*. 2001, vol. 27, no. 4, p. 453-479. ISSN 0197-2456.
- KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P. 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha : Grada, 2009. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3.
- KURLOWICZ, L., GREENBERG, S. 2007. *The Geriatric Depression Scale (GDS)*. Hartford Institute for Geriatric Nursing [online]. 2007. [cit. 2010-07-10]. Dostupné z WWW: <<http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/issue04.pdf>>.
- LACH, H., W., et al. 2005. Validity of the geriatric depression scales for dementia patients. *Gerontologist*. 2005, vol. 45, no. 11, p. 246. ISSN 0016-9013.
- MARUISH, M. E. et al. 2000. *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Setting*. 1st ed. New York : Routledge, 2000. 848 p. ISBN 0-8058-2999-7.
- McDOWELL, I. 2006. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 3<sup>th</sup> ed. New York : Oxford University Press, 2006. 748 p. ISBN 0-19-516567-5.
- MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB MKCH-10 2006. Národné centrum zdravotníckych informácií [online]. 2006. [cit. 2010-03-11]. Dostupné z WWW: <<http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>>.
- NANDA-I. NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSING ASSOCIATION – INTERNATIONAL. 2008. *NURSING DIAGNOSES : Definitions & Classification 2009-2011*. Ed. Herdman, T., 8th ed., Philadelphia : NANDA-I, 2008. 435 p. ISBN 978-1-4051-8718-3.
- PINTO, E., PETERS, R. 2009. Literature Review of the Clock Drawing Test as a Tool for Cognitive Screening. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2009, vol. 27, no. 3, p. 201-213. ISSN 1420-8008.
- PREISS, M., KUČEROVÁ, H. et al. 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. 1. vyd. Praha : Graga Publishing, 2006. s. 368. ISBN 80-247-0843-4.
- SHEIK, J. I., YESAVAGE, J. A. 1986. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In BRINK, T. L. (eds). *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. 1st ed., New York : The Haworth Press, 1986. p. 165-173 ISBN 0-86656-536-1.
- SMOLÍK, P. 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. revidované vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85812-18-X.
- STEENLAND, N. K., AUMAN, C. M., et al. 2008. Development of a Rapid Screening Instrument for Mild Cognitive Impairment and Undiagnosed Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2008, vol. 15, no. 3, p. 419-427. ISSN 1877-7171.
- TALASSI, E., GUERRECSHI, M. et al. 2007. Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of Gerontology and Geriatric*. 2007, vol. 44, no. 1, p. 391-399. ISSN 0167-4943.
- TOPINKOVÁ, E., JIRÁK, R., KOŽENÝ, J. 2002. Krátka neurokognitívna baterie pro screening demencie v klinickej praxi: sedmiminutový screeningový test. In *Neurologie pro praxi*. 2002, roč. 3, č. 6, s. 323-328. ISSN 1213-1814.
- VANCE, D. E., BALL, K. K., et al. 2007. Cognitive remediation therapies for older adults: implications for nursing practice and research. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2007, vol. 39, no. 4, p. 226-231. ISSN 0888-0395.
- VALENZUELA, M., SACHDEY, P. 2009. Can cognitive training prevent the onset of dementia? A systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow up. *Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association*. 2009, vol. 5, no. 4, p. 157-158. ISSN 1552-5260.
- VÖRÖSOVÁ, G. 2009. Nástroje merania v psychiatrickom a neurologickom ošetrovatelstve. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2009, roč. VII, č. 1, s. I-III. ISSN 1336-183X.
- WILLIS, S. L., TENNSTEDT, S. L. et al. 2006. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes

in older adults. *JAMA*. 2006, vol. 296, no. 23, p. 2805-2814. ISSN 0098-7484.

WINOCUR, G., PALMER, H. et al. 2007. Cognitive rehabilitation in the elderly. An evaluation of psychosocial factors. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2007, vol. 13, no. 1, p. 153-165. ISSN 1355-6177.

Príspevok vznikol v rámci APVV projektu Sk-CZ-0151-09 a MŠMT MEB 0810029 Problematika ošetrovateľskej diagnostiky – teoretické východiská a aplikácia v ošetrovateľskej praxi.

## Poznámky

1 Kognitívna rehabilitácia je odporúčanou súčasťou denného režimu pacientov s miernou kognitívnou poruchou, ľahkou formou demencie s obsahovým zameraním podľa individuálnych preferencií a individuálnych schopností pacienta ovplyvnených typom a mierou postihnutia. Sú vypracované podmienky pre zaradenie pacientov do skupiny (ak sa realizuje v skupine) a jednotlivca (ak sa realizuje individuálne), časové trvanie a frekvenciu, pre metodiku (štruktúra, obsah, metódy) a materiálno-technické zabezpečenie (Klucká, Volfová, 2009, s. 19-20; Čunderlíková et al., 2009, s. 15). V literatúre sa uvádza niekoľko jej významov, a to: môže byť nápomocná pri spomalení rozvoja demencie, umožňuje v maximálnej možnej miere využívať

zvyškový potenciál porušených kognitívnych funkcií a funkčného potenciálu pacienta v čo najdlhšom časovom období, posilňuje pozitívne sebahodnotenie, komunikáciu, udržanie sociálnych kontaktov (Valenzuela et al., 2009, s. 157-158; Ball et al., 2002, s. 2271-2281).

<sup>2</sup> Diagnostické kritériá MKCH-10 pre Demenciu sú nasledovné:

1. Musia byť dokázané (evidentné) obe nasledujúce kritériá:
  - pokles pamäti (najnápadnejšie pri učení sa novým informáciám, v ťažšom prípade môže byť postihnuté vybavovanie už skôr naučeného),
  - pokles ďalších kognitívnych funkcií (úsudok, myslenie, napr. plánovanie, organizovanie, všeobecné spracovanie informácií).
2. Vedomie nie je zastreté (tzn. diferenciálne diagnosticky je vylúčené delírium, porucha vedomia).
3. Úbytok, zhoršenie ovládania emócií, spoločenského správania a motivácie prejavujúce sa aspoň jedným z nasledujúcich príznakov – emočná labilita, podráždenosť, apatia, hrubosť v spoločenskom vystupovaní.
4. Pre stanovenie spoľahlivej diagnózy by malo byť kritérium 1 prítomné najmenej po dobu 6 mesiacov (MKCH-10, s. 220; Smolík, 2002, s. 62-64; Preiss et al., 2006, s. 128).