

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Stáří a demence

Autor bakalářské práce: Michaela Matoušová
Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.
Dokončení bakalářské práce: duben 2011
Místo odevzdání bakalářské práce: Praha

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Stáří a demence“ vypracovala samostatně a pouze s využitím literatury, kterou cituji a uvádím v seznamu.

V Praze dne

.....
Michaela Matoušová

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za její odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji také panu PhDr. Václavu Červenkovi za jeho cenné rady a připomínky, které mi velice pomohly.

ANOTACE

Tato bakalářská práce na téma „Stáří a demence“ se zabývá zejména osobami s Alzheimerovou chorobou. Se zvyšujícím se věkem populace, se tato otázka stává stále více aktuální. Úvodní kapitoly se věnují problematice stáří a demence. V nejrozsáhlejší kapitole se práce zabývá samotným tématem, a to Alzheimerovou chorobou. Cílem práce je získání co nejvíce informací o přístupech k lidem s tímto onemocněním. Proto je nejvíce pozornosti věnováno právě těmto přístupům a klinickým projevům u pacientů. Praktická část je uvedena několika kazuistikami, které nám jen podtrhnou zjištěné informace v teoretické části.

Klíčová slova

stáří, demence, Alzheimerova choroba, léčba Alzheimerovy choroby, Česká alzheimerovská společnost

ANOTATION

The topic of this thesis is “Senility and dementia”. It is concerned with the people suffering from Alzheimer’s disease in particular. This question becomes more present with the increasing age of the population. The introductory chapters are concerned with the problems of the senility and dementia. The longest part of the thesis is concerned with the main topic – Alzheimer’s disease. The aim of this thesis is to gain utmost information about the approach to the people suffering from this disease. This is the reason why this thesis is focused on these approaches and clinical symptoms of the patients. The practical part is introduced with several casuistries that underline gained information in the theoretical part.

Key terms

senility, dementia, Alzheimer’s disease, Alzheimer’s disease treatment, Česká alzheimerovská společnost

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 7 |
| 1 STÁŘÍ..... | 9 |
| 1.1 Vymezení pojmů..... | 9 |
| 1.2 Změny ve stáří..... | 10 |
| 1.3 Onemocnění ve stáří | 12 |
| 2. DEMENCE..... | 13 |
| 2.1 Definice..... | 13 |
| 2.2 Symptomy u demence..... | 14 |
| 2.3 Rozdělení demence | 16 |
| 3. ALZHEIMEROVA CHOROBA | 19 |
| 3.1 Definice a epidemiologie Alzheimerovy choroby..... | 19 |
| 3.2 Příčiny a prevence Alzheimerovy choroby..... | 22 |
| 3.3 Klinický obraz | 23 |
| 3.4 Důsledky kognitivní poruchy..... | 26 |
| 3.5 Diagnostika a diferenciální diagnostika | 28 |
| 3.6 Farmakologické přístupy..... | 31 |
| 3.7 Nefarmakologické přístupy..... | 32 |
| 3.8 Česká alzheimerovská společnost | 38 |
| 4. PŘÍPADOVÉ STUDIE PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU | 41 |
| ZÁVĚR..... | 47 |
| SEZNAM LITERATURY | 49 |
| PŘÍLOHY..... | 52 |

ÚVOD

Stáří a stárnutí je neoddělitelnou součástí každého lidského života. Přináší s sebou dobré, ale bohužel i špatné věci. Spousta lidí se těší na stáří, že si konečně odpočinou, že se budou zabývat svými koníčky a dělat to, co je baví. Přijmou roli prarodiče a budou předávat své schopnosti, zkušenosti a rady mladším generacím. Někdy to tak však nejde. Přichází na řadu otázka špatných změn, které s sebou stáří mnohdy přináší. Může se stát, že starým lidem zdravotní stav nejen nedovolí zabývat se zájmovými aktivitami, ale někdy to dojde až tak daleko, že může být člověk zcela segregován ze společnosti.

Stáří samo o sobě není nemoc, ale nemoci jsou povětšinou neodmyslitelnou součástí stárnutí a stáří. Proto bychom se měli zabývat otázkou stáří, abychom co nejvíce eliminovali všechny možné příčiny nemocí a abychom mohli co nejdéle vést aktivní a plnohodnotný život.

Lidstvo stárne, to je téma v dnešní době vcelku aktuální. Otázka stáří se objevuje v různých odvětvích, nejen v medicínských, jak tomu bylo dříve. Dnes se už můžeme setkat s touto problematikou v psychologii a psychiatrii, sociologii, obecné pedagogice, demografii, filozofii a spoustě dalších. Pro mě je nejdůležitější, že se téma dotýká i oboru speciální pedagogiky. A to už v poměrně velké míře.

Právě proto, že je toto téma tak aktuální, rozhodla jsem se věnovat se mu ve své bakalářské práci. Téma je pro mě něčím novým. Se starými lidmi se setkávám skoro každý den, ale s lidmi s demencí nebo Alzheimerovou chorobou jsem se setkala pouze několikrát. Dozvědět se něco nového v této oblasti je atraktivní. Cílem této práce je zmapovat problematiku pacientů s demencí, zejména s Alzheimerovou chorobou a získat informace o možných nefarmakologických přístupech u takto postižených pacientů.

Svoji práci rozdělují na část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část dělím na tři kapitoly – stáří, demence a Alzheimerova choroba. Se stářím souvisí různé choroby, kam demence bezpochyby patří, a Alzheimerova choroba je nejrozšířenějším typem demence. Proto jí je věnována zvláštní kapitola.

Úvodní kapitola je věnována tématu stáří a stárnutí. Zabývám se zde základní terminologií, orientací v oborech týkajících se této problematiky. Dále jsou zde zaznamenány změny a nemoci, které se stářím souvisí.

V další kapitole se objevuje tematika demence, jako jedné z nejčastějších nemocí stáří. V úvodu této kapitoly se objevuje definice pojmu, dále je to symptomatika a nakonec rozdělení demencí.

Alzheimerova choroba je hlavním předmětem mé práce. Věnují se jí vcelku podrobně. Zpočátku se budu zabývat definicí, příčinami, možnostmi prevence, diagnostikou a diferenciální diagnostikou. Další rozsáhlejší kapitolou budou klinické projevy Alzheimerovy choroby. Nejvíce se však budu zabývat nefarmakologickými přístupy k lidem s Alzheimerovou chorobou. Což je také jedním z cílů mé práce. Jak víme, nemoc nejde vyléčit, ale vhodnými postupy lze její průběh zmírnit a prodloužit tak lidský život. Proto se mi zdá tato podkapitola velmi důležitá. Kapitulu uzavřu představením nejznámější a nejdůležitější organizace zabývající se Alzheimerovou chorobou. Kapitola se bude zabývat Českou alzheimerovskou společností. Je důležité si uvědomit, že kolem 85. roku života trpí Alzheimerovou chorobou skoro každý 5. člověk, a proto je důležité mít dostatek vhodných informací.

V praktické části se objeví případové studie, které budou navazovat na předchozí rozsáhlou kapitolu a měly by jen podtrhovat získané informace v teoretické části.

1. STÁŘÍ

1.1 Vymezení pojmů

Stárnutí je celoživotní proces, jehož výsledkem je různý stupeň stáří neboli senia. Na stárnutí se podílí více faktorů. Je to proces všeobecný i individuální. Stárnutí je také asynchronní – i jednotlivé systémy a funkce v organismu stárnou nerovnoměrně.

Stáří můžeme označit jako pozdní fázi ontogeneze neboli vývoje jedince. Stáří je přirozenou součástí průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů ovlivněných dalšími faktory a je spojeno s řadou významných změn sociálních. Z důsledků mnohočetnosti projevů a jejich příčin, doby nástupu, intenzity a vzájemné podmíněnosti je obtížné stáří nejen vymežit, ale také členit.

Rozlišujeme stáří kalendářní, biologické a sociální. Nejčastěji se pro vymezení používá kalendářní (chronologické) stáří, které je snadno vymežitelné, ale na druhou stranu nepostihuje individuální rozdíly. Toto období můžeme časově rozdělit na tři hlavní období.

- 65 – 74 let mladí senioři
- 75 – 84 let staří senioři
- 85 a více velmi staří senioři (dlouhověkost)

Dále je to stáří biologické (pojem biologické stáří se příliš nepoužívá), které se zabývá involučními změnami u daného jedince, nebo stáří sociální, kdy život člověka je rozdělen na 1. až 4. věk, přitom pro stáří jsou určeny 3. věk (postproduktivní) a 4. věk, který je někdy označován za období závislosti.

Sociální stáří se zabývá změnami životních rolí, životního stylu, potřeb a ekonomického zajištění, dále také upozorňuje na společné zájmy seniorů a na rizika spojená s touto skupinou, jako je například osamělost, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace. (Kalvach, Z. a kol. 2004)

Stoupá celkový počet seniorů a také dlouhověkých osob. Dlouhověkost je označení pokročilého stáří, obvykle nad 90 let. (Mühlpachr, P. 2004)

Problematikou stárnutí a stáří se zabývá celá řada věd. Některé z nich v další části popisují. Nejrozsáhlejší vědou zabývající se touto problematikou je gerontologie.

„Gerontologie je věda zabývající se procesem stárnutí a stáří. Zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady

pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany.“¹ Gerontologie se zaměřuje na specifické potřeby starých lidí a na zlepšování kvality jejich života. Poprvé tento pojem použil I. I. Mečnikovov v roce 1903. Dříve se utvářela jako multidisciplinární věda, dnes jsou patrné tendence k interdisciplinaritě. Gerontologii dělíme na tři základní oblasti. Gerontologie experimentální zabývající se otázkou proč a jak organismy stárnou, klinická zkoumající zdravotní a funkční stav jedince a nakonec sociální, která zkoumá vztah jedince a společnosti.

Geriatrie, v širším slova smyslu klinická gerontologie, se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří. V užším slova smyslu je samostatným specializačním lékařským oborem vycházejícím z vnitřního lékařství. (Kalvach Z., Mikeš Z. 2004)

Gerontopedagogika v užším slova smyslu je chápána jako pedagogická disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů. Spadá pod andragogiku, tedy vzdělávání dospělých. Jde o vzdělávání ve stáří a ke stáří.

Gerontopedagogika v širším slova smyslu je prezentovaná jako disciplína, která se snaží zabezpečit péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb v nemedicínské dimenzi, ale paralelně s ní. (Mühlpachr, P. 2004)

1.2 Změny ve stáří

Stupeň změn ve stáří je dán nejen vlastní involucí, ale také určitými predispozicemi, životním způsobem a chorobnými změnami.

Po šedesátém roce života nabývá tělesná involuce rychlejšího tempa. Po sedmdesátce je častá tzv. polymorbidita. Častou příčinou nemoci a smrti ve stáří je oslabený organismus při rekonvalescenci.

Mezi nejčastější změny patří změny ve složení organismu (atrofie tkání se zmnožením vaziva a tuku; zvýšení obsahu tělesného tuku; ukládání vápníku v tkáních a jeho průnik do membrán a buněk), řízení organismu (oslabení a zpomalení regulačních mechanismů, zhoršení adaptačních schopností), v pohybovém systému (pokles svalové síly, stárnutí chrupavky, zhoršení hloubkového čítí a koordinace), v nervovém systému (poruchy spánku, atrofie mozku, prodloužení reakční doby), v metabolismu, v endokrinním systému (snížení produkce růstového hormonu), v oběhovém systému

¹ Zavázalová H. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum 2001. ISBN 80 – 246 – 0326 - 8

(snížení elasticity tepen, menší urychlování tepové frekvence), v respiračním systému (zvýšení dechové práce, pokles vitální kapacity plic), ve vylučovacím systému, v trávicím systému (opotřebení a ztráta chrupu, poruchy motility trávicí trubice), v imunitním systému a v neposlední řadě také zhoršení smyslového vnímání. (Mühlpachr, P. 2004)

Tělesné projevy a změny odlišující staré lidi se nazývá fenotyp stáří. Fenotyp má určité obecné rysy, ale časovost a rozsah jsou velmi individuální. Dnešní staří lidé jsou v lepší fyzické kondici, mají lepší zdravotní stav a také větší nároky na svůj sociální život. V rámci fenotypu stáří se mění např. postava (zaoblení a snížení trupu), postoj, chůze (zpomalení, zhoršení pružnosti a jistoty), pokožka (vrásky, atrofie, změny vlasů), výraz obličeje (prodloužení boltců, zúžení očních štěrbin). (Jiráček, R. a kol. 2009)

Celkově dochází ke snížení soběstačnosti. Více než 80% osob nad 60 let věku potřebuje nějakou formu příležitostné nebo pravidelné ambulantní zdravotní péče. Odhaduje se, že až 5% obyvatelstva vyššího věku potřebuje ústavní zdravotní nebo sociální péči, často dlouhodobou a kombinovanou. (Zavázalová, H. a kol. 2001)

Podobně jako u tělesného stárnutí i v duševním vývoji těžko odlišujeme změny dané věkem od změn, které jsou součástí některé z duševních chorob. Velkou roli zde hrají také genetické rozdíly.

Celkově je duševní činnost starých lidí zpomalena. Starý člověk má menší motivaci k činnosti, je zvýšeně opatrný a přesnost je pro něj důležitější než rychlost. Velkým rysem stáří je špatné snášení změn, stereotypie, snížení zájmu o okolí a netečnost. Starý člověk potřebuje na vykonávání činností více času. Nejčastějšími symptomy duševních změn ve stáří jsou podrážděnost, izolovanost, agitovanost², úzkost, strach, neschopnost se soustředit, snížená pozornost, zapomnětlivost, dezorientace, zmatenost, neochota ke spolupráci a emoční labilita. (Zavázalová, H. a kol. 2001)

Velice častým problémem jsou mezigenerační vztahy. Setkáváme se s předsudky a to z obou stran – ze strany starého i mladého člověka. Důležité je brát ohled na integritu člověka a umožnit mu adaptaci pro něho vyhovující. (Kalvach Z. a kol. 2004)

² Agitovanost (agitation) – roztěkanost provázená různou mírou pohybového neklidu, který může vést až k neúčelnému, rychle se měnícímu bezcílnému jednání, někdy spojená s afektivními výbuchy; nejčastěji jako důsledek vzrušení, provází delirium a další psychotické poruchy; výskyt při úzkosti, pacine, psychózách (Hartl, P. a Hartlová, H. 2000, str. 21)

1.3 Onemocnění ve stáří

Stáří není choroba, ale je spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží, které se vyskytují mnohočetně, v kombinacích, a většinou mají sklon k chronicitě.

Mezi nejčastější onemocnění ve stáří patří poruchy smyslového ústrojí - zraku a sluchu; ateroskleróza (kornatění tepen), ke které se řadí ischemická porucha srdeční, postižení mozkových tepen a tepen dolních končetin. Dále se sem řadí osteoporóza, osteoartróza, rozedma plic, diabetes mellitus, různá psychická onemocnění a inkontinence. (Mühlpachr, P. 2004)

Ve věku 60 – 74 let trpí chronickou chorobou 80% osob, nad 70 let až 87%. U žen se zjišťuje větší nemocnost než u mužů. (Zavázalová, H. a kol. 2001) Což je dáno typickou převahou žen v seniorské populaci. V evropských zemích je mezi seniory staršími 60 let 12 – 17% vdovců, ale 37 – 51% žen. (Mühlpach, P. 2004)

Jednou z nejčastějších chorob se stává demence, která dokonce převyšuje výskyt diabetes mellitus a cévních mozkových příhod. Demencí a její nejčastější formou, Alzheimerovou chorobou, se zabývají následující dvě kapitoly.

2. DEMENCE

2.1 Definice

Pojem demence pochází z latinského slova „de“ znamenající „odstranit“ a slova „mens“ znamenající „mysl“. V překladu tedy demence znamená „bez myslí“. (Buijssen, H. 2006)

Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 10. revizi uvádí, že *„demence je syndrom způsobený chorobou mozku obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí nebývá porušeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace“* (WHO in Červenka, V. 2008, str. 10)

Konvrzková ve své práci cituje Jiráka, který uvádí tuto definici demence: „Demence jsou choroby, u nichž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. kognitivních (poznávacích) funkcí. Demence vznikají kdykoli po vytvoření základů poznávacích funkcí, tj. po 2. roce života. Výskyt demence výrazně stoupá s věkem“ (Jirák in Konvrzková 2008)

V posledních letech se zvyšuje střední délka života, což má za následek prudký nárůst počtu jedinců s demencí. O demenci se často říká, že je „nemocí stáří“. Může se však stát, že se objeví i u jedinců mladších 65 let. Toto procento je však velmi malé, přibližně 0,0025%. U skupiny 65letých je výskyt cca 1% a se zvyšujícím se věkem toto procento stoupá. Po 85. roce se demence vyskytuje cca u každého pátého člověka. (Buijssen, H. 2006) Celkový počet pacientů s demencí se v České republice odhaduje na 1%. Většina pacientů s demencí prochází na začátku tzv. stádiem mírné kognitivní poruchy, která se vyskytuje u 1-5% celkové populace, v 11% u populace nad 90 let. Z tohoto vyplývá, že věk je jedním z hlavních rizikových faktorů demence. (Jirák, R. a kol. 2009)

Mimo věku, který hraje velkou roli, se jako rizikový faktor uvádí také genetický faktor. Zvýšené riziko je také u lidí trpících chronickým vysokým krevním tlakem, nebo u lidí, kteří utrpěli vážné poranění mozku.

Demence je způsobená dysfunkcí mozku, kdy řídicí centrum nefunguje tak, jak by mělo. Změny na mozku jsou nevratné a člověka čeká postupný úpadek. V první fázi

je nemoc sotva patrná, v konečné je člověk naplno odkázán na druhé. Dokud je pacient naživu, neexistuje žádná spolehlivá metoda, kterou by bylo možné určit povahu a stupeň poškození mozkové tkáně. Demence je proto vždy „pravděpodobná“ diagnóza. (Buijssen, H. 2006)

2.2 Symptomy u demence

Demence postihuje tři základní okruhy fungování osobnosti. Objevují se při ní tři základní okruhy poruch:

- 1) Porucha kognitivních funkcí
- 2) Behaviorální a psychologické příznaky demence (poruchy chování, přidružené psychotické příznaky, poruchy emotivity, poruchy spánku...)
- 3) Poruchy aktivit denního života (poruchy profesních dovedností, poruchy schopnosti provádět základní životní aktivity, např. vykonávat osobní hygienu, oblékání...) (Kalvach, Z. a kol. 2004)

Symptomy u demence

| Kognitivní | Behaviorální | Funkční |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Porucha paměti | Porucha osobnost | Potíže s domácími pracemi |
| Porucha myšlení a úsudku | Deprese a úzkost | Ztráta kontinence |
| Porucha orientace | Porucha emotivity | Problémy v sebeobsluze |
| Porucha řeči | Bludy a halucinace | Neschopnost chůze |
| Porucha praxe | Agitovanost, agresivita | Neschopnost komunikace |
| Porucha poznávání | Poruchy spánku | Závislost na druhých |
| Porucha exekutivní funkcí | Společensky nepřijatelné chování | Potíže komplexních činností |

Zdroj: E. Topinková in V. Červenka 2008

Existují výjimky, ale jinak většina demencí začíná poruchami paměti. Buijssen uvádí dva zákony demence. První je „narušené ukládání do paměti“ a druhým zákonem je „postupná destrukce dlouhodobé paměti“. Narušené ukládání do paměti má své přímé důsledky, jako je například dezorientace v čase a prostoru, opakování stejných otázek, příběhů, neschopnost naučit se něco nového a častá ztráta věcí. Má to také své

nepřímé důsledky, které se projevují jako ztráta iniciativy, popírání zapomnělosti, vyhýbání se kontaktu, agresivita, deprese, podezřívavost, fyzický neklid apod. Mezi důsledky druhého zákona patří např. ztráta mechanických dovedností (vaření kávy, řízení auta...), ztráta paměti, pokud jde o poslední a dřívější události, úbytek sociálních dovedností a narušení norem chování, narušení slovní zásoby a zhoršení schopnosti mluvit, dezorientace (nepoznává své děti a partnera...), změna osobnosti apod. (Buijssen, H. 2006)

Behaviorální příznaky jsou nejobtížnější projevy pro obě strany. Mohou se objevovat od počátku, ale většinou se objeví až ve středních stádiích a vrcholí ve stádiích těžkých. Toto chování může mít různý charakter. Častý je neklid, zejména u Alzheimerovy choroby, neklid spojený s agresivitou, útoky z domova, napadání členů rodiny, ničení věcí, vykřikování, nadávky, upoutávání pozornosti atd. Mohou se přechodně objevit přidružené psychotické příznaky, jako jsou bludy (přesvědčení o okradání...), halucinace, deliria, poruchy spánku a posun cyklu spánek – bdění a v neposlední řadě také poruchy emocí. Je důležité si uvědomit, že v počátečních fázích si je jedinec vědom svého úpadku a v každém případě ho to trápí. Každý poté reaguje jinak, jeden pláče a upadá do deprese, u dalšího se objevuje vztek až agresivita. (Jiráček, R. a kol. 2009)

Nejčastější faktory, které vedou k poruchám chování u demence

| | |
|------------------------------|---|
| Fyzikální faktory | Degenerace mozku, tělesná onemocnění, bolest, diskomfort (chlad, horko, těsný oděv, nepohodlí), funkční postižení, léky |
| Psychologické faktory | Nemorbidní osobnost, strach, úzkost, deprese, bezmocnost, únava, nuda |
| Kognitivní poruchy | Nepochopení situace, neschopnost vyjádřit potřebu, neschopnost rozhodnout či naplánovat činnost, zmatenost |

| | |
|--------------------|---|
| Vlivy okolí | Nevhodné prostředí, nevhodné zacházení, nadbytek nebo nedostatek zevních podnětů, narušení rutiny, nervozita pečujícího |
|--------------------|---|

Zdroj: Jirák a kol. 2009

U postižení aktivit denního života záleží na stupni demence. Na počátku vypadávají složité úkony (např. profesní dovednosti), postupně se rozšiřuje na tzv. instrumentální aktivity denního života (např. manipulace s penězi). V pokročilém stádiu jsou postiženy i běžné aktivity života, jako např. schopnost oblékat se a svlékat se, osobní hygiena, schopnost najíst se atd. U nejtěžší fáze se objevuje inkontinence moči a stolice a jedinec je plně odkázán na péči druhých. (Jirák, R. a kol. 2009)

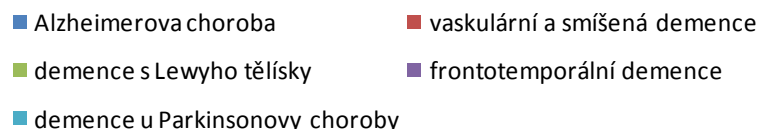
2.3 Rozdělení demence

Demence lze zhruba rozdělit do dvou základních skupin:

- 1) Skupina demencí atroficko – degenerativního původu (primárně degenerativní demence)
- 2) Skupina symptomatických (sekundárních) demencí. Zde demence představuje příznak určitého systémového onemocnění postihující CNS. Tuto skupinu lze rozdělit ještě také na:
 - a) Demence ischemicko – vaskulární (vznikají na základě poruch mozkových cév nebo mozkového krevního zásobení)
 - b) Ostatní symptomatické demence

Mezi atroficko – degenerativní demence patří např. Alzheimerova choroba, která je nejčastějším typem demence, demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, frontotemporální demence atd. Do symptomatických demencí se řadí např. demence při AIDS, posttraumatická demence, infekční demence nebo demence metabolické. (Jirák, R. a kol. 2009)

Odhadovaná četnost typů demencí



Zdroj: Psychiatrické centrum Praha in V.Červenka 2008

Některými typy demence se nyní budu zabírat více s tím, že nejčastější formu, Alzheimerovu chorobu, detailně rozeberu v poslední kapitole.

- I. Demence ischemicko – vaskulární – tato demence je druhou nejčastější. Objevuje se v 15 – 30%. Aby mohl být diagnostikován tento typ demence, musí být nejdříve diagnostikována demence jako taková, dále pak cerebrovaskulární postižení a nakonec vzájemnost obou postižení. Nejčastější příčinou demence jsou mnohočetné mozkové drobné infarkty. Demence zde vzniká zpravidla rychle, osobnost bývá dlouho zachovalá. Objevují se zde často deliria a deprese. Existuje několik typů této demence. Jsou to multiinfarktová demence, vaskulární demence s náhlým začátkem a Binswangerova choroba.
- II. Demence u Parkinsonovy choroby – asi u 10 – 20% pacientů s Parkinsonovou chorobou se objevuje demence, tzv. podkorový typ. Výrazná je celková zpomalenost, zejména u procesů myšlení, porucha paměti v oblasti všípivosti, výbavnosti a přesnosti uchování vzpomínek. Dále se objevují poruchy exekutivních funkcí, častá je i depresivní nálada.

- III. Demence s Lewyho tělísky – výskyt je také poměrně častý (až 10%). Často bývá zaměňována za Alzheimerovu chorobu, vaskulární demenci či demenci u Parkinsonovy choroby. Vyskytují se intraneuronální Lewyho tělísky v neuronech bazálních ganglií a také v kortikálních neuronech. Mezi hlavní klinické rysy patří častý výskyt delirií a halucinací (zejména zrakových), extrapyramidová hyper nebo hypokinetická symptomatika, zvýšená citlivost na podání neuroleptik. Až v 50% jsou přidruženy vaskulární změny.
- IV. Frontotemporální demence – je to celá řada chorob, které mají podobné klinické projevy jako Alzheimerova choroba. Často se objevuje už v preseniu. Z klinických rysů můžeme jmenovat poruchu paměti, hypoaktivitu, nedostatek společenského odstupu, nedostatek sexuální kontroly. Mění se také osobnost. Mezi tento typ patří Pickova choroba (jsou přítomny neuronální Pickova tělísky). (Kalvach, Z. a kol. 2004)

3. ALZHEIMEROVA CHOROBA

3.1 Definice a epidemiologie Alzheimerovy choroby

Jak už bylo řečeno v předešlých kapitolách, lidstvo stárne. Spolu se zvyšujícím se počtem starých lidí se objevuje také zvýšený počet lidí s demencí, především s Alzheimerovou chorobou (dále už ACH). O této nemoci nebo chorobě (oba pojmy – Alzheimerova choroba, Alzheimerova nemoc – jsou správné a mohou se používat) budeme tím pádem slyšet stále častěji. Nyní žije v Evropě kolem 6 milionů lidí s ACH, proto je velmi důležité mít o této problematice dostatek informací, abychom ji mohli co nejdříve odhalit a tím i oddálit její progresi.

Alzheimerova choroba je neurodegenerativní onemocnění. Klinicky se projevuje jako demence. Patří mezi atroficko – degenerativní typy demence. Především je to nejčastější typ demence. Statistiky se liší, ale průměrné zastoupení je kolem 50%. Dále kolem 10% se objevuje demence smíšené etiologie – objevují se alzheimerovské a ischemicko – vaskulární změny. (Kalvach, Z. a kol. 2004) Buijssen ve své práci uvádí, že demence Alzheimerova typu tvoří až 70% všech typů demencí. (Buijssen. H. 2008) Je to tedy velice rozšířené onemocnění, které postihuje nejen samotného člověka, ale také rodinu a všechny další pečující osoby.

Zgola ve své knize cituje definici demence Alzheimerova typu Americké psychiatrické asociace asi takto:

- A. Jde o vývoj mnohočetných kognitivních poruch, které se projevují jako:
 - 1. Poruchy paměti (poškozená schopnost naučit se novým informacím anebo znovu vybavovat informace již naučené)
 - 2. Jedna anebo více z následujících specifických příznaků:
 - a) Afázie (porucha řeči)
 - b) Apraxie (poškození schopnosti vytvořit pohybovou činnost navzdory tomu, že pohybové funkce nejsou postiženy)
 - c) Agnozie (neschopnost rozeznávat nebo rozlišovat předměty navzdory tomu, že sensorické funkce nejsou postiženy)
 - d) Poruchy výkonu činnosti (plánování, organizace...)
- B. Kognitivní poruchy podle bodů A1 a A2 způsobují významné problémy ve společenském a pracovním životě postiženého a vedou k výraznému zhoršení vzhledem k předchozí úrovni fungování

C. Průběh Alzheimerovy nemoci je charakterizován pozvolným začátkem a postupným ubýváním kognitivních schopností. (Zgola, J. 2003, str. 19 - 20)

Za prvé jde tedy o poruchy získané. Znamená to, že se objevuje u lidí, kteří již dosáhli dospělosti, získali dospělé zkušenosti a plnili role dospělých lidí. Takový člověk si nezávisle na nemoci udržuje o sobě představu jako o dospělém.

Za druhé je v definici důležité to, že mluví o nezvratitelnosti pacientova stavu. I když se může klientovi čas od času dařit lépe, duševní nezpůsobilost trvá.

Třetím důležitým prvkem je nepomíjivost nemoci. Pro nemocného představuje ztrátu pronikající všemi aspekty všedního života. Aniž by byl přítomen jakýkoliv fyzický handicap, člověk není schopen uvařit si jídlo, vyznat se ve výpisech z banky a později není schopen ani se sám najíst. (Zgola, J. 2003)

Alzheimerova choroba je onemocnění, při kterém dochází k úbytku nervových buněk. V mozku postiženého vznikají škodlivé bílkoviny, které se ukládají uvnitř v podobě vláken nebo v okolí nervových buněk jako tzv. amyloidové plaky. Dochází k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů. Současně ubývá v mozkové tkáni acetylcholin. Acetylcholin je látka potřebná k přenosu nervových vzruchů. Při jeho nedostatku ztrácí buňky schopnost vzájemně si vyměňovat informace. To se projeví postupným zhoršením paměťových a rozumových schopností a začne se rozvíjet demence. Přesné příčiny nejsou známy. (Šebková, S. 2007)

Symptomy tohoto onemocnění poprvé popsal ve 20. století německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer. (Šimková, K. 2010)

ACH můžeme dělit dle doby od objevení se prvních příznaků na formu presenilní (forma s časným začátkem), kdy se první příznaky objeví dříve než v 65 letech a progresse nemoci je rychlejší, a na formu senilní (forma s pozdním začátkem). Tato senilní forma je častější, objevuje se v 65 a více letech a progresse je v porovnání s presenilní formou pozvolnější.

Dále můžeme použít dělení na familiární formu Alzheimerovy choroby, kdy se onemocnění vyskytuje u více členů pokrevního příbuzenstva (zde bývají zjišťovány genetické faktory podmínění choroby a tato forma je spíše vzácná) a na sporadickou formu choroby bez familiárního výskytu, kde není zjištěna genetická podmíněnost. Tato forma je častá. (Kalvach, Z. a kol. 2004).

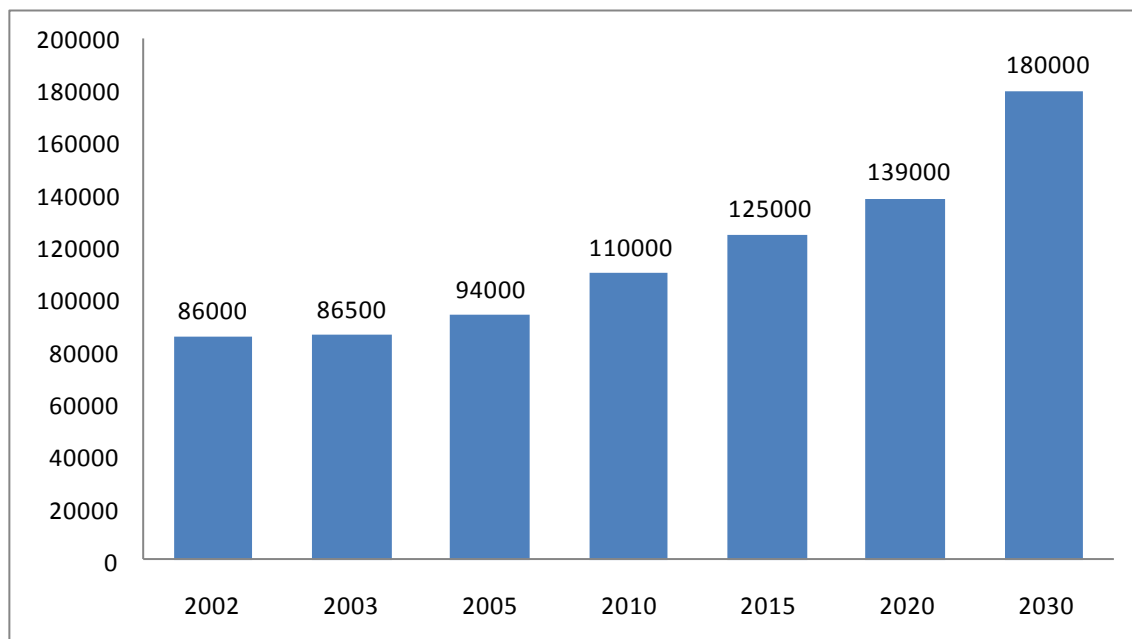
Alzheimerova choroba je onemocnění zejména vyššího věku. Statistiky se přibližně shodují na tom, že v 65 letech trpí ACH přibližně 4 – 5% lidí. Toto procento se pak každých 5 let přibližně zdvojnásobuje. Vyšší procento onemocnění je u žen. Typické pro každého pacienta je to, že se demence rozvíjí nenápadně a plíživě. I když se dá včasným objevením se a vhodnou léčbou lépe zvládat, neexistuje možnost vyléčení se.

Od objevení se prvních příznaků až po exitus uběhne průměrně 7 – 10 let. V tomto se většina zdrojů shoduje. Existují i případy, kdy člověk s ACH žije i déle než 15 let. Těchto případů je ovšem málo. Dá se však předpokládat, že s použitím nových léčebných přístupů, se bude délka života lidí s ACH prodlužovat. Objevují se však i opačné případy, kdy smrt přichází již několik málo let po objevení se prvních příznaků. Nejčastěji se s tím můžeme setkat u familiární Alzheimerovy choroby. (Kalvach, Z. a kol. 2004)

Uvádí se, že ve vyspělých státech Evropy, kam je řazena i Česká republika, patří Alzheimerova nemoc mezi 4. až 5. nejčastější příčinu smrti. Odhaduje se, že v ČR je asi 100.000 lidí s demencí Alzheimerova typu. (Červenka, V. 2008)

Následující graf ukazuje, jak přibližně se bude zvyšovat počet lidí s ACH v ČR.

Přibližný odhad vývoje počtu pacientů s ACH v ČR do roku 2030



Zdroj: Psychiatrické centrum Praha in Červenka 2008

3.2 Příčiny a prevence Alzheimerovy choroby

Zdroje uvádějí, že příčiny Alzheimerovy choroby nejsou stále přesně známy. V poslední době výzkum ukázal, že Alzheimerova choroba u starších lidí se objevuje společně se změnami na 19. chromozomu. U lidí dříve postižených touto chorobou (30 – 40 let) nejspíše souvisí se změnami na 1., 14. a 21. chromozomu. (Alzheimercentrum 2009)

Důležité je si uvědomit, že Alzheimerova nemoc může postihnout úplně každého. Jsou zde určité rizikové faktory, jako je například věk nebo pohlaví. Studie dokazují, že právě ženy častěji onemocní ACH než muži. Dále mezi rizikové faktory patří genetické dispozice. Pro obor speciální pedagogika je zajímavé, že se Alzheimerova choroba objevuje ve zvýšené míře také u jedinců s Downovým syndromem. Rizikovým faktorem je například i vysoký věk matky při narození dítěte, špatný životní styl (kouření, pití alkoholu, drogy, stres), úrazy hlavy, infekce, vysoký krevní tlak. Stres zvyšuje hladinu stresových hormonů a tím se ničí mozkové buňky. Mimo stresu se na vzniku ACH podílí také deprese. V těchto příčinách se většina prostudované literatury shoduje. Některé zdroje uvádějí ještě i jiné rizikové faktory. Vaňkátová například řadí mezi rizikové faktory nižší vzdělání. (Vaňkátová, K. 2008)

I když se ACH může vyskytnout u každého jedince (i u jedince velmi aktivního, vysokoškolsky vzdělaného), existují určitá opatření, která mohou minimalizovat možná rizika. Odborníci se shodují, že se jedná především o to, aby lidé vedli aktivní způsob života, dodržovali zdravý životní styl. Dalším opatřením je duševní práce. Abychom si uchovali duševní zdraví, je nutné neustále namáhat mozek, trénovat ho a nepřijímat pouze pasivní životní styl. U seniorů, ale nejen u nich, je nutné, aby trénovali svoji paměť. To lze pomocí učení se novým poznatkům, přijímáním nových informací, luštěním křížovek, četbou atd. (Masařová, S. 2006)

Bragdon ve své publikaci uvádí, že zachování aktivního životního stylu (na úrovni tělesné, duševní a společenské) nejen poskytuje mozku podněty, ale pomáhá také udržet neurony (nervové buňky) živé a zdravé a chrání je před poškozením. Tělesná a duševní činnost podporuje vytváření sebezáchovných a sebeopravných systémů mozku. Aktivita též zvyšuje životaschopnost mozkových buněk a to může pomoci účinky ACH zpomalit. (Bragdon, A.; Gamon, B. 2002)

3.3 Klinický obraz

Demence se rozvíjí nenápadně a plíživě. ACH má plynulý progredientní charakter, neobjevuje se výrazné kolísání v krátkých časových intervalech. Někdy se může v průběhu onemocnění objevit fáze náhlého zpomalení průběhu. Na počátku je většinou diagnostikována jako mírná porucha poznávacích funkcí (mild cognitive impairment).

Tato porucha se vyznačuje tím, že je přítomna subjektivní (uvědomění si vlastní zapomnětlivosti) i objektivní porucha paměti, což znamená, že je možné objektivně psychometrickými testy změřit poruchu paměti, která nedosahuje stupně demence. Důležité je, že nejsou dotčeny aktivity běžného denního života. Lidé jsou soběstační, nezávislí na péči druhých. Mírná forma poznávacích funkcí má různé formy, nejčastější z nich je forma amnestická. Ta může představovat předklinické stádium ACH nebo vaskulární demence. Přestože ne vždy je to předklinické stádium, do ACH přechází z mírné poruchy poznávacích funkcí (forma amnestická) ročně cca 12 – 18% pacientů. (Jirák, R. 2009; Kalvach, Z. a kol. 2004)

Většina autorů popisuje tři až čtyři základní stádia. Buijssen ve své publikaci „*Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*“ uvádí fáze 4: fázi přípravnou, fázi potřeby dohledu, fázi potřeby péče a fázi potřeby ošetřovatelské péče. (Buijssen, H. 2006) Callone podobně popisuje pre-stadium, rané stadium, mírné stadium a pokročilé stadium (zde už je potřeba opatrnost v každém okamžiku). (Callone, P. a kol. 2008) Jirák a Kalvach shodně popisují tři stádia a to lehké, střední a těžké stádium demence s tím, že většinou ACH předchází právě již zmiňované mírné poruchy poznávacích funkcí. (Jirák, R. a kol. 2009, Kalvach, Z. a kol. 2004) Změny, které u pacienta nastávají, jsou však u všech různě nazvaných stádií stejné.

Účelem dělení na jednotlivá stadia je stanovení určitého návodu na péči. I když dochází k úpadku v různých oblastech, je důležité si uvědomit, že existují i oblasti, které jsou stále funkční. (Callone, P. a kol. 2008)

Lehké stadium demence se vyznačuje poruchami paměti. Poruchy paměti jsou jak subjektivní (pacient si sám uvědomuje ztrátu své paměti), tak objektivní. Je postižena zejména krátkodobá a střednědobá paměť. Jedinec má problém v zapamatování si nových informací. Pacient dokáže na počátku žít ještě vcelku samostatně, jen potřebuje vést a pomáhat. V tomto stadiu ještě není nutná hospitalizace.

V lehkém stadiu je řeč ještě zachována. Je plynulá, ale obsahově prázdná. Nemocní často hledají slova a jejich význam. (Diblíková, H. 2008)

Důležité je si uvědomit, že v této fázi pacient ještě stále ví, co si přeje nebo nepřeje a my bychom to měli v rámci zachování bezpečnosti a zdraví zohledňovat. V časných fázích se už však mohou objevit, a často se také objevují, poruchy aktivit běžného denního života. Jako první jsou ztraceny profesní dovednosti a složité aktivity. Postupně se to týká už i běžných domácích prací a starání se sám o sebe. Pacient často není schopen vyhodnotit situaci a odmítá pomoc. Poměrně časným příznakem je také porucha prostorové a časové paměti. Pacienti nejprve bloudí na místech méně známých, později se špatně orientují i ve známém prostředí.

Vcelku brzy také dochází, na rozdíl od ischemicko – vaskulární demence, k degradaci osobnosti. Pacient brzy ztrácí soudnost a logické uvažování. Jeho reakce mohou být prudší a intenzivnější. Objevují se zde poruchy nálady a poměrně hojně je zastoupen výskyt deprese, což je spojeno s tím, že pacient si v počátcích ještě stále uvědomuje svoje onemocnění. (Kalvach, Z. a kol. 2004, Jiráček, R. a kol. 2009) Buijssen uvádí, že pacienti v tomto stadiu využívají hojně lži, výmluv a únikových triků, aby oklamali nejen okolí, ale zejména sebe. (Buijssen, H. 2006) Diblíková ve své diplomové práci píše, že se může objevit tzv. *anosognózie*³, která je velkým problémem pro odmítání léčby. (Diblíková, H. 2008)

Ve středním stadiu ACH jsou už výpadky paměti velmi výrazné. Paměť je postižena ve všech svých složkách. Pacient zapomíná informace i dříve nabyté. Oblíbená témata jsou proto z dávné minulosti. Dochází k amnestické dezorientaci – nemocní si už v důsledku svého onemocnění nedokáží zapamatovat, kde se nacházejí, proto se projevují dezorientovaně. Dezorientace je častá nejen v prostoru, ale také v čase. Pacient už bloudí i v místech dobře známých. V tomto stadiu se mohou objevit také poruchy typu afázie, agnozie či apraxie.

Výrazné jsou poruchy aktivit běžného denního života. Pacient potřebuje dohled či pomoc už i v sebeobslužných aktivitách, jako je např. oblékání nebo hygiena. Objevuje se už také inkontinence moči a stolice. Z tohoto vyplývá, že pacient potřebuje neustálý dohled. Je to období nejdélejší, většinou trvá 2 roky až 10 let. Proto je to také nejnáročnější období pro pečovatele. Musí se dávat velký pozor na to, aby se nemocný neztratil nebo nezranil. V této fázi už není rodina schopná se o nemocného postarat 24

³ Anosognózie = neuvědomování si nebo nechuť přiznat si vlastní chorobu.

hodin denně, a proto je nutné, aby byla zajištěna ošetrovatelská nebo odlehčovací služba. V krajním případě musí být zajištěna ústavní péče.

Velice časté jsou behaviorální a psychologické projevy. Patří sem různé poruchy chování, afektivní poruchy, poruchy cyklu spánků – bdění. Dochází k inverzi spánku, z toho důvodu nemocní s ACH většinu dne prospí a v noci jsou bdělí. Často můžeme zaznamenat útoky (nemocní někdy mají tendenci vracet se do míst, kde vyrůstali a které znají velice dobře), verbální i neverbální agresivitu.

Z přidružených psychotických příznaků se mohou objevit bludy – většinou nelogické a nesystematické. Dále to jsou většinou krátkodobé deprese nebo pocity úzkosti. Deprese se už nemusí objevovat v souvislosti s upadajícím zdravotním stavem, nemocný už není schopen tak složité analýzy myšlení. Ojedinelé jsou poruchy vnímání. (Jirák, R. a kol. 2009; Kalvach, Z. a kol. 2004; Červenka, V. 2008; Buijssen, H. 2006)

Posledním stádiem je těžké (nebo terminální) stadium demence. Toto stadium se vyznačuje těžkou poruchou paměti ve všech složkách. Pacienti jsou už převážně dezorientovaní v čase a prostoru (nejsou schopni si již zapamatovat, kde mají své lůžko v ústavu atd.) Postižení obvykle už nepoznávají lidi a to ani své nejbližší příbuzné nebo pečovatele. Pacienti již nejsou schopni vykonávat bez pomoci běžné denní aktivity. Pomoc potřebují ve všem – v hygieně, oblékání, podávání stravy atd. Jsou již plně odkázáni na péči okolí. V tomto období se jedná již převážně o ošetrovatelskou péči. Buijssen toto období nazývá jako fázi potřeby ošetrovatelské péče. (Buijssen, H. 2006)

Pacienti již nezvládají číst, psát ani verbálně komunikovat. Důležité je si uvědomit, že i když už pacienti převážně nekomunikují, stále jsou schopni vnímat. Inkontinence moči a stolice se objevuje téměř pokaždé.

Vyskytují se poruchy chůze, především v důsledku hypertonicko – hypokinetického extrapyramidového syndromu, který se objevuje v termálních stádiích. Pacienti jsou proto často upoutáni na lůžko, s čímž souvisí vznik proleženin, zápal plic, záněty močového měchýře nebo poruchy příjmu potravy (někdy je proto potřeba přejít na umělou výživu).

Behaviorální a psychologické příznaky demence se v tomto stadiu zhoršují. Nemocní občas vydávají stereotypní ječivé zvuky nebo požívají nepoživatelné předměty. Pacientův život se v tomto stadiu pohybuje kolem uspokojování základních fyzických potřeb – jídla, pití, odpočinku a tepla a také emočních pocitů, mezi které patří zejména bezpečí a důvěra.

Toto stadium trvá většinou 1 – 3 roky. Buijssen uvádí, že jako poslední v procesu demence odchází úsměv. Když i ten odejde, smrt není daleko. (Buijssen, H. 2006) Nakonec pacienti umírají v důsledku interkurentní choroby (např. bronchopneumonie). (Jirák, R. a kol. 2009, Kalvach, Z. a kol. 2004)

3.4 Důsledky kognitivní poruchy

Míra kognitivních ztrát se liší nejen podle typu demence, ale zejména se liší osoba od osoby. Tato kapitola slouží pouze ke stručnému přehledu a popisu důsledků kognitivních poruch. S ACH si každý člověk vybaví pouze ztrátu paměti, postiženo je však více funkcí.

Poruchy paměti

Prvním z důsledků je ztráta paměti. Při ACH pacient ztratí nejprve informace z blízké minulosti. Pacient si nevybaví události, ke kterým došlo před chvílí nebo před několika dny. Vzpomínky ze vzdálené minulosti jsou většinou zachovány až do pozdějšího stádia nemoci. Pacienti mají problémy se získáváním nových znalostí a dovedností (důsledkem toho je, že nejsou schopni změnit staré zvyky), špatně se orientují v prostoru, čase i lidech, opakují své dotazy, mají paranoidní představy a nedostatek vhledu.

Porucha jazyka

Druhým důsledkem bývá porucha jazyka. Obě formy – receptivní i expresivní – se nemusí objevit ve stejném rozsahu, ale většinou se vyskytují obě formy. U pacientů s kognitivní poruchou musíme rozlišit, zda jim uniká význam slov, nebo zda jde o neschopnost formulovat myšlenku. Pokud má postižený problém s významem slov, můžeme mu pomoci např. synonymy nebo detailním popisem předmětu. V druhém případě můžeme použít mnoho synonym a stejně to nepomůže. Pacient může mít dále problémy s neschopností řadit jednotlivá slova a vytvořit tak smysluplnou větu.

Porucha pozornosti

Porucha pozornosti patří mezi další důsledky. Mezi nejčastější vzorce chování při poruše pozornosti patří např. neschopnost začít nebo ukončit úkol nebo akci, fixace na jeden nepodstatný detail a přitom zapomenout na úkol jako na celek, neschopnost

vzdorovat rušivým vlivům prostředí, snížená schopnost reagovat a zmatené reakce. Tyto problémy vycházejí z toho, že osoba není schopná zaměřit pozornost, soustředit se a selektivně udržet bdělost (pozornost pacienta je rozpolcená mezi všechny činnosti, které kolem probíhají a nejsou schopni soustředit se na jednu konkrétní). Existují dva extrémy tohoto problému. Jsou to inerce (netečnost) a perseverance (lpění). Netečnost je značná zejména u pacientů v pozdějších stádiích. Bojí se svého selhání, jsou nejistí nebo neklidní. Práce s takovou osobou je velmi obtížná pro pečovatele. Pacient přechází z jedné činnosti do druhé a danou věc nezvládá dokončit.

Porucha vhledu, úsudku a abstrakce

Tyto poruchy patří mezi další důsledky kognitivních poruch. Osoba s touto poruchou může v důsledku nerealistického odhadu odmítat pomoc, trvá na svých starých vzorcích chování, má nekritické představy o sobě (nepřijímá to, že jeho schopnosti se snížily), nedokáže předvídat důsledky, má tendenci brát věci doslovně, nedokáže si udělat představu o nepřítomných objektech nebo okolnostech a v neposlední řadě také ztrácí schopnost chovat se podle společenských pravidel a ztrácí zábrany. Z toho vyplývá také velmi častý problém, kterým je společenská izolace. K tomuto problému patří také poruchy emocionální potřeby.

Porucha ve vnímání a prostorové orientaci

Předposledním důsledkem je porucha ve vnímání a prostorové orientaci. Deformace vnímání může mít vliv na každou složku poznávacího procesu. Největší dopad má porucha zrakového vnímání, jelikož zrakem získáváme až 80% informací. Poruchy zrakové percepce mohou vyústit např. v mylný výklad podnětů z prostředí (mívají iluze), mají potíže s nacházením věcí – často, pokud nejsou na známém místě nebo pokud je za nimi málo kontrastní pozadí, mají potíže s nacházením správné cesty, nepoznávají předměty a lidi (v pozdějších stádiích ani blízké příbuzné, nakonec nepoznává ani sebe). Tento pojem je označován termínem *aprebignosis* (=neschopnost rozeznat tváře). Pacienti mají také potíže se zakopáváním a s nepřesným odhadem vzdálenosti.

Porucha motoriky

Posledním důsledkem jsou poruchy motoriky demonstrující se jako příznaky apraxie. Během let si naše nervová soustava vytvoří miliony pohybových vzorců. Správné používání těchto vzorců zajišťuje výkonová funkce. Pokud jsou tyto výkonové funkce porušeny, mohou nastat problémy u jakéhokoliv úkolu, který vyžaduje více kroků. Osoba pak nebude schopna činnost vůbec začít nebo se „zadrhne“ uprostřed činnosti. Proto musíme úkol rozřazovat a dávat konkrétní úkoly (vezmi do pravé ruky kartáček na zuby, do levé si vezmi pastu...). Pacient také není schopen uskutečnit jednotlivé kroky úkolu správně za sebou (např. špatné pořadí svršků při oblékání). (Zgola, J. 2003)

3.5 Diagnostika a diferenciální diagnostika

Téma diagnostiky a diferenciální diagnostiky je rozsáhlé a nebylo by možné ho celé obsáhnout. Proto se tato kapitola bude touto problematikou zabývat pouze okrajově.

Správná a včasná diagnostika je důležitá pro další práci s pacientem vedoucí ke zpomalení průběhu onemocnění. U Alzheimerovy choroby je diagnóza vždy pravděpodobná. Typický je, jak už bylo mnohokrát napsáno, plíživý a nenápadný rozvoj bez výrazného kolísání stavu. Jistotu, že se jedná o ACH, může dát až patolog.

Primární diagnostika probíhá v rodině, kdy si nejbližší (nebo sám pacient) všimnou nápadných výpadků paměti, výrazných emočních změn či změn osobnosti. V příloze č. 1 je ukázka snadného diagnostického testu pro rodinu, který poskytuje Česká alzheimerovská společnost. Následuje návštěva u lékaře (jako první u praktického lékaře). Většina rodin však vyhledá lékařskou pomoc, až když už jsou příznaky mnohem více znatelné. (Konvrzková, M. 2008)

Prvním krokem v diagnóze je zjištění syndromu demence. Dále následuje zhodnocení klinického obrazu, průběh choroby a také objektivní anamnestické údaje. Důležité jsou také výsledky pomocných vyšetření. Jsou využívány řady testů (včetně výkonostních testů), např. MMSE, test kreslení hodin atd. Tyto testy nejsou však specifické pro Alzheimerovu chorobu. Jedním z pomocných vyšetření je také zobrazovací metoda (počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance). Ta většinou ukáže obraz kortikosubkortikální atrofie bez dalších změn. Ne vždy ale musí u rozvinuté ACH tento nález být přítomen. (Kalvach, Z. a kol. 2004)

Konvrzková ve své diplomové práci uvádí tyto diagnostické metody: psychiatrické vyšetření, psychologické vyšetření, hodnotící škály, směr anamnestických dat, moderní zobrazovací metody k určení rozsahu mozkové atrofie, metody zobrazující mozkový metabolismus, vyšetření evokovaných potenciálů a EEG. (Konvrzková, M. 2008)

ACH se může stanovit až tehdy, když je stanovena diagnóza demence a jsou vyloučeny další možnosti. Z tohoto vyplývá nutnost diferenciální diagnostiky. Jako první vyloučíme možnost deprese, deliria. Demenci na podkladě AIDS nám vyloučí sérologické testy. Biochemické a hematologické testy zase vyloučí sekundární demence.

Těžké je oddělit ACH od vaskulární demence. Vaskulární demence se liší tím, že vzniká zpravidla rychleji, náhle. Progrese u ACH bývá plynulá, u vaskulární demence probíhá ve skocích (úměrně tomu, jak narůstá počet mozkových mikroinfarktů) U vaskulární demence bývá častější hypertenze, relativně dlouho je zachovalá osobnost, častější výskyt deprese, přidružená deliria. Liší se také tím, že u vaskulární demence jsou časté cévní mozkové příhody v anamnéze. Pro tuto diferenciální diagnostiku slouží Hachinskiho ischemické skóre, zobrazovací metody (CT, MR). (Kalvach, Z. A kol. 2004; Růžička, E. 2003)

Česká alzheimerovská společnost uvádí těchto deset základních varovných příznaků, které ukazují, že by se mohlo jednat o ACH:

- ztráta paměti
- problémy s vykonáním běžných činností
- problémy s řečí
- časová a místní dezorientace
- špatný nebo zhoršující se racionální úsudek
- problémy s abstraktním myšlením
- zakládání věcí na nesprávné místo
- změny v náladě nebo chování
- změny osobnosti
- ztráta iniciativy (Gerontologie 2003)

Nejznámější a nejpřesnější kritéria pro stanovení ACH jsou od NINCDS – ADRDA (National Institut of Neurological and Communicative Disorders – Alzheimer’s Disease and Related Dementias Association) (Růžička, E. 2003) Kritéria pro diagnózu pravděpodobné ACH NINCDS – ADRDA jsou uvedeny v příloze č. 2.

Mezi nejznámější testy, které se zaměřují na kognitivní funkce, patří MMSE (Mini Mental State Examination). V dnešní době je to nejrozšířenější jednoduchý orientační test, který mohou používat nejen specialisté, ale také laici (rodina, pečovatelé). Posuzuje narušené kognitivní funkce. Skládá se z orientace v čase a prostoru, schopnosti zapamatovat a vybavit si tři věci, řečové zkoušky a zkoušky kreslení. Pacient může celkem získat 30 bodů. S progresí onemocnění se výsledné skóre snižuje. Při neléčené demenci dochází k úbytku cca 3 – 4 body za rok. Důležité je si uvědomit, že výsledek testu může být ovlivněn různými subjektivními faktory (věk, nálada, únava, strach...). Negativem tohoto testu je, že určí pouze, zda jde nebo nejde o demenci, ale není specificky určen pro zjištění ACH. Dále jsou zde otázky, které jsou jednoduché, ale také otázky, které jsou velmi složité (odečítání od čísla 100 číslo 7) a jsou hodnoceny neodpovídajícím počtem bodů. To může výsledek testu výrazně zkreslit. (Michalová, J. 2010)

Standardní hodnocení výsledků MMSE je (Červenka, V. 2008):

- 25 – 30 bodů bez poruchy kognitivních funkcí
- 18 – 24 bodů lehká forma demence
- 6 – 17 bodů středně těžká forma demence
- Méně než 6 bodů těžká forma demence

Dalším velmi známým testem je test hodin. Nemocný má nakreslit ciferník hodin se všemi číslicemi. Dále má nastavit ručičky na danou hodnotu. Hodnotí se zde, jestli pacient správně nakreslil kruh (ciferník), správnost pořadí čísel a správnost postavení ručiček. Pacient v tomto testu může dosáhnout až 10 bodů. (Michalová, J. 2010)

Použít můžeme i test řečové plynulosti. Pacient dostane zadání, aby vyjmenoval co nejvíce slov (např. začínající na písmeno M, co nejvíce zvířat...) a musí to splnit v určitém časovém intervalu. Hodnotí se zde pohotovost, pracovní a slovní paměť, motivace a iniciace.

Dalším testem je např. Wechslerova škála paměti. Ta poskytuje informace o zrakové a slovní paměti (testuje zejména okamžité a oddálené vybavení). Testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si slov, tváří, zrakovou reprodukci, uspořádání čísel a písmen, rozsah čísel a prostoru. (Jirák, Z. a kol. 2009)

Při diagnostice se setkáváme také s testy, které se zabývají narušením běžných denních aktivit. Mezi tyto testy patří ADL (Barthelův test základních denních činností) a IADL (Instrumentální test denních činností). ADL zahrnuje činnosti jako je např. oblékání, hygiena, používání WC, schopnost kontinence moči a stolice, chůze po schodech a po rovině. Do IADL patří schopnost nemocného postarat se sám o sebe a schopnost samostatného života. Sledují se např. tyto činnosti – telefonování, nakupování, vaření, péče o domácnost, spravování financí nebo užívání léků. (Michalová, J. 2010)

Schopnosti jednotlivce s psychickým, intelektuálním nebo emocionálním postižením zkoumá funkční hodnocení. Zkoumá, jak je jedinec schopen vyrovnat se s každodenními situacemi. Obecně je využíváno k tomu, aby pečovatel mohl co nejlépe identifikovat úkoly, které jedinec zvládne sám, u kterých bude potřeba pomoci a které bude nutné udělat celé za klienta. Některá funkční hodnocení slouží k tomu, aby se stanovila úroveň péče o klienta a aby pro něj mohl být nalezen nejvhodnější program a služby. Dále slouží k poznání toho, zda jedinec zvládne bydlet stále sám, nebo bude nutné ho přeradit do zařízení poskytujících péči. (Zgola, J. 2003)

3.6 Farmakologické přístupy

V dnešní době již existují způsoby léčení (a někdy i vyléčení) některých typů demenci. U Alzheimerovy choroby již víme, že se vyléčit nedá. Existují však léky a způsoby, kterými můžeme nemoc zpomalit, oddálit těžká stadia nemoci a zkvalitnit tak život jedince s ACH.

Léčebné postupy lze rozdělit na biologické a nebiologické. Je nutné, aby se oba tyto přístupy vzájemně kombinovaly a doplňovaly. V této kapitole se budu zabývat biologickými (farmakologickými) přístupy.

Farmakoterapie je nejpoužívanější léčebný přístup. Lze ji rozdělit na kognitivní a nekognitivní farmakoterapii. Kognitivní farmakoterapie ovlivňuje především poznávací funkce, nekognitivní ovlivňuje přidružené poruchy nálad, osobnosti, spánku atd.

Z kognitivní farmakoterapie se u lehké a střední formy Alzheimerovy choroby využívá tzv. inhibitorů acetylcholinesterázy. Cholinesterázy jsou enzymy, které odbourávají významný přenašeč vzruchů – acetylcholin. Ten má významný podíl na paměti a u jedinců s ACH je omezena jeho tvorba a uvolňování. Proto když zablokujeme enzymy cholinesterázy, dosáhneme zvýšení acetylcholinu v mozku a tím také zlepšení paměťových funkcí. V České republice jsou používány 3 typy inhibitorů. Jsou to DONEPEZIL, RIVASTIGMIN A GALNATAMIN.

V těžších fázích ACH je používaná látka memantin. Tato látka působí přes jiný systém mozkových přenašečů vzruchu a částečně blokuje receptory. Memantin jednak chrání nervové buňky před škodlivinami (např. nadměrné množství kalcia) a jednak zlepšuje proces učení.

V léčbě se používá celá řada dalších farmakologických přístupů, ty však už nejsou dostatečně prostudovány. Patří sem např. *látky likvidující volné kyslíkové radikály*. Ve zdravém organismu jsou volné kyslíkové radikály používány jako stavební jednotka nově vznikajících látek a mají význam také jako přenašeče informací. Vznik a zánik jsou v rovnováze. U pacientů s ACH jich vzniká velké množství a organismus je nestíhá odbourávat. Tyto látky se pak navážou na stěny nervových buněk, některé enzymy a další tkáň a způsobí tak jejich poškození. Mezi další podporující látky patří např. *E-vitamin, betakarotén, retinol, C-vitamin*. Jsou však používány spíše jako doplňkové prvky. Používají se také antirevmatické látky nebo látky, ze kterých vznikají nervové růstové faktory atd.

Nekognitivní farmakoterapie ovlivňuje poruchy chování, poruchy nálad, poruchy osobnosti, poruchy spánku atd. K tišení neklidu se používají moderní látky tzv. antipsychotika II. generace (mají minimum nežádoucích vedlejších účinků). Využívají se také moderní antidepressiva a moderní anxiolytika (látky proti úzkosti). (Jiráková, R. a kol. 2009)

Důležité však je tyto farmakologické (biologické) přístupy doplnit přístupy nefarmakologickými. O nich bude následující kapitola.

3.7 Nefarmakologické přístupy

Nefarmakologické přístupy nám slouží k udržování a rozvíjení funkcí, které pacientovi ještě zůstaly, protože tímto způsobem se dá progresse zpomalit. Programové aktivity jsou velmi cenným doplňkem, jsou – li ovšem používány správně. Poté mohou

pozvednout člověka na duchu, rozptýlit depresi, zklidnit nervozitu a neklid. Program aktivit je důležité volit s ohledem na možnosti daného jedince, uvážlivě a rozumně.

Zgola ve své publikaci „Úspěšná péče o člověka s demencí“ uvádí podstatu smysluplné činnosti. Důležité je, že každá činnost musí mít jasný účel, musí být dobrovolná (aktivity, které jsou nucené, nemají pro osobu s ACH smysl), každá činnost musí být příjemná, společensky přijatelná (nesmí osoby s ACH zdětinšťovat a musí dbát na jeho důstojnost) a také velmi důležité je, že činnost NESMÍ vést k neúspěchu. Když se stane, že člověk je v dané činnosti neúspěšný, je na pečovateli, aby negativní důsledky minimalizoval. Např. tím, že převezme vinu na sebe, obrátí v žert, nebo přesměruje činnost tak, aby fungovala. (Zgola, J. 2003)

Většina činností je prováděna ve skupinách, pouze u jedinců, kteří nejsou schopni přijmout velkou různorodou skupinu, jsou činnosti prováděny individuálně. U skupinových činností je velice dobré, že jedinec najde sobě rovné, nachází zde podporu, prožitek shody a solidaritu. Osoby s demencí potřebují zvláštní skupinové programy, protože náhodně vzniklá skupina většinou dává negativní zpětnou vazbu, která je pro práci s osobami s ACH nežádoucí. Optimální počet členů ve skupině je 6 – 7. Vedoucí skupiny by jistě zvládl i více členů, ale nemohl by jim věnovat individuální péči, proto tak nízký počet. (Zgola, J. 2003)

Lidé v rozvinutější fázi demence profitují zejména z určitého denního režimu. Lidem v této fázi se už příliš nechce do různých aktivit, proto se snažíme zapojit je do aktivit spojených právě s denním režimem. Patří sem např. příprava jídla, prostření stolu, uklízení nádobí.

Vybrané terapeutické aktivity

Realitní terapie – orientace realitou je jedním z nejstarších přístupů k pacientům, v dnešní době už není používán celkový přístup, ale pouze některé prvky. (Jiráková, R. a kol. 2009) Realitní terapie může být individuální i skupinová. Jde o přístup, kdy je pacient konfrontován s realitou. Konvrzková ve své diplomové práci cituje Larkin, která realitní terapii popisuje jako terapii či metodu sloužící jako prevenci smyslové deprivace. Dále říká, že tato terapie je založena na víře, že pokud budeme na osobu s ACH mluvit a připomínat jí realitu, zvýšíme tak její interakci s prostředím a snížíme častou dezorientaci. Konvrzková popisuje zásady při této terapii. Měli bychom s osobami s ACH jednat s respektem a nemluvit na ně jako na děti, neustále osobám

připomínáme důležité informace (jména, datum...), podporujeme klienty v provádění běžných denních aktivit a v neposlední řadě uvádíme klienta do reality, když je zmatený ve vztahu k určitým lidem, času, místu atd. (Larkin in Konvrzková, M. 2008) Jako první zjistíme míru orientace v realitě u pacienta. V této terapii jde o to, že názorně a barevně označíme prostory a místa, ve kterých se klient pohybuje. Pokud klienta by měl být vybaven velkým kalendářem (nejlépe s posuvným okénkem), ve kterém je přesně označeno, který je den, měsíc, rok. Při ústavní léčbě je možné, např. v jídelně, mít velkou tabuli, kde je denně napsáno, který je den, datum, měsíc a rok. Personál by měl být označen jmenovkou, která pacientovi mnohé ulehčí. Na dveře dáme piktogramy a zlepšíme tak místní orientaci. Dále je možné pacientovi denně číst z denního tisku nejzajímavější zprávy, aby měl stále čerstvé informace z reality. (Červenka, V. 2008)

Reminiscenční terapie – jedná se o metodu, která využívá vzpomínek. Základy reminiscenční terapie položil v 60. letech 20. století Dr. Robert Butler. Ten ji původně nazval „life review“ neboli „recenze života“. (Konvrzková, M. 2008) Staví na tom, že i v těžších fázích ACH je poměrně dlouho zachována dlouhodobá paměť a klient si pamatuje vzpomínky dávno minulé. (Jiráček, R. a kol. 2009) Je tedy vhodná pro osoby v lehkém nebo středním stadiu nemoci. Součástí je vyhledání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem ve vhodném prostředí a zajištění komunikace s rodinou. Ta nám může dát spoustu důležitých informací o životě nemocného (staré fotografie, drobné předměty). (Holmerová in Červenka, V. 2008) Velice dobrým prostředkem je sestavení životopisu, který sestaví pacient spolu s rodinou. Díky tomuto životopisu si o pacientovi může pečující personál zjistit mnoho důležitých informací, životních mezníků, na které pacient rád vzpomíná. Nejlépe je vyvolat vzpomínky, které jsou silně emocionální. Jedná se např. o svatbu, narození dětí, nebo třeba jména přátel. Jiráček uvádí také další možnosti při této terapii. Jde např. o tzv. „memory book“ nebo „memory box“. Obě možnosti v sobě zahrnují fotografie a různé předměty z minulosti, výstřižky z novin atd. Součástí je také potřeba vyvolat příjemné prostředí, které zajišťuje důvěru a jistotu. Reminiscence může probíhat nejen individuálně, ale také skupinově (zejména v malých skupinách). Je vhodné zvolit určité téma, které je účastníkům blízké a rádi na něho vzpomínají. Důležité je znát důkladně pacienty, abychom se vyhnuli možnosti, že navodíme téma, které by mohlo být bolestivé. Platí

totiž, že tato terapie by měla být příjemným zážitkem. (Jirák, R. a kol. 2009) Konvrzková cituje Larkin, která podává doporučení pro tuto terapii. Měli bychom pokládat specifické otázky týkající se minulosti, které vyžadují komplexnější odpovědi než ANO či NE. Dále pokládáme další otázky, které povzbudí jedince k pokračování v komunikaci. Motivujeme jedince k dalšímu vyprávění např. tím, že mu řekneme, že jsme slyšeli o jeho hudebním talentu. Jedince bude těšit náš zájem a bude vyprávět. Důležité je, abychom jedince nepřerušovali, komentujeme pouze stručně a využíváme různé smyslové podněty (fotografie, vůně nebo známou hudbu). (Larkin in Konvrzková, M. 2008)

Kognitivní terapie – tato terapie slouží k procvičení, aktivizaci, zábavě. Může přispět ke zpomalení progresu onemocnění a k zachování zdravých funkcí (ve většině případů však nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí, protože onemocnění stejně progreduje svým tempem, proto slouží zejména k aktivizaci). Náročnost cvičení volíme dle jednotlivých pacientů a dle stupně demence. Terapie může být individuální i skupinová. Důležité je navodit důvěrnou atmosféru, protože pro klienta může být terapie sama o sobě stresující. Aktivitu volíme vhodně (vhodné nejsou tréninky paměti, které mohou handicap klienta zdůraznit a navodit tak pocity úzkosti až frustrace). Pacienta do činnosti nenutíme, ale jemně ho motivujeme a zejména podáváme pozitivní zpětnou vazbu. (Jirák a kol. 2009) Všeobecně se doporučují zjednodušené a nesoutěživé slovní hry (např. doplňování říkanek, doplňování vět – „V létě rádi...“, na počáteční písmeno vymyšlet slova atd.). Dále můžeme využít skládání různých obrazců, pexeso (zpočátku je možné hrát běžné pexeso, v těžších fázích máme všechny obrázky otočené lícem nahoru a hledáme stejné symboly – můžeme snížit počet kartiček atd.) nebo domino. Možností, jak trénovat, je také nácvik jednoduchých činností, které verbalizujeme (klient při odemykání dveří popisuje, co právě dělá). Trénink nemusí probíhat jen formou her, ale také jako řízený rozhovor na dané téma. U rozvinutých demencí využíváme dlouhodobou paměť (např. jména hlavních měst). (Konvrzková, M. 2008)

Validace – Autorkou principu je Naomi Feilová. Principem je úcta k nemocnému člověku, přijetí a respektování jeho problému. Pokud klient stále mluví, čeká na určitou osobu a nechce se zapojit do aktivity, pečovatel ho neopravuje, ale ani nerozvíjí jeho mylný názor nepravdivým směrem, ale přijímá dané téma a rozvíjí ho, hovoří o něm

s klientem. Tím dochází ke zklidnění klienta a i k jeho spolupráci na aktivitě. (Jirák, R. a kol. 2009) Jde tedy o to, abychom nenásilnými kroky vedli pacienta správným a požadovaným směrem. Konvrzková uvádí, že je kladen důraz na zachování lidské důstojnosti prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. (Konvrzková, M. 2008)

Kinezioterapie a taneční terapie – kinezioterapie přispívá k udržení svalové síly a stability, je i dobrou prevencí problémového chování. Kinezioterapie zařazuje jednotlivá cvičení (Jirák uvádí zejména vsedě v kruhu na židli nebo vycházky) do programových i individuálních aktivit u osob s ACH. Cvičení a délka musí vycházet z možností pacientů. Veškeré cvičení by mělo být verbalizováno. Slovní projev upravíme pro lepší porozumění (např. při cvičení neříkáme pravá – levá ruka, ale jedna – druhá). Michalová uvádí, že se jedná o cílené působení na lidskou psychiku prostřednictvím pohybu. Ovlivňujeme psychické nebo somatické potíže a dochází zde ke změně chování a prožívání. (Michalová, J. 2010) Taneční terapie je prostředkem snadnější neverbální komunikace. Už samotný poslech hudby vyvolává pozitivní emoce. Když ho ještě spojíme s jednoduchými pohyby, které jedinec snadno napodobí, dosáhneme velice pozitivního působení na psychiku člověka s Alzheimerovou chorobou. (Jirák, R. a kol. 2009) Konvrzková ve své diplomové práci uvádí, že taneční terapie působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální a fyzické integrace jedince. (Konvrzková, M. 2008)

Arteterapie – provádí se zejména ve skupině, kde si jedinci mohou vzájemně sdělovat své pocity a povídat si o práci. Dochází zde zejména k rehabilitaci paměti a rozvoji jemné motoriky. Důležité je však i posílení vlastní identity. Důležité je, že cílem není rozebírání pacientova díla, ale uvolnění a aktivizace. Oblíbené je kreslení a malování na dané i volné téma. Klienti rádi pracují s různými materiály (např. hlína, těsto...). (Červenka, V. 2008)

Naučený postup – Jirák uvádí, že se jedná o „*přiblížení postupů, které každému člověku s demencí individuálně vyhovují, a návodů, jakým způsobem je zvyklý provádět jednotlivé aktivity (hygiena, jídlo atd.). Tento popis zahrnuje také co má rád a co nemá rád, jaký je jeho obvyklý denní rytmus a podobně*“ (Jirák, R. a kol. 2009, str. 98) Některá pracoviště mají pro tento postup speciálně vytvořené dotazníky, vstupní

pohovory atd. Cílem je co nejlépe poznat klienta a dozvědět se o něm co nejvíce cenných informací. (Jirák, R. a kol. 2009)

Důležitým terapeutickým prostředkem je také **prostředí pro lidi s ACH**. Toto prostředí by mělo být co nejvíce „domácí“ a vřídlné. Musíme dbát na opatření zvyšující bezpečnost klienta (i jeho prostředí) – odstraňujeme bariéry a nástrahy (práh, předměty v cestě, prodlužovací šňůry, klouzavé koberce, jedovaté rostliny atd.), zlepšujeme bezpečnost zejména na toaletě a v koupelně, zlepšujeme orientaci po bytě (barevné označení, nápisy, piktogramy...). Zařízení pro lidi s ACH by měla být projektována tak, aby co nejvíce odpovídala jejich potřebám (např. zvýšená potřeba pohybu), v praxi se to však velmi často nestává. Ideální oddělení pro osoby s demencí by mělo mít kapacitu do 15 (max. 20) obyvatel. Mělo by mít dostatek prostorů pro společné aktivity, prostory pro chození i samostatné obytné jednotky. Prostor pro chození by měl být pro klienty volně k dispozici (popř. opatřen signalizací, když klienti odcházejí, aby se nestalo, že klient zabloudí). Důležité je, že by vybavení a samotný prostor neměl být měněn. (Jirák, R. a kol. 2009)

Jirák popisuje i další možnosti. Je to např. „naučený postup“, „reflektivní podpora“ nebo „individualizované a programové aktivity“. (Jirák, R. a kol. 2009)

Michalová dále uvádí možnost využití aromaterapie, muzikoterapie, terapie jasným světlem nebo rezoluční terapie. (Michalová, J. 2010)

Konvrzková se ve zkratce zabývá také vedením k soběstačnosti, Lifestyle approach (výměna informací o jedinci mezi pečujícími), k adaptaci prostředí, paliativní péči nebo např. video tréninkem interakcí (metoda Marthe Meo). (Konvrzková, M. 2008)

3.8 Česká alzheimerovská společnost

Poslední kapitolu bych chtěla věnovat nejvýznamnější a neznámější společnosti, která se zabývá problematikou osob s Alzheimerovou chorobou.

Česká Alzheimerovská společnost (dále ČALS) vznikla v roce 1996 a jako občanské sdružení byla zaregistrována v roce 1997 (až 20 let poté, co vznikla první alzheimerovská společnost ve světě – Alzheimer Society of Canada). Vznikla na základě podnětů od profesionálů (zdravotní sestry, lékaři, sociální pracovníci...), kteří se zabývali problematikou demence a měli pocit, že této problematice se u nás nevěnuje dostatečná pozornost. Postupně se členy stávali rodiny a pečovatelé. Dnes je ČALS respektovaným členem mezinárodních organizací – Alzheimer Europe i Alzheimer's Disease International. ČALS má ve svém znaku vážku. (Jirák, R. a kol. 2009; Alzheimer 2004)

ČALS poskytuje dvě registrované sociální služby – poradenství a respitní péči. Poradenství je zaměřeno na informace o nemoci a péčování, o zvládání náročné situace (zejména při dlouhodobé péči o nemocného jedince) a také je zaměřeno na informace o možnostech dalších služeb. Na poradnu ČALS se mohou obracet i lidé, když mají podezření na zhoršení paměti. Poradenská pracovníci jim poradí, jak dále postupovat, kam se obrátit atd. (Jirák a kol. 2009) Cílem respitní péče je poskytnout oddech rodinným příslušníkům, kteří se o pacienta starají. Jirák uvádí, že se jedná o „*službu pro pečující rodiny, nikoli o náhradu jiných zdravotnických či sociálních služeb*“ (Jirák, R. a kol. 2009, str. 104)

V současné době má ČALS 29 kontaktních míst po celé ČR. Kontaktními místy jsou zařízení zdravotnická a sociální, státní i nestátní. Poskytují kvalitní služby pro osoby postižené demencí i pro jejich rodiny. Jde o denní stacionáře, lůžková oddělení atd. Jelikož pocházím z Královéhradeckého kraje, zajímalo mě, kde se u nás tato kontaktní centra nachází. Jsou ve Dvoře Králové nad Labem (Středisko diakonie ČCE – kontaktní osobou zde je Zdeněk Hojný; jsou zde poskytovány poradenské služby, osobní konzultace, respitní péče a pečovatelská služba; denní centrum má kapacitu 6 lidí a lůžkové oddělení 10 lůžek) a v Týništi nad Orlicí (Geriatrické centrum – zde se můžeme obrátit na Jitku Hejnovou; poskytují poradenskou linku, osobní konzultace a denní centrum pro klienty s demencí). Centrála ČALS je v Praze (Praha 8 – gerontologické centrum; poskytují poradenskou linku).

Do denního centra dochází lidé s demencí nebo jsou přiváženi ze svého domova. Provoz denního centra je v pracovním týdnu. Posláním je udržet a zlepšit kvalitu života osob s demencí. Pobyt je také vhodný pro osoby, které potřebují terapeutické a aktivizační metody, které rodina nemůže poskytnout. Obvyklá kapacita je 10 – 15 klientů. Vzhledově se podobá většinou domácím prostředí. Provoz může být 10 – 12 hodin. Denní centrum neposkytuje jen dohled a pobyt, ale zejména denní režim, který je pro osoby s ACH důležitý, a další aktivizační a terapeutické metody (např. ergoterapie, fyzioterapie)

Rezidenční oddělení je specializované oddělení pro osoby s demencí. Péče je poskytována nepřetržitě nebo jako forma respitní. Od jiných zařízení se tato oddělení liší tím, že dbají na jejich bezpečnost, důstojnost a na zachování soběstačnosti co nejdéle. Zajišťuje péči u osob, u kterých už je domácí péče nemyslitelná. Oddělení má společné prostory, kde klienti tráví většinu času, do svých pokojů chodí na noc nebo v době odpočinku. Kapacita takového oddělení je 10 – 15 klientů. Opět se zde setkáváme s řadou terapeutických a aktivizačních metod. (Alzheimer 2004)

Jedním z projektů jsou kontaktní a informační centra ČALS. Proškolení pracovníci podávají osobní i telefonické informace, sjednávají osobní konzultace s odborníky. Centrum je v provozu denně od 8:00 do 20:00. Proškolený pracovník je schopen poskytnout základní informace o dané problematice a službách, je schopen zodpovědět základní otázky a nasměrovat klienta na další vhodné zdroje informací.

ČALS vydává také různé brožury a letáky určené laické veřejnosti (které by mohly přispět ke zlepšení osvěty a tím také ke včasné diagnostice demence), další informační materiály jsou určené pacientům a jejich rodinám. Vydává také tzv. „dopisy“, zabývající se jednotlivými problémy a sloužící nejen jako informační materiály, ale také sloužící při konzultacích. Vydávány jsou také samozřejmě informační materiály pro zdravotníky a pečovatele. ČALS se podílí na přípravě a vydání pomůcek pro kognitivní trénink: „Cvičte si svůj mozek“ a „Sady pro kognitivní trénink“. ČALS organizuje také přednáškovou činnost zaměřenou na různé cílové skupiny (zdravotníky, rodiny, studenty...). Organizuje semináře a kurzy. (Jirák, R. a kol. 2009)

Mezi další projekty patří „Bezpečný návrat“. Tento projekt je podpořen společností Novartis. Cílem je pomoci osobám s ACH, které často bloudí a nemohou najít cestu domů. Po odeslání přihlášky obdrží jedinec náramek, který je označen

identifikačním kódem a telefonním číslem na ČALS. Na základě kódu se zjistí identita a zajistí se tak pomoc jeho příbuzného.

Vznikla svépomocná skupina – „Čaje o páté“. Jedná se o jednu z prvních služeb, která vznikla již krátce po vzniku ČALS. Setkání probíhají jednou za 14 dní ve čtvrtek v gerontologickém centru v Kobylisích a nabízejí setkání lidem se stejným problémem. Rodinní pečovatelé zde nachází klid, porozumění, informace a podporu od lidí, kteří prochází stejně těžkým životním obdobím. Občas je také pozván odborník, který zodpovídá konkrétní otázky. Setkání svépomocné skupiny vede dr. Nováková. Svépomocné skupiny pořádají také další spolupracující organizace v regionech ČR. (Jirák, R. a kol. 2009, Alzheimer 2004)

Od roku 1998 se každoročně uděluje tzv. Zlatá vážka. Je udělována osobnostem, které se zasadily o vývoj péče o osoby s demencí. V roce 2010 nebyla nikomu udělena.

Každoročně je také pořádán „koncert pro vážku“. Koná se pokaždé v „pomerančovém týdnu“ a je organizován jednotlivými kontaktními místy.

Mezinárodní alzheimerovská společnost si od roku 1994 připomíná „Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci“. Tento den se od roku 2001 nazývá „Pomerančový den“ a připadá na 21. září. V roce 2005 se tento den posunul na 21. června, tedy na den, kdy v ČR slaví jmeniny „Alois“. Během pomerančového dne se upozorňuje na problematiku ACH. Jsou distribuovány informační materiály a pořádány další akce (např. koncerty pro vážku). Každoročně je také kontaktními místy pořádána sbírka, jejíž výtěžek slouží ke zlepšení péče o osoby s demencí.

Projekty Vážka a Denní stacionář jsou podporovány hlavním městem Praha. Projekt kontaktního a informačního centra je podpořen hl. městem a MZ. MZ finančně také podporuje ediční a přednáškovou činnost, stejně jako pražské gerontologické dny.

Tento rok se konají již 15. Pražské gerontologické dny. Uskuteční se od 25. do 27. května 2011. Konference má 4 základní témata. Jsou jimi společenské aspekty dlouhodobé péče, medicínské aspekty dlouhodobé péče, demence a farmakoterapie a dlouhodobá péče. Poslední den konference se konají workshopy. (Alzheimer 2004)

Česká alzheimerovská společnost je jistě velkým přínosem nejen pro osoby s ACH a jejich rodiny, ale také pro širokou veřejnost, které přináší řadu cenných informací.

4. PŘÍPADOVÉ STUDIE PACIENTŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Pro vytvoření vhodného prostředí pro klienty s ACH a navození kladného vztahu mezi pacientem a pečovatelem, je důležité mít co nejvíce efektivních informací. Ty nám umožňují pacienta důkladně poznat, zjistit jeho rodinnou situaci, možné příčiny nemoci. Napomáhají nám také při aplikaci vhodných farmaceutických a nefarmaceutických postupů.

Informace můžeme získávat od samotných pacientů, ale později nám jsou přínosné zejména informace od rodinných příslušníků, pečovatelů atd.

Jednou z možností jsou případové studie (kazuistiky), které nám pomáhají orientovat se v životě klienta. Kazuistiky jsou velmi srozumitelné a přehledné. Ukazují nám pacientovu minulost, jeho rodinnou situaci, sociální situaci, množství prodělaných chorob. Ukazují nám také schopnosti a dovednosti pacienta a jeho psychický stav.

V následující části jsem se rozhodla uvést tři případové studie pacientů s Alzheimerovou chorobou. Jedná se o pacienty ve střední či těžké fázi Alzheimerovy choroby, tudíž můžeme pozorovat jisté společné znaky. Nejdůležitější jsou poruchy paměti a častá dezorientace v místě a čase. Rozdílné jsou většinou emoční záležitosti. U některých pacientů můžeme pozorovat depresivní stavy, u jiných například lehké úzkosti. Kazuistiky nám také pomáhají orientovat se v rodinných vztazích a přístupech ke klientům.

Informace pro vytvoření případových studií jsem získala z karet jednotlivých pacientů v PL v Bohnicích. Čerpala jsem z chorobopisů, vstupního vyšetření, ošetrovatelského programu nebo ze sociální karty.

Při vytvoření případových studií jsem se zaměřila na rodinnou a osobní anamnézu a okolnosti přijetí do PL v Bohnicích (samotnou diagnózu mají pacienti povětšinou shodnou – tedy ACH, do PL jsou však posláni ze zcela jiných důvodů – dezorientovanost, depresivní stavy...), na současný stav pacientů, na rehabilitační a ošetrovatelskou péči. Další kolonka „z rozhovoru“ nám ukazuje, co řekl samotný pacient a jeho doprovod při přijímání do PL. U většiny pacientů je dělán diagnostický test MMSE, proto uvádím jeho výsledky a důsledky v odstavcích „ošetrovatelské a rehabilitační péče“.

Irena K.

Narozena: 1931

Okolnosti přijetí: Jedná se o první pobyt pacientky v PL Bohnice. Nástup březen 2011. Pacientka byla přeložena z nemocnice Milosrdných sester pro stavy zmatenosti, dezorientace, nespolupráce. Pacientku přivezla snacha, dle které došlo ke zhoršení stavu z důvodu nenavštěvování lékaře a nebrání léků. Bez terapie cca 3 měsíce. Vstup dobrovolný. Pacientka je neklidná. Aktuálně bez stavů agresivity. Dezorientovaná v místě a čase, kontakt nekvalitní, projev inkohorentní, bez tenze či úzkosti.

SPA: Pacientka je vdaná, žije s manželem. Věk 79 let. Má dvě děti. Údaje o rodinné anamnéze od pacientky nevěrohodné. Vzdělání vysokoškolské. Pracovala jako překladatelka. Nyní ve starobním důchodu. Má diabetes mellitus II. typu. Nekouří, alkohol nepije. Diagnóza F 051 – delirium (není vyvolané alkoholem nebo jinými psychotropními látkami) – delirium nasedající na demenci. Od roku 2003 demence Alzheimerova typu. Není úprava způsobilosti k právním úkonům.

SPP: Pacientka orientovaná osobou rámcově. V čase a místě dezorientovaná. Nálada v normě. Myšlení nevypravné, projev nesouvislý, chvílemi slovní salát, hypoprosexie, konfabulace. Pacientka se snaží spolupracovat. Pokročilá deteriorace KMF. Vymizelé exekutivní funkce. Pacientka je mobilní. Stavby neklidu a agrese, kdy je nebezpečná sobě i okolí se střídají se stavy spolupráce a relativního klidu.

SPS: Pacientka vyšší postavy, přiměřené výživy, chrup chybí, kůže čistá.

Z rozhovoru při přijetí: Pacientka sdělila správně své jméno, příjmení a datum narození. Věk nevěděla. Neví, kde se nyní nachází, ale říká: „Něco tady lidi dělají, aby se proběhli a něco si opatřili.“ Na otázku, kdo je současným prezidentem, odpovídá: „To bych asi měla vědět.“ Roční období neví, „Asi se blíží jaro.“ Paměť? „No, jde to.“ Náladu má střídavou, je vdaná, asi má dceru a syna. Nic ji nebolí. Neví, kolikátého bere důchod. Nepamatuje si, jaké má vzdělání. Snacha, která pacientku přivedla, tvrdí, že pacientka si vyndává jídlo z úst a schovává ho. Léky plive. Při rozkazu je agresivní. V noci spí.

Ošetřovatelská a rehabilitační péče: Pacientka se nyní nachází ve střední fázi Alzheimerovy choroby, což demonstruje výrazná dezorientace v prostoru a čase a velká porucha kognitivních funkcí, zejména paměti. Zvýšená péče je tedy věnována právě kognitivním funkcím. Zejména individuální kognitivní výtvarné činnosti. Aktivita je

proměnlivá. Sedmičkový test u MMSE nechápe, nelze ho tedy provést. Není jisté, zda je vhodné navrácení do domácích podmínek. Důvodem je nedodržování stanovené léčby a nenavštěvování lékaře. S největší pravděpodobností by došlo ke zrychlenému zhoršení stavu a následné opětovné hospitalizaci. Nyní je pacientka znovu zaléčená a její stav je stabilizovaný.

Jana T.

Narozena: 1941

Okolnosti přijetí: Jedná se o osmou hospitalizaci pro celkovou dekompenzaci stavu. Poslední hospitalizace od ledna 2011. Pacientka dochází do psychiatrické ambulance. V PLB léčena od roku 2008. Je orientovaná v osobě, místě. Časová orientace narušená. Manžel udává zhoršení stavu od Vánoc. Pacientka nesoběstačná, laxní, apatická, neschopná sebeobsluhy, odmítá chodit. Bez známek sebevražedných úmyslů. Vstup dobrovolný.

SPA: podruhé vdaná, žije s druhým manželem (70) ve společné domácnosti. Věk 69 let. Rodiče: matka zemřela v 55 letech – CMP, otec zemřel v pacientčiny 10 letech, neví proč. Má dva bratry – starší, zdraví. Dvě děti z prvního manželství – dcery (40,45 let) – zdravé. Nikdo se neléčil na psychiatrii. Pracovala jako zdravotní sestra. Nyní ve starobním důchodu. Není zbavena způsobilosti k právním úkonům. Nekouří. Alkohol nepije. V PLB v roce 2008 diagnóza F064 panické ataky, Alzheimerova demence, škodlivé užívání BZD a hypnotik.

SPP: Lucidní, orientovaná v místě, osobě a situaci, v čase orientována pouze částečně. Spolupracuje ochotně, odpovídá adekvátně, občas s mírnou latencí. Psychomotorická retardace, myšlení koherentní, bez bludné produkce, bez poruch vnímání. Emotivita chudá. Mírná anxiety (chorobný stav úzkosti) a tenze. Hyproprosexie (snížená pozornost), apatie, hypobulie (nedostatek pevné vůle). Deficit kognitivních funkcí. Insomnie, suicidální myšlenky nejsou přítomny. Agresivní není.

SPS: obézní žena, mobilní, hrudník souměrný, dýchání čisté, sklípkové. Břicho měkké, silná vrstva podkožního tuku, volně prohmatné, nebolestivé. Pravá dolní končetina výrazně oteklá, levá dolní končetina oteklá méně. Celkově bez bolesti a známek zranění.

Z rozhovoru při přijetí: Pacientka nemá pocit, že by se její zdravotní stav zhoršil. Důvod hospitalizace jí není jasný, asi je to hlavně proto, že je trochu

unavenější. Má trochu rýmu, jinak někdy se jí hůř dýchá. Nálada je docela dobrá, nemá úzkosti. Má trochu potíže se spánkem. Říká, že je 21. března (příjem 20. 1.), rok 2011, roční období zima, den v týdnu pátek (byl čtvrtek). Ví, že je v Bohnicích v pavilonu 29. Říká, že žije s manželem a musí se o něj starat. Prý spolu chodí nakupovat a doma si zvládne připravit jídlo. Manžel říká, že je nesoběstačná. Dle něj se to zhoršilo o Vánocích. Říká: „Manželka odmítá chodit, ke všemu je laxní, nemá o nic zájem, to, co neudělám, to není, musel jsem se naučit i vařit ve svém věku, když mi upadne, neuzvednu ji. Nevstane sama ani na záchod. Bojím se ji nechat samotnou doma. Vyloženě je laxní, nezám, co bude nebo nebude“.

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: Při prvním pobytu měla při MMSE 19 bodů. Při sedmém pobytu (4. 2. 2010) se skóre vyšplhalo na 23 bodů (z celkových 30 bodů). Zvýšení skóre je dáno nasazením léčby v PL a tím došlo ke zlepšení kognitivních funkcí. V té době nebylo možné nasazení farmaceutik (kognitiva jsou proplácena pojišťovnou jen při rozmezí výsledku MMSE 12 – 20 bodů). Při posledním pobytu dosáhl výsledek 16 bodů. Tento výsledek svědčí pro střední fázi Alzheimerovy choroby. Snížení výsledku je dáno přirozenou progresí onemocnění. Rozdíly ve dvou testech (rozdíl mezi nimi byl jeden rok) byly ve výbavnosti (2 b. před rokem, nyní 0 b.), v pozornosti a počítání (2b./0b.). V oblasti orientace byly výsledky skoro stejné – nyní neřekla název nemocnice a roční období. Opakování už nezvládla. Výsledky v zapamatování stejné. Třístupňový příkaz, čtení a vykonání psaného příkazu, psaní a obkreslení obrazce – vše zvládnuto bez problémů. Do medikace byl opět navrácen memantin v dávce podle poslední hospitalizace. Rivotril byl vyměněn za oxazepam. Indikováno bylo také UZ vyšetření kvůli otokům na DK. Pacientka je apatická a nejeví zájem o jakékoliv činnosti. Pacientka nejspíš nebude schopná vrátit se do domácího prostředí, kde by péči zajistil pouze manžel. Problémem je vyšší věk manžela, který už pacientku není schopen uzvednout, když upadne. Pokud se vrátí do domácího prostředí, bude potřebovat ošetrovatelskou péči, která zajistí dohled, nejen na dobu, kdy je manžel mimo domov, ale pravděpodobně bude muset zajistit celodenní ošetrovatelskou péči.

Eliška F.

Narozena:1933

Okolnosti přijetí: Jedná se o třetí hospitalizaci. Dvakrát byla na pavilonu 22. Poslední hospitalizace od 9. 8. 2010 na pavilonu 29. Pacientka byla přivedena lidmi z ubytovny PLB na CPP. Zmateně chodila kolem, nevěděla, kde je, kam jde, myslela si, že je ráno. Na CPP byla při vědomí, orientovaná osobou, kontakt nevytěžný, neagresivní. Spontánní kontakt nenavazuje, snaží se spolupracovat. Vstup dobrovolný.

SPA: rozvedená – s manželem se nestýká, bezdětná. Věk 77 let. Bydlí sama v bytě – doposud soběstačná, sestra ji pouze kontrolovala telefonicky. Rodinná anamnéza dle sestry – matka zemřela v 87 na melanom v nose, matka matky také zemřela na rakovinu, ale neví čeho, otec zemřel v 53 letech. Má sestru – zdravá. Vzdělání má vysokoškolské. Dříve pracovala jako primářka PAL v PLB. Pacientka je nekuřačka, nepije alkohol a neužívá léky mimo předpis. Je způsobilá k právním úkonům. Ve 25 letech nádor na vaječniku – proto neměla děti. V roce 2006 CMP. Hypertenze. Smíšená demence (DAT + vaskulární demence). Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem.

SPP: pacientka je lucidní, vigilní, dezorientovaná v místě, čase i v osobě. Zná však pravo – levou orientaci. V popředí je fatická expresivní porucha, dysexekutivní syndrom, paměť narušena ve všech složkách. Pacientka je bez stavů agrese. Nemá myšlenky ani tendence na suicidium. Nálada je spíše smířlivá bez známek smutku či úzkosti. Objevuje se mírná tenze.

SPS: pacientka je mobilní, hydratovaná. Hlava na poklep nebolestivá, dýchání sklípkové, břicho měkké, dolní končetiny s mírnými otoky.

Z rozhovoru při přijetí: „*Rok je...to je to dvacet a ...tři tři dny*“. Pacientka slabikuje, velmi obtížně se vyjadřuje. Znovu opakuje „*dvacet*“ – není schopná říct celý letopočet...“*Měsíc je ted' ten ta..to je..propána krále jak se..je je je to...ted' si to říkala...její..ko ko kolik...ka ka ka*“ – není schopná se vyjádřit, neví. Na dotaz, jak se jmenuje, odpovídá „*Eliška ka ka...no to má tady napsáno na*“ (dívá se na pantofle a pak říká F....). Říká, že je v nemocnici od včera, tady ví, kde je. Ale nevzpomene si, jak se to přesně jmenuje...“*Jak se tomu tady říká? (není schopná odpovědět)...je to nemocnice...doma že by se něco stalo, neměla jsem nic zvláštního...to mi říkala zase sestra...já jsem..ona..ať to říká sestra, aby přišla do...*“. Nedokáže popsat zařízení a vybavení místnosti, ale s nápovědou popíše své oblečení. Sestra říká, že ji večer

zavolala, pacientka už spala. Řekla jí, ať si vezme večerní prášky. *„A asi jak byla rozespalá, tak si vzala více dávek. Asi 3 dávky najednou. Pak šla ven, ale to nevím proč.“* Sestra dále říká, že pacientka už bere přes půl roku léky, ale její stav se nelepší. *„Sestra vše jen ukazuje, není schopná se pořádně vyjádřit a to se v poslední době ještě horší.“*

Ošetrovatelská a rehabilitační péče: MMSE je střídavě naměřen 12 - 15 bodů, což ukazuje na střední stádium Alzheimerovy choroby. U pacientky je zřejmé výraznější poškození kognitivních funkcí, zejména porucha paměti ve všech složkách a porucha orientace. Při měření ADL (běžné denní činnosti) dosáhla pacientka plného počtu bodů (100 bodů), což dokazuje i fakt, že stále žila sama v domácnosti a sestra ji jen telefonicky kontrolovala. U IADL (instrumentální test denních činností) dosáhla pacientka 65b. (ze 100 b.), což ukazuje její částečnou závislost v obtížnějších úkonech. S postupnou progresí je zřejmé, že pacientka ztrácí zkušenosti při vykonávání složitějších činností (obsluha nových zařízení, manipulace s penězi atd.). U pacientky se neobjevila deprese. Může to být dáno právě její dlouhotrvající samostatností. Při přijetí musela být zaléčena pro vysoký krevní tlak, bere také ostatní léky – Exelon a Ebixa, vitamin B6 a další. Prognóza je u pacientky příznivá. Bude tedy nejspíše možný návrat do domácích podmínek se zajištěním ošetrovatelské péče.

ZÁVĚR

Na závěr je potřeba celou problematiku shrnout. Stáří k životu neodmyslitelně patří. Jedná se určitě o specifické období života, které vyžaduje také specifické přístupy. I když v dnešní době převažuje agismus, stárnutí se stejně nikdo nevyhne. Každého, i když v rozdílné míře, postihnou změny, které ke stáří patří. Nejčastěji se vyskytují změny ve složení organismu, v pohybovém a nervovém systému jedinců. Změny nastávají také v psychice. U většiny starých lidí se pak také setkáváme s různým onemocněním. V současné situaci jsou nejčastějším onemocněním vysoký krevní tlak, diabetes mellitus a demence.

Demencí jsem se zabývala v jiné kapitole. Nastínila jsem jednotlivé typy demencí. Jejich popis by mohl být jistě detailnější, ale to nebylo cílem mé práce.

Hlavním cílem mé práce bylo zmapovat podrobněji problematiku Alzheimerovy choroby. Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence. Vyskytuje se až v 70%. Může se vyskytovat i u mladších jedinců, častěji se však vyskytuje až po 65. roce věku klienta. Důležité je, aby široká veřejnost měla povědomí o klinických projevech při ACH, aby mohlo dojít k co nejranější diagnostice. Jak jsem se již mnohokrát zmínila, je to to nejdůležitější. Pokud je diagnóza stanovena brzy, lze také brzy nasadit farmakologii a tu doplnit nefarmakologickými přístupy. Ty byly dalším cílem mé práce. Zmapovat současnou situaci a nabídku nefarmakologických přístupů. Myslím, že možností je spousta. Velice často se využívá reminiscenční terapie, která využívá toho, že klienti s Alzheimerovou chorobou si dlouhou dobu pamatují zážitky a situace z minulosti. Dále využíváme kognitivní terapii a terapii realitou. Pro větší aktivizaci klientů využíváme arteterapii, muzikoterapii či taneční a pohybovou terapii. Důležitým postupem je také přizpůsobení prostředí pro klienty s ACH, kteří potřebují dostatek prostoru pro jejich „pochodování“. Nesmíme také zapomenout na práci s rodinou, protože pokud je vztah mezi rodinou a klientem pozitivní, může pacient dlouho zůstat v prostředí, které dobře zná, což mu může výrazně pomoci. Cíle mé práce byly, dle mého názoru, splněny.

V závěrečné fázi nám případové studie potvrzují to, co jsme si zjistili v teoretické části. Pro účel bakalářské práce jsem využila pouze malý vzorek kazuistik. Ráda bych v této problematice pokračovala ve své diplomové práci, kde bych využila větší vzorek případových studií. Tyto případové studie nám ukazují, že se nejčastěji jako první objevuje výrazná porucha paměti a porucha orientace v místě a čase.

Porucha orientace v osobnosti se vyskytuje až v pokročilejších fázích. Kazuistiky nám také ukazují na psychický a emoční stav daných klientů. Tato praktická část myslím pomůže odborné, ale zejména neodborné veřejnosti zorientovat se v dané problematice.

SEZNAM LITERATURY

BRAGDON A., GAMON D.: *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál 2002, ISBN 80 – 7178 – 567 – 9

BUIJSSEN H.: *Demence*. Praha: Portál 2006. ISBN 80 – 7367 – 081 – X

CALLONE P., KUDLACEK C., VASILOFF B., MANTERNACH J., BRUMBACK R.: *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing 2008, ISBN 978 – 80 – 247 – 2320 – 4

ČERVENKA V.: *Diagnostika a léčba pacientů s demencí*. Praha: Univerzita Karlova 2008, Rigorózní práce

DIBLÍKOVÁ H.: *Projevy osob s demencí v komunikačním procesu (v různých fázích ACH)*. Praha: Univerzita Karlova 2008, Diplomová práce

HARTL P., HARTLOVÁ H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál 2000, ISBN 80 – 7178 – 303 – X

JIRÁK, R. a kol.: *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada 2009. ISBN 978 – 80 – 247 – 2454 – 6

KALVACH, Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H. SUCHARDA P. a kol.: *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing 2004. ISBN 80 – 247 – 0548 – 6

KONVRZKOVÁ M.: *Dopad Alzheimerovy choroby na osobu s demencí a rodinného pečovatele*. Praha: Univerzita Karlova 2008, Diplomová práce

MASAŘOVÁ S.: *Alzheimerova choroba v rodině*. Brno: Masarykova univerzita 2006, Bakalářská práce

MICHALOVÁ J.: *Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v rodině*. Brno: Masarykova univerzita 2010, Diplomová práce

MÜHLPACHR, P.: *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita 2004. ISBN 80 – 210 – 3345 – 2

RŮŽIČKA E. a kol.: *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Příručka pro praxi*. Praha: Galen 2003, ISBN 80 – 7262 – 205 – 6

ŠIMKOVÁ K.: *Alzheimerova choroba: péče a její vliv na životy rodinných pečujících*. Brno: Masarykova univerzita 2010, Diplomová práce

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum 2001. ISBN 80 – 246 – 0326 - 8

ZGOLA M. J.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing 2003. ISBN 80 – 247 – 0183 – 9

Internetové zdroje

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST [online] Aktualizace 20. 12. 2010 [cit. 5. 3. 2011] Dostupné z WWW: <<http://www.alzheimer.cz/index.php?PageID=1>>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST: *Jedná se o Alzheimerovu chorobu? Deset příznaků, které by vás měly varovat*. [online] Publikováno 2003 [cit 9. 3. 2011] Dostupné z WWW: <<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=37>>

ŠEBKOVÁ S.: *Alzheimerova choroba* [online] Publikováno 8. 7. 2007 [cit. 26. 2. 2011] Dostupné z WWW: <<http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba/>>

VAŇKÁTOVÁ K.: *Alzheimerova choroba* [online] Publikováno 1. 1. 2008 [cit 3. 3. 2011] Dostupné z WWW: <http://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-organicke-dusevni-poruchy/alzheimerova-choroba.html>

ALZHEIMER CENTRUM [online] Publikováno 2009 [cit 10. 3. 2011] Dostupné z WWW: <<http://www.alzheimercentrum.cz/alzheimerovo-onemocneni/co-je-to-za-nemoc>>

Zákony

Č. 108/ 2006 Sb. *O sociálních službách* [online] MPSV [cit. 15. 3. 2011] Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Test pro rodinu

Příloha č. 2 Kritéria pro diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci NINCDS –
ADRDA

Příloha č. 3 Mini Mental State Examination

Příloha č. 1 - Test pro rodinu

Test je jednoduchý, na otázky odpovídejte následovně (v závorce je bodové hodnocení):

- Ano, často (0 bodů)
- Někdy (1bod)
- Ne, nikdy (2 body)

1. Jak často se Váš blízký opakuje anebo se ptá znovu a znovu na to samé?
2. Zapomíná Váš blízký více než dříve (především na věci, které se staly nedávno)?
3. Zapomíná Váš blízký brát léky anebo nakoupit najednou více věcí?
4. Zapomíná Váš blízký na schůzku, svátek nebo rodinnou oslavu?
5. Je Váš blízký smutnější nebo bezradnější než dříve?
6. Má Váš blízký problémy s počítáním případně s vedením účtu?
7. Ztrácí Váš blízký zájem o dřívější záliby a koníčky?
8. Potřebuje Váš blízký pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně?
9. Je Váš blízký vznětlivější, podezřívavý, neklidný, mluví nesmyslně anebo vidí a slyší věci, které neexistují?
10. Zhoršila se schopnost Vašeho blízkého řídit automobil?
11. Jak často hledá Váš blízký slova, mluví méně plynule anebo zapomíná jména?

Pouze max. možný počet (22 bodů) odpovídá normě. Pokud je výsledek testu 20 a méně bodů, vyhledejte pomoc lékaře.

Příloha č. 2 - Kritéria pro diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci NINCDS – ADRDA

A. Diagnostická kritéria: všechny otázky musí mít odpověď **ANO**:

1. Byla klinickým vyšetřením stanovena diagnóza demence?
2. Má pacient deficit ve dvou nebo více oblastech kognitivních funkcí nebo celkový, graduálně progredující deficit kognice?
3. Horší se pacientovi progredientně paměť a jiné kognitivní funkce?
4. Je nepřítomna porucha vědomí (delirium)?
5. Začala demence ve věku 40 – 90 let?
6. Je nepřítomno systémové onemocnění nebo jiné onemocnění mozku, které by mohlo přímo nebo nepřímo zodpovídat za progredientní poruchy paměti a jiných kognitivních funkcí?

B. Podpůrná kritéria: Odpovědi typu **ANO** podporují diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci, odpovědi **NE** ji však nevylučují:

1. Má pacient progredující poruchu specifických kognitivních funkcí, jako jsou řeč (afázie), motorické dovednosti (apraxie) a percepce (agnozie)?
2. Má pacient poruchu aktivit denního života a chování?
3. Vyskytla se v pokrevním příbuzenstvu pacienta podobná porucha, zvláště neuropatologicky ověřená (familiární výskyt)?
4. Bylo u pacienta provedeno vyšetření mozkomíšního moku standardními technikami s normálním výsledkem?
5. Má pacient normální EEG záznam nebo nespecifické změny EEG, jako je zvýšený výskyt pomalých vln?
6. Má pacient prokázanou mozkovou atrofii na CT nebo MRI s průkazem progresu při opakovaných vyšetřeních?

Následující okolnosti jsou slučitelné s diagnózou pravděpodobné Alzheimerovy nemoci po vyloučení jiných příčin demence (odpověď **ANO**):

1. Má pacient v průběhu progresu choroby období plató?
2. Má pacient přidružené symptomy deprese, insomnie, inkontinence, bludů, halucinací, iluzí, katastrofických verbálních, emočních či tělesných výbuchů, sexuálních poruch nebo úbytku hmotnosti?

3. Má pacient jiné neurologické abnormality, zvláště u pokročilého onemocnění, včetně motorických příznaků, jako je zvýšení svalového tonu, myoklonus nebo poruchy chůze?
4. Má pacient v pokročilém stadiu choroby epileptické záchvaty?
5. Má pacient normální CT nebo MRI záznam vzhledem k věku?
6. Má pacient výkyvy v průběhu a klinickém obrazu demence?
7. Má pacient jiné systémové nebo mozkové onemocnění, které může způsobit demenci, ale které není pokládáno za příčinu pacientovy demence?

Následující okolnosti činí diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci nejistou nebo nepravděpodobnou (odpovědi NE svědčí pro pravděpodobnou AN)

1. Byl náhlý, apoplektický začátek demence?
2. Jsou přítomny fokální neurologické nálezy (např. hemiparéza, poruchy citlivosti, poruchy zorného pole, ataxie časně na počátku choroby)?
3. Vyskytly se záchvaty nebo poruchy chůze na počátku nebo velmi brzy v průběhu choroby?

Zdroj: Růžička E. a kol. 2003

Příloha č. 3 – **Mini Mental State Examination**

1) **Orientace** (každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, pacient má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin)

- Kolikátého je dnes?
- Který je dnes den v týdnu?
- Který je měsíc?
- Který je rok?
- Které je roční období?
- V jaké zemi se nacházíme?
- Ve kterém okrese?
- Ve kterém městě?
- Jak se jmenuje tato nemocnice?
- Na kterém jsme poschodí?

2) **Zapamatování** (Pokud je pacient schopen slova opakovat, započtete 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si není schopen slovo vybavit, opakuje je několikrát – nejvíce 5x – než se je pacient naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“)

„Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.“

- Lopata
- Šátek
- Váza

3) **Pozornost a počítání** (Za každou správnou odpověď se započte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítá se pouze jako jedna chyba – max. 5 bodů. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzveme ho, aby hláskoval pozpátku slovo POKRM)

„Nyní prosím odečítejte od 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete“

- 93
- 86

- 79
- 72
- 65

4) **Výbavnost** (za každou správnou odpověď je 1 bod)

„Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl (-a) zapamatovat.“

- Lopata
- Šátek
- Váza

5) **Pojmenování předmětu** (za každou správnou odpověď je 1 bod)

- Ukážeme náramkové hodinky a zeptáme se: „Co je to?“
- Ukážeme tužku a zeptáme se: „Co je to?“

6) **Opakování** (Za každou správnou odpověď je 1 bod, přístupný je pouze jeden pokus)

- Opakujte, prosím, po mně: „První pražská paroplavba“

7) **Třístupňový příkaz** (Za každou správně provedenou činnost započítáme 1 bod)

„Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.“

- Pravá ruka
- Přeložení na polovinu
- Položení na podlahu

8) **Čtení a vykonání psaného příkazu** (Ukážeme pacientovi nápis „Zavřete oči“ a vyzveme ho, aby přečetl a udělal, co je napsáno. Necháme pacientovi 10 vteřin na provedení. Instrukci můžeme opakovat nejvýše 3x. Započítáme 1 bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči)

- ZAVŘETE OČI

9) **Psaní** (Dáme vyšetřovanému tužku a papír a vyzveme ho, aby napsal jakoukoliv větu. Jeden bod započítáme, pokud má věta podnět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.)

10) **Obkreslení obrazce** (Dáme vyšetřovanému tužku a papír a vyzveme ho, aby nakreslil obrázek co nejpřesněji dle předlohy. Započítáme jeden bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do 1 minuty, jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.)

