

PRÍČINY PREDČASNÉHO UKONČENIA KOGNITÍVNEJ REHABILITÁCIE PACIENTA S DEMENCIOU ALZHEIMEROVHO TYPU

kazuistika

Martina Tomagová¹
Ivana Bóriková¹
Michaela Miertová¹
Igor Ondrejka²

¹Ústav ošetrovateľstva Jesseniovej
lekárskej fakulty v Martine
Univerzity Komenského
v Bratislave, Slovenská republika

²Psychiatrická klinika Jesseniovej
lekárskej fakulty v Martine
Univerzity Komenského v Bratislave
a Univerzitnej nemocnice Martin,
Slovenská republika

Kontaktná adresa:

doc. Mgr. Martina Tomagová, PhD.
Ústav ošetrovateľstva JLF UK
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
e-mail: tomagova@jfm.uniba.sk

Príspevok bol podporený
projektom KEGA 054UK-4/2012
Meracie nástroje v gerontologickom
ošetrovateľstve – tvorba
elektronickej databázy

SÚHRN

Tomagová M, Bóriková I, Miertová M,
Ondrejka I. Príčiny predčasného ukon-
čenia kognitívnej rehabilitácie pacien-
ta s demenciou Alzheimerovho typu

Cieľ: Súčasťou komplexnej terapie paci-
entov s ľahkým až stredne ťažkým stup-
ňom demencie Alzheimerovho typu je
kognitívna rehabilitácia a podmienkou
pre dosahovanie jej benefitov je dlho-
dobá spolupráca pacientov a ich prí-
buzných. Cieľom pilotnej štúdie je pre-
zentovať príčiny a faktory predčasného
ukončenia kognitívnej rehabilitácie.

Materiál a metóda: Empirické údaje
o pacientoch sme získali rozhovorom
s pacientom a jeho príbuzným, pozor-
ovaní pacienta a analýzou zdravotnej
dokumentácie. V období od apríla 2010
do decembra 2011 bolo do kognitívnej
rehabilitácie zaradených 10 pacientov
s demenciou Alzheimerovho typu ľah-
kého až stredne ťažkého stupňa. Výber
pacientov do pilotnej štúdie bol zámerný
podľa stanovených zaraďujúcich kritérií.
Kognitívna rehabilitácia prebiehala je-
denkrát týždenne v rovnakom čase.

Výsledky: Svojevoľné ukončenie kog-
nitívnej rehabilitácie sme zaregistrovali
u 5 pacientov. Zistili sme niekoľko fak-
torov (dekompenzácia telesného stavu,
progresia demencie, depresia, oslabená
spolupráca príbuzných), ktoré znižujú
spoluprácu pacienta počas kognitívnej
rehabilitácie a spôsobujú jej predčasné
ukončenie.

Záver: Samotná demencia a iné fakto-
ry prispievajú k predčasnému ukončeniu

SUMMARY

Tomagová M, Bóriková I, Miertová M,
Ondrejka I. The causes of untimely
concluding cognitive rehabilitation of
patient with dementia of the Alzhei-
mer's type

Objective: Cognitive rehabilitation is
component of complex therapy in patients
with mild and moderate stage of demen-
tia of the Alzheimer's type and condition
for achieving its benefits is long-term co-
operation of patients and their relatives.
The aim of pilot study is presentation of
causes and factors premature withdrawal
of cognitive rehabilitation.

Method: Empirical data about pa-
tients we obtained by interview with the
patient and her/his relative, patient's ob-
servation and analysis of medical record.
10 patients with mild and moderate stage
of dementia of the Alzheimer's type were
included in cognitive rehabilitation dur-
ing period from April 2010 to December
2011. Selection of patients in pilot study
was intentional according to specify
criteria for inclusion. Cognitive reha-
bilitation was realized once a week at the
same time.

Results: Five patients finished cog-
nitive rehabilitation arbitrarily. We detect-
ed several factors, as are decompensa-
tion of patient health state, progression
of dementia disease, depression and de-
creased co-operation of relatives, which
decrease patient's co-operation during
cognitive rehabilitation and they cause
of premature withdrawal of cognitive re-
habilitation on patient's side.

kognitívnej rehabilitácie. Klinické odporúčania uvádzajú iba parciálne intervencie na zlepšenie spolupráce pacientov. Vzhľadom na nízky počet pacientov pilotnej štúdie nie je možné výsledky zovšeobecňovať a problematika si vyžaduje ďalšie skúmanie na reprezentatívnej vzorke pacientov.

Kľúčové slová: demencia, kognitívna rehabilitácia, nonkompliancia.

Conclusion: Dementia and other factors contribute to premature withdrawal of cognitive rehabilitation. Clinical guidelines present only partial interventions for improving patient's co-operation. Results of our pilot study aren't possible generalize and examine problem call for next examine in enhanced sample of patients.

Key Words: dementia, cognitive rehabilitation, non-compliance.

ÚVOD

Kognitívna rehabilitácia (KR) je jedným z nefarmakologických terapeutických prístupov tvoriacich súčasť komplexnej starostlivosti o pacienta s ľahkým¹ až stredne ťažkým stupňom demencie,² hoci pôvodne nebola určená pre pacientov s degeneratívnym progresívnym ochorením mozgu. V manažmente starostlivosti o pacientov s demenciou sa KR indikuje na základe výsledkov výskumných štúdií prezentovaných v klinických odporúčaných postupoch (guidelines) rôznych odborných spoločností, napr. European Federation of Neurological Societies,² Česká neurologická spoločnosť,³ Hartford Institute for Geriatric Nursing,⁴ National Collaborating Centre for Mental Health,⁵ National Institute for Health and Clinical Excellence.⁶

KR je ponímaná ako suplementárna terapia k farmakoterapii demencie.⁷ Teoretické východiská KR tvoria poznatky z neurológie, neuropsychológie, kognitívnej psychológie, rehabilitácie, psychoterapie, edukácie a i.⁸ Cieľene obsahuje intervencie zamerané na aktivizáciu pacienta (a zároveň aj rodinných príslušníkov), na stabilizáciu kognitívnych funkcií vychádzajúc z individuálnych požiadaviek a potrieb pacienta tak, aby sa kompenzoval jeho kognitívny deficit.¹ Vo všeobecnosti KR obsahuje postupy zamerané na zlepšenie intelektuálnych, perцепčných, psychomotorických a behaviorálnych zručností, na zvýšenie úrovne nezávislosti. V KR sú zadané dva základné prístupy – posilňujúci (kognitívny deficit je zlepšený prostredníctvom rôznych opakujúcich sa cvičení) a kompenzačný (adaptívne stratégie a úpravy prostredia sú použité pre obnovenie funkcie napriek trvajúcemu deficitu). Tieto dva prístupy môžu byť kombinované a ich komponenty zahrnuté do iných nefarmakologických (psychosociálnych) foriem terapie.⁹

Predpokladom dosahovania cieľov a benefitov komplexnej terapie pacienta s demenciou je jeho dlhodobá aktívna spolupráca,¹⁰ ktorá je dôležitá v súvislosti s far-

makoterapiou,¹¹ aj s nefarmakologickými metódami,¹² aj keď sa tejto oblasti nevenuje toľko pozornosti.¹³ V súvislosti s prezentovanou problematikou sa používajú pojmy kompliancia a nonkompliancia, verzus adherencia a nonadherencia. Širší pojem kompliancia sa definuje ako stupeň súhlasu pacienta medzi vyžadovaným liečebným postupom a jeho dodržiavaním alebo ako miera spolupráce s lekárom. Nonkompliancia (nespolupráca) sa považuje za dôležitý aspekt najmä pri dlhodobej liečbe (nielen) v psychiatrii. Pojem adherencia sa zužuje na užívanie medikácie s aktívnym prístupom pacienta.¹⁴

Spolupráca pacienta je podmienená komplexom rôznych faktorov. Viacerí autori (tab. 1) popisujú kritériá pre zaradenie pacienta do rehabilitačného cyklu, ktorých splnenie je považované za bazálny predpoklad pre jeho spoluprácu.

MATERIÁL A METÓDA

Práca má charakter kvalitatívnej štúdie. Cieľom pilotnej štúdie bolo poukázať na príčiny predčasného ukončenia KR pacientmi s ľahkým až stredne ťažkým stupňom demencie Alzheimerovho typu. Empirické údaje o pacientoch sme získali nasledujúcimi metódami: rozhovor s pacientom a jeho príbuzným (očakávania od KR, vzťahy v rodine, spokojnosť s KR); pozorovanie pacienta (jeho správanie, komunikácia); analýza zdravotnej dokumentácie (anamnestické údaje, záznam z psychiatrického, neurologického a psychologického vyšetrenia, liečebné postupy).

V období od apríla 2010 do decembra 2011 bolo postupne do KR zaradených 10 pacientov s demenciou Alzheimerovho typu. Výber pacientov do pilotnej štúdie bol zámerný podľa vopred zadaných kritérií: diagnostikovaný ľahký až stredne ťažký stupeň demencie Alzhei-

Tab. 1. Zaradujúce kritériá pre KR

Kritérium	Clare et al. ¹⁵	Spector et al. ¹⁶	Viola et al. ¹⁷	Vidovich et al. ¹⁸
diagnostikovaná demencia na základe platných kritérií	X	X	X	X
štandardná farmakoterapia viac ako 3 mesiace	-	-	X	-
MMSE	24-20 b.	10-24 b.	16 b. a viac	18-26 b.
CDR	-	-	0,5-1,0 b.	-
PHQ-9	-	-	-	menej ako 15
zachovaná schopnosť komunikovať	X	X	-	X
zachovaný zrak a sluch	X	X	-	-
schopnosť pracovať v skupine	-	X	-	-
schopnosť porozumieť inštrukciám a písomným úlohám	-	X	-	-
bez porúch správania (agresia, potulovanie sa, agitácia)	X	-	-	-
bez depresie	-	-	-	X
bez vážnych telesných ochorení a dizability	-	X	-	X
primárne bez porúch učenia	-	X	-	-
spolupráca opatrovateľa	X	-	-	X

Vysvetlivky:

X autor kritérium uvádza
 MMSE Mini-Mental State Examination¹⁹
 CDR Clinical Dementia Rating Scale²⁰
 PHQ-9 Patient Health Questionnaire Score²¹

merovho typu podľa medzinárodne platných kritérií, vek 60 rokov a viac, indikácia psychiatra pre KR, farmakoterapia demencie viac ako 3 mesiace pred začiatkom KR, informovanosť príbuzných o priebehu a význame KR, farmakoterapia v prípade prítomnosti/výskytu depresie, písomný informovaný súhlas pacientov s účasťou na KR, ochota a schopnosť spolupracovať, neprítomnosť porúch vedomia, zachovaný/kompenzovaný zrak, sluch a jemná motorika, zachovaná schopnosť porozumieť a odpovedať, bývanie v rodinnom prostredí s príbuzným. Pacienti boli z regiónu Turiec a všetci boli bývajúcí v domácom prostredí s príbuznými (manžel, manželka, syn, dcéra). V tab. 2 uvádzame základné charakteristiky pacientov.

KR prebiehala raz týždenne v doobedňajších hodinách v dĺžke trvania 90 minút, tak ako uvádzajú Čunderlíková, Wirth²² (kompetencia realizovať KR bola získaná na zá-

klade absolvovania vzdelávacích kurzov v Centre Memory n. o. v Bratislave). Jednotlivé aktivity KR boli zamerané na oblasť zmyslového vnímania, orientáciu, pozornosť, pamäť, motiváciu, exekutívne funkcie, komplexné myšlienkové operácie (priestorovo-konštrukčné myslenie, asociačné myslenie, riešenie logických úloh, abstrakciu, fantáziu, tvorivosť), na reguláciu sociálneho správania, stimuláciu pohybovej aktivity (senzomotoriky a koordinácie). Rehabilitačná jednotka (RJ) bola štruktúrovaná nasledovne: úvod (privítanie, zakotvenie v realite, podpora komunikácie), pohybovo-koncentračné cvičenie, realizácia jednotlivých kognitívnych úloh, záver (ocenenie práce, podpora sebareflexie, rozlúčenie).^{23,22}

VÝSLEDKY

V sledovanom období účasť na KR svojvoľne ukončilo 5 pacientov. V nasledujúcom texte popisujeme konkrétne príčiny ukončenia spolupráce.

Pacientka C

Pri zaradení do KR bol v klinickom obraze prítomný dementný syndróm s organickou depresívnou poruchou mierneho stupňa, bez psychotickej alterácie. Komorbidity v telesnom stave – ICHS algická forma NYHA I., vertebrogénny algický syndróm (C a Th chrčtice), pokročilá osteopénia, cieвне ochorenie dolných končatín. Subjektívne sa cítila dobre. Podľa manžela stav progreduje „manželka robí nezmyselné veci, prestala dbať na poriadok, variť“, trápí ho to, a preto naliehal na manželku, aby sa KR zúčastňovala. Ona sama očakávala od KR „dobrý pohyb“. Na RJ chodila v sprievode manžela, ktorý si prial, aby KR navštevovala. Pri predstavovaní sa v skupine spolupacientov vyjadrila pochybnosti, či do tejto skupiny pacientov patrí,

Tab. 2. Kategorizačné charakteristiky pacientov

Pacient	Vek	Pohlavie	Dĺžka KR v týždňoch	Počet rehabilitačných jednotiek (RJ)
A	60 rokov	žena	58	39
B	67 rokov	žena	36	33
C	70 rokov	žena	4	4
D	70 rokov	žena	29	25
E	75 rokov	muž	38	23
F	77 rokov	žena	20	18
G	77 rokov	muž	42	35
H	80 rokov	žena	14	11
CH	83 rokov	žena	58	50
I	86 rokov	žena	4	4

Pozn.: V tabuľke je uvedený vek pacientov pri zaradení do KR. KR svojvoľne ukončili pacienti označení tučne.

„ja som tu nesprávne, ťažkosti nemám“. Počas RJ pracovala s pomocou terapeuta, do diskusie v skupine sa nezapájala a na otázky odpovedala jednoslovné. Ponúknuté cvičenia nehodnotila, „čo mi dáte, to urobím“. Bola mierne dysforická, hypobulická, hypoaktívna, nekritická k svojmu stavu a výkonu. Opakovane sa stalo, že si zabudla na stoličke kabelku, nevedela vyjsť z miestnosti, na tieto skutočnosti reagovala podráždene. Z RJ odchádzala ešte pred ukončením, pretože nechcela, aby manžel na ňu čakal. Keď sa pacientka KR opakovane nezúčastnila, manžel bol telefonicky kontaktovaný. Oznamil, že manželka aj napriek jeho nátlaku odmieta ďalšiu účasť na KR.

Pacient E

Pri zaradení do KR bol v klinickom obraze prítomný dementný syndróm, bez depresívnej symptomatiky, bez psychotickej alterácie, kontakt bol mierne zhoršený pre hypacusis. Komorbidity v telesnom stave – hypertenzná choroba, kardiostimulátor, hypacusis. Subjektívne sa cítil dobre. Nevie, čo má očakávať od KR. Na prvé tri RJ chodil v sprievode manželky, neskôr samostatne. Počas RJ bol v správaní mierne odbrzdený, náladový, ale usmerniteľný, spolupracoval, s náročnosťou cvičení bol spokojný. Po desiatich mesiacoch KR sa zhoršila dochádzka na KR (zabudol prísť alebo prišiel v iný deň). Manželka bola telefonicky kontaktovaná za účelom zistenia dôvodu zhoršenia účasti. Podľa nej si manžel vyžaduje stálu kontrolu, čo ju veľmi vyčerpáva, je pasívny, ambulantný psychiater upravil aj terapiu demencie. Od septembra do novembra 2011 prišiel na KR ešte trikrát. Dochádzka na KR bola postupne iba sporadická. Myslenie bolo bradypsychické, znížila sa koncentrácia pozornosti, spontánnosť, písomnému zadaniu úlohy nerozumel, slovná zásoba bola redukovaná. Objektívne bola prítomná progresia demencie a aj subjektívne sa cítil horšie. Na základe týchto zmien bola znížená náročnosť úloh. V decembri sa KR nezúčastnil a manželka osobne oznámila, že už nie je schopný ju absolvovať.

Pacientka F

Pri zaradení do KR bol v klinickom obraze prítomný dementný syndróm, chronifikovaná insomniá v dlhodobej liečbe benzodiazepínmi, bez psychotickej alterácie a aktuálne bez depresívnej symptomatiky. Komorbidity v telesnom stave – hypertenzná choroba, reumatoidná artritída, močová inkontinencia. Od KR očakávala zlepšenie pamäti, ale zároveň vyjadrovala aj pochybnosti o jej význame „som už stará, asi lepšie to s mojou hlavou aj tak nebude.“ Na jednotlivé RJ chodila samostatne autobusom, presne podľa časového plánu. S náročnosťou úloh nebola zo začiatku spokojná a dožadovala sa náročnejších úloh, ktoré sme jej aj pripravili. Na 14. RJ (v novembri) oznámila, že ju trápi zhoršenie zdravotného stavu člena rodiny. Znamenali sme reaktívny pokles nálady, zvýraznil sa bradypsychizmus, znížila sa koncentrácia pozornosti, zvýšila sa neistota pri riešení úloh aj napriek vedeniu terapeutom. Subjektívne sa cítila horšie. Psychiater upravil farmakoterapiu depresívnej poruchy. Zároveň došlo k zhoršeniu artritídy, bola neistá v chôdzi, mala problém prejsť po schodoch aj s pomocou inej osoby. Na 18. RJ oznámila, že sa

v skupine cíti dobre, „som medzi ľuďmi, ktorí mi rozumejú“ a povzbudí ju každá vyriešená úloha, ale pokiaľ ju nebude mať kto sprevádzať, nemôže ďalej pokračovať. Po opakovanej neúčasti sme kontaktovali dcéru, ktorá oznámila, že mame sa nálada nezlepšuje, mobilita sa výrazne zhoršila, a preto nebude v KR pokračovať.

Pacientka H

Pri zaradení do KR bol v klinickom obraze dementný syndróm ľahkého až hranične stredne ťažkého stupňa, organická depresívna porucha v antidepresívnej liečbe, bez psychotickej alterácie. Komorbidity v telesnom stave – hypertenzná choroba, ICHS komp. NYHA II., chronická obštrukčná choroba pľúc, diabetes mellitus 2. typu na perorálnych antidiabetikách, nadváha BMI 27, postherpetická neuralgia, gonartróza bilaterálne. Od KR očakávala „zlepšenie zdravotného stavu“. Subjektívne vyjadrovala obavy o rodinu, necítila sa dobre, „trápi ma, že ma nohy nenesú, ako mám schudnúť, keď sa nemôžem hýbať“. Podľa vyjadrenia syna si vyžadovala celodennú starostlivosť. Sprevádzal ju na RJ a považoval to za náročné vzhľadom k jeho pracovným povinnostiam. Zároveň nepovažoval KR za potrebnú zložku terapie a nezaujímal sa o jej priebeh. Pacientka počas KR pracovala pod individuálnym vedením terapeuta, bola emotívne labilná, na prvých piatich RJ nesústredená, zasahovala do riešenia úloh ostatných pacientov, zabiehala od témy a zadania cvičenia, psychomotorické tempo bolo výraznejšie spomalené. Postupne sa zlepšila koncentrácia pozornosti a spolupráca, vyjadrovala potešenie z realizácie úloh, z úspechu aj celého priebehu KR, zaujímal sa o dianie v skupine. Keď sa opakovane nezúčastnila KR, syn bol telefonicky kontaktovaný, avšak neoznamil jednoznačný dôvod matkinej neúčasti. Oznamil že, matka sa necíti dobre a na KR už nebude chodiť.

Pacientka I

Pri zaradení do KR bol v klinickom obraze prítomný dementný syndróm, emotívna labilita, pohotovosť k úzkostným rozladám (v rámci organickej depresívnej poruchy), bez psychotickej alterácie. Komorbidity v telesnom stave – hypertenzná choroba, ICHS NYHA II.–III., diabetes mellitus 2. typu na perorálnych antidiabetikách, chronická bronchitída, vredová choroba GIT, inkontinencia moču. Nevedela uviesť svoje očakávania od KR, vyjadrovala obavy z neznámej situácie. Vzhľadom ku sťaženej chôdzi bola na RJ sprevádzaná synom (prípadne opatrovatelkou), syn tiež vyjadril ochotu spolupracovať počas KR. S náročnosťou aj obsahom jednotlivých cvičení bola spokojná, pracovala pod individuálnym vedením terapeuta, bola emotívne labilná, pozornosť koncentrovala na krátky čas, mala výrazne zabiehavé myslenie. Opakovane vyjadrila ochotu pre ďalšiu spoluprácu. Na poslednej RJ bolo prítomné depresívne ladenie „syna prepustili z práce“. Po neúčasti na ďalšej RJ bol syn kontaktovaný, ktorý ako dôvod neúčasti uviedol protrahovaný priebeh bronchopneumónie u matky, s tým, že po zlepšení stavu sa znovu KR zúčastní. Po približne 2 mesiacoch opakovanej neúčasti bol syn znovu kontaktovaný – oznámil zhoršenie svojho zdravot-

Tab. 3. **Faktory podporujúce neúčast pacientov na KR**

Pacient	Faktory			
	Pacient	Príbuzní	Prostredie – bariéry	Zdravotný tím
C	znížená kritickosť bagatelizácia ťažkostí nereálne očakávania od KR	vysoké očakávania od výsledkov KR	–	nepostačujúca informovanosť pacientky a príbuzného o význame KR
E	progresia demencie	vyčerpanie manželky	–	nepostačujúca informovanosť pacienta
F	reaktívny pokles nálady, dekompenzácia muskuloskeletálneho ochorenia	nemožnosť poskytnúť doprovod	schody	–
H	znížená pohyblivosť	pracovná vyťaženosť syna pochybnosti o význame KR	schody	–
I	protrahovaný priebeh bronchopneumónie	neposkytujú doprovod (depresívna porucha u syna)	schody	–

ného stavu (depresívna porucha), preto sa jeho matka nebude na KR zúčastňovať.

V tab. 3 sumarizujeme faktory podporujúce neúčast prezentovaných pacientov na KR.

DISKUSIA

Kompliancia pacienta (a jeho rodiny) je považovaná za jeden z prediktorov úspešnosti nefarmakologických intervencií v rámci terapie demencie vrátane KR.^{24,25} Je podmienená komplexom faktorov, ktoré je možné rozdeliť do niekoľkých skupín. Svojuvoľné ukončenie dochádzky sme zaregistrovali u 5 pacientov z 10 zaradených do KR. Pri analýze príčin nonkompliancie sme zisťovali faktory ukončenia zo strany pacienta. Dochádzka sa považuje za jeden zo základných fenoménov, prostredníctvom ktorého sa posudzuje kompliancia v súvislosti s nefarmakologickými intervenciami.¹³ U každého z nespupracujúcich pacientov bolo prítomných niekoľko faktorov (tab. 3).

Pacienti zaradení do pilotnej štúdie mali diagnostikovaný ľahký až stredný stupeň demencie, kedy je ešte predpoklad schopnosti spolupráce,^{9,27} ale zároveň sa kognitívny deficit považuje za vážny prediktor nonkompliancie pacientov.^{26,28} Znížená kritickosť, bagatelizácia problémov, nereálne očakávania od výsledkov KR a postupná progresia demencie boli príčinou pasivity a tiež ukončenia ich spolupráce.

Depresia sa tiež považuje za ďalší faktor, ktorý redukuje aktivitu a spoluprácu pacienta.²⁹ Reaktívny pokles nálady u pacientky F zapríčinil pokles koncentrácie pozornosti, spomalenie psychomotorického tempa, neistotu v riešení úloh, čo viedlo k jej ukončeniu KR.

Prezentovaní pacienti patria do vekovej skupiny seniorov, ktorá sa považuje za rizikóvu skupinu pre nonkomplianciu z dôvodu špecifických zmien vyplývajúcich z veku, napr. nárast počtu chronických chorôb, zmyslový deficit.²⁶ Telesné komorbidity, vrátane zhoršenia mobility prispeli k predčasnému ukončeniu KR niektorých pacientov v skúmanom súbore. Chronické ochorenia (predovšetkým ochorenia kardiovaskulárneho, respiračného a pohybového systému, metabolický syndróm) vplyvajú na mobilitu, toleranciu aktivity a funkčné schopnosti pacienta. Dekompenzácia celkového zdravotného stavu

„zefunkční“ pacienta aj v zmysle účasti na KR, napr. hypertenzia je významným rizikovým faktorom pre pokles kognitívnych funkcií alebo slabý self-manažment v liečbe diabetes mellitus zvyšuje návštevnosť pacienta na pohotovostnom príjme.³⁰

Ďalším faktorom je aj ochota a možnosti členov rodiny dlhodobo spolupracovať a sprevádzať svojich príbuzných na KR. Vzájomná spolupráca príbuzných, pacienta a terapeuta sa považuje za nevyhnutnú pre dosahovanie efektivity KR.⁸ Začlenenie rodinných príslušníkov do rehabilitačného procesu, ich emočná pohoda, poznanie svojich vlastných schopností a ciele starostlivosti totožné s terapeutickým tímom sa považujú za kritické pre dosahovanie úspechu v terapeutickom procese.³¹ Dostupnosť a pomoc príbuzných sa popisujú ako zdroje podporujúce resilienciu pacienta s demenciou v rámci nefarmakologickej terapie.³² Väčšina pacientov v prezentovanom súbore bola závislá na osobnom sprievode na KR, čo nie je možné zo strany rodiny vždy uskutočniť (časové, pracovné dôvody, fyzické a psychické vyčerpanie). Naopak, aj nadmerná aktivita členov rodiny, a tlak na motiváciu u pacienta môže mať skôr negatívny dopad v zmysle frustrácie a depresívnej reakcie u pacienta,³³ tak ako sme načrtli v prípade pacientky C.

Profesionálne správanie zdravotníckeho personálu je tiež významný faktor ovplyvňujúci spoluprácu pacienta, napr. prostredníctvom samotnej aktivity počas KR, komunikácie s pacientom, edukácie príbuzných.^{13,34} Konkrétnym faktorom zo strany členov tímu, ktorý prispel k redukcii spolupráce u niektorých pacientov, bolo nerefektovanie potreby individuálne prispôbiť psychoedukáciu rodinných príslušníkov. Tí boli opakovane informovaní zo strany interdisciplinárneho tímu (napr. o podstate ochorenia, formách terapie), ale z ich vyjadrení a správania sa k príbuznému s demenciou vyplýva potreba korekcie informácií a postojov formou opakovane realizovanej psychoedukácie.

Všeobecne k prediktorom nonkompliancie patria faktory zo strany pacienta (vek, kognitívna porucha, závažnosť psychopatológie, komorbidita, pohlavie, názor a postoj k liečbe a jej prospešnosti, nereálne životné plány a očakávania), zo strany prostredia (sociálna podpora, finančná situácia, postoj k pacientovi, k liečbe a jej prospešnosti, prijímanie okolím), zo strany liečby (zložitost' a dĺžka, nežiaduce účinky, polypragmázia, finančné aspekty)

a zo strany lekára/personálu (vzťah a komunikácia, kvalita informácií, následná starostlivosť).¹⁴

ZÁVER

Samotná podstata demencie ako neurodegeneratívneho ochorenia a jej dlhodobá liečba je negatívnym prediktorom pre dlhodobú spoluprácu pacientov v terapeutickom procese. V popisovanom súbore pacientov sumarizujeme niekoľko faktorov (dekompenzácia telesného stavu, progresia demencie, depresia, znížená spolupráca príbuzných), ktoré znižujú spoluprácu pacienta počas KR a spôsobujú jej predčasné ukončenie. Uvedené faktory nie je možné úplne eliminovať, ale aspoň redukovat vhodnými intervenciami, napr. pripraviť pacienta a rodinných príslušníkov na KR zrozumiteľným spôsobom, emočne podporiť pacienta a rodinu. Pred samotným zaradením pacienta do procesu KR je potrebné zvážiť vhodnosť tohto typu terapie pre konkrétneho pacienta vzhľadom na jeho osobné možnosti a podporu zo strany rodiny. Dostupné štúdie nedefinujú „zlatý štandard“

na maximalizáciu kompliance, ale ponúkajú určité intervencie aspoň na jej zlepšenie.³⁰

Jednou z limitácií pilotnej štúdie je fakt, že sme súčasne nemonitorovali adhérenciu pacientov s farmakoterapiou. Dodržiavanie medikácie je ovplyvnené komplexom klinických faktorov zahŕňajúc aj pacientove funkčné schopnosti. Štúdie demonštrujú, že u pacientov s kardiologickou diagnózou, depresiou a nižším vzdelanostným statusom sa zvyšuje riziko nonadherencie.³⁰ Správne užívanie farmakoterapie stabilizuje zdravotný stav pacienta aj v prípade komorbidít, nielen základného ochorenia (v našom prípade demencie), čo má vplyv aj na kompliance s nefarmakologickými terapeutickými metódami. V budúcnosti je potrebné zaoberať sa aj vzťahmi medzi pamäťovými funkciami a manažmentom medikácie, vyhodnocovať vplyv osobnej podpory pacienta, jeho celkového zdravotného stavu a stratégií na podporu účasti na kognitívnej rehabilitácii.

Metodologickým limitom pilotnej štúdie je malý súbor pacientov na to, aby sme mohli vyvodit všeobecné závery o faktoroch nespôlupráce pacienta v počas KR. Preto, aby mali výsledky výraznejšiu výpovednú hodnotu, je nutné štúdiu realizovať na reprezentatívnej vzorke respondentov.

LITERATÚRA

- Gardette V, Coley N, Andrieu, S. Non-pharmacologic Therapies: A Different Approach to AD. In The Canadian review of Alzheimer's Disease and other Dementias [online]. 2010 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z WWW: http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/2010/October2010/13.pdf
- Hort J, Brien JT, Gainoty G et al. EFNS guidelines for diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 2010; 17 (10): 1236–1248.
- Sheardová K, Hort J, Rusina R, Bartoš A, Línec V et al. Doporučené postupy pro terapii Alzheimerovej nemoci a ostatných demencií. *Psychiatr prax* 2009; 10 (5): 224–227.
- Fletcher K. Nursing standard of practice protocol: recognition and management of dementia. Hartford Institute for Geriatric Nursing [online]. 2008 [cit. 2012-01-08]. Dostupné z WWW: http://www.Consultgerirn.org/topics/dementia/want_to_know_more.
- NCCMH. Dementia. The NICE-SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and their Carers in Health and Social Care. London: The British Psychological Society; 2007: 392.
- NICE. Dementia Supporting people with dementia and their carers in health and social care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006: 56.
- Sitzer DI, Twamley EW, Jeste DV. Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114 (2): 75–90.
- Mateer CA. Fundamentals of cognitive rehabilitation. In: Halligan PW, Wade DT eds. Effectiveness of rehabilitation for cognitive deficits. Oxford: Oxford University Press; 2005: 21–29.
- Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychol Rehabil* 2004; 14, (4): 385–401.
- Lindesay J, Bullock R, Daniels H, Emre M, Förstl H et al. Turning Principles into Practice in Alzheimer's Disease. *Int J Clin Pract* 2010; 64 (10): 1198–1209.
- Bernabei R, Lage PM. Clinical Benefits Associated with a Transdermal Patch for Dementia. *Eur Neurol Rev* 2008; 3 (1): 10–13.
- Greenaway MC, Hanna SM, Lepore SW, Smith, G. A behavioral rehabilitation intervention for amnesic mild cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2008; 23 (5): 5451–5461.
- Bagwell DK, West RL. Assessing compliance: active versus inactive trainees in a memory intervention. *Clin Interv Aging* 2008; 3 (2): 371–382.
- Krajčovičová D, Čaplová T. Problematika spolupráce a nespôlupráce u pacientov v podmienkach denného sanatória *Psychiatria-psychoterapia-psychosomatika* 2011; 18 (1): 30–34.
- Zanetti O, Zanieri G, Giovanni GD, DeVresse LP, Pezzani A, et al. Effectiveness of procedural stimulation in mild Alzheimer's disease patients. A controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation* 2001; 11 (3/4): 263–272.
- Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Dayies S et al. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. *BJ Psych* 2003; 183 (3): 248–254.
- Viola LF, Nunes PV, Yassuda MS, Aprahamian I, Santos FS et al. Effects of a multidisciplinary cognitive rehabilitation program for patients with mild Alzheimer's disease. *Clinics* 2011; 66 (6): 1395–1400.
- Vidovich MR, Shaw J, Flicker L, Almeida OP. Cognitive activity for the treatment of older adults with mild Alzheimer's Disease (AD) – PACE AD: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2011; 12 (47): 1–7.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-mental state“ a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12 (3): 189–198.
- Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology* 1993; 43 (11): 2412–2414.

21. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16 (9): 606–613.
22. Čunderlíková M, Wirth M. Aktivizační program a trénování paměti pro seniorov. Bratislava: Centrum MEMORY; 2009: 86.
23. Klucká J, Volfová P. Kognitivní trénink v praxi. Praha: Grada Publishing; 2009: 21–23.
24. Cherry D, Segal-Gidan F, Fox P, Hahn C, Howard J et al. Guideline for Alzheimer's Disease Management. California: Department of Public Health; 2008: 122.
25. Abou-Saleh M, Katona CL, Kumar A. Principles and Practice of Geriatric Psychiatry. New York: Wiley; 2011: 400.
26. Van Eijken M, Tsang S, Wensing M, deSmet PA, Grol RP. Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community a systematic review of the literature. *Drugs Aging* 2003; 20 (3): 229–240.
27. Prince M, Bryce R, Ferri C. The benefits of early diagnosis and intervention. London: Alzheimer's Disease International; 2011: 68.
28. Pushpangadan M, Feely M. Once a Day is Best: Evidence or Assumption? The Relationship Between Compliance and Dosage Frequency in Older People. *Drugs & Aging* 1998; 13 (3): 223–227.
29. Topinková E, Fialová D, Carpenter GI, Bernabei R. Mezinárodní srovnání lékové compliance a faktorů ovlivňujících non-complianci u seniorů s polyfarmakoterapií. *Čas Lék Čes* 2006; 145 (9): 726–732.
30. Powers RE. A primary care guide to the role of patient compliance and prescriptive safety in maintaining cognitive function. Alabama: Bureau of Geriatric Psychiatry Dementia Education & Training Program; 2006: 6.
31. McClendon MJ, Smyth KA, Neundorfer MM. Survival of persons with Alzheimer's disease: Caregiver coping matters. *Gerontologist* 2004; 44 (4): 508–519.
32. Manepalli J, Desai A, Sharma P. Psychosocial-environmental treatments for Alzheimer's disease. *Primary Psychiatry* 2009; 16 (6): 39–47.
33. Sheardová K. Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí. *Psychiatr prax* 2011; 12 (3): 124–126.
34. Christenson AM, Buchanan JA, Houlihan P, Wanzenek M. Command use and compliance in staff communication with elderly residents of long-term care facilities. *Behavior Therapy* 2011; 42 (1): 47–58.

František Koukolík

LIDSKÝ MOZEK

Třetí, přepracované a doplněné vydání



Kniha vznikla jako rozšířené vydání monografie *Lidský mozek* (2000, 2002), protože vědecký vývoj obsah předchozích vydání již z valné části překonal. Nové vydání, poprvé bohatě ilustrované, popisuje funkční systémy lidského mozku obecně, zrakové, sluchové a taktilní poznávání, paměť, jazyk, praxii, lateralitu, emoce, vědomí

a pozornost; závěrečnou kapitolou jsou řídicí funkce. Monografie vznikla na základě autorových přednášek o vzta-

hu mozku a chování, které již téměř dvacet let probíhají na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Kniha je adresována především lékařům, psychologům, filozofům

zajímajícím se o vývoj kognitivní a afektivní neurovědy, se zájmem ji jistě budou číst i vzdělání lidé z jiných oborů. Autor v předmluvě upozorňuje, že kniha je náročná, text hutný, četba namáhavá. Určitě se však vyplatí pochopit nejsložitější systém ve vesmíru – lidský mozek.

390 Kč, Galén, třetí, přepracované a doplněné vydání, 400 s., barevně, 155 × 225 mm, vázané

Radkin Honzák

BABIČKU POTRKAL JELEN ANEB CO TOMU ŘÍKÁTE, DOKTORE?



S texty našeho předního psychiatra MUDr. Radkina Honzáka, CSc., se mohou čtenáři a posluchači setkat již po řadu let v denním tisku, knižních publikacích, na přednáškách, v rozhlasových relacích a v posledních několika letech i na jeho internetovém blogu. Radkin Honzák patří k autorům, jejichž bezprostřední reakce na události kolem nás jsou vlast-

ně malými psychologickými studii. Podávají zsvěcený – ať již kritický, nebo shovívavý – obraz dnešní doby, navíc většinou s charakteristickým humorem. Z několika desítek svých populárně-vědeckých textů autor spolu s redaktorem Milošem Voráčem vybrali a sestavili knížku esejů, sloupků, komentářů i zamyšlení. Výtvarného doprovodu se ujal klasik české karikatury Miroslav Barták.

250 Kč, Galén, první vydání, 212 s., barevně, 120 × 190 mm, brožované

Objednávky: Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170, e-mail: objednavky@galen.cz

Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel. 224 923 115