

Compliance starších nemocných s kognitivní poruchou

B. Vepřeková¹, A. Pokorná²

¹ Léčebna dlouhodobě nemocných Nemocnice Milosrdných bratří Brno, přednostka prim. MUDr. Blanka Vepřeková, Ph.D.

² Katedra ošetrovatelství Lékařské fakulty MU Brno, vedoucí katedry doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

Souhrn: Příspěvek prezentuje výsledky průzkumného šetření na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných Nemocnice Milosrdných bratří v Brně. Celkem bylo vyhodnoceno 100 seniorů (20 žen a 80 mužů) s průměrným věkem $81,6 \pm 6,88$ roku ve věkovém rozpětí od 70 do 98 let. Nedodržování léčebného režimu a chyby v užívání léků staršími nemocnými jsou dlouhodobě známé. Jsou příčinou až 29 % hospitalizací seniorů dle různých autorů. Při propouštění nemocných do domácího prostředí je důležité znát míru schopnosti a ochoty ke spolupráci s lékařem. Stav kognitivních funkcí nemocného lze vyšetřit baterií kognitivních testů. Cílem práce bylo porovnat vzájemný vztah kognitivních funkcí nemocného a subjektivní a objektivní míru jejich compliance v užívání léků a dodržování doporučených opatření.

Klíčová slova: geriatrický nemocný – compliance – testování kognitivních funkcí – demence – farmakoterapie ve stáří

Compliance of senior/elderly patients with cognitive impairment

Summary: The contribution presents the results of investigation conducted at a department of the Long-term Care and Rehabilitation Centre of The Merciful Brothers' Hospital in Brno. Altogether, 100 seniors were examined, 20 men and 80 women, with an average age of 81.6 ± 6.88 years and an age range of 70 to 98 years. The well-known and repeatedly demonstrated errors in the therapeutic regime of the patients, especially older seniors, compel us to focus our attention on consistent prevention of these situations. The present work summarises the knowledge about the diminished compliance of geriatric patients. It compares the mutual relationship of cognitive functions and the subjective and objective rates of the patient's compliance regarding the taking of medicaments and observation of therapeutic recommendations.

Key words: geriatric patient – compliance – testing of cognitive functions – dementia – pharmacotherapy in elderly

Úvod

V České republice a ve všech hospodářsky vyspělých zemích dochází ke stárnutí populace, které bude nadále dle demografického vývoje pokračovat, přičemž počet věkově nejstarších roste nejrychleji. Současný nárůst pacientů vyššího věku s řadou chronických nemocí, který pozorujeme v každodenní praxi, odpovídá posouvání hranic vlastního stáří do vyššího věku a také možnostem současné medicíny zlepšovat jejich zdravotní a funkční stav.

Psychické poruchy ve starším věku jsou ještě stále poddiagnostikovány [1]. Včasný záchyt a rozpoznání příznaků demence ve stadiu mírné poruchy poznávacích funkcí umožní včasné zahájení léčby nemocného. Je to způsob, jak zlepšit kvalitu života pacienta, jeho rodiny nebo pečovateli, a cesta, jak oddálit dopad této nemoci na sociálně-ekonomickou oblast. Mnoho seniorů žije osamoceně a jejich léková compliance je často velmi nízká. Compliance je defi-

nována jako vyhovění, ochota pacienta dodržovat způsob léčby navržený lékařem, či jiným zdravotníkem. V současné době se stále více užívají pojmy konkordance a adherence, které lépe vystihují a rozlišují úroveň dobrovolnosti přístupu nemocného k dodržení léčebného režimu [2]. V naší studii ale byl využit pojem starší, který je dle našeho názoru stále obecně přijímán v obvyklé denotaci. Znalost schopností, které jsou u pacienta zachovány, je podmínkou pro správně diferencovanou péči. Náhlé zhoršení funkčního stavu pacienta může být prvním příznakem probíhajícího onemocnění, což lze odhalit pomocí standardizovaných testů hodnocení úrovně sebepéče.

Nežádoucí účinky léků a lékové interakce se mohou podílet na rozvoji deteriorace i na akutních zhoršeních, dekompenzacích zdravotního stavu geriatrických nemocných. Seniori jsou vystaveni vysokému riziku nežádoucích účinků léků (NÚ). Závažným problé-

mem v léčbě seniorů je nerespektování změn farmakokinetiky a farmakodynamiky, lékových interakcí a komorbidit. Jednou z priorit geriatric je proto optimalizace farmakoterapie a redukce počtu užívaných léčiv. Léčba staršího nemocného musí být dostatečná, ale ne nadbytečná [3]. Při hodnocení bezpečnosti a účelnosti farmakoterapie u geriatrických nemocných se používají kritéria a seznamy potenciálně nevhodných léků, které posuzují indikovanost, účinnost a event. duplicitu léků [4,5].

Compliance ve stáří můžeme definovat jako schopnost starého člověka pochopit, respektovat, dodržovat a realizovat správně pokyny lékaře [6]. Má ve stáří své zvláštnosti, které jsou dány potřebou nemocného a cíli léčby. Se stoupajícím věkem narůstá počet předepisovaných léčivých přípravků. Compliance může být ovlivněna celou řadou faktorů, jako jsou osobnostní charakteristika pacienta, jeho chování, typ nemoci, přístup lékaře a povaha léčení.

Non-compliance je částečná až úplná neschopnost starého člověka dostát požadavkům účelné a komplexní léčby. Nalezne ji ve všech věkových skupinách [7]. Nejčastěji je non-compliance podmíněna vynecháním léku (až 1/2 případů), změnou dávky, času a intervalů užití (až 1/4 případů), předčasné ukončení farmakoterapie (pacient sám zjistí nežádoucí účinky), užívání léku navíc (až 1/5 případů) a užití ve špatné indikaci. Významným prvkem podpory a ovlivnění compliance při příjmu a následně v průběhu celé hospitalizace je jednání zdravotníků, které ovlivní pochopení a akceptaci nezbytných diagnostických a terapeutických procedur a následné postupné převzetí zodpovědnosti za své zdraví a jeho podporu a ochranu [2,7].

Cíl šetření

Cílem práce bylo zhodnotit deklarovanou compliance seniorů ve vztahu k výsledkům dosaženým při testování kognitivních funkcí různými testy (MMSE, Clock Drawing Test, Skupinový test, škála deprese dle Yessavage) a hodnocení úrovně sebeděle pomocí ADL.

Charakteristika souboru a metody

Sběr dat proběhl v Nemocnici Milosrdných bratří v Brně na oddělení Léčebny pro dlouhodobě nemocné. Kritériem pro zařazení do souboru byla věková hranice 70 let a více. Počet respondentů byl 100 osob (80 žen a 20 mužů). Do souboru dat byly sledované osoby zařazeny tak, jak přicházely k hospitalizaci, vyjma osob se špatnou prognózou nebo komorbiditami, zhoršujícími možnost komunikace. Vstupní záznam byl pořizován od 1. do 14. dne hospitalizace. Sběr dat byl zajištěn formou řízeného rozhovoru podle nestandardizovaného schématu, který zjišťoval také náhled pacienta na vlastní compliance v užívání léků. Šetření bylo uskutečněno pomocí dotazníkového formuláře. Dotazník obsahuje 13 otázek rozdělených do 4 okruhů. Na kognitivní stránku compliance jsou zaměřeny otázky zjišťující, kolik léků pacient

užívá, zda zná názvy léků, na co léky jsou, jak dlouho léky užívá, zda někdy zapomene lék užít (ne úmyslně). Na behaviorální stránku compliance (chování ve vztahu pacient – autorita) jsou zaměřeny otázky, zda pacient někdy zapomene předepsaný lék vyzvednout (ne úmyslně) nebo si dát předepsat, zda si značí v kalendáři, který lék má kdy užívat, zda si je připravuje dopředu do dávkovače léků, zda si čte příbalový leták od předepsaného léku, zda si poznačí, dokdy mu lék vystačí, jak nejčastěji užívá léky, kdo mu je připravuje.

Dále byla hodnocena postojová stránka compliance a subjektivní stránka compliance pacienta (sebehodnocení). Zda se považuje za disciplinovaného pacienta a jak se vidí ve srovnání s ostatními pacienty. Kognice byla hodnocena pomocí testů a vždy byla zaznamenána výsledná dosažená hodnota v testu. Byl použit test MMSE (Mini Mental State Examination), krátká škála mentálního stavu. Je nejnámějším a nejčastěji používaným testem v našich podmínkách, který kvantifikuje kognitivní deficit. Je používán jak v diagnostice, tak ve výzkumu. Standardizovaný test ve 30 položkách hodnotí: orientaci, krátkodobou paměť, vybavnost, pozornost, řeč, praxi, poznávací funkce, čtení, psaní a počítání. Hodnota 27–30 bodů je normální nález a odpovídá hodnotám kognitivně intaktních dospělých osob. Hodnoty 26–25 bodů považujeme za hraniční nález. Hodnota MMSE 24–18 bodů svědčí pro lehkou kognitivní poruchu (lehkou demenci), 17–6 bodů pro středně těžkou demenci, 5 bodů a méně pro demenci pokročilou.

Dále byli nemocní testováni pomocí testu kreslení hodin (Clock Test, Clock Drawing Test), který dokáže globálně posoudit kognitivní funkce (paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti, exekutivní funkce – představivost a provedení úkolu) a odhaluje i lehkou formu demence. V jednoduchém testu má pacient nakreslit kulatý ciferník hodin s číslicemi a ručičkami zakreslit zada-

nou hodnotu času. Test hodnotí správnost zakreslení: souměrnost kruhu (pokud není předkreslený), umístění číslic, délku a polohu ručiček. Bodové skóre se pohybuje od 1 do 6 bodů: 1 je bezchybné zakreslení, 3 a více se považuje za patologický nález. Pro vyšší citlivost (až 95%) se v praxi doporučuje provádět jak test MMSE, tak test kreslení hodin. Skupinový test, v němž je pacient požádán, aby jmenoval po 10 předmětech z každé podskupiny: barvy, zvířata, ovoce, města. Maximálně může nemocný dosáhnout 40 bodů. Pro mozkovou dysfunkci svědčí u nemocného za hospitalizace méně než 15 a doma méně než 25 dosažených bodů. V odborné literatuře je často jako efektivní zmiňován MINI COG test [8]. S ohledem na kulturní zvyklosti a praktickou využitelnost jsme jej však v naší studii nepoužili.

Ischemické skóre dle Hachinského se používá k odlišení vaskulárních (multiinfarktových) a primárně degenerativních demencí. K odlišení možného podílu deprese na zhoršeném výkonu pacienta byla použita škála deprese dle Yessavage (geriatric depression scale – GDS).

Pomocí standardních testů posuzujeme soběstačnost nemocného – test instrumentálních činností (instrumental activities of daily living – IADL), test základních všedních činností podle Barthelové (activities of daily living – ADL). Pomocí nich je hodnocena schopnost uspokojovat přiměřené životní potřeby v konkrétních životních podmínkách. Lze tak omezit konfliktní situace, které vznikají mezi pacientem a pečující osobou, i snížit rizika chyb v užívání léků [3].

Zaznamenával se také výskyt smyslových poruch (zrakové a sluchové) a demografické údaje.

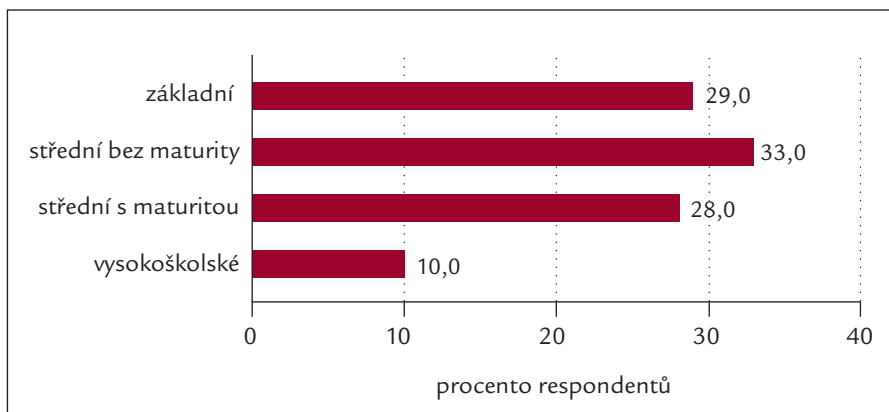
Pro odpověď na výzkumné otázky byly použity základní metody popisné a explorační statistiky (kontingenční tabulky, korelace, srovnávání průměrů). Srovnávání jednotlivých testů pomocí testu Mann-Whitney (testují se 2 skupiny). Ve všech testech byla použita kritická hodnota $\alpha = 0,05$.

Výsledky

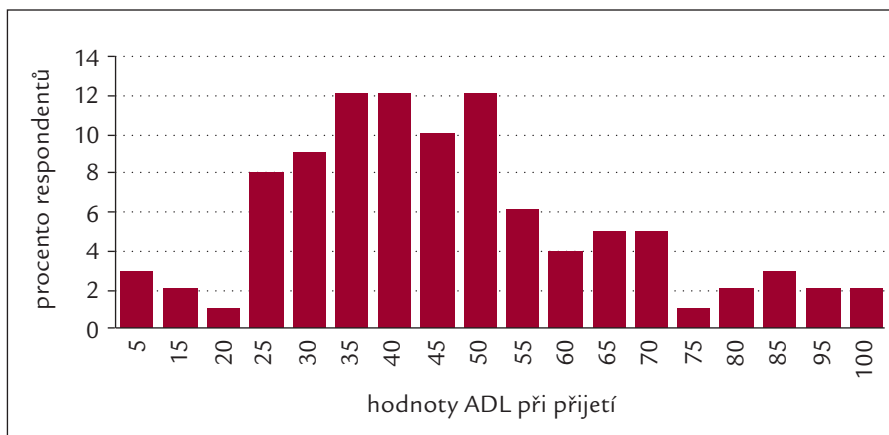
Celkem bylo vyšetřeno 80 žen a 20 mužů. Průměrný věk ve sledovaném vzorku byl 81,6 roku. Většina respondentů žila ve městě (90 %). Pouze u 10 % sledovaných osob bylo zjištěno bydliště na venkově (tato skutečnost byla ovlivněna místem konání šetření a spádovou oblastí). V přirozeném sociálním prostředí žilo 87 respondentů a v instituci zbylých 13 seniorů. Osaměle žilo 58 % respondentů, s partnerem žilo ve společné domácnosti 20 %, s dětmi a vnoučaty 18 % a s jinými příbuznými 4 % osob ve sledovaném vzorku. Dosaženou úroveň vzdělání ukazuje graf 1.

Pomocí testu ADL byla hodnocena úroveň ability respondentů. Bylo zjištěno, že ze 79 % jsou pacienti na začátku hospitalizace plně odkázáni na pomoc ošetrovatelskou. Jejich soběstačnost se pohybuje v rozmezí 5–60 bodů v testu dle Barthelové, průměrná hodnota je 46,5 %, tedy střední závislost na pomoci druhé osoby. U všech sledovaných pacientů bylo během pobytu v léčebně zjištěno zlepšení v úrovni sebezpečnosti dle testu ADL. Z 32 propuštěných pacientů jich 12,5 % dosáhlo úplné soběstačnosti (graf 2).

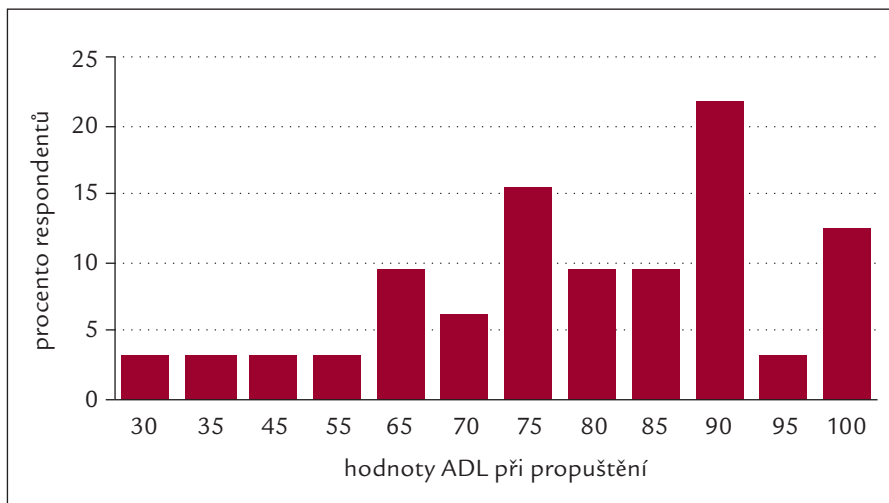
Kognice byla hodnocena pomocí testu MMSE (Mini-Mental State Examination). Hodnota 27–30 bodů nesvědčí pro demenci, dosáhlo jí 51 % respondentů. Toto zjištění lze považovat za pozitivní, ale s ohledem na informace, které shrnují výsledky projektu EuroCoDe (European Collaboration on Dementia) financovaného Evropskou komisí a koordinovaného evropskou asociací Alzheimer Europe, publikované na stránkách České Alzheimerovské společnosti, za odpovídající (viz <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/vyskyt-demence/>). Nejmenší zjištěná hodnota MMSE byla 12 bodů. Střední stupeň kognitivní poruchy 12–17 bodů mělo 12 % respondentů, u 17 % byla zastoupena lehká kognitivní porucha 18–23 bodů, 20 % osob mělo MCI – MMSE 24–26, průměrná hodnota MMSE byla 24,8 % (graf 3). Další hod-



Graf 1. Dosažená úroveň vzdělání sledovaného souboru.



Graf 2. Vývoj soběstačnosti sledovaného souboru dle testu ADL – přijetí.

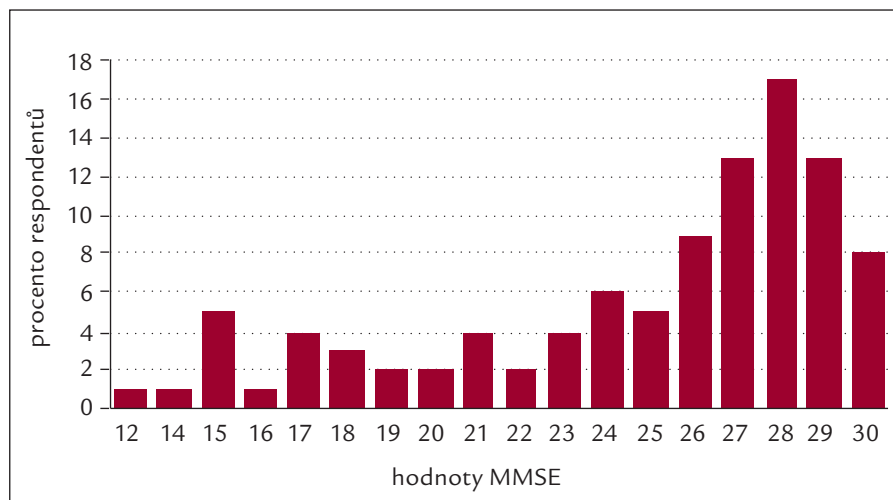


Graf 2a. Vývoj soběstačnosti sledovaného souboru dle testu ADL – propuštění.

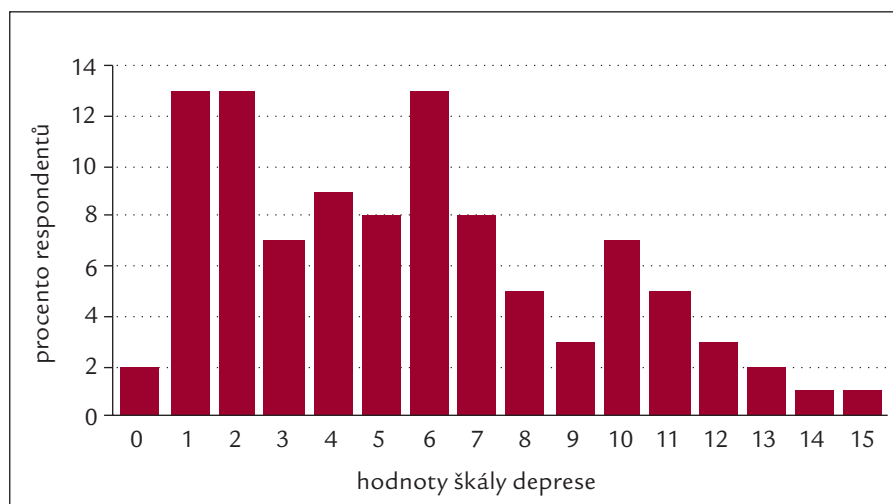
nocení kognice bylo pomocí Clock Drawing Testu. Současné provedení testu MMSE a testu hodin má dle literatury senzitivitu 95 %. Hodnoty 3 a více bodů jsou obvyklé pro demenci. Celkově 53 % respondentů dosáhlo hodnoty 1 a 2 (39 osob hodnotu 1), 47 % respondentů bylo v rozmezí 3–6 bodů (14 osob mělo hodnotu 4).

Dle škály deprese dle Yessavage bylo 52 % respondentů bez přítomnosti deprese, 12 % respondentů trpělo dle výsledků aktuálního testování depresí (graf 4).

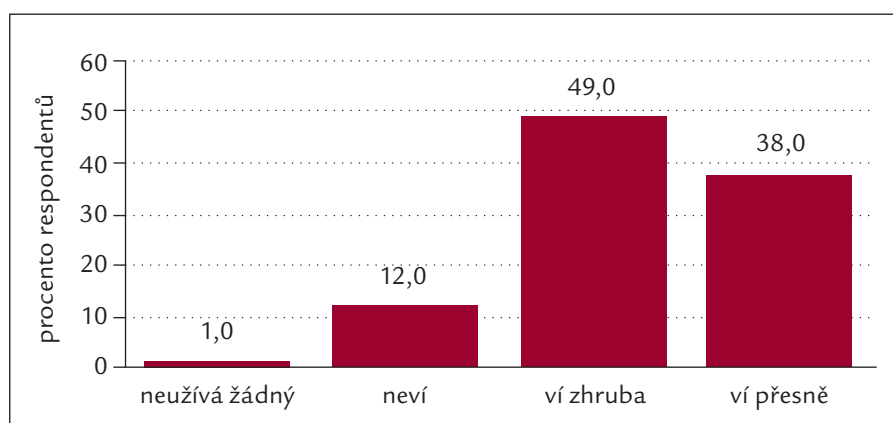
Při hodnocení kognitivní stránky compliance pouze 38 % respondentů uvedlo, že ví přesně, které léky nyní užívá a 37 % sledovaných respon-



Graf 3. Výsledky testování MMSE ve sledovaném souboru.



Graf 4. Výsledky testování deprese ve sledovaném souboru.



Graf 5. Výsledky hodnocení kognitivní stránky compliance.

dentů si nevzpomene na žádný lék, který doma užívá. Jeden lék jmenuje 10 %, 16 % z celkového počtu dotázaných jmenuje léky 2, léky 3 jmenuje 12 %, 4 léky 8 %, dalších 16 % jmenuje 5 a více léků. Jeden respondent uvedl, že neužívá doma žádné léky, což bylo

potvrzeno také zpětnou analýzou v dokumentaci (graf 5).

Jen 13 % respondentů ví přesně, na co jsou všechny léky, které užívá. Deset procent z nich uvedlo, že ví u 5 léků, na co je užívá, 17 % z nich to ví přesně u 4 léků. Většina, a to 43 % respondentů,

znala jen 2 léky. Celkem 16 % respondentů neví u žádného léku, na co jej užívá. Jeden respondent neužívá žádné léky.

Při hodnocení behaviorální stránky compliance 53,5 % nemocných sledovaného souboru udává, že nikdy nezapomene lék užít. Několikrát v životě zapomnělo lék užít jen 13,1 % z nich. Jednou za 5 let zapomnělo užít lék 3 % respondentů, jednou do roka 8,1 % z nich a 22,2 % zapomene užít lék vícekrát. Většina respondentů, a to 75,8 %, udává, že mají vždy předepsané léky v zásobě, jen 9,1 % z nich vícekrát nemělo předepsaný lék v zásobě. Pouze 16,2 % respondentů si značí do kalendáře, kdy užívat léky, více než polovina, 57,6 % respondentů, si připravuje léky do dávkovačů. Většina, 78,8 % respondentů, si čte příbalový leták od léků. Jen 19,2 % respondentů si značí do kalendáře, který lék dojde, 81 % respondentů si připravuje léky samo.

Hodnocení postojové stránky compliance ukázalo, že 87 % doporučuje svým známým řídit se radou lékaře, 75 % respondentů respektuje doporučení dietního opatření. Subjektivní stránka compliance ukázala, že 63 % respondentů se hodnotí jako spolupracující pacient, jako spíše spolupracující se hodnotí 31 % respondentů, jen 4 % se hodnotí jako spíše nespolupracující a 2 % jako nespolupracující. Většina, t.j. 68 % respondentů hodnotí své chování jako srovnatelné s chováním ostatních pacientů, pouze 24 % z nich si myslí, že je ve svém chování lepší a jen 8 % se hodnotí negativněji, udává, že je horší než ostatní.

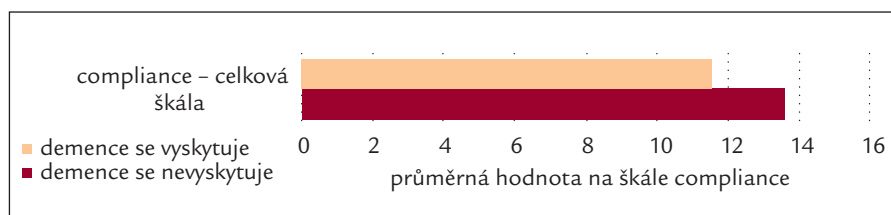
Při závěrečném vyhodnocení lze konstatovat, že v našem výzkumném vzorku bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah mezi úrovní kognitivních funkcí a znalostí názvů užívaných léků vyjma testu ischemického skóre (využit statistický test Mann-Whitney U, pro MMSE $p = 0,000$; pro Skupinový test $p = 0,003$; pro Clock Drawing Test $p = 0,004$). Dále bylo zjištěno, že v našem souboru respondentů existuje statisticky významný vztah mezi úrovní

kognitivních funkcí a znalostí respondentů, k čemu užívané léky jsou, vyjma testu ischemického skóre (využit statistický test Mann-Whitney U, pro MMSE $p = 0,004$; pro Skupinový test $p = 0,001$; pro Clock Drawing Test $p = 0,003$). Lze také konstatovat, že existuje statisticky významný vztah mezi úrovní kognitivních funkcí a délkou užívání léků (využit statistický test Mann-Whitney U, pro MMSE $p = 0,019$; pro Skupinový test $p = 0,041$; pro Clock Drawing Test $p = 0,017$).

Diskuze

S ohledem na známý fakt, že zhruba 1/3 seniorů v České republice nedodrží předepsaný lékový režim, se setkáváme s řadou důsledků právě této nízké compliance [2–4]. Na tuto skutečnost je třeba myslet a kontrolovat dodržování léčebného farmakoterapeutického režimu, pokusit se o redukci polyfarmakoterapie, u osob s kognitivní poruchou zajistit dohled nad přípravou a podáváním léků. Zejména při plánovaném propuštění důsledné vyhodnocení míry možné spolupráce pacienta snižuje případné komplikace a riziko rehospitalizace nemocného [7]. Prezentovaná práce byla zaměřena na zhodnocení vztahů stavu kognitivních funkcí nemocného s jeho subjektivní i objektivní schopností spolupráce (compliance) v užívání léků a dodržování doporučených opatření.

Problematika soběstačnosti a závislosti, při níž jsme posuzovali schopnost respondentů o sebe pečovat, ukázala jejich skutečné možnosti. Ze 79 % jsou pacienti na začátku hospitalizace plně odkázáni na ošetrovatelskou pomoc. Jejich soběstačnost se pohybovala v rozmezí 5–60 bodů v testu dle Barthelové, průměrná hodnota byla 46,5 %, tedy střední závislost na pomoci druhé osoby. U všech sledovaných pacientů bylo během pobytu v léčebně zjištěno zlepšení v úrovni sebepěče dle testu ADL. Z 32 propuštěných pacientů jich 12,5 % dosáhlo úplné soběstačnosti. Udává se, že v seniorské populaci nad



Graf 6. Průměrná hodnota škály compliance podle výskytu demence u pacientů.

80 let je 48,6 % zcela soběstačných seniorů, 34,9 % částečně soběstačných, 16,6 % nesoběstačných [4,5]. O posuzování vztahu mobility a úrovně sebepěče se zmiňuje mnoho odborných zdrojů, ale ne vždy se shodují na jasné korelaci [9–11]. Tomagová jednoznačně poukazuje na vztah úrovně sebepěče a kognice, Allaire et al tento vztah jednoznačně nepotvrzují, ale uvádějí, že test hodnocení instrumentálních denních aktivit (IADL) je velmi dobrým prediktorem pro rozvoj MCI (mild cognitive impairment – lehkou kognitivní poruchu).

Porucha sluchu nebo jeho ztráta je spojena se zhoršením kognitivních funkcí, ovlivňuje život člověka v oblasti somatické i psychosociální. Výskyt smyslových poruch je u osob nad 75 let udáván v 35 % [1]. Ve sledovaném vzorku respondentů byl výskyt poruchy sluchu v 45 %. Každé zhoršení zraku vyvolává u seniora úzkostné pocity, protože zhoršuje jeho pohyblivost, soběstačnost. V našem souboru 61 % respondentů trpělo poruchou zraku, z toho 51 % udávalo kataraktu.

Tyto námi zjištěné údaje souhlasí s již publikovanými odbornými poznatky a lze z nich usuzovat na dobrou reprezentativnost vzorku populace seniorů zařazených v našem šetření [1–4,7]. Při posuzování kognitivních funkcí škálou Mini-Mental State Examination (MMSE) bylo potvrzeno, že nejcitlivěji určuje kognitivní deficit. Také z tohoto důvodu patří mezi nejčastěji používaný kognitivní test [12]. Spolehlivost se pohybuje na úrovni střední až vysoké korelace [13]. Nástroj má vysokou reliabilitu od 0,83 do 0,99, vysokou senzitivitu 11–0,87 a vysokou specifitu 12–0,82 [14]. Hodnocení senzitivity je na hladině významnosti

$\alpha < 0,05$. Hodnocení výsledků Skupinového testu: celkem 63 % respondentů dosáhlo maximální hodnoty 40 bodů. To znamená, že výsledky hodnocení stavu kognice pomocí tohoto testu byly pozitivnější než u hodnocení MMSE, a tím lze tento test doporučit spíše jako velmi orientační.

Dalším použitým testem byl test ischemického skóre dle Hachinského, který určuje kognitivní deficit z uvedených testů nejméně citlivě. Potvrzujeme však poměr smíšených a degenerativních kognitivních poruch k poruchám vaskulárním. Podle depresivní geriatrické škály dle Yessavage bylo 52 % respondentů bez známek deprese. Obecně se udává, že incidence deprese ve věku nad 65 let je 12–15 %. Ve sledované skupině bylo 12 % respondentů s hodnotou více než 10 bodů, tedy vykazovali známky deprese [4,15–17].

Zhodnocení vztahu kognitivních funkcí a deklarované compliance nemocného: z výsledků šetření a statistického testování byl potvrzen statisticky významný vztah mezi úrovní kognitivních funkcí a deklarovanou compliance ve vztahu k nepravdivosti užívání léků na hladině významnosti $\alpha < 0,05$ u všech testů vyjma ischemického skóre. Nejcitlivějším testem pro záchytnou poruchu kognice byl test MMSE. Respondenti bez známek demence dosahovali lepšího bodového hodnocení na škále compliance než respondenti, u nichž demence byla zjištěna, jak dokumentuje graf 6.

U testu MMSE byla potvrzena statisticky významná závislost mezi znalostí počtu užívaných léků a výskytem demence. Z údajů získaných z dotazníku vyplývá, že jen 38 % respondentů ví přesně, které léky užívá, 49 % zná tyto informace zhruba. Tedy 87 % respon-

dentů ví, kolik léků užívá. Podle různých studií 60–90 % seniorů neužívá léky dle doporučení lékaře [4,17–20]. Farmakologická compliance klesá s počtem užívaných léků a je také závislá na soběstačnosti nemocného [10,17,18].

Z hlediska behaviorální stránky compliance zapomenutí užít lék nepřípouští 53,5 % respondentů, 75,8 % respondentů uvádí, že si nezapomenou dát předepsat lék. Při hodnocení subjektivní stránky compliance jsme zjistili, že dotazovaní se hodnotí jako disciplinovaní v 63 % a jako poctiví a stejní jako ostatní se hodnotí 68 % z dotázaných seniorů. Je důležité zdůraznit, že behaviorální a kognitivní stránka compliance byly v daném souboru ve značném rozporu, tedy nemocní se prezentují lépe, než je realita. Opět se potvrzuje, že nejefektivnějším postupem hodnocení míry compliance je přímé pozorování. Z běžného kontaktu s nemocným bez objektivizace testováním jsme schopni odhadnout compliance jen velmi nepřesně. Prezentované šetření by mělo přispět k validizaci compliance na základě objektivizujících testů v rámci běžné klinické praxe. Z tohoto pohledu se k objektivizaci úrovně kognitivních funkcí jeví jako nejvhodnější test MMSE, který byl dostatečně citlivý v odhalení možného rizika snížení compliance.

Závěry pro praxi

Z průzkumu našeho šetření vplynuly prakticky využitelné návody a doporučení. Při snaze o jejich jednoduché shrnutí jsme došli k těmto závěrům:

- Behaviorální a kognitivní stránka compliance byly ve zkoumaném sou-

boru ve značném rozporu. Nemocní se subjektivně prezentují lépe, než to odpovídá realitě dle zjištěných údajů.

- Dalším významným zjištěním je skutečnost, že test MMSE byl zhodnocen jako dostatečně citlivý v odhalení možného rizika snížení compliance nemocných za hospitalizace.
- Jednoznačně lze konstatovat, že z běžného kontaktu s nemocným, bez objektivizace testováním, jsme schopni posoudit compliance jen velmi nepřesně, a tudíž s rizikem chyb v užívání medikace a možných následných zdravotních komplikací. Validní objektivizující posouzení je základem pro opravdu účinné sledování terapeutického procesu, jehož východiskem je dostatečná compliance nemocného anebo zajištění podávání farmakoterapie druhou osobou.

Literatura

1. Topinková E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén 2005.
2. Pokorná A, Šenkyříková M. Vliv jednání a chování sestry a její image na průběh hospitalizace nemocného. *Cor Vasa* 2008; 50: K112–K114.
3. Topinková E, Fialová D. Geriatrická farmakoterapie – léčiva nevhodná pro starší nemocné. *Zdravotnické noviny* 2006; 28. Mimořádná příloha.
4. Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing 2008.
5. Záboj Z. Farmakoterapie a compliance v geriatrii. *Prakt Lék* 2000; 80: 99–101.
6. Grundmann M. Problémy s podáváním léků ve stáří III. – Compliance. *Interní Med* 2001; 3: 136–137.
7. Weber P et al. Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci. Brno: IDVPZ 2000.
8. Alagiakrishnan K, Marrie T, Rolfson D et al. Simple cognitive testing (mini-cog) predicts In-hospital delirium in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 314–316.

9. Tomagová M. Nástroje šstandardizovaný test psychických funkcí a dotazník funkčního stavu v posuzování seniora – pilotná štúdia. *Ošetrovatelství a porodní asistence* 2010; 1: 31–36.

10. Allaire J, Gamaldo A, Ayote BR et al. Mild Cognitive Impairment and Objective Instrumental Everyday Functioning: The Everyday Cognition Battery Memory Test, Brief methodological reports. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 120–125.

11. Steenland NK, Auman CM, Patel PM et al. Development of a Rapid Screening Instrument for Mild Cognitive Impairment and Undiagnosed Dementia. *J Alzheimers Dis* 2008; 15: 419–427.

12. Burns A, Karim S, Morris J et al. The conversational mini-mental state examination: Estimating cognitive impairment. *Aging Ment Health* 2010; 14: 692–694.

13. Marioni RE, Chatfield M, Brayne C et al. The reliability of assigning individuals to cognitive states using the Mini Mental-State Examination: a population-based prospective cohort study. *BMC Med Res Methodol* 2011; 11: 127.

14. Tomagová M. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. *Profese on-line* 2009; 2: 65–76.

15. Bartoš A, Hasalíková M. Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi. Praha: Mladá fronta 2010: 54–55.

16. Topinková E. Demence v primární péči – názory a postoje praktických lékařů. *Geriatria* 2001; 7: 151–155.

17. Příkrylová H, Kučerová H, Preiss M et al. Kognitivní výkon u depresivní poruchy. *Psychiatr pro Praxi* 2010; 11: 56–58.

18. Topinková E, Mádllová P, Fialová D et al. Nová evidence-based kritéria pro posouzení vhodnosti lékového režimu u seniorů. Kritéria STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) a START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). *Vnitř Lék* 2008; 54: 1161–1169.

19. Topinková E. Omezením preskripčních chyb u seniorů lze zvýšit bezpečnost farmakoterapie. *Medicína po promoci* 2008; 9: 45–47.

20. Topinková E, Fialová D. Geriatrická farmakoterapie – léčiva nevhodná pro starší nemocné. *Postgrad Med* 2006; 8: 28–35.

prim. MUDr. Blanka Vepřeková, Ph.D.

www.nmbrno.cz

e-mail: blanka.veprekova@centrum.cz

Doručeno do redakce: 28. 12. 2011

Přijato po recenzi: 12. 5. 2013