

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ ŠTÚDIUM

2013 – 2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Ingrid Fabianová

**Alzheimerova choroba – teoretický a praktický sprievodca pre rodiny
postihnutých**

Praha 2015

Vedúci diplomovej práce: Doc. PhDr. Felix Černoš, Csc.

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

COMBINED MASTER'S PROGRAME

2013 – 2015

DIPLOMA THESIS

Ingrid Fabianová

**Alzheimer's disease – a theoretical and practical guide for the
families of the handicapped**

Prague 2015

Adviser of diploma thesis: Doc. PhDr. Felix Černoč, Csc.

Prehlásenie

Prehlasujem, že predložená diplomová práca je mojím pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci riadne citujem a uvádzam v zozname použitých zdrojov.

Súhlasím s prezentačným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici

V Prahe dňa 11.3.2015

Bc. Ingrid Fabianová

Pod'akovanie

Chcela by som sa pod'akovať Doc. PhDr. Felix Černoch, Csc za ústretovosť, trpezlivosť a cenné rady, ktoré mi pri spracovaní diplomovej práce poskytol.

Bc. Ingrid Fabianová

Anotácia

Diplomová práca je zameraná na problematiku Alzheimerovej choroby. Je rozdelená na teoretickú a empirickú časť.

Teoretická časť je členená na tri kapitoly. V prvej kapitole sa vo všeobecnej rovine venujeme oblasti staroby a starnutia. V druhej kapitole definujeme Alzheimerovú chorobu, jej výskyt, etiológiu, diagnostiku, klinický obraz a liečbu. V tretej oblasti práce vymedzujeme základné atribúty starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou v domácom prostredí.

V empirickej časti sme skúmali efekt nášho edukačného programu v rodinách s členom postihnutým Alzheimerovou chorobou a jeho dopadom na kvalitu života rodiny.

Náš program pozostával z viacerých stretnutí skupinových a následne individuálnych - v jednotlivých rodinách.

Z nadobudnutých výsledkov sme vypracovali konkrétne odporúčania pre prax, určené nielen pre členov rodiny, starajúcich sa o svojich príbuzných trpiacich Alzheimerovou chorobou, ale aj pre profesionálnych opatrovateľov.

Kľúčové slová

Alzheimerová choroba, edukačný program, interdisciplinárny prístup, komplexnosť, kvalita života, opatrovanie, opatrovateľ, ošetrovateľské kompetencie, pacient, prax, rodina, senior, starostlivosť.

Annotation

The diploma thesis focuses on the issue of Alzheimer's disease. It is divided into a theoretical and empirical part.

The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter generally deals with the term of old age and ageing. In the second chapter we define the Alzheimer's disease, its occurrence, etiology, diagnostics, clinical picture and treatment. In Part three of the thesis we define the basic attributes in the care of patients with Alzheimer's disease in the home environment.

In the empirical part we examined the effect of our educational programme in families with a member affected by Alzheimer's disease and its impact on the family's quality of life.

Our programme consisted of several group meetings and subsequently of individual meetings - in particular families.

Based on the results reached we prepared specific recommendations for practice, which are intended not only for the members of family taking care of their relatives suffering from Alzheimer's disease, but also for care professionals.

Key words

Alzheimer's disease, educational programme, interdisciplinary approach, comprehensiveness, quality of life, care service, caregiver, nursing competences, patient, practice, family, senior, care.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 STAROBA A STANUTIE.....	10
1.1 Typy starnutia.....	11
1.2 Demografický vývoj populácie seniorov.....	12
1.3 Staroba a demencia.....	13
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	15
2.1 Výskyt Alzheimerovej choroby na Slovensku a vo svete.....	16
2.2 Klasifikácia demencií.....	18
2.3 Etiopatogenéza Alzheimerovej choroby.....	19
2.4 Patologická fyziológia ochorenia.....	20
2.5 Diagnostika Alzheimerovej choroby.....	22
2.5.1 Klinické vyšetrenie.....	25
2.5.2 Pomocné vyšetrovacie metódy.....	26
2.5.3 Zobrazovacie metódy.....	26
2.5.4 Diagnostika AD pomocou nových diagnostických kritérií.....	27
2.6 Klinický obraz Alzheimerovej choroby.....	28
2.6.1 Špecifiká jednotlivých štádií Alzheimerovej choroby.....	30
2.6.2 Liečba Alzheimerovej choroby.....	31
2.7 Najnovšie zamerania laboratórneho výskumu Alzheimerovej choroby...	35
3 STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S AD V DOMÁCOM PROSTREDÍ... 	39
3.1 Osobná hygiena, kúpanie a obliekanie pacienta s Alzheimerovou chorobou...	43
3.2 Stravovanie a výživa pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	44
3.3 Starostlivosť o vyprázdňovanie pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	45
3.4 Komunikácia s chorým.....	46
3.5 Starostlivosť o pacienta s kognitívnymi poruchami a poruchami správania...	50
3.6 Starostlivosť o denný režim chorého s Alzheimerovou chorobou.....	51
3.7 Bezpečnosť a úprava prostredia v domácnosti.....	54
ZÁVER.....	59
4 EMPIRICKÁ ČASŤ.....	60
4.1 Úvod.....	60
4.2 Teoretické východiská práce.....	62
4.3 Vymedzenie výskumného cieľa.....	64
4.4 Otázky a hypotézy.....	65
4.5 Výskumná vzorka.....	66
4.6 Výskumná metodika.....	100
4.7 Realizácia výskumu.....	104
4.9 Interpretácia a diskusia výsledkov.....	149
ZÁVER.....	158
ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV.....	160
ZOZNAM OBRÁZKOV A TABULIEK.....	166
ZOZNAM PRÍLOH.....	167

ÚVOD

„Alzheimerova choroba prichádza potichu, nenápadne, nebolí. O to viac však trpia najbližší, pred zrakmi ktorých sa vynikajúci rodič, uznávaný odborník, milovaný starý rodič mení na veľké malé dieťa.“

Prof. MUDr. Michal Novák, DrSc.

riaditeľ Neuroimunologického ústavu SAV

V súčasnosti sa dnešná populácia dožíva oveľa vyššieho veku ako v minulosti. Aktívna časť života sa síce predlžuje, ale vysoký vek a jeho predlžovanie je žiaľ spojené aj so zvyšovaním výskytu chorôb typických pre toto životné obdobie. Medzi tieto ochorenia patrí aj Alzheimerova choroba, najčastejšia forma demencie v krajinách Európy a USA.

Alzheimerova choroba je vo vyspelých štátoch považovaná za vážny sociálny, zdravotnícky a spoločenský problém, ktorý sa dotýka nielen samotných chorých, ale aj ich blízkych príbuzných. V Európskej únii sa počet chorých pohybuje na úrovni 7,3 milióna. Na Slovensku trpí Alzheimerovou chorobou približne 50 – 60 tisíc ľudí, o ktorých sa stará okolo 100 – 150 tisíc rodinných príslušníkov, príbuzných a blízkych.

Alzheimerova choroba je závažné neurodegeneratívne ochorenie, ktoré vedie k úbytku neurónov a v dôsledku toho k mozgovej atrofii. To má za následok vznik syndrómu demencie. Toto chronické, dodnes nevyliciteľné psychické ochorenie dostalo pomenovanie podľa svojho objaviteľa MUDr. Aloisa Alzheimer, ktorý ho prvý raz presne popísal v roku 1907. Aj keď o Alzheimerovej chorobe toho už vieme naozaj mnoho, prečo toto ochorenie postihuje v rôznej podobe takmer každého desiateho človeka, ktorý prekročil vek 65 rokov, nie je doteraz úplne jasné.

Alzheimerova choroba postihnutého nebolí, bolí však jeho príbuzných. Príbuzní pomaly sledujú, ako sa im milovaný človek vzdáľuje. Najvhodnejšie prostredie pre človeka s Alzheimerovou chorobou je to, v ktorom prežil väčšinu svojho života, v kruhu svojej rodiny, jeho vlastné domáce prostredie. Nároky a potreby jednotlivých ľudí s

Alzheimerovou chorobou sa líšia, nemožno ich jednoznačne definovať, riešia sa postupne, ako vznikajú.

Opatrovatelia chorých – najčastejšie najbližší príbuzní preto musia poznať príčiny chorobných javov a spôsob, ako ich zvládnuť, resp. im predchádzať. Mali by vedieť, že vývoj ochorenia ich prinúti neustále sa prispôbovať meniacemu sa zdravotnému stavu chorého. Napriek progresii ochorenia je však vždy šanca urobiť niečo pre dôstojné bytie človeka. Prináša ju láska, trpezlivosť, fantázia a všestrannosť. Tieto vlastnosti našťastie prejaví väčšina príbuzných. Ak budú o ochorení dostatočne informovaní a ak im poskytneme účinné rady, upevnia si voči chorému postoj lásky, oddanosti a tolerancie.

Práve tieto myšlienky boli podnetom k napísaniu diplomovej práce, ktorej cieľom bolo nielen definovať Alzheimerovu chorobu a popísať etiopatogenézu, diagnostiku, klinický obraz a liečbu Alzheimerovej choroby, ale aj vytvoriť „sprievodcu“ týmto ťažkým obdobím pre rodiny chorých postihnutých Alzheimerovou chorobou.

1 STAROBA A STARNUTIE

Staroba je konečná časová etapa života. Jednotná definícia staroby neexistuje, hoci sa o to pokúšali odborníci z rôznych oblastí a rôznych profesií. Je to prirodzený úsek v ontogenetickom vývine človeka a rovnako ako iné vývinové štádiá má svoje znaky, ktoré sa odlišujú od predchádzajúcich životných etáp. Štruktúrne a funkčné zmeny vzniknuté počas starnutia a staroby majú prevažne regresívny charakter a sú nezvratné. Nastávajú zmeny v somatickej, psychickej, sociálnej a duchovnej oblasti (Hanzlíková a kol., 2006).

Staroba sa tiež označuje ako obdobie tretieho veku, pričom prvým vekom sa rozumie detstvo a dospievanie a druhým vekom obdobie dospelosti. V súčasnosti sa stretávame aj s označením štvrtý vek, čo vyplýva z potreby rozdeliť starobu na dve obdobia so zreteľom na ich odlišné charakteristiky.

Starší človek vo veku 60 – 74 rokov väčšinou ešte netrpí závažnými chorobami, je aktívny, integrovaný v spoločnosti, schopný cestovať; tento aktívny úsek života sa označuje ako tretí vek.

Štvrtý vek sa začína zvyčajne po 75. roku života v období zhoršenia zdravia. Tento vek sa nesie v znamení choroby, úpadku telesných i psychických funkcií a blížiacej sa smrti.

Kalendárny vek je dôležitou charakteristikou v živote človeka. Jeho hlavnou výhodou je jednoznačnosť. Vychádzajú z neho i rozličné konvencie o starnutí a starobe, hoci nevypovedá nič o skutočnom funkčnom potenciáli človeka.

Funkčný vek je daný súhrnom biologických, psychologických a sociálnych charakteristík a je dôležitým hodnotiacim kritériom v medicíne. Na jeho stanovenie sa používajú rozličné testy, ktoré umožňujú posúdiť jednotlivé funkcie, ale aj funkčný stav ako celok.

Biologický vek je výslednicou spolupôsobenia geneticky riadeného programu, vonkajšieho prostredia, spôsobu života a chorobných situácií. V praxi je jednou z najdôležitejších charakteristík starnutia a staroby vek.

Dnes sa vo väčšine krajín používa periodizácia ľudského veku navrhnutá Svetovou zdravotníckou organizáciou, podľa ktorej možno život človeka rozdeliť na vekové kategórie trvajúce pätnásť rokov. V rámci nej rozlišujeme tieto obdobia staroby:

- 60 – 74 rokov – včasná staroba, starší alebo vyšší vek, mladá staroba
- 75 – 89 rokov – vlastná staroba, pravá staroba, sénium
- 90 rokov a viac – dlhovekosť.

Starnutie je nezvratný biologický proces, ktorý sa týka celej prírody. Dĺžka života je geneticky podmienená a pre každý živočíšny druh je špecifická. Rovnako je to aj u človeka, kde sa predpokladá multifaktoriálny typ dedičnosti. Je známe, že každý starne inak. Základné mechanizmy starnutia sú ovplyvnené spôsobom života a prostredím, v ktorom človek žije. Staroba je teda odrazom celého života a výsledkom pôsobenia mnohých faktorov (Poledníková a kol., 2006).

1.1 Typy starnutia

Starnutie môžeme rozdeliť na biologické, psychické a sociálne.

Biologické starnutie je dôsledkom involúcie štruktúr a funkcií orgánov, zhoršenia perfúzie, zhoršenia adaptačných a regulačných funkcií, poklesu imunity, zníženého zmyslového vnímania. Dotýka sa kardiovaskulárneho, urogenitálneho, gastrointestinálneho traktu, pohybového a centrálného nervového systému, zmyslových orgánov a imunitného systému (Balková a kol., 2006).

Psychické starnutie sa prejavuje zmenou osobnostných rysov, znížením poznávacích schopností, spomalením psychomotorického tempa, zhoršením pamäti, nižšou koncentráciou pozornosti, poruchou kognitívnych zložiek osobnosti a schopnosti riešiť nové situácie, ale i zvýšením vytrvalosti, stálosťou v názoroch, múdrosťou, rozvahou a toleranciou. K typickým psychickým zmenám vo vyššom veku patrí napríklad psychická únava, ochudobnenie fantázie, ustrnutie záujmov, úbytok schopností učiť sa nové, sklon k spomienkam, pohodlnosť, konzervativizmus, rozvláčnosť v reči a iné (Hegyí, 2001).

Sociálne starnutie prebieha pod obrazom adaptácie na odchod do dôchodku, zmenu sociálneho postavenia, zmenu životného programu a akceptácie sociálnych dôsledkov poruchy zdravia. Najvýraznejším javom tohto starnutia je obdobie okolo odchodu do dôchodku. Patrí k najrizikovejším obdobiam starnúceho človeka s veľkými nárokmi na jeho adaptačné schopnosti. Veľmi stresujúcou záležitosťou v tomto období je strata partnera, strata príbuzných, priateľov, čo vyvoláva osamelosť, pocit blížiaceho sa konca s následnou depresiou (Balková a kol., 2006).

1.2 Demografický vývoj populácie seniorov

Vo všetkých vyspelých krajinách sa zaznamenáva starnutie populácie. Jedným zo znakov tohto javu je nárast percentuálneho podielu staršieho obyvateľstva z celkovej populácie. Súčasný demografický trend sa vyznačuje klesajúcou pôrodnosťou, znižovaním úmrtnosti, zvyšovaním strednej dĺžky života a nárastom skupiny veľmi starých ľudí (nad 80 rokov) (Poledníková a kol., 2006).

Charakteristickou črtou budúceho demografického vývoja na Slovensku bude pokles počtu obyvateľov. Podľa najpravdepodobnejšieho variantu by mal počet obyvateľov SR klesnúť do roku 2050 pod hranicu 5 miliónov osôb. Starnutie obyvateľstva bude popri úbytku obyvateľstva druhou najvýznamnejšou črtou budúceho vývoja obyvateľstva na Slovensku. Kým v súčasnosti pripadajú na 1 obyvateľa vo veku nad 65 rokov 2 obyvatelia vo veku do 17 rokov, v roku 2050 bude tento pomer presne opačný, na 1 obyvateľa vo veku do 17 rokov pripadnú takmer 2 obyvatelia vo veku nad 65 rokov (Poledníková a kol., 2006).

Počet starých ľudí sa na Slovensku stále zvyšuje. Počet žien vo veku 65 rokov a viac sa za obdobie rokov 1992 – 2015 zvýši približne o 25 %, mužov o 11 %. Podľa prognóz Štatistického úradu SR bol v roku 2010 index starnutia 69,22 %, avšak v roku 2020 je predpokladaný nárast indexu starnutia na 99,06 %. Pokles natality a rast počtu starých ľudí spôsobujú zvyšovanie podielu ekonomicky závislého obyvateľstva. To znamená skutočnosť, že o väčší počet starých ľudí sa bude musieť postarať menší počet ľudí v produktívnom veku (Balková a kol., 2006).

Obyvateľstvo Slovenska bude v najbližších desaťročiach menej početné a staršie a v dôsledku zahraničnej migrácie aj etnicky pestrejšie. Hoci sa zmeny vo vekovom zložení populácie u nás nezdarujú v súčasnosti kritické, v najbližších desaťročiach budú nezvratné a budú mať zrýchľujúcu sa tendenciu. Dôsledky starnutia však nemožno eliminovať ani zmierniť izolovanými opatreniami v krátkom časovom období. Sú na to potrebné komplexné riešenia uskutočnené v časovom predstihu (Bašková a kol., 2009).

Odborníci tiež predpovedajú, že v roku 2050 bude na svete viac 60-tnikov ako detí do 15 rokov. Demografický vývoj potvrdzuje, že na svete žije 629 miliónov ľudí vo veku 60 rokov. V roku 2050 by ich malo byť viac ako 2 miliardy. Fenomén dvojitého starnutia poukazuje na skutočnosť, že počet starých ľudí sa zvyšuje najviac v najstarších vekových skupinách, napr. do roku 2015 sa počet ľudí nad 65 rokov zdvojnásobí a počet storočných a starších sa zvýši 18 – krát (Balková a kol., 2006).

1.3 Staroba a demencia

V starobe pomerne často vznikajú psychické poruchy. Medzi tie najzávažnejšie radíme senilnú, resp. stareckú demenciu. Demencia je definovaná ako syndróm, ktorý vznikol na základe ochorenia mozgu a vyznačuje sa zhoršením kortikálnych funkcií, ako je pamäť, myslenie, orientácia, chápanie, počítanie, schopnosť učenia, reči, úsudku. Nástup demencie u starého človeka je pomalý a tento si uvedený stav často nepripúšťa. Niektoré typy demencie sú vyvolané depresiou, infekciou alebo poruchou štítnej žľazy, v tom prípade hovoríme o reverzibilnej demencii. Alzheimerova choroba je najbežnejším typom ireverzibilnej demencie. Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb sa od roku 1992 Alzheimerova choroba radí medzi typy demencie (Holmerová, 2007).

U predmetného ochorenia sa môžeme stretnúť s viacerými názvami napr. Alzheimerova choroba, často sa tiež označuje skratkou ako ACH, alebo Demencia Alzheimerového typu, Alzheimerova demencia (AD) a i... (Jiráček, 2009).

Pre AD neexistuje jednoznačná definícia, nakoľko jednotlivé definície charakterizujú ochorenie z rôznych uhlov pohľadu. V zásade možno však povedať, že AD je závažné ochorenie, ktoré postihuje kognitívne funkcie, AD je považovaná za najčastejšiu príčinu demencie, pričom nástup choroby je pomalý a tým pádom

v prvopočiatkoch aj ťažko rozpoznateľný. AD je závažné neurodegeneratívne ochorenie, ktoré vedie k úbytku nervových buniek a v dôsledku toho k atrofii mozgu a úbytku mozgového tkaniva. Uvedené má za následok rozvoj demencie u jedinca. Štatisticky vo veku 65 rokov trpí cca 5% populácie stredným a ťažkým stupňom demencie. Z uvedeného je asi 50-60% zastúpená práve AD. Početnosť tejto choroby sa následne každých päť rokov približne zdvojnásobí, preto možno konštatovať, že AD je veľmi častým ochorením predovšetkým seniorov. Jej výskyt u jedincov pod 60 rokov je menej častý a pod 50 rokov veľmi ojedinelý. AD je v súčasnosti na 4. – 5. najčastejšom mieste v rámci príčin úmrtnosti (Rektorová, 2007).

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerovu chorobu zaraďujeme medzi demencie. Demencia zahŕňa skupinu ochorení, pri ktorých nastáva úpadok kognitívnych funkcií, a to najmä pamäti, myslenia, orientácie, chápania, uvažovania, schopnosti učenia, počítania, reči a úsudku. Vedomie nie je porušené. Proces demencie hlboko naruší celý život chorého (Slezáková, 2006).

Najprv sa objavia diskkrétne výpadky pamäti a orientácie. Postupne progreduje redukcia pôvodných záujmov a aktivít, neskôr sa pridružuje strata sebestačnosti, sociálnych a hygienických návykov a nakoniec aj neschopnosť adekvátnej komunikácie s okolím a samostatného pohybu (Čembová, 2006). Výskyt demencie stúpa s vekom: vo veku nad 65 rokov je demenciou postihnutých 3 – 7 % populácie, po 75. roku života 15 %, po 80. roku 20 – 40% osôb. Len 10 % chorých s demenciou je mladších ako 65 rokov, tzv. presenilná demencia (Németh, 2009).

Alzheimerova choroba je chronicko-progresívne ochorenie nervovej sústavy na podklade degeneratívneho zániku neurónov s tvorbou charakteristických histopatologických zmien. V mozgovom tkanive chorých trpiacich na Alzheimerovu chorobu dochádza v priestoroch mimo nervovej bunky k ukladaniu chorobne vzniknutej bielkovine, ktorá sa nazýva beta-amyloid. Táto bielkovina vytvára útvary, tzv. neuritické plaky. Čím viac je plakov v určitej oblasti mozgovej kôry, tým viac je táto mozgová oblasť postihnutá funkčne. Postupne s časom je postihnutých viac a viac častí mozgu, dôsledkom čoho sa symptómy zhoršujú. Alzheimerova choroba je najčastejšou príčinou demencie v strednom a vyššom veku (Nevšímalová et al., 2002).

Toto chronické, dodnes nevyliciteľné psychické ochorenie dostalo pomenovanie podľa svojho objaviteľa **MUDr. Aloisa Alzheimer**a, ktorý ho prvý raz presne a podrobne, podľa prípadu svojej pacientky Augusty D., popísal vo vedeckej práci „O zvláštnej chorobe mozgovej kôry“ z roku 1907 (Vateha, Vatehová, 2011).

Alois Alzheimer sa narodil 14. júna 1864 v Marktbreite, neďaleko Würzburgu. Študoval na univerzitách v Berlíne, Tübingene a Würzburgu. V roku 1894 sa oženil a v

manželstve sa narodili 3 deti. V novembri roku 1901 bola do nemocnice vo Frankfurte nad Mohanom prijatá so známkami demencie 51 – ročná pani Augusta D.. Alzheimer o nej referoval v roku 1906 na 37. schôdzi juhonemeckých psychiatrov v Tübingene. Prípad bol publikovaný v roku 1907. Spomínaná vedecká práca „O zvláštnej chorobe mozgovej kôry“ je základným kameňom Alzheimerovej choroby.

V roku 1903 Alzheimer opúšťa Frankfurt. Po krátkom pobyte v Heidelbergu prechádza do Mnichova na Kráľovskú psychiatrickú kliniku. 16. júla 1912 sa Alzheimer stáva riaditeľom Psychiatrickej a neurologickej kliniky v Breslau. Zomrel na obličkové zlyhanie 19. decembra 1915. Pochovaný je spolu s manželkou vo Frankfurte nad Mohanom (Koukolík, Jirák, 1998).

V súvislosti s celosvetovým trendom predlžovania ľudského veku a vzrastajúcim počtom starých osôb v populácii sa Alzheimerova choroba stáva jedným z najzávažnejších zdravotných a socioekonomických problémov súčasnosti.

2.1 Výskyt Alzheimerovej choroby na Slovensku a vo svete

Dlhý život patrí medzi hlavné úspechy minulého storočia. Taktiež pohľad do 21. storočia nasvedčuje, že i ono bude storočím starých ľudí. Stále viac ľudí sa dožíva staroby. Aktívna časť života sa síce predlžuje, ale vysoký vek a jeho predlžovanie je, žiaľ, spojené aj so zvyšovaním výskytu chorôb typických pre toto životné obdobie. Medzi tieto ochorenia patrí aj Alzheimerova choroba, najčastejšia forma demencie v krajinách Európy a USA. Na svete postihuje približne každého desiateho človeka vo veku 65 rokov (v tomto veku tvorí až 65 – 70 % všetkých demencií) a s každým pribúdajúcim rokom veku sa jej výskyt zvyšuje asi o 2 %. Takže vo veku 85 rokov postihuje takmer polovicu ľudí patriacich do tejto časti populácie (Čembová, 2006).

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie bude v roku 2050 na svete viac ako 100 miliónov ľudí nad 65 rokov postihnutých Alzheimerovou chorobou. V súčasnosti na Alzheimerovu demenciu trpí na celom svete 20 – 30 miliónov ľudí. Zhruba ďalších 20 miliónov ľudí trpí na niektorú z ďalších takmer 60 príčin demencie (Baláž, Rektorová, 2008).

Aj medzi svetoznámymi osobnosťami nájdeme tých, ktorí touto chorobou trpeli, napr. Ronald Regan, Iris Murdoch, Bernard Levin či známa herečka Rita Hayworth (Reid, Boledovičová, 2009).

Podľa dostupných údajov trpí v Európe Alzheimerovou chorobou 6,1 milióna ľudí a odhaduje sa, že do roku 2050 bude počet pacientov s týmto ochorením 2 až 3 – násobný. Aj keď toto ochorenie zatiaľ nie je možné úplne vyliečiť, jeho progresiu možno výrazne spomaliť, zabrániť devastácii osobnosti chorého a priniesť jemu i jeho rodine vyššiu kvalitu života.

Vo februári 2009 preto Európsky parlament prijal vyhlásenie o prioritách boja proti Alzheimerovej chorobe, pričom každá členská krajina má vytvoriť svoj vlastný plán postupu. Ako hlavné oblasti boli definované potreba lepšej informovanosti obyvateľstva, lepšej starostlivosti o pacientov a ich rodiny, zlepšenie dlhodobej kvality života pacientov a ich opatrovateľov po určení diagnózy a etický rozmer ochorenia (Alzheimerova choroba prioritou, 2009).

Na Slovensku trpí Alzheimerovou chorobou približne 50 – 60 tisíc ľudí, o ktorých sa stará 100 – 150 tisíc rodinných príslušníkov, príbuzných a blízkych, ale ich presný počet nepoznáme. Doteraz sa nerobil žiadny celoštátny výskum. Každé tri hodiny pribudne na Slovensku jeden pacient s Alzheimerovou chorobou. Napriek tomu bolo liečených ľudí s týmto ochorením v roku 2005 iba 2338 a v roku 2006 ich počet presiahol 3000 (Šarmírová, 2007a).

V Severnej Amerike je Alzheimerova choroba treťou najčastejšou príčinou smrti. V roku 2000 postihla 4,5 milióna Američanov a očakáva sa, že tento počet do roku 2050 stúpne na približne 13,2 milióna Američanov. V Nemecku trpí v súčasnosti na túto formu demencie asi 650 000 ľudí. Vo Veľkej Británii postihuje Alzheimerova choroba viac ako 400 000 ľudí. Zo 62 000 ľudí trpiacich demenciou v Škótsku približne 55% trpí Alzheimerom (Reid, Boledovičová, 2009).

V ČR podľa kvalifikovaných odhadov žije 100 – 140 tisíc ľudí postihnutých niektorým z ochorení spôsobujúcich demenciu (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009). Napriek týmto skutočnostiam je táto choroba stále poddiagnostikovaná a nedostatočne liečená. Len 5 – 10 % pacientov dostáva adekvátnu liečbu, ktorá zmiernuje príznaky choroby a zlepšuje kvalitu života pacientov a ich opatrovateľov.

Alzheimerova choroba sa stáva celosvetovou epidémiou starnúcej populácie. Napriek mnohým informovaným aktivitám je povedomie verejnosti o tejto chorobe stále nízke, čo bráni skorému zachyteniu jej príznakov. Pritom iba včasný začiatok terapie dáva pacientom a ich rodinám šancu na zlepšenie kvality života (Diešková, 2008).

2.2 Klasifikácia demencií

Demencie sa triedia podľa intenzity poškodenia kognitívnych funkcií na ľahké, stredne ťažké a ťažké. Podľa lokalizácie patologického procesu v mozgu sa demencie môžu triediť na kortikálne a subkortikálne. Podľa veku, v ktorom demencie začínajú, sa triedia na presenilné a senilné. V preseníu začínajú častejšie Picková choroba a ďalšie frontotemporálne demencie. Alzheimerova choroba a vaskulárne demencie začínajú častejšie v séniu. Medzi demenciami rovnakého typu s včasným a neskorým začiatkom nie sú podstatné klinické rozdiely. Podľa psychopatologických (psychiatrických) príznakov rozoznávame globálnu demenciu s približne rovnomerným postihnutím kognitívnych funkcií a ostrovčekovitú demenciu s nerovnomerným postihnutím kognitívnych funkcií. Najčastejšie sa používa a prakticky najdôležitejšia je klasifikácia demencií, ktorá sa opiera o poznatky o etiológii a patogenéze demencií. V nozologickej klasifikácii sa demencie triedia na skupinu primárnych demencií (primárne degeneratívne demencie), ktorých príčinou sú choroby postihujúce primárne mozog a na skupinu sekundárnych demencií, kde poškodenie mozgu je spôsobené inou extracerebrálnou chorobou alebo poruchou.

Dispozícia k primárnym degeneratívnym demenciám sa dedí. Početne malú skupinu tvoria demencie s autozomálne dominantným typom dedičnosti, pri ktorom sú genetické vplyvy najdôležitejšími etiologickými faktormi. Pri iných primárnych demenciách sa na vzniku klinických príznakov podieľajú aj ďalšie faktory, ktoré urýchľujú vznik demencie. Spoločným znakom primárnych demencií je hromadenie patologických proteínov v mozgu.

Medzi sekundárne demencie patria aj demencie spôsobené iným typom patológie, než je degeneratívny proces (napr. úrazové poškodenie mozgu). Vaskulárne demencie sú – podľa uvedených zásad triedenia – sekundárnymi demenciami. Z

historických dôvodov ich niektorí autori zaraďujú medzi primárne demencie, iní zase triedia demencie na tri skupiny: primárne, vaskulárne a sekundárne (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Rozdelenie demencií:

1. Primárne degeneratívne demencie:

- Alzheimerova choroba (predstavuje 60 % všetkých demencií).
- Demencia s Lewyho telieskami.
- Frontotemporálna demencia.

2. Sekundárne demencie:

- Vaskulárna demencia (predstavuje do 20 % všetkých demencií).
- Metabolické demencie.
- Toxické demencie.
- Demencia pri Parkinsonovej chorobe.
- Demencia pri Huntingtonovej chorobe.
- Traumatické demencie.
- Demencia pri normotenznom hydrocefale.
- Demencia pri nádoroch CNS.
- Demencia pri infekciách.

3. Zmiešané demencie:

- Zmiešaná Alzheimerova/vaskulárna.
- Zmiešaná Alzheimerova/iná primárna degeneratívna demencia.
- Ostatné zmiešané (Pidrman, 2007).

2.3 Etiopatogenéza Alzheimerovej choroby

Aj keď o Alzheimerovej chorobe toho už vieme naozaj mnoho, prečo toto ochorenie postihuje v rôznej podobe takmer každého desiateho človeka, ktorý prekročil

vek 65 rokov, nie je doteraz úplne jasné. Medzi suspektné príčiny patria: porucha metabolizmu stopových minerálov (hliník, zinok), vírusy (herpes simplex vírus – 1, tzv. pomalé vírusy). Ďalšie suspektné príčiny sú autoimunitné a genetické.

O Alzheimerovej chorobe môžeme s určitosťou povedať iba to, že sa jedná o neurodegeneratívne ochorenie neznámej etiológie, ale s niektorými preukázateľnými rizikovými a protektívnymi faktormi (Szabó, 2001).

Rizikové faktory: vyšší vek, genetické faktory, ApoE4, demencia v rodinnej anamnéze, prekonaný úraz hlavy, ženské pohlavie, Downov syndróm, hypotyreóza, depresia a stres, deficiencia vitamínu B12, zvýšená expozícia toxických látok v prostredí, nízka úroveň vzdelania, nižšia duševná aktivita.

Protektívne faktory: vyššie vzdelanie, zvýšená psychická aktivita aj vo vyššom veku, užívanie antioxidantov, lecitín, dlhodobé užívanie nesteroidných antiflogistík, hormonálna substitúcia u žien v menopauze, včasná a účinná liečba depresií (Höschl a kol., 1999).

2.4 Patologická fyziológia ochorenia

AD je charakterizovaná difúznou atrofiou mozgovej kôry hlavne vo frontálnom a čelnom laloku, menej v oblasti mozočku. Mozog pacienta s AD je ľahší, váži cca 900 až 1150 g, naproti tomu mozog zdravého starnúceho jedinca má hmotnosť cca 930 až 1350 g, ktorý tiež časom podlieha atrofii. Typickým nálezom u pacienta s AD sú senilné plaky (extracelulárny amyloid) a neurofibrilárna dezorganizácia. Jedná sa v svojej podstate o ochorenie neurónov, v ktorých prebiehajú degeneratívne zmeny.

Nešpecifické zmeny sú zaznamenávané aj na malých mozgových cievach, ktoré sú však odlišného typu, ako sú artériosklerotické zmeny a degenerácie.

Degenerujúce axóny v sebe obsahujú lyzozómy, degenerujúce mitochondrie, ako aj párové filamenty. Tieto sa považujú za kľúčové elementy spôsobujúce AD. Najskôr sa objavia v oblasti hypokampu a neskôr ich je možné pozorovať aj v oblasti mozgovej kôry. Menej častý je výskyt granulovaskulárnej degenerácie pyramídových buniek hypokampu. Artériosklerotické zmeny tu nie sú vôbec prítomné, alebo je ich výskyt v obmedzenom množstve. Distribúcia lézií na mozgu zahŕňa neokortex, asociačné

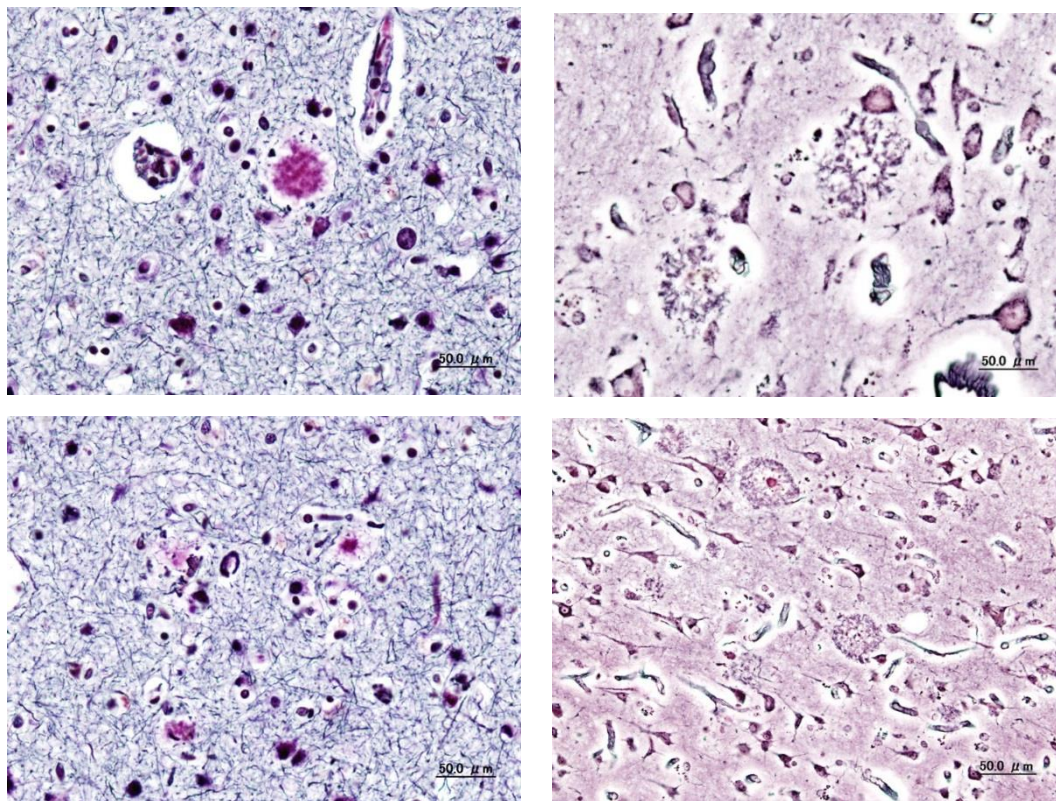
oblasti hypokampu, amygdalu, bazálne jadrá, laterálne hypotalamické jadrá a retikulárnu paramediálnu areu.

AD je považovaná za chronické ochorenie, ktoré obvykle trvá 8-10 rokov a končí sa zväčša smrťou postihnutého jedinca v dôsledku zániku neurónov v mozgu tvorbou plakov a neurofibrilárnych klobiek vo veľkom množstve.

Aj napriek výraznému klinickému obrazu ochorenia sa doposiaľ našlo len málo biochemických zmien, t.j. 50-90% redukcia aktivity cholín-acetyl-transferázy (ChoAT) v mozgovej kôre a hypokampe. Stupeň deficitu kognitívnych funkcií zodpovedá úbytku ChoAT v mozgu a nemá súvislosti s morfológickými zmenami mozgu (Bartko a kol., 2008).

Za fyziologických podmienok majú astrocyty v mozgu dospelého jedinca významnú neuroprotektívnu úlohu, nakoľko špecificky viažu, internalizujú a účinne degradujú β -amyloid, proteín, ktorý sa akumuluje v plakoch u jedincov s Alzheimerovou chorobou. Narušenie tejto degradačnej funkcie pri AD, spoločne s abnormálnou expresiou β -sekrétázy (enzým štiepiaci β -amyloidový prekurzorový proteín na β -amyloid) môže spôsobiť funkčnú premenu astrocytov na bunky, ktoré podporujú akumuláciu β -amyloidu a tým aj tvorbu plakov. Zdá sa, že v tomto procese zohráva významnú úlohu signalizácia závislá od apolipoproteínu E, ktorý sa v mozgu tvorí takmer výhradne práve v astrocytoch (Mravec, 2013).

Obrázky 1,2,3,4 : Neurohistopatologické snímky



Zdroj: <http://commons.wikimedia.org/wiki/Neurohistopathology>, online, cit. 2015-03-11

2.5 Diagnostika Alzheimerovej choroby

Alzheimerovu chorobu je potrebné chápať ako syndróm, zahrňujúci poruchy neuropsychologické a neuropsychiatrické. Starostlivosť o pacienta s demenciou je medziodborová – stará sa o neho všeobecný lekár, psychiater, neurológ, geriater a podobne. Pri tomto ochorení je kľúčová včasná diagnostika a aktívne pátranie po príznakoch demencie (Šarmírová, 2007a).

Význam včasnej diagnostiky spočíva v spomalení priebehu ochorenia, aby liečba predĺžila plnohodnotný život pacienta, ale aj rodinných príslušníkov. Zo včasnej diagnostiky a liečby pacienta s Alzheimerovou chorobou výrazne profituje aj rodina, ktorá je edukovaná o tomto ochorení a môže si naplánovať ďalší postup (Šarmírová, 2007b). Klinická diagnóza Alzheimerovej choroby vychádza zo

štandardizovaných diagnostických kritérií demencie. Aby trvalé globálne zhoršovanie kognitívnych funkcií a intelektuálnej výkonnosti mohlo byť prehlásené za demenciu, je nutné okrem objektivizácie poruchy preukázať, že postihnutie je natoľko ťažké, že znižuje bežnú osobnú a pracovnú výkonnosť chorého. Nutným predpokladom klinickej diagnózy Alzheimerovej choroby je vylúčenie iných možných príčin demencie (Nevšimalová et al., 2002).

Diagnostika Alzheimerovej choroby nie je jednoduchá. Za života pacientov sa pri diagnostikovaní postupuje tak, že lekár vylúči všetky iné možné príčiny demencie. Dôležitá je anamnéza od pacientov, ale aj od rodiny alebo opatrovateľa. Ďalej sa robia psychiatrické a neurologické vyšetrenia pre vylúčenie ochorenia nervového systému. Dôležitou súčasťou diagnostiky sú psychologické vyšetrovacie metódy – testy, pomocou nich sa zistí stupeň postihnutia.

Najznámejší a najviac používaný test sa nazýva Mini – Mental State Examination (MMSE), vďaka ktorému je možné otestovať pamäť, orientáciu, schopnosť reakcie.

K určeniu diagnózy môže taktiež pomôcť DAD dotazník, do ktorého opatrovateľ zaznamenáva činnosti, ktoré je chorý schopný vykonávať. Laboratórne vyšetrenia môžu vylúčiť iné možné príčiny demencie.

Nedá sa tiež zabudnúť na zobrazovacie metódy, ktoré umožňujú vyšetrenie mozgu CT (počítačová tomografia), NMR (nukleárna magnetická rezonancia), PET (pozitronová emisná tomografia), EEG (elektroencefalografia) – a vyšetrenie mozgovomiechového moku pre stanovenie markerov (Havlénová, Kabelka, 2010).

Pre lepšie stanovenie diagnózy zostrojil Hachinski pri sledovaní veľkej skupiny dementných pacientov pomocou zobrazovacích metód diagnostické kritéria (Hachinskiho ischemické skóre):

1. náhly začiatok : 2 body,
2. postupujúca dezorientácia : 1 bod,
3. fluktuujúci priebeh : 2 body,
4. nočná zmätenosť : 1 bod,
5. relatívne zachovalá osobnosť : 1 bod,

6. depresie : 1 bod,
7. somatické problémy : 1 bod,
8. emočná labilita : 1 bod,
9. hypertenzia v anamnéze : 1 bod,
10. iktus v anamnéze : 2 bod,
11. inde prítomná artérioskleróza : 1 bod (mimo CNS),
12. fokálne neurologické príznaky : 2 body,
13. ložiskový reflexologický nález : 2 body.

Pri celkovom skóre 0 – 4 body sa jedná pravdepodobne o Alzheimerovú chorobu. Pri skóre 7 a viac bodov ide pravdepodobne o ischemicko – vaskulárnu demenciu. Skóre 5 – 6 bodov často svedčí, že ide o demenciu zmiešaného typu (Jiráček et al., 1999).

Základom starostlivosti o pacientov s demenciou je spolupráca lekárov prvého kontaktu s odborníkmi špecializujúcich sa na demenciu. Špecialista by mal pacientov sledovať v pravidelných intervaloch za účelom:

- stanovenia diagnózy,
- zhodnotenia kognitívnych príznakov, porúch nálady, chovania a posúdenia miery sebestačnosti,
- výberu vhodnej liečby,
- zaistenia liečby,
- informovať o možnostiach pomoci v starostlivosti o pacienta (kontakt na Alzheimerovskú spoločnosť, denné stacionáre) (Havlénová, Kabelka, 2010).

Diagnóza Alzheimerovej choroby je založená na klinickom vyšetrení a pohovore. Orientačné hodnotenie mentálnych funkcií by mali praktickí lekári robiť ako súčasť preventívnych prehliadok hlavne u pacientoch vyššieho veku. Cieľom je vyhládanie osôb trpiacich demenciou už v prvých fázach ochorenia (Zvolský, 2001).

Problematika Alzheimerovej choroby je spoločensky závažná téma a to vzhľadom k tomu, že naša populácia stárne a početnosť choroby sa bude zvyšovať. Včasná diagnostika Alzheimerovej choroby a včasné zahájenie liečby môže pomôcť udržať dlhšie kvalitu života (Ressner, 2004).

2.5.1 Klinické vyšetrenie

Základné neurologické vyšetrenie zistí prípadné známky ložiskového postihnutia mozgu. Podozrenie na demenciu sa overuje orientačným vyšetrením kognitívneho stavu v ambulancii pomocou otázok a úloh zameraných na orientáciu, pamäť, pozornosť, rečové, zrakovo-priestorové a praktické schopnosti. K presnejšiemu rozpoznaní kognitívnych porúch slúži detailné neuropsychologické vyšetrenie. Objektívne informácie o funkčných schopnostiach a stupni sebestačnosti je nutné získať od osôb starajúcich sa o pacienta (Nevšimalová et al., 2002).

Na orientačné vyšetrenie poznávacích funkcií a sebestačnosti možno využiť hodnotiace škály:

- MMSE – Mini Mental State Examination – praktická metóda pre hodnotenie kognitívnych funkcií pacienta. Test je vhodný pre screening, stanovenie diagnózy, sledovanie progresie a indikácie k liečbe a ústavnej starostlivosti. Obsahuje 30 otázok, doba jeho spracovania nepresahuje 20 minút.
- SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire
- Dotazník zisťujúci poruchy pamäti – MAC-Q
- Clock test – test kreslenia hodín
- Stupnica celkovej deteriorácie (GDS – Global Deterioration Scale)
- Ischemické skóre Hachinského a spol.
- ADL – Activity of Daily Living
- IADL – Instrumental Activities of Daily Living
- PSMS – Physical Self Maintenance Scale – Stupnica sebestačnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou – je jednoduchým nástrojom bodového hodnotenia schopnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou vykonávať bežné aktivity každodenného života.

Vyplnenie dotazníka zaberie len niekoľko málo minút a jeho pravidelné opakovanie dovoľí kontinuálne hodnotiť progresiu ochorenia.

- Hodnotenie behaviorálnych porúch (BDD – Behavioral Disturbance in Dementia) (Höschl a kol., 1999).

2.5.2 Pomocné vyšetrovacie metódy

Hlavným účelom pomocných vyšetrení je zachytiť liečiteľné príčiny demencie. Samozrejmosťou je kompletne biochemické a hematologické vyšetrenie, endokrinologické vyšetrenie (funkcia štítnej žľazy), EKG, rtg pľúc a zobrazenie mozgu. Ďalej sa podľa anamnézy a sprievodnej symptomatiky indikuje vyšetrenie sérológie lues a HIV, metabolizmu vitamínu B12 a kyseliny listovej, prípadne ďalšie vyšetrenia (EEG, lumbálna punkcia, toxikológia – ťažké kovy a iné).

U mladších dospelých je nutné myslieť na neskôr nastupujúce vrodené metabolické chyby, najmä na Wilsonovu chorobu.

Pri progresívnej demencii nejasného pôvodu je lepšie previesť stereotaktickú biopsiu mozgu než zanedbať prípadnú možnosť liečby (Nevšimalová et al., 2002).

2.5.3 Zobrazovacie metódy

Neinvazívne morfológické vyšetrovacie metódy (CT, MR mozgu) dovoľia odlíšiť štruktúrne príčiny demencie (tumor, subdurálny hematóm, ischemické lézie a podobne). Neexistuje však morfológický nález, ktorý by bol spoľahlivo preukázateľný pre Alzheimerovu chorobu. Difúzna atrofia mozgu je síce častým nálezom pri Alzheimerovej chorobe, je však diagnosticky nešpecifická. Nález atrofie mozgu na CT či MR rozhodne sám o sebe neznamená demenciu. Funkčné zobrazovacie techniky (PET a rutinne prístupnejší SPECT) poskytujú informácie o regionálnom mozgovom metabolizme vrátane neuromediátorových zmien.

U chorých sa preukazuje hypoperfúzia (a zníženie metabolizmu) v temporoparietálnych oblastiach mozgu, abnormality krvného prietoku. Ani tieto nálezy však nie sú natoľko špecifické, aby mohli byť doporučené k rutinnému diagnostickému

využití. Elektroencefalogram má význam pre odlíšenie záchvatových stavov a niektorých vzácných príčin demencie (Nevšimalová et al., 2002).

Definitívna diagnóza je možná až post mortem na základe histologického vyšetrenia mozgu, kde patológ nachádza typické depozity, tzv. plaky. Berlínski vedci odhalili dôležité podrobnosti ohľadom vzniku ochorenia. Na základe dostupných poznatkov prebieha na Inštitúte chémie a biochémie Freie Universität Berlin vývoj testu, ktorým by bolo možné diagnostikovať ochorenie oveľa skôr, než je to doposiaľ možné (Nádejný test na Alzheimerovu chorobu, 2008).

2.5.4 Diagnostika AD pomocou nových diagnostických kritérií

Nové diagnostické kritéria pre AD sú aktualizované, neustále sa vyvíjajú podľa nových poznatkov z výskumu danej problematiky a do diagnostického procesu sa zapájajú biomarkery, ktoré sú merateľné a kvantifikovateľné biologické parametre.

Podľa najnovších postupov je diagnostika AD zložená z nasledovného niekoľko stupňového procesu:

- stanovenie prítomnosti demencie (oproti pôvodnej diagnostike sa už teraz nevyžaduje ako diagnostické kritérium prítomnosť poruchy pamäti a poruchy osobnosti či chovania),
- určenie AD ako príčiny demencie bežnými klinickými metódami, tu je definovaná diagnóza nasledovne: „pravdepodobná demencia pri AD“, anamnéza obsahuje informácie o vzniku a zhoršovaní AD,
- stanovenie dominujúcej poruchy pamäti, (uvedené je nové z hľadiska klinickej diagnostiky). Jedná sa o novú klasifikáciu neamnestickéj formy (dominujúca anómia, vizuospeciálny deficit či exekutívna dysfunkcia),
- stanovenie diagnózy „možná demencia pri AD“, je pri pacientoch s typickým klinickým profilom, ale atypickým rýchlym začiatkom, či pri neznámom priebehu choroby, alebo pri pacientoch so zmiešanou etiológiou ťažkostí,
- stanovenie diagnózy s označením „pravdepodobná demencia pri AD so zvýšenou mierou diagnostickej istoty“ platí pre pacientov s klinicky dokumentovaným zhoršovaním v čase na opakovaných kontrolách, alebo s preukázanou autozomálne dominantnou mutáciou spôsobujúcu AD.

Pre účely diagnostiky AD v štádiu demencie boli biomarkery rozdelené do 2 skupín:

- markery ukladajúce v sebe beta amyloid,
- markery neuronálneho poškodenia.

Výsledky biomarkerov môžu u pacientov s pravdepodobnou demenciou pri AD buď celkom jasne podporiť diagnózu AD, alebo stanovenie správnej diagnózy podporiť v prípade pochybností, alebo naopak v prípade neprítomnosti markerov s beta - amyloidom a markerov neuronálneho poškodenia možno diagnózu AD s najväčšou pravdepodobnosťou vylúčiť (Vyhnálek, 2012).

Záverom tejto časti práce teda možno zhrnúť, že diagnóza AD dnes už nie je diagnózou per exclusionem. Pravdepodobná AD sa stanovuje klinicky, na základe typického priebehu a prítomnosti typických prejavov zistených anamnesticky a na základe výsledkov formálneho testovania kognitívnych funkcií (bed-side screening alebo neuropsychologické vyšetrenie). Opakované vyšetrenia v čase môžu zvýšiť mieru pravdepodobnosti ochorenia (AD s dokumentovanou progresiou kognitívneho deficitu).

Použitie doporučených biomarkerov je možné v ambulanciách a centrách, ktoré sa zaoberajú demenciou. V súčasnosti však platí, že použitie doporučených biomarkerov je vyhradené hlavne pre výskumné účely a nie pre rutinnú klinickú prax (Rektorová, 2012).

2.6 Klinický obraz Alzheimerovej choroby

Klinický obraz sa rozvíja veľmi pomaly, nenápadne, v podobe mentálnych zmien, ktoré môžu byť niekedy provokované úrazom, horúčkovitým ochorením alebo operačným výkonom. Vek, v ktorom sa choroba prejaví, závisí od formy Alzheimerovej choroby. Včasná forma začína na rozhraní štvrtého až piateho vekového decénia, klasická forma obvykle v období presenia do 70. roku života (Šanta, Klímová a kol., 2007).

Rozlíšenie prvých porúch pamäti od príznakov, ktoré môžu doprevádzať klinicky normálne („obvyklé“) starnutie, nemusí byť zo začiatku jednoduché. Histologické štúdie nasvedčujú možnosti, že je to najmenej niekoľko rokov, môže to byť ale aj niekoľko desiatok rokov (Koukolík, Jiráček, 1999).

Prvými príznakmi bývajú poruchy pamäti, a to krátkodobé vstiepiť pamäti. Pomerne skoro sa v priebehu rozvoja demencie objavujú poruchy orientácie v priestore i v čase.

S postupným prehľbovaním demencie v dôsledku toho začnú pacienti blúdiť, najskôr ďalej od svojho bydliska a v miestach, ktoré poznali, ale nenavštevovali príliš často. S postupujúcou demenciou blúdia i blízko svojho bydliska a v ťažkých štádiách demencie i vo vlastnom byte. V dôsledku poruchy orientácie v čase idú napr. nakupovať v noci.

Pomerne včasné je zníženie až zánik logického uvažovania a súdnosti. Postupne sa rozvíja porucha pamäti vo všetkých zložkách, ktoré môžu viesť v ťažkých štádiách demencie až k amnestickéj dezorientácii – chorí sú kompletne dezorientovaní, pretože si nevedia zapamätať nič nového. V priebehu vývoja Alzheimerovej choroby dochádza k zabúdaniu mien, pojmov, k podstatnému zníženiu intelektu. Myslenie sa spomaľuje.

Jazyk je pri vývoji Alzheimerovej choroby spočiatku zachovaný, reč je síce plynulá, ale viac-menej obsahovo prázdna; význam slovných spojení je nutné hľadať, chorí sami často hľadajú slová (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

V priebehu prechodu mierneho do stredného stupňa choroby je častá depresia a úzkosť, ktoré však pretrvávajú len vzácné. Vyskytujú sa aj poruchy spánku, nikdy však nie sú ťažké (Koukolík, Jiráček, 1999). Chorí majú problémy s abstraktným myslením, nedokážu pochopiť zložitejšie inštrukcie. Časté sú zmeny nálady a správania, rýchle striedanie nálad bez zjavnej príčiny, zmeny osobnosti (podozrievavosť, strach, agresivita) a povahových vlastností, strata iniciatívy, chorí sú pasívni, treba ich do činnosti neustále nabádať (www.dusevnezdravie.sk).

V ďalšom období sa objavujú poruchy vyššej nervovej činnosti evidentné pri jednoduchých matematických úkonoch (dyskalkúlia a akalkúlia). Poruchy praxie sa prejavujú pri jednoduchých každodenných činnostiach, napr. pri obliekaní, hygiene, stravovaní.

V pokročilom štádiu Alzheimerovej choroby sa pridruží extrapyramídová parkinsonská symptomatológia, poruchy chôdze, motorické poruchy, epileptické záchvaty, inkontinencia a imobilita (Šanta, Klímová a kol., 2007).

Obvykle sa nakoniec rozvinie klasické 3A Alzheimerovej choroby: afázia – apraxia – agnózia.

2.6.1 Špecifiká jednotlivých štádií Alzheimerovej choroby

Jednotlivé štádia ochorenia možno charakterizovať postupnou stratou pamäti a sebestačnosti chorého. Demencia mierneho stupňa **v počiatočnom štádiu** Alzheimerovej choroby (obvykle 1 až 4 roky od začiatku ochorenia) sa prejavuje predovšetkým poruchou učenia nových informácií s relatívne zachovaným vybavovaním starších údajov.

Chorý má problémy s pozorovaním, vštepovaním a vybavovaním bežných informácií, hľadá odložené predmety. Pokles pamäti a ďalšie poruchy sú na prekážku denným činnostiam, ale neobmedzujú ešte sebestačnosť chorého.

Stredné štádium ochorenia (2 až 10 rokov od začiatku ochorenia) sa vyznačuje závažnou poruchou pamäti. Pacient si nevybavuje svoju adresu, ani základné informácie o mieste, kde sa nachádza, príp. čo nedávno robil.

Je dezorientovaný, nevybavuje si ani mená známych osôb. Jeho sebestačnosť je závažne narušená.

V ťažkom štádiu ochorenia (7 až 14 rokov od jeho začiatku) je takmer úplná strata pamäti s neschopnosťou vštepovať nové informácie. Chorý nespoznáva ani blízke osoby, je celkom nesebestačný, vegetatívne funkcie prebiehajú spontánne (Nevšimalová et al., 2002).

Alzheimerova choroba končí smrťou a trvá obvykle od objavenia sa prvých príznakov do smrti 7 až 10 rokov. V mladšom veku u foriem so včasným začiatkom a genetickým podmienením môže byť priebeh i rýchlejší. Naopak, u niektorých pacientov je doba prežitia 15 a viac rokov. Je pravdepodobné, že s použitím nových liečebných prístupov sa bude dĺžka prežitia predlžovať.

Pacienti s Alzheimerovou chorobou umierajú obvykle na bronchopneumóniu či iné choroby, ktoré sú u rovnako starých ľudí, netrpiacich Alzheimerovou chorobou, liečiteľné. Inou príčinou smrti bývajú aj úrazy. Alzheimerova choroba je jedna z najčastejších základných príčin smrti na štvrtom až piatom mieste (Jiráková, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

2.6.2 Liečba Alzheimerovej choroby

V súčasnosti ešte nie je celkom známa etiopatogenéza Alzheimerovej choroby. To nám neumožňuje optimálny liečebný postup – kauzálnu terapiu. Sú však známe etiopatogenetické reťazce, ktoré vzájomne spolu súvisia. Práve tieto reťazce môžeme terapiou ovplyvniť a tak priebeh demencie výrazne spomaliť, predovšetkým keď sa začne s liečbou včas.

Alzheimerova choroba nie je ochorenie len jedného človeka, ale celej rodiny. Preto liečba musí byť komplexná a zahŕňať aj rodinu a osoby starajúce sa o chorého (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004).

Všeobecne možno farmakoterapiu demencií deliť na farmakoterapiu kognitívnych funkcií, ktoré sú pri demenciách porušené primárne a farmakoterapiu nekognitívnych funkcií, ktoré ovplyvňujú hlavne konanie, emotivitu, spánok a podobne. Kognitívna terapia má blízko ku kauzálnu liečbe.

Nekognitívna farmakoterapia demencií je zameraná na ovplyvnenie behaviorálnych a psychologických symptómov demencie. Medzi tieto symptómy patria predovšetkým poruchy afektivity a konania ako nepokoj, agresívne prejavy, úteky a iné neprimerané prejavy (André, 2005).

Kognitívna farmakoterapia

Porucha kognitívnych funkcií (pamäti, intelektu, motivácie) je primárna porucha demencií. Priaznivé ovplyvnenie kognitívnych funkcií je najpodstatnejší protidementný postup. Hlavné lieky používané pre zlepšenie pamäťovej výkonnosti (tzv. kognitíva) sú prípravky s cholinergným účinkom, účinkujúce ako inhibítory acetylcholinesterázy. Ako nádejný sa javí vývoj špecifických agonistov mozgových muskarinových

receptorov. Na znížený metabolizmus neurónov sa používajú lieky označované ako nootropiká, zvyšujúce mozgový metabolizmus.

V patogenéze Alzheimerovej choroby sa uplatňuje pôsobenie voľných kyslíkových radikálov, ktorých vznik je neúmerne vyšší ako ich zánik. K ich likvidácii sa používajú látky označované ako scanengery = zametače voľných kyslíkových radikálov. Medzi ne patrí napr. vitamín E, C, retinol, melatonín, extractum ginkgo biloba. Zatiaľ však žiadny z dostupných prípravkov neposkytuje viac než len oddialenie ťažkých štádií ochorenia (Koukolík, Jiráček, 1998).

Liek Rember

Na svetovom kongrese v Chicagu v júli 2008 venovanom Alzheimerovej chorobe, vedec Dr. Claude Wischik prezentoval výsledky prvých klinických skúšok lieku Rember, ktoré poukazujú, že ľudstvo by konečne mohlo mať liek proti doteraz nevyliciteľnej chorobe. Testy, na ktorých sa zúčastnilo 321 ľudí s Alzheimerovou chorobou ukázali, že ani po 19 mesiacov užívania lieku sa mentálne pochody u pacientov nijako výrazne nezhoršili.

V informáciách tlačových agentúr o novom britskom lieku sa však žiaľ nespomína meno vedca prof. Michala Nováka zo Slovenskej akadémie vied, riaditeľa Neuroimunologického ústavu SAV, ktorý tiež stál pri zrode objavu. Profesor Michal Novák bol toho času v Cambridge na výmennom vedeckom študijnom pobyte a stal sa významným spoluautorom objavu.

Napriek obrovskému pokroku Alzheimerova choroba nechcela sprístupniť vedcom svoje tajomstvá. Aby sa hľadal liek proti tomuto ochoreniu, bolo potrebné objaviť pôvodcu nebezpečného ochorenia oberajúceho človeka o pamäť.

V Cambridge postavili silný tím, na čele ktorého stáli traja nositelia Nobelovej ceny – Sir Aaron Klug, Cesar Milstein a John Walker. Práve do tohto tímu prišiel v roku 1985 aj Michal Novák. V roku 1993 objavil molekulovú podstatu zlyhania tau proteínu pri tejto chorobe. Zistil, že tau proteín, ktorý za normálnych podmienok má v mozgu pozitívne účinky, pri Alzheimeri zmení svoju štruktúru a tým aj funkciu a začne

komunikovať s celým radom nesprávnych bielkovín. Okrem toho blokuje zdravé bunky, čo má za následok vážne poruchy pamäti.

Pacientov s Alzheimerovou chorobou vo svete žiaľ stále pribúda. Liek prešiel prvou a druhou fázou klinických skúšok, čaká ho ešte ťažká cesta do svojho cieľa, ešte musí prejsť náročnou tretou fázou klinických skúšok. Ak pôjde všetko ako by malo, tak k pacientom by sa tento liek mal dostať už čoskoro. Ale nech je jeho osud akýkoľvek, ľudstvo vie, ktorou cestou v boji s Alzheimerovou chorobou sa uberať (Štrpková, 2008).

Nekognitívna farmakoterapia

Tento typ farmakoterapie sa používa k liečbe pridružených, nekognitívnych symptómov Alzheimerovej choroby. Medzi takéto príznaky patria napr. paranoidno-halucinatórne syndrómy, stavy nepokoja, poruchy spánku, depresívne alebo úzkostné stavy (Koukolík, Jiráček, 1998). K tlmeniu agitovanosti a psychotických prejavov sa zvlášť u starých chorých osvedčili neuroleptiká. K ovplyvneniu depresie sa používajú moderné antidepresíva zo skupiny SSRI, na ovplyvnenie úzkosti anxiolytiká (Nevšimalová et al., 2002).

Aj keď sa môže zdať, že farmakoterapia je pomerne obsiahla, treba pripomenúť, že v poslednom štádiu ochorenia sú napríklad nootropiká prakticky neúčinné. Tu sa už všetko sústreďuje na symptomatickú a paliatívnu liečbu a samozrejme na modernú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá je predovšetkým o holistickom a individuálnom prístupe k pacientovi (Čembová, 2006).

Nefarmakologická liečba

Rovnako ako u iných psychických ochorení, tým viac pri Alzheimerovej chorobe, sú neoddeliteľnou súčasťou liečby metódy psychologické a sociálne. Psychoterapia má význam vo včasných štádiách, kedy je možné spomaliť progresiu pamäťovej poruchy rôznymi technikami na precvičovanie pamäti, vrátane špecializovaných počítačových programov (Nevšimalová et al., 2002).

Nefarmakologický manažment zahŕňa tiež individualizované aktivity, skupinové terapie, reflektívnu podporu, orientáciu realitou, kognitívny tréning, úpravu prostredia,

v ktorom jedinec žije, úpravu životosprávy, kinezioterapiu a tanečnú terapiu, arteterapiu a podobne (Janosiková, Daviesová, 1999).

Jednotlivé nefarmakologické prístupy môžu riešiť jeden či viac problémových oblastí, týkajúcich sa rozvinutého ochorenia. Neliekové intervencie aplikované blízkou osobou môžu byť rovnako účinné v ovplyvňovaní symptómov, ktoré postihujú pacienta s Alzheimerovou chorobou, ako lieková terapia. Medzi nefarmakologické prístupy patria:

a/ **muzikoterapia** – je akékoľvek využitie hudby v prospech liečenia, či už je vo forme aktívnej, ako je improvizácia, spievanie známych pesničiek, či vo forme pasívneho počúvania hudby. Zdá sa, že obzvlášť prehrávanie obľúbenej hudby v priebehu problémových aktivít má veľmi dobrý vplyv na redukciu agitovanosti pacienta a zlepšenie príjmu potravy.

b/ **masáž rukou alebo jemný dotyk** na predlaktí má dobrý, i keď krátkodobý účinok na zníženie agitovanosti pacienta, môže zlepšiť správanie pacienta pri jedle, a tým pozitívne ovplyvniť denný príjem potravy.

c/ **fyzická aktivita**, ktorú je nutné prispôbovať miere postihnutia. Dôležité je, aby pohyb bol aerobný, nestačí napríklad práca v záhrade. V ľahších a stredných štádiách demencie môžeme efektne využiť dlhšie pravidelné prechádzky, jednoduché cviky pre zlepšenie držania tela a rovnováhy.

Pravidelná fyzická aktivita má pozitívny vplyv predovšetkým na depresiu, blúdenie, agitovanosť a zlepšuje tiež kvalitu spánku. Preukazuje sa, že jedinci, ktorí pravidelne cvičia, sú menej ohrození vznikom demencie, či dokonca miernej kognitívnej poruchy ako jedinci, ktorí pravidelne fyzickú aktivitu nemajú.

d/ **reminiscenčná terapia** – ide o využívanie spomienok k upevneniu sebaúcty a identity pacienta, k zlepšeniu komunikácie medzi pacientom a opatrovateľom (prezeranie fotografií, starých filmov a pozorné počúvanie).

e/ **orientácia realitou** – je využívanie pomôcok v prostredí pacienta k zmierneniu dezorientácie (tabuľky s dátumom a dňom na viditeľnom mieste, veľké hodiny, farebné označenie miestnosti).

f/ **milieu terapia (environmentálna manipulácia)** – komplexný individuálny prístup, úprava prostredia pacienta tak, aby sa v ňom lepšie orientoval a cítil (využitie prístupu orientácie realitou, umožnenie bezpečného pohybu v čo najväčšom priestore, poskytnutie dostatku senzorických stimulov).

g/ **validačná terapia** – dôraz sa kladie na zachovanie a posilnenie ľudskej dôstojnosti pacienta, pozorné počúvanie a empatiu, pracuje s pacientom, nikdy nehovorí nie, postupnými krokmi vedie žiadúcim smerom. S výhodou využíva pamäťové poruchy pacienta tak, aby láskavým odvedením pozornosti k inej téme zabránil nežiadúcim aktivitám.

h/ **kognitívny tréning** – zdalo by sa logické ovplyvniť priebeh ochorenia rehabilitáciou základného symptómu. Výsledky štúdií s kontrolami však nepreukazujú konzistentné výsledky. Naopak, snaha učiť takto chorých niečo nového, obzvlášť ak je opatrovatel' veľmi motivovaný, môže mať skôr nepriaznivé účinky vo forme vyvolania depresívnej reakcie a frustrácie chorého.

Z tohto dôvodu je vhodné využívať kognitívnu terapiu skôr vo včasných štádiách demencie, u pacientov, ktorí sú sami motivovaní trénovať kognitívne schopnosti.

i/ **pracovná terapia** – snahou je zapojenie pacienta do zmysluplných činností, využitie pomôcok, ktoré pomáhajú kompenzovať kognitívny deficit (Sheardová, 2011).

2.7 Najnovšie zamerania laboratórneho výskumu Alzheimerovej choroby

Na celom svete sa aktuálne vykonávajú mnohé výskumy v oblasti diagnostiky a hlavne liečby AD, nakoľko dané ochorenie ročne postihne až 5 miliónov ľudí a uvedené číslo je teda alarmujúce pre našu civilizáciu.

V našej práci sme sa zamerali na najnovšie výskumy v danej oblasti, ktoré sa vykonávajú na vysoko uznávanom vedeckom pracovisku v Českej republike, ako aj vo svete. Jedná sa o Psychiatrické centrum v Prahe. Program laboratórií biochémie a patofyziológie zmieneného vedeckého pracoviska je sústredený na výskum v troch oblastiach ochorení mozgu a jednou z týchto oblastí je práve štúdium AD.

V súčasnosti vedecké pracovisko rieši tieto aktuálne témy:

- Výskum peptidov amyloidu beta alebo proteínu tau a ich komplexov s rôznymi endogénnymi látkami. Vedľa experimentov in vitro (testovaná bude napr kinetika vzniku komplexov a stereošpecifické vlastnosti väzby) budú komplexy detekované aj v biologickom materiáli (napr. likvor a autoptické mozgové tkanivo). Hlavným cieľom tohto výskumu je hľadanie nových špecifických biomarkerov choroby. Výskum je sprevádzaný aj vznikom cerebrospinálnej a sérologickej banky pacientov s kognitívnymi poruchami a rôznymi neurologickými chorobami. Experimenty vykonáva pracovisko v úzkej spolupráci s ďalšími pracoviskami. Súčasťou výskumu je vyvíjanie nových senzitívnych metód stanovenia (ELISA, optické biosenzory, nanoPCR). V laboratóriu sa tiež stanovujú medzinárodne uznávané biomarkery Alzheimerovej choroby v likvore pacientov pomocou kitov.
- Biochemická analýza mozgového tkaniva ľudí s demenciou a hlodavcov použitých pri animálnom modelovaní Alzheimerovej choroby sa špeciálnym záujmom o zmeny v lateralite hipokampu a kortexu. Hlavným cieľom tohto druhu výskumu je testovanie validity rôznych modelov (napr. farmakologických i genetických) tohto typu demencie. Taktiež tu prebieha spolupráca aj s ďalšími laboratóriami, predovšetkým v oblasti využitia metódy (MR a SPECT mozgu) a neuropsychologické vyšetovanie k správnej klinickej klasifikácii pacientov a kontrolných osôb.

Jedno z najlepších výskumných pracovísk v Čechách má v súčasnosti realizovaných niekoľko grantových projektov ohľadom výskumu AD:

- Vplyv diéty s nízkymi hladinami látok s pokročilou glykáciou na pamäť a neuropatológia Alzheimerovho typu,
- Krátke psychometrické metódy k včasnej diagnostike AD u seniorskej populácie,
- Diagnostika AD založená na detekcii komplexov peptidu beta - amyloidu s niektorými endogénnymi látkami v cerebrospinálnej tekutine,
- Nové inhibítory acetylcholinesterázy odvodené od látky 7-MEOTA - potenciálne liečivo pre AD.

Výskumné pracovisko má za sebou už veľkú radu ukončených výskumov ohľadne ochorenia AD, ktoré uskutočňuje už od roku 1991 až doposiaľ, napr.:

- Využitie neurocytoskeletárnych proteínov a protilátok proti nim v diagnostike AD (2009-2011)
- Peptidy β - amyloidu a mitochondriálny enzým 17 β -hydroxysteroidová dehydrogenáza typu 10, možnosti diagnostiky AD pomocou optických biosenzorov (2007–2009)
- Testovanie lateralizácie mediátorového systému oxidu dusnatého v hipokampe ľudí s AD (2003–2005)
- Bioindikátory AD (1998–2000)
- Patofyziologické zmeny v krvi a v krvných elementoch u pacientov s AD (1998–2000)
- Včasná predikcia AD pomocou geneticko-väzobných analýz na chromozómoch 14,19 a 21 (1995–1998)
- Zmeny v lipidovom zložení mozgu u AD pacientov (1995–1997)
- Familiárna AD (1991–1993) (Psychiatrické centrum Praha – laboratoľ biochemie a patofyziologie mozku).

AD Centrum je ďalšie zásadné výskumné pracovisko v Českej republike, ktoré sa zameriava len na výskum, diagnostiku a liečbu (AD),čo vyplýva aj zo samotného názvu centra. Centrum vzniklo v roku 2005 v Prahe. Základný výskum AD Centra sa zameriava na peptidy beta-amyloidy, ktoré majú zásadnú úlohu v rozvoji tohto ochorenia. Špeciálna pozornosť je venovaná ich interakciám s membránovými proteínmi a ďalšími endogennými látkami.

Hlavnou náplňou klinickej časti AD Centra je diagnostika a liečba pacientov s AD. Základný klinický výskum AD Centra sa sústreďuje na diagnostiku AD ochorenia. Zaoberá sa aplikáciou a vývojom nových biochemických ukazovateľov AD v mozgovomiechovom moku a krvi, neuropsychologických testov a štruktúrnych a funkčných zobrazovacích metód mozgu.

Činnosť AD Centra je podporovaná rôznymi grantmi Ministerstva zdravotníctva ČR, Ministerstva školstva, mládeže a telovýchovy ČR a Akadémie vied ČR. Niektoré výsledky centra získali aj celoštátne aj medzinárodné ocenenia (Tamtiež).

3 STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V DOMÁCOM PROSTREDÍ

„Najlepší spôsob ako porozumieť správaniu iného človeka, je pokúsiť sa predstaviť si na jeho mieste samého seba. Predstaviť si, ako asi vidí svet osoba postihnutá Alzheimerovou chorobou a ako môže toto ochorenie ovplyvniť jej správanie a reakcie.“

(Jitka M. Zgola)

Rodinný život má pre starého a zvlášť chorého človeka veľký význam. Možnosť žiť v prirodzenom sociálnom prostredí je pre seniora predpokladom pre udržanie, prípadne i rozvoj spoločenského postavenia. Rodina ako základný článok spoločnosti vytvára bezpečný priestor pre život seniorov, pomáha im udržiavať si nezávislosť, samostatnosť, je priestorom medzigeneračnej solidarity a bráni ich sociálnemu vylúčeniu. Hrá nezastupiteľnú úlohu v starostlivosti o starého človeka (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Úloha rodiny v starostlivosti o chorého člena sa menila. V minulosti bolo zvykom v rodine starať sa o tých jedincov, ktorí z rôznych dôvodov stratili schopnosť sa o seba postarať. Behom historického vývoja sa rodina ako centrum starostlivosti o svojich chorých členov dostala do úzadia. Zodpovednosť v starostlivosti o chorých sa preniesla vo väčšej miere na zdravotnícke zariadenia. Rodina a nemocnica si akoby v tomto smere vymenili svoje úlohy.

V súčasnosti sa začína v odborných kruhoch presadzovať stratégia, ktorá spočíva v tom, že by väčšina chorých mala byť ošetrovaná prevažne doma. Hovorí sa o úlohe rodiny v starostlivosti o svojich chorých a postihnutých členov, ktorú nemôže nahradiť žiadna zdravotnícka inštitúcia. Táto filozofia súvisí samozrejme i s ekonomickými aspektmi, kde pobyt v nemocnici sa stáva neúmerne drahý. Renesancia rodiny je v súčasnej dobe spôsobená i sklamaním z inštitúcií, ktoré sa vo svojej pôsobnosti stále vzdávajú nielen prianiam, ale tiež určitým základným ľudským potrebám. Z ošetrovateľského hľadiska existujú dve základné oblasti, v ktorých sú účasť a zapojenie rodiny v starostlivosti o chorého nezastupiteľné:

1. rodina ako zdroj informácií – pre ošetrovanie, prípadne liečebnú starostlivosť môže byť rodina významným zdrojom informácií, ktoré môžu ovplyvniť kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti,

2. rodina ako účastník priamej starostlivosti – druhou oblasťou je aktívna spoluúčasť rodiny na starostlivosti, kde objektom je sám chorý.

Tu môže mať rodina funkciu predovšetkým:

a/ ochrannú – zaujíma ju predovšetkým opatrujúca osoba (manželka, deti), aby si chorý príliš neuvedomoval svoju závislosť,

b/ preventívnu – je spojená s vhodnou úpravou liečebného režimu a domácnosti, zabraňujúcou komplikáciám a zhoršovaniu zdravotného stavu,

c/ podpornú – vyjadruje psychickú a fyzickú podporu a pomoc.

Postoj rodiny a jej ochota starať sa o chorého v domácom prostredí bezprostredne ovplyvňuje celý rad faktorov, ako ochorenie člena rodiny, jeho závažnosť, dlhodobosť a prognóza. Zatiaľ čo je rodina schopná postarať sa o chorého krátkodobo, omnoho zložitejšie je ošetrovanie pacienta postihnutého imobilitou, instabilitou, inkontinenciou či intelektovými poruchami.

K faktorom, ktoré typicky ohrozujú stabilitu v domácom prostredí, patrí i nevládnuteľné alebo netolerovateľné správanie, ochorenie starajúcej sa osoby, konflikty v rodine alebo finančné problémy (Bártlová, Matulay, 2009).

To, či sa rodina dokáže vyrovnáť so stresom, akým je choroba, závisí aj od schopností jej jednotlivých členov. Rodiny s dobrou vzájomnou komunikáciou ľahšie diskutujú o svojich pocitoch a obavách súvisiacich s ochorením i o jeho dosahu na fungovanie rodiny (Kozierová et al., 1995). Na základe rôznych empirických štúdií môžeme povedať, že u ľudí, ktorí sa dlhodobo starajú o svojich rodinných príslušníkov, sa prejavuje negatívny efekt opatrovania.

Majú často zdravotné problémy, problémy v oblasti psychického zdravia a v sociálnej oblasti. Jeden z rodiny obvykle na seba preberá prevažnú väčšinu starostlivosti a v gerontológii je pre neho používaný termín primárne opatrujúci. Ten je najviac

ohrozený negatívnym efektom opatrovania. Často sa u týchto opatrovateľov hovorí aj o syndróme vyhorenia, ktorý môže viesť až k zlému zaobchádzaniu s chorým. Príčiny môžu byť rôzne. Jednou z nich, nie však prvoradou, môže byť prepracovanosť a chronická únava opatrovateľa (Bártlová, Matulay, 2009).

Alzheimerova choroba je vo vyspelých štátoch považovaná za vážny sociálny, zdravotnícky a spoločenský problém, ktorý sa dotýka nielen samotných chorých, ale aj ich blízkych príbuzných, ktorí nesú na svojich pleciach fyzickú, psychickú a ekonomickú záťaž. Podľa vedcov, v nasledujúcich 40-tich rokoch môže dostať Alzheimerovu chorobu až štyrikrát viac ľudí ako dnes. Alzheimerova choroba postihuje psychiku, intelekt človeka, okráda ho o verbálnu možnosť vyjadrenia svojho duševna. Alzheimerova choroba postihnutého nebolí, bolí však jeho príbuzných. Príbuzní pomaly sledujú, ako sa im milovaný človek vzdáva. Nevedia, ako sa majú k nemu kolektívne správať, ako sa majú o neho správne postarať. Postihnutý sa chtiac-nechtiac znovu stáva „dietaťom“. Vtedy sa o neho musí niekto postarať a práve tu zohráva už spomínaná rodina nezastupiteľné miesto. Nezastupiteľné miesto tu zohráva práve rodina (Huňavá, Koňošová, 2008).

Človek, u ktorého bola diagnostikovaná demencia Alzheimerovho typu, ostáva aj naďalej jedinečnou osobnosťou. Má najzákladnejšie právo byť prijímaný s dôstojnosťou a úctou. Príbuzní, priatelia a známi, ktorí opatrujú človeka s demenciou, si zaslúžia obdiv, lebo táto starostlivosť nie je jednoduchá, naopak, má veľa bolestných a zložitých chvíľ, ktoré vplývajú na osobu chorého, aj na opatrovateľa. Najmä vtedy, keď ide o človeka blízkeho alebo rodinného príslušníka. Ľudské vzťahy, ktoré vedú ľudí k vzájomnej pomoci, znamenajú všetko, pokiaľ sú založené na dôvere, rešpekte a láske. Hodnota úcty má pri starostlivosti o starého človeka s demenciou svoje nenahraditeľné miesto aj preto, že táto osoba sa stáva závislá fyzicky a emocionálne.

Opatrovatelia sú tí, ktorí musia byť podporovaní zo strany širokej verejnosti, ale aj najbližších osôb. Čím viac pomoci a podpory sa poskytne rodinám, tým je väčšia pravdepodobnosť efektívnej a kvalitnej opatrovateľskej starostlivosti, poskytovanej v domácom prostredí. Akákoľvek zmena, či už prístupu, prostredia alebo ošetrojúcich osôb, negatívne vplýva na chorých s demenciou. Pokojné domáce prostredie je tým najvhodnejším, ktoré je srdcu človeka blízke, a prináša mu psychický a citový pokoj.

So starými ľuďmi sa môžeme stretnúť na ktoromkoľvek oddelení nemocnice, v ambulancii praktických lekárov, v domácej starostlivosti, v liečebniach dlhodobo chorých, v domovoch dôchodcov, v ostatných zariadeniach, ale v prvom rade v rodine. V prístupe a pri starostlivosti je nutné dodržiavať určité všeobecné pravidlá. Musíme si uvedomiť špecifické zmeny telesných, psychických a zmyslových funkcií, pristupovať trpezlivo a neponáhľať sa (Magurová, Mišková, 2010).

Nároky a potreby jednotlivých postihnutých sa líšia. Nemožno ich jednoznačne definovať. Treba ich riešiť postupne tak, ako sa objavujú. Príbuzní preto musia poznať príčiny chorobných javov a spôsob, ako ich zvládnuť alebo im predchádzať. Mali by vedieť, že vývoj ochorenia ich prinúti neustále sa prispôbovať meniacemu sa zdravotnému stavu chorého. Napriek progresii ochorenia je však vždy šanca urobiť niečo pre dôstojné bytie človeka. To nie je prázdny optimizmus.

Aj pre veľmi ťažko postihnutého existuje priestor a šanca zlepšiť jeho životné podmienky. Prináša ju láska, trpezlivosť, fantázia a všestrannosť. Tieto vlastnosti, našťastie, prejaví väčšina príbuzných. Ak budú o ochorení dostatočne informovaní a ak im poskytneme účinné rady, upevnia si voči chorému postoj lásky, oddanosti, tolerancie. Neprepadnú frustrácii, zúfalstvu, či bezmocnosti (Zanetti a kol., 2010).

Pri poskytovaní pomoci rodinným príslušníkom sú najväčšej záťaži vystavené ženy v strednom veku, pretože väčšinou na nich leží povinnosť postarať sa o starého a chorého člena rodiny. Túto starostlivosť nemožno nikomu nariadiť, je daná morálnymi kritériami rodiny, rebríčkom hodnôt jej členov a momentálnou situáciou v rodine. Často si vyžaduje kompromisy či obetovanie sa v prospech nevládneho člena rodiny na úkor voľného času, pracovného zaradenia a podobne. Príbuzní by tento fakt mali prijať a pochopiť. Musia sa vyrovnáť s tým, že „dospelú zrelosť, nezávislosť a sebestačnosť strieda neúprosne biologicky daná potreba vrátiť sa do stavu určitej závislosti.“ (Poledníková a kol., 2006).

Starostlivosť o starého človeka postihnutého touto chorobou je náročná a vyčerpávajúca. K základným oblastiam každodennej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou patria nasledujúce atribúty:

- osobná hygiena, kúpanie a obliekanie,
- stravovanie a výživa,

- starostlivosť o vyprázdňovanie pacienta,
- komunikácia s chorým,
- kognitívne poruchy a poruchy správania,
- denný režim chorého,
- bezpečnosť a úprava prostredia v domácnosti.

3.1 Osobná hygiena, kúpanie a obliekanie pacienta s Alzheimerovou chorobou

Osobná hygiena je dôležitou súčasťou životného štýlu človeka. Osobu postihnutú Alzheimerovou chorobou je potrebné upozorňovať na dodržiavanie osobnej hygieny. Môže zabúdať na umývanie, kúpanie, alebo už nebude vedieť, ako to má urobiť. Potrebuje pomoc aj pri česaní a holení. V tejto situácii je potrebné rešpektovať viac ako inokedy pacientovu dôstojnosť, taktne ho upozorniť, že je potrebné sa okúpať a ponúknuť mu pomoc, snažiť sa čo najviac dodržiavať jeho predošlé zvyklosti, umožniť, aby mohol čo najviac urobiť sám, bez pomoci.

Kúpanie má byť pre pacienta príjemným uvoľňujúcim zážitkom, a preto ak sa nám zdá, že je v rozpakoch, môže pomôcť, ak má určité časti tela zakryté. Sprchovanie môže byť ľahšie, ale ak sa chorý predtým nezvykol sprchovať, môže byť vystrašený. Ak sa bojí sedieť vo vani, treba ho umývať postojáčky (Alzheimerova choroba – Ako ju zvládnuť v domácom prostredí, 2007).

Pravidelná hygienická starostlivosť je dôležitým faktorom aj pri prevencii vzniku preležanín (dekubitov). Preležaniny sú rany na koži a podkožných tkanivách spôsobené dlhodobým zvýšeným tlakom na miesta tela dotýkajúce sa podložky. Ich výskyt u starších postihnutých je vysoký. Súvisí so zníženou pohyblivosťou a ďalšími rizikovými faktormi, napr. samovoľným odchodom moču a stolice. Na vzniku preležanín majú podiel tiež utlmujúce lieky. Spiaci alebo apatický pacient spontánne nemení polohu. Nevyžaduje pomoc po zacítení bolesti.

Základom prevencie vzniku preležanín je skoré rozpoznanie rizikového pacienta, ktorému treba venovať väčšiu pozornosť. Bez zníženia miestneho tlaku je iný

preventívny i liečebný zásah neúčinný. Polohovanie je bežný spôsob prevencie preležanín. Kladie vysoké nároky na ošetrojúceho (sila, empatia, zodpovednosť) i postihnutého (bolesť, budenie v noci). Pamätajme na to, že každý, teda i chorý človek sa cíti lepšie, keď je čistý a upravený (Zanetti a kol., 2010).

Obliekanie je tiež každodennou potrebou človeka. Strata tejto schopnosti prináša človeku okrem závislosti od iných aj pocit zúfalstva, odkázanosti a depresiu (Novotná a kol., 2008). Základným pravidlom starostlivosti o postihnutého je odmietnuť prehnajú pomoc. Ak ho nepovzbudíme, aby si denné úkony robil sám, rýchlo ich stratí. Tie stratené už potom viac nezíska.

Približne v 2. až 3. roku postihnutia začne mať ťažkosti s výberom oblečenia a správnym postupom pri obliekaní. Spôsobuje to zhoršenie pamäti, ale i neschopnosť zvládať činnosti vyžadujúce presnosť (zaväzovanie šnúrok, kravaty, zapínanie gombíkov). V niektorých prípadoch si prestane uvedomovať nutnosť pravidelne sa prezliekať a meniť si bielizeň. Môže sa stať, že sa objaví nevhodne oblečený na verejnosti.

Ak sa postihnutý ešte vie obliecť sám, je dobré zostať v jeho blízkosti, možno mu bude treba pripomenúť niektorú časť odevu, ktorú si má vziať. Skriňu plnú oblečenia treba vytriediť. Veľa vecí chorého zbytočne mátie. Keď si odev nevie vybrať sám, pomôžme mu pripraviť jednotlivé súčasti v poradí, v akom nasledujú. Ak si niektorú časť odevu oblečie zle, taktne zakročme a pomôžme mu obliecť sa správne.

Pri veľkých ťažkostiach so zaväzovaním šnúrok je lepšie kúpiť topánky so zapínaním na suchý zips. Obuv by mala mať protišmykovú gumenú podrážku. Je dôležité sa snažiť chorému obliekanie a vyzliekanie zmeniť na zábavné cvičenie či hru. Upravený a udržiavaný zovňajšok zvyšuje dôstojnosť chorého (Zanetti a kol., 2010).

3.2 Stravovanie a výživa pacienta s Alzheimerovou chorobou

Pacienti s Alzheimerovou chorobou nepotrebujú žiadnu špeciálnu diétu. Ich strava však má byť pestrá a dostatočne vyvážená na potrebné živiny. Má byť bohatá hlavne na ľahko stráviteľné bielkoviny. Dôležitý je dostatok vlákniny a tekutín pre správnu činnosť čriev a pravidelnosť vyprázdňovania. Ak má chorý nadmernú chuť k

jedlu, potrebné je obmedziť prístup k potrave s vysokým obsahom tukov a cukrov. Naopak, ak chudne, dohliadať na to, aby jedol dostatočne a pravidelne (Alzheimerova choroba – Ako ju zvládnuť v domácom prostredí, 2007).

Príjem potravy sa vzhľadom k postupnej strate sebestačnosti stáva čoraz ťažší. Pacient môže mať problémy s prehĺtaním potravy a tekutín, niekedy stráca záujem o jedlo, pretože sa necíti dobre. Pri prijímaní potravy by mal zostať samostatný čo najdlhšie. Aj v prípade zhoršenia schopnosti samostatného príjmu jedla udržiavame túto schopnosť čo najdlhšie používaním kompenzačných pomôcok – slamky, protišmykové podložky pod nádoby a poháre, používanie plastových nádob, lebo sú ľahšie, servírovanie jedla a nápojov stabilne na to isté miesto, nakrájanie jedla na menšie kúsky, ak pacient nedokáže jesť príborom, môže jesť aj rukami, neskôr v pokročilejšom štádiu je vhodná strava mletá alebo mixovaná. Pamätajme na to, že chorý nemusí byť schopný rozlišovať studené a horúce a môže si preto popáliť ústa horúcim jedlom alebo nápojom. Nezabúdajme tiež na potrebu hydratácie, pretože pacient často nedokáže definovať pocit smädu (Novotná a kol., 2008).

Niektorí jedinci majú vyššiu energetickú spotrebu než zdraví jedinci. I pri normálnej strave chudnú. Vtedy je potrebné poradiť sa s lekárom o možnostiach tzv. doplnkovej výživy, ktoré sa dajú kúpiť v lekárni. Ide o prípravky vzhľadom podobné detským mliečnym koktailom. Ich výživová hodnota zodpovedá výdatnému jedlu. Pokiaľ problémy s prehĺtaním znemožňujú zdravé a bezpečné stravovanie, je potrebné poradiť sa s lekárom.

Ak chorý už nie je schopný potravu sám požiť a prehltnúť, hrozí nebezpečenstvo aspiračnej pneumónie. Môže sa stať, že kúsok potravy prejde namiesto do pažeráka priedušnicou až do pľúc a vznikne zápal pľúc. Preto treba uvažovať o výžive sondou (Alzheimerova choroba – Ako ju zvládnuť v domácom prostredí, 2007).

3.3 Starostlivosť o vyprázdňovanie pacienta s Alzheimerovou chorobou

Osobitnú pozornosť u pacienta s degeneratívnym ochorením treba venovať inkontinencii. Objavuje sa už v strednom štádiu Alzheimerovej choroby. Inkontinenciou

trpí asi 40 až 60% chodiacich dementných pacientov. Každý problém s inkontinenciou si vyžaduje dôkladné lekárske vyšetrenie zamerané na vylúčenie a odstránenie liečiteľných príčin. Ak sa u pacienta nezistí nijaká organická príčina, dôležité je zaviesť stály rozvrh vyprázdňovania a použiť opatrenia na zvládnutie inkontinencie (zberné pomôcky, ochranný odev), ktoré minimalizujú zahanbenie pacienta (Huňavá, Koňošová, 2008).

Dementným pacientom uniká moč ešte pred príchodom na toaletu. Preto musia mať k dispozícii nočníky a ľahko snímateľný odev (tzv. suché zipsy). Neraz v nervozite nedokážu nájsť cestu na WC. Pomôžu im výrazné, farebné, dobre rozlíšiteľné znaky. Pri trvalej inkontinencii treba pacienta pravidelne, každé 2 až 3 hodiny vodiť na toaletu. Najmä ráno, pred spaním a raz počas noci. Uľahčením je použitie nočníka a večerné obmedzenie príjmu tekutín.

Treba oddialiť zavedenie trvalého katétra. Ohrozuje pacienta infekciou a negatívne vplyva na jeho psychiku. Do úvahy prichádza v ťažkých, nevládnuteľných prípadoch. Pri pretrvávajúcich problémoch s inkontinenciou je možné použiť hygienické pomôcky vhodné pri inkontinencii dospelých (vločky, plienky). Vločky spočiatku len na niekoľko hodín denne sú vhodným postupným prechodom na trvalý stav plienkových nohavičiek.

Hygienické pomôcky je možné získať na predpis u obvodného lekára na doporučenie geriatra, urológa, neurológa. Avšak skorá diagnostika i správny prístup dokážu znížiť záťaž pacienta, výkon opatrujúcich, ako aj nevyhnutné náklady (Zanetti a kol., 2010).

3.4 Komunikácia s chorým

Komunikácia je vo všeobecnej rovine definovaná ako odovzdávanie a vzájomná výmena informácií. Odovzdávanie a výmena informácií medzi ľuďmi je proces, ktorý sa realizuje a šíri prostredníctvom jazykových, ale aj nejazykových signálov, spôsobov a prostriedkov (Sidorová, Jakubíková, 2003).

Ľudia dokážu zdieľať svoje skúsenosti, pocity, túžby a myšlienky hovoreným i písaným slovom. Komunikácia nám dáva pocit spojenia s druhými. Pri demencií

schopnosť zdieľať skúsenosti s druhými postupne mizne. Pacient s demenciou Alzheimerovho typu dokáže stále menej s druhými normálne rozprávať. Stojí ho oveľa viac úsilia, keď má druhým jasne vysvetliť, čo cíti alebo potrebuje.

Zároveň musí vyvíjať stále väčšie úsilie, aby pochopil, čo sa druhí snažia objasniť jemu. Pri normálnom rozhovore medzi dvoma ľuďmi do neho obaja prispievajú viac-menej rovnako. Táto rovnováha však chýba, keď sa snažíme komunikovať s pacientom s demenciou. Musíme do toho investovať omnoho viac energie. Čím pokročilejšia je demencia, tým viac energie bude potrebné vynaložiť pri komunikácii (Buijssen, 2006).

K nadviazaniu a udržaniu efektívnej komunikácie s osobou postihnutou kognitívnou poruchou je potrebné sa riadiť štyrmi princípmi:

- osoba s kognitívnou poruchou má potrebu zvláštnej komunikácie, ktorá je dôsledkom jej emocionálnych závislostí, neschopnosti robiť ústupky a prispôbovať sa,
- zodpovednosť za to, aby táto osoba rozumela a bolo porozumené jej, leží na opatrovateľovi,
- najdôležitejšou úlohou je nastoliť a podporovať partnerstvo, vzájomnú úctu a dôveru,
- osoba, s ktorou pracujeme, má skutočnú poruchu komunikácie. Aj keď nie je v našich silách zariadiť, aby porucha zmizla, môžeme použiť k prekonávaniu špecifických problémov účinné stratégie.

Tieto princípy sú kľúčové pre všetky aspekty starostlivosti o človeka s demenciou (Zgola, 2003). Reč sa v rannom štádiu Alzheimerovej choroby začína zhoršovať, takže konverzácia s chorým môže byť ťažšia. Občas je pre neho problém nájsť správne slovo, ako vysloviť svoje pocity. Je dôležité sa s chorým naučiť komunikovať – pokojne, jemne, pomaly, vecne, s uvoľneným správaním, ktoré sa tak bude prenášať aj na chorého. Hovoriť pozitívne, vyhýbať sa hrubým výrazom či príkazom. Snažiť sa neskákať chorému do reči a nedokončovať za neho vety, môže to byť pre neho ponižujúce. Dať mu čas na vyjadrenie, získať spätnú väzbu a hľadať reakcie vo výrazoch tela a tváre.

Postupujúcou progresiou ochorenia klesá schopnosť postihnutého komunikovať a dochádza k rôznym nedorozumeniam. Pacient býva rozčúlený či

podráždený, pretože nerozumie všetkému, čo sa od neho vyžaduje. Môže byť frustrovaný aj tým, že nie je schopný vyjadriť svoje myšlienky tak, aby mu ostatní rozumeli. Niektorí chorí môžu opakovať stále dookola rovnaké zvuky či vety, alebo vkladajú do viet nevhodné slová.

Je niekedy ťažké odhadnúť, ako ďaleko je chorý človek schopný ešte chápať, to však neznamená, že nerozumie našim ukľudňujúcim slovám, i keď na ne nereaguje. Môže rozpoznávať postoje alebo pohyby. Je potrebné hľadať iné spôsoby dorozumievania, a to s využitím všetkých zmyslov (Callone a kol., 2008).

Ako pomôcka pri komunikácii s chorým s Alzheimerovou chorobou môže rodine pomôcť nasledujúce **desatoro komunikácie**:

1. Pri komunikácii obmedziť rušivé a rozptyľujúce vplyvy prostredia, uistiť sa, že pacient dobre počuje.
2. Usilovať sa o pokojné správanie a pozitívny výraz, obmedziť prudké pohyby, vždy zostávať v zornom poli pacienta a dôsledne rešpektovať fenomén spomalenia.
3. Rozprávať zrozumiteľne, pomaly a v krátkych vetách.
4. Pri rozhovore sa vyhýbať odborným výrazom, žargónom, používať výrazy pacientovi známe a primerané.
5. Aktívne nadväzovať a udržiavať očný kontakt a priebežne overovať, či pacient našim informáciám správne rozumel.
6. Využívať non-verbálnu komunikáciu, mimiku, dotyk.
7. Dať jasne najavo, keď odchádzame.
8. Nepodceňovať pacienta, neobmedzovať komunikáciu, ale prispôbiť ju jeho schopnostiam.
9. Aktívne chrániť dôstojnosť pacienta, posilňovať jeho autonómiu a možnosť rozhodovať o sebe, brániť poníženiu, nehovoriť o ňom, ako by nevnímal.
10. Pri komunikácii posilňovať orientáciu pacienta osobou, miestom i časom, oslovovať ho dôstojne menom alebo tak, ako si to sám praje (Kalvach a kol., 2008).

Niektoré príklady toho, čo je a čo nie je vhodné pri ľuďoch s Alzheimerovou chorobou povedať, či urobiť:

Čomu je dobré sa vyhnúť:

- Nepýtať sa ich, čo mali na obed, koľko je hodín.
- Nepýtať sa ich, čo všetko v ten deň robili.
- Nepýtať sa ich, kde si kúpili oblečenie, ktoré majú na sebe.
- Nepýtať sa ich na meno osoby, ktorá sedí vedľa nich.
- Nevnášať do konverzácie mená ďalších ľudí bez toho, aby sa vysvetlilo, o koho ide.
- Nepovedať: „Pred chvíľou si mi o tom hovoril“. „Už o tom viem“. „Práve som ti to vysvetlil“.

Čo je vhodné povedať alebo urobiť:

- Povedať: „Ďakujem, že si mi o tom povedal“.
- „Som rád, že ťa vidím“.
- „Veľmi rád sa s tebou rozprávam“.
- Nájsť nejakú spoločnú tému.
- Povedať: „Zaujímalo by ťa, čo sa tam deje? Podme to zistiť“.
- Byť trpezlivý.
- Byť úprimný, pretože oni vycítia, ak nie sme.
- Dovoľiť im pohostiť nás.
- Dovoľiť im byť rodičom – dávať nám inštrukcie, rady.
- Dovoľiť im hovoriť o svojej profesii.
- Vážiť si ich pre ich poznanie, múdrosť a rozhodnutia.
- Poďakovať im za rady, názory a láskavosť.

Keby sme to zhrnuli, je dobré nesprávať sa k nim povýšenecky, ani ich ponižovať. Je potrebné správať sa k nim tak, ako by sme chceli, aby sa iní správali k nám (Strauss, 2011).

3.5 Starostlivosť o pacienta s kognitívnymi poruchami a poruchami správania

Alzheimerovu chorobu charakterizujú poruchy pamäti a iných intelektových funkcií, ku ktorým sa vždy za rozličných okolností pridruží široká paleta ďalších príznakov, definovaných ako poruchy správania, či psychické príznaky. Poruchy správania sú klinickým problémom, nie vždy ľahko zvládnuteľným. Predstavujú stres a záťaž pre členov rodiny. Navyše vedú k definitívnemu zhoršeniu už predtým narušeného stupňa samostatnosti postihnutého v bežnom živote. Nepokoj sa objavuje u 24 až 61 % chorých s Alzheimerovou chorobou, agresivita u 21 %, bezcieľne blúdenie u 26 %, delíria u 30 až 50 %, porucha spánku u 50 %, depresia u 40 až 50 % chorých (Zanetti a kol., 2010).

Samotná demencia predstavuje obrovskú záťaž pre pacientov, ich rodiny a pre celú spoločnosť. Súčasný výskyt demencie a depresie zvyšuje riziko mortality a disability a vedie k zvýšenému využívaniu zdravotníckych služieb. Ukazuje sa, že anamnéza depresie zvyšuje riziko vzniku demencie. Pritom len 1 – 3 % depresí v starobe sa diagnostikujú a liečia a len 30 % i menej % pacientov s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou sa lieči na depresiu (Vavrušová a kol., 2008).

Ďalšie príznaky, ktoré sa netýkajú kognitívnych funkcií, zahŕňajú zmeny osobnosti, stravovania, halucinácie, zhoršenie stavu zmätenosti vo večerných hodinách, neprimerané reakcie. Môže sa zjaviť podozrievavosť, apatia vedúca až k mutizmu, neúčelné opakovanie činnosti, užívanie nadávok, odmietanie pomoci, schovávanie vecí, chorobná zamestnanosť. Delíria sú veľmi časté v počiatočnom štádiu a počas prvého roku ochorenia. Postihnutý je presvedčený, že ho niekto okradol, žiarli, alebo sa cíti byť prenasledovaný.

Na rozdiel od porúch pamäti sú poruchy správania často liečiteľné. Je veľa liekov na ovplyvnenie nespavosti alebo deliriantných stavov. Neraz sa však zmiernia, či dokonca doznejú v prítomnosti blízkej osoby, ktorá dá chorému pocit istoty.

Častým príznakom demencie je tiež dezorientácia a blúdenie. Dezorientáciu často sprevádza zmätenosť. Chorý skôr stratí orientáciu v čase, až neskôr v mieste. Nedokáže sa zorientovať ani vo vlastnom byte, nevie nájsť cestu do kúpeľne, do kuchyne. Pomôžu mu na viditeľnom mieste rozostavané pomôcky, dávajúce základné

informácie o čase (kalendár, hodiny), o mieste (označenie izieb), o ľuďoch z blízkosti a programe (fotografie, informačná tabuľa o tom, čo treba robiť).

Veľmi sa osvedčuje už po prebudení pripomenúť postihnutému základné skutočnosti. Ak sa neustále pýta na to isté, odpovedať trpezlivo. Čím je pacient informovanejší, tým menej sa bude opakovane pýtať. Ak chorý býva agresívny, musíme k nemu pristupovať čo najpokojenejšie. Komunikovať s ním zdvorilo a usilovať sa rozptýliť jeho obavy. Nemá význam s postihnutým o ťažkostiach diskutovať. Nie je nahneváný, agresívny voči komusi, kto mu chce pomôcť, ale preto, že trpí ochorením, je zmätený, stresovaný situáciami, ktoré nechápe a nedokáže zvládnuť.

Častými príznakmi Alzheimerovej choroby sú tiež bezcieľne blúdenie a nespavosť. Ak postihnutý blúdi po byte v noci, môže to znamenať, že nie je dost unavený. Je potrebné hľadať spôsob ako zvýšiť jeho dennú fyzickú aktivitu a nedovoliť mu spať počas dňa. Nočné blúdenie a nespavosť sú závažné poruchy správania, ktoré nadmerne vyčerpávajú rodinu postihnutého (Zanetti a kol., 2010).

3.6 Starostlivosť o denný režim chorého s Alzheimerovou chorobou

Väčšina pacientov žije doma po najdlhšie obdobie svojej choroby. Na začiatku ochorenia sú schopní byť aktívni v rámci denných povinností, vykonávať bežné domáce práce alebo sebaobslužné činnosti, mať svoje záľuby. Po určitom čase však už potrebujú pomoc pri organizovaní dňa aj denných aktivít. Opatrovatelia často vynechávajú pacienta z bežných povinností a snažia sa urobiť všetko sami s úmyslom, že tak urobia všetko lepšie a rýchlejšie. Postarajú sa sami o nákupy, sami uvaria a sami dajú do poriadku domácnosť, zredukujú návštevy, aby sa nemuseli v spoločnosti hanbiť za chorého a podobne.

Denný režim je však vhodná aktivizácia chorého, ktorý prirodzene podporuje jeho mozgovú činnosť a udržiava jeho schopnosť sebaobsluhy. Prílišným ochranným postojom voči pacientovi a jeho nečinnosťou, negovaním predchádzajúcich záľub vlastne podporujeme zabúdanie a stratu dosiahnutých schopností. Dodržiavanie denného režimu predstavuje neustále prispôbovanie, pružné reagovanie a hľadanie vhodných aktivít.

Je potrebné vychádzať z toho, aké zručnosti a fyzické schopnosti chorý ešte stále má, čo mu robí radosť, aj z jeho predchádzajúcich záľub a pôvodného povolania (Alzheimerova choroba – Ako ju zvládnuť v domácom prostredí, 2007).

Pacienti s Alzheimerovou chorobou majú veľkú potrebu poriadku, pravidelnosti a odpočinku. Je potrebné sa snažiť túto potrebu uspokojovať čo najviac a zaviesť každodennú rutinu: vstávanie, umývanie a obliekanie, raňajky, nákup, káva, odpočinok, drobné práce v dome, obed, prechádzka, krátky spánok, čaj, príprava jedla, večera, odpočinok, spánok (Buijssen, 2006).

Pri starostlivosti o ľudí s Alzheimerovou chorobou pravdepodobne neexistuje cennejší prostriedok ako zmysluplná aktivita. Ak je využívaná dobre, dokáže pozdvihnúť človeka na duchu a rozptýliť depresiu. Môže znížiť nervozitu a nepokoj. Programy aktivít sú pre chorého rovnako podstatné ako fyzická starostlivosť a výživa.

Program aktivít neznamená len zaneprázdniť ľudí, aby boli zaistené všetky prvky základnej starostlivosti. Ide o celkový proces, v ktorom je chorému poskytnutá príležitosť žiť spôsobom, ktorý mu vyhovuje najlepšie a pokračovať v tom, čo je dôležité pre jeho pocit istoty, výkonnosti, sociálneho začlenenia a vlastnej hodnoty. Takýto program musí byť prevádzaný rozvážne a rozumne. Opatrovatelia by mali poznať hodnotu a význam programu. Mali by byť oboznámení a vyškolení v technikách zamestnávania chorého (Zgola, 2003).

K všeobecným zásadám zamestnávania chorých patrí: podporovanie samostatného rozhodovania seniora, dodržiavanie bezpečnosti seniora, dodržiavanie bezpečnosti zo strany opatrovateľa, rešpektovanie želania seniora v súlade s podmienkami (Krišková, 2010). Aktivizačný program pre pacienta s Alzheimerovou chorobou predstavuje zvyčajne drobné úlohy, ktoré pacientov prirodzeným spôsobom nútia vyvíjať činnosť, a tým aj udržiavať vlastné schopnosti.

Pre človeka s Alzheimerovou chorobou je pri dennej aktivizácii dôležité, aby režim dňa bol stály. Časté zmeny počas dňa môžu viesť k stavom dezorientácie. Stereotyp prináša pacientovi pocit istoty, že vie, čo bude nasledovať. Večer sa treba pokúsiť s pacientom zhrnúť, čo celý deň robil, čo príjemné zažil, čo ho najviac zaujalo. Zmysluplná činnosť musí spĺňať rôzne kritériá: musí byť dobrovoľná, príjemná,

spoločensky prijateľná, musí mať jasný cieľ a nesmie viesť k neúspechu (www.alzheimer.sk).

Pri týchto činnostiach by mal opatrovatel' prevziať iniciatívu, naplánovať činnosť na dobu, kedy má postihnutý najviac energie, obmedziť hluk a rozptýlenie, vyberať činnosti, ktoré sú vhodné pre dospelých, dávať prednosť činnostiam, ktoré pacient rád robil aj v minulosti, napomôcť chorému rozdeliť činnosť do jednoduchých krokov, vyhýbať sa činnostiam, ktoré vyžadujú rozhodovanie. Ak bude mať rodina na pamäti tieto podmienky, môže pacient s Alzheimerovou chorobou v závislosti na fáze ochorenia vykonávať nasledujúce činnosti:

- domáce práce: utierať prach, vysávať, zmetať, ukladať bielizeň, prestierať stôl, leštiť nábytok, polievať kvety,
- práce vonku: okopávať, pracovať v záhrade, sadiť kvety, vytrhávať burinu, kosiť trávnik, - ručné práce: vyšívajú, navliekať korále, hrať stolné hry, maľovať,
- počúvanie hudby: počúvať vážnu hudbu alebo obľúbené piesne, sledovať alebo navštevovať vhodné koncerty,
- spomienky: pozeráť si albumy s fotografiami, spoločne sledovať rodinné filmy a videá,
- voľný čas: ísť na prechádzku, tancovať na obľúbenú hudbu, navštevovať miestne akcie, knižnice a reštaurácie, sledovať filmy, skladať jednoduché puzzle, cvičiť jednoduché cviky, starať sa o domáce zvieratko (Buijssen, 2006).

Okrem vyššie spomenutých nefarmakologických metód, s pomocou ktorých dokážeme spomaliť priebeh ochorenia, má tiež nenahraditeľnú úlohu u pacientov tréning pamäti. Vedecké poznatky o ľudskom mozgu zdôrazňujú, že cvičenie pamäti u starších a starých osôb má dobrý vplyv na ich udržanie v čo najdlhšej sebestačnosti v každodennom živote.

Tréning pamäti pre seniorov by sa mal uskutočňovať pod vedením kvalifikovaného trénera pamäti, ktorý organizuje oprávnená inštitúcia (Nadácia MEMORY). Je určený pre pacientov v zdravotníckej a sociálnej starostlivosti, s poruchami komunikácie a kooperácie, so strednými poruchami pamäti, zmiešanými demenciami, Alzheimerovou chorobou a iné. Ide o vzdelávací program komplexného

charakteru, zameraný na aktivizáciu rozumových schopností, cieľom ktorých je udržať si dobrú pamäť aj vo vyššom veku, dosiahnuť zdravé sebavedomie a dostatočný stupeň nezávislosti v každodennom živote.

Hlavným cieľom tréningu pamäti je vytvoriť návyky a potreby starať sa o vlastnú pamäť, pravidelne aktivizovať a cvičiť svoje mentálne schopnosti, a tak vytvárať podmienky pre dobré fungovanie pamäti aj vo vyššom veku. Dôležitý je primeraný výber tém a hier tak, aby chorý využíval viaceré zmysly. Mení sa spôsob podávania informácií. Atmosféra by mala byť príjemná, nesmie chýbať dobrá nálada a povzbudenie. Každé stretnutie má vopred určený cieľ, tému a k nim prislúchajúce cvičenia. Využívajú sa pracovné listy, ktoré sú súčasťou pracovného materiálu.

Každý tréning by mal začať uvoľňovacím pohybovým cvičením a rozohrievacím cvičením. Hlavné cvičenie už pozostáva z náročnejších úloh s využitím vlastnej fantázie, kreativity a improvizácie. Nasleduje cvičenie koncentrácie a nácvik štruktúry a selekcie pamäti. Hlavný dôraz sa vždy kladie na verbálny prejav, hovorenie a používanie slov. Ohlasy na takéto praktické cvičenia sú vždy veľmi pozitívne ako u seniorov, tak aj u ich príbuzných (Slížová, 2006).

3.7 Bezpečnosť a úprava prostredia v domácnosti

Strata pamäti a zmätenosť chorého vyžadujú určité zmeny prostredia, v ktorom žije. Zhoršenie koordinácie pohybov zvyšuje riziko úrazu. Dôležité je odstrániť zbytočné zdroje nebezpečenstva, a tak predchádzať nehodám. Zmeny však treba robiť postupne a len také, ktoré sú nevyhnutné, aby sa známe prostredie nestalo odrazu pre chorého cudzím.

Je prezieravé dodržiavať prehľadnosť a pravidelnosť v odkladaní drobných vecí, napr. okuliarov, ktoré by mali byť vždy len na jednom mieste. Kľúče a hlavne doklady a šperky je potrebné dať na bezpečné miesto, kde ich chorý nenájde, pretože ich ľahko môže odložiť tak, že bude problém ich nájsť. Poriadok a čistota vo veciach predchádzajú stresom z neustáleho hľadania. Úpravu prostredia podmieňujú povahové poruchy a charakter porúch správania sa chorého.

„**OZNAM**“ alebo 5 pravidiel pre tých, ktorí chcú blízkemu skutočne pomôcť:

1. Odstrániť všetko, čo ohrozuje jeho bezpečnosť.
2. Zariadiť jednoducho, predmetmi s ľahkou obsluhou.
3. Nemeniť zažitú polohu zariadenia a doplnkov.
4. Aplikovať označenie miestností a dôležitých trás.
5. Mať zabezpečené primerané osvetlenie, ticho a klud (Zanetti a kol., 2010).

Je potrebné zabezpečiť predovšetkým vlastnú ochranu postihnutého, napríklad zakrytím plynových horákov, krytím na nepoužívaných elektrických zásuvkách, uzamknutím liekov a nebezpečných predmetov, rozmiestnením nábytku tak, aby umožňoval blúdenie dookola, uzavretím miestností nebezpečných pre blúdenie, upevnením šmykajúcich sa kobercov k podlahe, nočným osvetlením chodby a podobne (Dugasová, 2008).

Ďalšími pomôckami sú kalendáre, hodiny, vlastná fotografia pripevnená na dverách jeho izby, dverové alarmy, ktoré upozorňujú, že chorý opustil miestnosť, kamuflované východové dvere, žltý pás na dverách miestností, do ktorej by nemal vstupovať. Kúpeľňa býva tiež miestom častých pádov. Je potrebné odstrániť z podlahy koberčeky, sprchovací kút doplniť protišmykovou podložkou, namontovať držadlá aj na WC, odstrániť z dverí zámok. Ak sú v dome či v byte schody, je vhodné ich zabezpečiť protisklzovým materiálom, nainštalovať zábradlie, natrieť prvý a posledný schod odlišnou farbou.

Zopár rád na zariadenie izieb, v ktorých sa pohybuje chorý:

OBÝVACIA IZBA

- na nábytku mať čo najmenej voľne položených predmetov,
- predmety denného užívania dať vždy na rovnaké miesto,
- odstrániť zdroje hluku, TV a rádio púšťať ticho, využitie muzikoterapie,
- podlahu farebne odlíšiť od stien, radšej bez vzorov,
- koberce odstrániť, alebo ich upevniť o podlahu,
- doplniť vhodné osvetlenie, osobitne bezpečnostné na noc,
- zo schodov a zábradlí odstrániť prekážky,

- všetky všeobecne nebezpečné predmety (ostré, ťažké, elektrospotrebiče) odstrániť z dosahu postihnutého,
- chemikálie, náterové hmoty, horľaviny a lieky uschovávať zamknuté,
- namontovať bezpečnostné zámky, aby postihnutý nemohol odísť, ale ani sa osamote zavrieť.

KUCHYŇA

- plynový horák po použití vždy bezpečne uzavrieť,
- detergenty na umývanie riadu uložiť na bezpečné miesto,
- kuchynské náradie (nože) upratať na bezpečné miesto.

SPÁLŇA

- odložiť predmety, ktoré sa denne nepoužívajú,
- pripraviť odevy len na príslušný deň,
- do stredu miestnosti (strop) upevniť dobré osvetľovacie teleso a osobitnú lampu dať na nočný stolík,
- odstrániť koberce okolo lôžka, zaistiť voľný a bezpečný priechod (napr. do WC).

KÚPEĽŇA A WC

- vyložiť iba predmety, ktoré sa denne používajú, naoko bezpečné veci (zubná kefka, pasta) môže postihnutý použiť nevhodne (spôsobia pád),
- ak zrkadlo postihnutého rozčul'uje, zakrývať ho,
- lieky, prostriedky hygieny a kozmetiky odstrániť z dosahu,
- namontovať viacero vhodných umiestnených držiadiel,
- na noc zapínať tzv. nočné svetlo (orientačné).

Zmyslom zásahu do prostredia je pomôcť chorému kompenzovať jeho funkčné obmedzenia, zvládať niektoré poruchy správania a zorientovať ho v priestore. Je potrebné si však uvedomiť, že všetky riziká niekedy nejde odstrániť (Zanetti a kol., 2010).

Inštitúcie poskytujúce informácie o Alzheimerovej chorobe:

Slovenská Alzheimerova spoločnosť – občianske združenie na pomoc ľuďom s Alzheimerovou chorobou združuje občanov, ktorých sa ochorenie bytostne dotýka, ich opatrovateľov, ako aj odborníkov z radov lekárov, psychológov, pedagógov, profesionálnych opatrovateľov a pracovníkov v oblasti výskumu a dobrovoľníkov. Organizuje podporné skupiny príbuzných a opatrovateľov a vyvíja snahu o presadzovanie práv a potrieb dotknutých osôb. Bezplatná telefónna linka funguje každú stredu od 17.00 do 20.00 hod. a poskytuje informácie o ochorení, poradenstvo, pomoc pri riešení problémov, o nových formách opatrovania a ponuke služieb pre chorých a ich príbuzných.

Nadácia MEMORY od roku 1994 podporuje riešenie problematiky Alzheimerovej choroby na Slovensku. Zhromažďuje finančné prostriedky na podporu projektov, je zakladateľom Centra MEMORY.

Centrum MEMORY, nezisková organizácia, bolo otvorené v máji 2002. Je prvým preventívnym, diagnostickým, aktivačným, vzdelávacím centrom a špecializovaným zariadením pre ľudí s poruchami pamäti a Alzheimerovou chorobou na Slovensku. Poskytuje profesionálnu starostlivosť ľuďom s poruchami pamäti a ich rodinám prostredníctvom špecializovaného programu diagnostikovania a terapeutických služieb (psychiatrická ambulancia s celoslovenskou pôsobnosťou, ambulancia liečebného pedagóga), dennej starostlivosti a aktivizácie vzdelávania rodín i profesionálov, ako aj preventívne aktivity širokej verejnosti.

Centrum MEMORY je spoločným pracoviskom Slovenskej akadémie vied – Neuroimunologického ústavu Slovenskej akadémie vied. Toto pracovisko je zamerané na zisťovanie porúch DNA, ktoré vedú ku kognitívnym poruchám, a zúčastňuje sa na vývoji nových diagnostických a liečebných postupov. 1. januára 2006 bolo Centrum MEMORY vyhlásené Slovenskou akadémiou vied za súčasť Centra excelentnosti pre Alzheimerovu chorobu a pridružené neurodegeneratívne ochorenia, čím sa zaradilo medzi prestížne pracoviská podporujúce vedu a výskum na Slovensku a v zahraničí.

MEMORY DAY – podujatie je organizované dňa 21. septembra pri príležitosti Svetového dňa Alzheimerovej choroby, ktorý je od roku 1994 vyhlásený Svetovou zdravotníckou organizáciou za Svetový deň Alzheimerovej choroby. Posolstvom tohto

podujatia je upozorniť širokú verejnosť na fakt, že medzi nami žije vyše 50 000 ľudí postihnutých rôznymi štádiami Alzheimerovej choroby.

Títo ľudia potrebujú včasnú diagnostiku, liečbu a starostlivosť, ale hlavne pochopenie a vnímanie ich problému celou spoločnosťou. Vďaka tomu sa môžu stať mnohé chvíle ich života a života ich rodín radostnejšími. Cieľom podujatia je tiež poukázať na možnosť prevencie problémov s pamäťou aktívnou starostlivosťou o vlastnú pamäť (Skokňová, 2007).

Labyrint duše – občianske združenie príbuzných, opatrovateľov a priateľov ľudí s demenciou.

Medzinárodné organizácie:

- **Česká Alzheimerovská společnost**
- **Alzheimer's Disease International**
- **Alzheimer Europe.**

ZÁVER

Alzheimerova choroba postihuje psychiku, intelekt človeka, okráda ho o verbálnu možnosť vyjadrenia svojho duševna. Podľa vedcov v nasledujúcich štyridsiatich rokoch môže dostať Alzheimerovu chorobu až 4 x viac ľudí ako dnes. Človek, u ktorého bola diagnostikovaná demencia, ostáva aj naďalej jedinečnou osobnosťou. Má najzákladnejšie právo byť prijímaný s dôstojnosťou a úctou.

Príbuzní, priatelia a známi, ktorí opatrujú človeka s demenciou, si zaslúžia obdiv, lebo táto starostlivosť nie je jednoduchá, naopak, má veľa bolestných a zložitých chvíľ, ktoré vplývajú na osobu chorú aj na opatrovateľa.

Najmä vtedy, keď ide o človeka blízkeho alebo rodinného príslušníka. V živote rodiny, žijúcej s chorým starým človekom, sa postupne vytvára určitá rovnováha, ktorá je však často sprevádzaná únavou a bolesťou. Najčastejšou príčinou narušenia tejto rovnováhy sú poruchy správania sa seniora, nespavosť a nočné blúdenie. Osobitný problém predstavuje fyzická, psychická a ekonomická záťaž opatrovateľov dementných pacientov, ktorí sú väčšinou rodinní príslušníci. Rodina disponuje vysokou kompetenciou a zodpovednosťou pri ochorení svojho člena.

Aby mohla rodina chorému človeku účinne pomôcť, musí byť dostatočne informovaná o všetkom, čo sa týka samotného ochorenia a musí nájsť podporu v úsilí o dobro seniora. Dôležitá je v tomto smere edukácia rodiny.

Preto by mali by opatrovatelia podporovaní nielen najbližšími osobami, ale aj širokou verejnosťou.

4 EMPIRICKÁ ČASŤ

Naša empirická časť sa zaoberá kvalitatívnym výskumom, ktorý je zameraný na rodinných príslušníkov pacientov s Alzheimerovou chorobou a samozrejme aj na samotných seniorov postihnutých touto formou demencie. Naším hlavným zámerom je vytvorenie takého edukačného programu, ktorý by pojednával nielen o Alzheimerovej chorobe v teoretickej rovine (vo forme prednášok), ale zároveň by umožnil prakticky si osvojiť pravidlá starostlivosti o takýchto pacientov (praktická časť programu).

Práca pojednáva nielen o AD a komunikácii, aj o emočnej podpore, možnostiach získať zručnosti a rozvíjať vlastné schopnosti smerom k zlepšeniu kvality života chorého v rodine, ale aj samotného opatrovateľa.

4.1 Úvod

Cieľom našej diplomovej práce je sprevádzať rodiny pacientov, ktorým bola diagnostikovaná AD na zložitej ceste opatrovania. Za týmto účelom sme sa pokúsili o vytvorenie edukačného programu, ktorý by komplexne pojal problematiku starostlivosti o pacientov s AD z rôznych perspektív.

Naša empirická časť vychádza z teoretickej časti, ktorá v prvej kapitole podrobnejšie rozoberá problematiku staroby a starnutia. Druhú kapitolu sme venovali AD – jej výskytu, etiopatológii, diagnostike, klinickému obrazu, následnej liečbe, ale i najnovším výskumom. Tretia kapitola sa zaoberá starostlivosťou o pacienta s AD v domácom prostredí, napr. jeho denný režim, osobná hygiena, stravovanie a výživu, komunikácia s chorými, pacienti s kognitívnymi poruchami a poruchami správania a v poslednej miere tak dôležitá bezpečnosť a úprava domáceho prostredia.

Z našich praktických skúseností vieme, že po odznení konečnej diagnózy – Alzheimerová choroba – je to väčšinou nielen pre seniora, ale aj pre jeho najbližších veľký šok. Väčšine z nás pojem Alzheimerová choroba nie je úplne neznámy, ale keď sa to týka osoby veľmi blízkej, chceme samozrejme o tejto diagnóze vedieť čo najviac...

A tu už hovoríme o prvom probléme, ktorý je potrebné vyriešiť. Pre časový deficit je takmer nemožné porozprávať sa o tejto chorobe so špecialistom – lekárom.

Rodinní príslušníci, ale aj samotní pacienti nachádzajúci sa v počiatočnom štádiu tohto ochorenia sú odkázaní na hľadanie informácií o tejto chorobe pomocou odbornej literatúry v knižniciach, internetu, svojich známych, prípadne hľadajú rodiny rovnako postihnuté touto diagnózou vo svojom blízkom okolí. Dostať sa ku komplexným informáciám je pre laikov veľmi ťažké.

Preto považujeme za potrebné pre takýchto občanov vytvoriť ponuku na absolvovanie edukačného programu, na ktorom by mali možnosť získať nielen základné poznatky o tejto chorobe, jej priebehu, diagnostike, terapii, ale aj o komplexnej starostlivosti o pacienta; typy, ako získať rôzne druhy pomoci pre rodinu a odporúčania, ako zvládnuť celkovú opateru čo najlepšie nielen pre pacienta, ale aj pre opatrovateľa – rodinného príslušníka.

Ešte pred vypracovaním nášho edukačného programu sme vykonali predvýskum, ktorý nám poskytol dôležité informácie o potrebách rodín s pacientom diagnostikovaným na AD.

Zisťovali sme, z akých zdrojov čerpali rodinní príslušníci poznatky o AD i opatrovaní, ich reakcie na možnosť absolvovania edukačného programu a čo by mal bezpodmienečne obsahovať, prípadne v akej oblasti by potrebovali najviac poradiť, čo robí rodinám najväčšie problémy.

Následne sme sa zaoberali tvorbou a realizáciou edukačného programu - našim výskumom.

Náš edukačný program sme rozdelili do dvoch častí – teoretickej a praktickej.

V rámci teoretickej etapy sme zorganizovali šesť stretnutí (od 8. 6. 2013 – do 21. 9. 2013), a to každú sobotu popoludní medzi 15 – 18 hod. v Bratislave – Petržalke na Vyšehradskej ulici, s možnosťou vziať so sebou aj seniora, o ktorého opateru bolo tiež postarané.

Tieto stretnutia pozostávali zvyčajne z úvodu, prednášky na zvolenú tému, diskusie, praktických precvičovanií a záveru. Teoretická etapa nášho programu bola rozdelená do štyroch tématických oblastí (CNS, AD, rola opatrovateľa, starostlivosť). Každéj oblasti sme venovali štyri stretnutia (4 týždne), z toho posledný štvrtý týždeň bol zameraný na zopakovanie novonadobudnutých vedomostí či zručností danej tématickej oblasti.

Po absolvovaní teoretickej časti nášho programu nasledovala časť praktická – návšteva jednotlivých rodín v ich domácnostiach. Nakoľko sme sa už bližšie zoznámili s pacientmi v našom predvýskume, zamerali sme sa nielen na rozhovory s nimi, pokiaľ to štádium choroby dovoľovalo, ale aj na pomoc rodine v odstraňovaní prekážok v opatere, či už v rámci komunikácie, alebo vo forme úpravy, prispôsobenia obytných priestorov s dôrazom na bezpečnosť pacienta, alebo pomoc pri nácviku samoobslužných činností v rámci osobnej hygieny, obliekania, stravovania... Za veľmi dôležité považujeme aj zvládnutie správnej / vhodnej komunikačnej techniky vzhľadom na štádium choroby.

Z výskumných metód, na ktorých základe sme došli k našim výsledkom, sme použili rozhovor, zúčastnené pozorovanie, audiozáznamy a pod. V rámci edukácie v teoretickej časti programu sme najčastejšie využívali prednášky, diskusie, metódu hrania rolí, prípadové štúdie a i.

Ako najnáročnejšie sa v našej práci ukázal jej časový rozsah (od roku 2013 do februára 2015) a v neposlednej miere aj závislosť jej výsledkov od pravidelnej dochádzky účastníkov na jednotlivé stretnutia.

4.2 Teoretické východiská práce

21. storočie je typické zvyšovaním počtu seniorov nielen u nás v Európe, ale na celom svete. Jednou z dominantných príčin starnutia populácie je aj rýchly rozvoj vedy, techniky i samotnej medicíny. Demencia je jednou z najčastejších duševných chorôb v starobe, z toho demencia alzheimerového typu sa vyskytuje až v 60% zo všetkých demencií.

Starat' sa o seniora s AD, najmä v jej pokročilých štádiách je skutočne veľmi ťažká práca, ktorá je pre laika len s veľkou dávkou trpezlivosti, odvahy a sebaovládania zvládnuteľná. Títo rodinní príslušníci často nemajú predstavu, čo takého opatrovanie so sebou prináša. Nezriedka sú postavení pred hotovú vec – pacient je prepustený z nemocnice a oni musia urgentne riešiť nezávideniahodnú situáciu. Opatera takýchto seniorov je často nad rámec ich možností, či to už berieme z hľadiska vekovej stránky, keď sa jedná o opatrovateľa manžela / manželku pacienta v už pokročilom veku; alebo

naopak pracovne zaťažených detí (dcéry, syna) a podobne. Niektorí prevziať opatrovanie nemôžu, iní nechcú.

Na čo by sme ale nikdy nemali zabúdať - udržiavanie ľudskej dôstojnosti seniora postihnutého AD by malo byť v popredí záujmu nás všetkých.

Staroba ovplyvňuje človeka v celej jeho bio-psycho-sociálnej jednote a v prípade nástupu demencie nastáva nerovnováha vo všetkých týchto oblastiach. Z toho dôvodu je tak dôležitý interdisciplinárny prístup, ktorý však musí vychádzať z individuálnych potrieb pacienta.

Žilka (2009) považuje za charakteristický znak starnutia úbytok mozgovej hmoty, s čím súvisí aj úbytok synaptických spojení a bohato rozkonárených buniek.

Stuart-Hamilton (1999) je toho názoru, že starnutie prináša väčšiu múdrosť, ale menší dôvtip alebo bystrosť. Za základné úlohy geriatrickej 21. stor. považuje Hegy (2008) profylaxiu starnutia, včasnú diagnostiku osôb so zvýšeným rizikom predčasného starnutia, primárnu geriatrickú rehabilitáciu a sekundárnu rehabilitáciu chronicky chorých a možnosť poskytnutia dlhodobej a terminálnej starostlivosti.

Rodinné prostredie prispieva v optimálnom prípade k spomaleniu ochorenia, a tým aj k zvýšeniu kvality života pacienta s AD i jeho najbližších.

V ranných štádiách AD sa výrazne mení správanie, je ťažké si predstaviť, že nejde len o tvrdohlavosť, zaťatosť, či náladovosť seniora, ale o vážne ochorenie. Typickými prejavmi sú najmä poruchy pamäti.

S novou situáciou – ochorením na demenciu alzheimerového typu – sa musí rodina najskôr vyrovnáť. Nie je to však jednoduchý proces. Členovia rodiny potrebujú túto diagnózu „spracovať“, prekážkou sa často stáva predstava, že diagnóza je nezvratná, a sa stav bude neustále zhoršovať.

Zainteresovaní prechádzajú jednotlivými fázami prežívania ochorenia od šoku, popierania, cez hnev, vyjednávanie, depresiu až po jej akceptovanie a zmierenie (v ideálnom prípade) sa so situáciou. Ich postoj je ovplyvnený vekom, väzbou a vzťahom k postihnutému, ako aj životnými skúsenosťami, vlastnou osobnosťou, informovanosťou a ďalšími faktormi.

AD ovplyvňuje nielen dospelých, ale aj mladších členov rodiny – deti i mládež, pre ktorých sú dominantným vzorom rodičia a vo vysokej miere ich zvládanie situácie ovplyvňuje vnímanie choroby deťmi. Pokiaľ nebudú schopní vybudovať si

pozitívny postoj k postihnutému seniorovi, stane sa pre nich choroba alebo staroba hrozbou.

Medzi dominantné faktory, ktoré veľmi negatívne ovplyvňujú opateru pacienta s AD v domácom prostredí a obmedzujú harmonické spolunažívanie členov rodiny, patria najmä stres, fyzická, psychická vyčerpanosť, syndróm vyhorenia, nedostatky v organizovaní chodu domácnosti i nejednota v postupoch pri opatrovaní chorého a pod.

Rodiny, ktoré nemajú dostatočné množstvo komplexných informácií, si často-krát nevedia poradiť v stresových situáciách. Preto je tak potrebná pomoc umožňujúca nadobudnúť teoretické i praktické poznatky, ovládať túto problematiku komplexne. Iba tak môžu problému porozumieť a kompetentne ho riešiť.

4.3 Vymedzenie výskumného cieľa

Z našich skúseností vieme, že o opateru seniorov postihnutých AD sa vo väčšine prípadov, najmä v začiatkových štádiách starajú rodinní príslušníci.

Pokiaľ sa v rodine nenachádza aspoň jeden člen so zdravotníckym vzdelaním, prechádza rodina na začiatku opatrovania veľmi ťažkým obdobím, kedy musí vyriešiť množstvo problémov. Možno povedať, že najbližší príbuzní nie sú vôbec pripravení na stres a záťaž, ktoré AD so sebou prináša.

V snahe zvýšiť účinnosť pomoci takýmto rodinám sme zostavili edukačný program, ktorý je charakterizovaný obsahovou pestrosťou (každé stretnutie rozoberá novú tému), ako aj rôznorodosťou didaktických foriem a metód. Stretnutia sa uskutočňovali pravidelne, 1 x za týždeň.

Naším zámerom bolo pozitívne ovplyvniť kvalitu života v rodine (nielen u pacienta postihnutého AD, ale aj celej rodiny vrátane jej ústredného opatrovateľa). Tento stav sme chceli dosiahnuť vypracovaním edukačného programu, ktorý by ponímal problematiku starostlivosti o pacienta s AD v domácom prostredí komplexne. Z týchto dôvodov sme si stanovili plán:

Predvýskum:

1, Analyzovať situáciu v rodinách s AD individuálnymi stretnutiami a touto formou podporiť vzťah spolupráce a dôvery.

2, Identifikovať postavenie jednotlivých členov rodiny, ich potreby, reakcie na prítomnosť chorého seniora, problémy s adaptáciou na novovzniknutú situáciu, prípadne zmeny v správaní. Zistiť, či existujú problémy s prijatím novej role (opatrovateľa / opatrovateľky).

3, Osloviť cieľovú skupinu (rodiny, ich ústredných opatrovateľov) o možnosti absolvovania edukačného programu, zistiť ich záujem. Aké témy / problémy v starostlivosti o pacienta považujú za najdôležitejšie, čo je potrebné aktuálne riešiť.

Samotný výskum:

4, Naštudovať domácu i zahraničnú literatúru s danou tematikou, zistiť najvhodnejšie formy práce so skupinou.

5, Vypracovať edukačný program pre rodiny opatrujúce príbuzných s AD, ktorý by ponímal túto problematiku komplexne (nielen teoretická časť, ale aj praktická)

6, Uskutočniť úvodné stretnutie s cieľovou skupinou, oboznámiť účastníkov s výskumným projektom.

7, Zorganizovať stretnutia v rámci edukačného programu, priebežne zaznamenať, čo sa v skupine odohráva. Uplatňovať metódu pozorovania účastníkov. Každé stretnutie kvalitatívne analyzovať a vyhodnotiť.

8, Na základe novozískaných poznatkov vyhotoviť závery o dopade edukačného programu na kvalitu života rodiny s pacientom s AD (počas individuálnych stretnutí rozhovormi s opatrovateľmi v ich domácom prostredí).

4.4 Otázky a hypotézy

V našom **predvýskume** sme si položili tieto základné otázky:

1, Majú rodinní príslušníci dostatok poznatkov o AD a opatrovaní a akým spôsobom ich získali?

2, Mali by záujem o absolvovanie edukačného programu?

3, Ako zmenil príchod pacienta do rodiny ich spoločný život?

4, Čo spôsobuje pri opatrovaní najväčšie problémy?

5, Sú schopní vyhľadať adekvátnu formu pomoci, keď je to potrebné?

6, V akých oblastiach v rámci starostlivosti o pacienta pociťujú najväčší deficit, čo by radi zmenili?

Formulovanie výskumných otázok vychádzalo nielen z našich skúseností, získaných za posledných deväť rokov praxe so seniormi a ich rodinami i profesionálnymi opatrovateľmi, ale samozrejme aj z cieľov a plánov výskumu.

Vo **vlastnom výskume** sme sa zamerali na tieto výskumné otázky:

- 1, Bude mať edukačný program pozitívny dopad na kvalitu života rodiny?
- 2, Umožnia novonadobudnuté zručnosti z edukačného programu opatrovateľom lepšie zvládať problematické situácie v opatrovaní?
- 3, Aká metodika práce s cieľovou skupinou bude v rámci programu najefektívnejšia?
- 4, Budú sa vyskytovať špeciálne problémy počas stretnutí?
- 5, Je nami zvolené časové obdobie primerané k plánovanému rozsahu edukačného programu?

Z týchto otázok sme hľadaním na predpokladané odpovede vytvorili nasledovné hypotézy:

Hypotéza č. 1: Absolvovanie edukačného programu má pozitívny dopad na kvalitu života rodiny.

Hypotéza č. 2: Novonadobudnuté zručnosti umožnia opatrovateľom lepšie zvládať problematické situácie v starostlivosti o seniora.

Hypotéza č. 3: Najefektívnejšia práca s cieľovou skupinou v rámci programu je vo dvojiciach.

Hypotéza č. 4: Počas stretnutí sa vyskytnú problémy s dochádzkou účastníkov programu.

Hypotéza č. 5: Štvormesačné časové obdobie je primerané vzhľadom k plánovanému rozsahu poznatkov.

4.5 Výskumná vzorka

Predvýskum:

Podmienkami zaradenia do našej skúmanej vzorky boli:

- vek rodinného príslušníka - 18 rokov a viac,
- bývanie seniora v spoločnej domácnosti,
- príbuzenský vzťah medzi seniorom a opatrovateľom,

- hlavná osoba v domácnosti zabezpečujúca opateru pacienta,
- zachovanie anonymity a podpísaný súhlas s predvýskumom.

Výber skúmanej vzorky bol zámerný, nášho predvýskumu sa zúčastnilo dvanásť rodín, ktoré mali v opatere pacienta s AD. Kontakty na jednotlivé rodiny sme získali z našej súkromnej databázy klientov, vytvorenej v predchádzajúcich rokoch pre potreby sprostredkovania zamestnania. Z dvadsaťpäť oslovených rodín dvanásť prejavilo záujem o náš projekt a následne sa nadviazala spolupráca. Vzorka pozostávala z deviatich žien a troch mužov.

Všetci zabezpečovali opateru svojho blízkeho príbuzného v rôznych štádiách demencie, veku, príbuzenského vzťahu a pohlavia.

Kvôli lepšej názornosti (prehľadnosti) uvádzame základné údaje v tabuľke

Tabuľka 1 – Základné údaje o opatrovateľoch a senioroch s AD v predvýskume

rodinný príslušník - opatrovateľ						pacient s AD					
meno	ž / m	vek	rodinný stav	vzdelanie / povolanie	aktuálny stav	meno	ž / m	vek	príbuzenský vzťah k opatrovateľovi	vek diagnostikovania AD	MMSE
Emília	ž	55	vydatá	VŠ-archivárka	nepracuje	Ján	m	59	manžel	57	20->15
Magda	ž	57	vdova	SŠsM-reepčná	dôchodkyňa	Anna	ž	84	priateľka-spolubývajúca	81	15->5
Pavol	m	76	ženatý	VŠ-architekt	dôchodca	Eva	ž	78	manželka	77	18->15
Tomáš	m	22	slobodný	VŠ-študent medicíny	prerušené štúdium	Tatiana	ž	57	matka	55,5	18
Marta	ž	67	vydatá	VŠ-tlmočníčka	dôchodkyňa	Vojtech	m	78	manžel	73	17
Anna	ž	48	slobodná	SŠsVL-opatrovateľka	nezamestnaná	Amália	ž	79	matka	76	20->16
Zuzana	ž	26	slobodná	SŠsM-učiteľka v MŠ	polovič. úväzok	Ondrej	m	61	strýko	58,5	19->14
Júlia	ž	59	vdova	SŠsVL-cukrárka	2x/týždeň	Sofia	ž	68	staršia sestra	65	18->14
Rudolf	m	49	rozvedený	SŠsM-podnikateľ	pracuje	Ľudmila	ž	74	matka	73	20->19
Jana	ž	23	slobodná	VŠ-dipl.zdr.sestra	polovič. úväzok	Margaréta	ž	72	babička	70,5	19->17
Petra	ž	47	vydatá	VŠ-pedagóg na gymnáziu	nepracuje	Karolína	ž	81	teta	79	17->15
Beáta	ž	34	vydatá	SŠ konzervatórium	mater. dovolenka	Jakub	m	88	prastarý otec	84	19->14

Zdroj: autor práce, 2015 (vlastný výskum)

(vrátane časového harmonogramu a jednotlivých tématických oblastí) a ponúkli im spoluprácu na našom výskume.

Na prvom stretnutí v júni 2013 sa zúčastnilo 17 osôb, na druhom 16, na treťom stretnutí 19 a na štvrtom opäť 16 účastníkov. Môžeme zhrnúť, že priemerná účasť v tématickej oblasti CNS bola 17 osôb (viď tabuľku 2). Podmienkou zaradenia do vyhodnotenia výskumu bola minimálne 75%-ná účasť na stretnutiach nášho programu, okrem toho musel mať každý z týchto účastníkov podpísaný informovaný súhlas a absolvovaný rozhovor.

Postupne však prichádzali na stretnutia aj noví záujemcovia, ktorých sme už nemohli zaradiť do našej výskumnej vzorky (či už pre nepravidelnú, skôr sporadickú dochádzku, alebo neskorý nástup).

Priemerná účasť v jednotlivých tématických oblastiach bola 17, 19, 16, 20 účastníkov. Za najnavštevovanejšie patrili oblasti starostlivosti (priemerne 20 účastníkov) a Alzheimerovej choroby (priemerne 19), najmenej prítomných bolo v oblasti venovanej opatrovateľom – priemerne 16 účastníkov. Niektorí sa zúčastnili len obmedzeného počtu stretnutí (menej ako 3). Priemerne sa každého stretnutia zúčastnilo 18 ľudí. Boli rozdielneho veku – 22-76, ženy aj muži, rozdielneho vzdelania, príbuzenského vzťahu k pacientovi, aktuálneho zamestnania.

Tabuľka 2 – Priemerná účasť rodinných príslušníkov na stretnutiach

stretnutie	dátum	oblasť	počet účastníkov	priemerný počet účastníkov v jednotlivých oblastiach
1	jún 2013	CNS	17	17
2	jún 2013		16	
3	jún 2013		19	
4	jún 2013		16	
5	júl 2013	AD	18	19
6	júl 2013		21	
7	júl 2013		17	
8	júl 2013		20	
9	august 2013	opatrovateľ	19	16
10	august 2013		15	
11	august 2013		14	
12	august 2013		16	
13	september 2013	starostlivosť	23	20
14	september 2013		18	
15	september 2013		19	
16	september 2013		20	

Celková priemerná účasť v rámci programu – 18 účastníkov / stretnutie.

Informácie, potrebné do kazuistík sme získali priamo od našich šiestich vyselektovaných účastníkov programu. Popri osobnej a rodinnej anamnéze pacientov s AD a ich opatrovateľov sme sa zamerali aj na prejavy AD, diagnostiku, terapiu, progresiu choroby, ale i problémy v starostlivosti o pacienta a podobne.

Následne uvádzame jednotlivé kazuistiky:

Kazuistika 1 / demencia pri Alzheimerovej chorobe so skorým začiatkom

Obrázok 5: Pán Ján



Zdroj: Monika Doľacká

Pán Ján má 59 rokov, je 30 rokov šťastne ženatý, nepodarilo sa im však s manželkou mať deti, takže žijú jeden pre druhého. Jeho manželka, pani Emília má 55 rokov. Je to žienka strednej postavy s veselými očami a optimistickým úsmevom. Donedávna pracovala v mestskej knižnici ako archivárka.

Práce sa vzdala, keď sa manželov zdravotný stav zhoršil natoľko, že nemohol zostať doma sám. Keďže ho oddane miluje a okrem neho nemá nikoho blízkeho, zanechanie zamestnania nepociťovala ako obeť. Keď si všimla prvé príznaky manželovej choroby, skrslo v nej podozrenie na Alzheimerovu chorobu a ešte počas

práce v knižnici sa snažila získať maximum dostupných informácií o tejto diagnóze, no nie je si celkom istá, ako by si mala zorganizovať život s touto chorobou.

Pán Ján počas doterajšieho života vážnejšie chorý nebol, nelieči sa na žiadne ochorenie, iba asi pred 2 rokmi bol u lekára vyšetrovaný pre podozrenie z boreliózy po uštipnutí kliešťom so sporným výsledkom, krvné odbery boli opakovane negatívne, aj keď vtedajší klinický obraz pacienta bol typický pre toto ochorenie. Po tomto vyšetrení bol neurológom odporúčaný na psychiatrické vyšetrenie, kde mu po opakovanom vyšetrení bola diagnostikovaná Alzheimerova choroba G 30.0. Výskyt psychiatrického ochorenia v rodine užšej aj širšej pán Ján neudáva.

V detstve prekonal žltáčku, ovčie kiahne a bežné detské ochorenia. Ján sa v mladosti vyučil za sústružníka kovov a celý život pracoval v odbore, avšak už rok je v invalidnom dôchodku. S Emíliou žijú v domčeku, chovajú doma sliepky a zajace. Ráno aj poobede si vždy spoločne vypijú kávu, alkohol pije príležitostne, nefajčí. Rodičia mu nežijú, mama zomrela na cievnu mozgovú príhodu a otec na infarkt, obaja mali problémy s vysokým tlakom, liečili sa na cukrovku. Ich spolužitie manželka zatiaľ hodnotí ako harmonické.

Emília sa obáva, ako bude zvládať stav, keď choroba postúpi a celkom zmení jej manžela. Privítala by pomoc v podobe opatrovateľa, no keďže sú s manželom sami, podujala sa na túto úlohu sama a má odhodlanie plniť ju svedomito a najlepšie ako bude vedieť. Zatiaľ sa pani Emília nestretla s vážnejšími prekážkami, no obáva sa nehôd a úrazov, ktoré manželovi hrozia, keďže sa strácajú jeho motorické a kognitívne funkcie. Uvedomuje si riziko pri vykonávaní bežných činností v domácnosti a chcela by ho minimalizovať. V ideálnom prípade by rada nechala renovovať ich domček, aby sa stal bezbariérovým prostredím pre jej manžela.

Hoci Alzheimerova choroba postihla len pána Jána, výrazne zmenila životy oboch manželov. Pani Emília dala výpoveď z práce, obmedzila svoje voľnočasové aktivity a koníčky. Prišla takmer o všetky kontakty s priateľkami a bývalými kolegyňami. Bez toho, aby si to uvedomovala, stala sa viac úzkostlivou, dúfa však, že ak získa o vhodnej starostlivosti čo najviac informácií, stane sa svojmu manželovi kvalifikovanejšou opatrovateľkou.

Pani Emília absolvovala s manželom všetky lekárske vyšetrenia. Pri prvom vyšetrení bolo u pacienta zistené, že má už asi 2 roky problémy s pamäťou

a vyjadrovaním svojich myšlienok. Stále udáva, že vo väčšine situácií chce niečo povedať, ale nemôže nájsť tie správne slová, ktoré by vyjadrili danú myšlienku, alebo tie slová vysloviť. Pri písaní si všimol, že robí gramatické chyby, nevie sa rozhodnúť, kde napísať ypsilon a kde mäkké i, zabúda dávať dĺžne, mäčkene, čiarky, veľké písmená na začiatku mien a viet a vynecháva písmená.

V tejto dobe chodil pacient ešte riadne do práce, pracoval na sústruhu, tam však žiadne ťažkosti nevnímal, ani nepociťoval. Kolegovia udávajú, že už dlhší čas má problémy s komunikáciou a vyjadrovaním, v minulosti bol veselým a spoločenským človekom, ktorý bol medzi kolegami obľúbený aj pre jeho humor a nekonečnú znalosť najlepších vtipov, teraz je utiahnutejší a rozpráva, iba keď to vyžaduje situácia a je to nevyhnutné.

Manželke doma pomáha, vysáva, umýva riady, zavárali spolu, avšak aj ona si všimla, že menej rozpráva a že po rokoch nevie, kde odložiť niektorý riad. Už viackrát sa preto aj pohádali, zo začiatku si myslela, že ju tým chce pobaviť, či trochu nahnevať, po čase si však začala uvedomovať, že to manžel nerobí naschvál. Náladu ma podľa neho dobrú, podľa okolia sa dost' zmenil.

Spí tiež dobre, chutí mu jesť, váhu si drží, neschudol ani nepribral. Necíti sa unavený, hlava ho nebolí, ani sa mu netočí, šum ani piskot v ušiach nepočuje. Pri cielených otázkach na pamäť pomenoval pacient iba niekoľko európskych štátov a ich hlavných miest, vedel však základné údaje zo svojho života a života s manželkou, ako dátum jeho narodenia, dátum ich spoločnej svadby, taktiež dátumy oboch svetových vojen. Dokázal správne určiť rozdiel medzi pojmami vražda a zabitie, klamstvo a pravda, ale nedokázal vnímať rozdiel medzi ponáhľať sa a utekať. Pri testovaní dosiahol v MMSE teste skóre 20 bodov.

Krátko nato bol pacient vyšetrený pomocou počítačovej tomografie (CT) mozgu natívne aj s aplikáciou kontrastnej látky. Na CT boli prítomné známky incipientnej atrofie mozgu. Klinický neurologický nález bol bez prítomnosti lateralizácie, bez cerebrálnych prejavov a bez známok radikulárnej lézie. Pacient následne absolvoval psychologické vyšetrenie, kde pri vyšetovaní verbálneho IQ získal 88 bodov, performačného IQ získal 89 bodov a pri vyšetovaní deteriorácie 7 až 10 bodov. Pri vyšetrení pamäte, pozornosti a sústredenia boli výkony pacienta veľmi slabé. Záver

psychologického vyšetrenia poukazoval na kognitívny deficit a poškodenie kapacity pamäte.

Pacientovi bola zahájená liečba Piracetamom v dávkach do 1600 miligramov, podaná séria desiatich injekcií vitamínu B1. Pacient odmietal pracovnú neschopnosť, keďže v práci problémy nemal a dané kvóty spĺňal. Po časovom úseku pol roka bez zjavného zhoršenia sa u pacienta vyskytlo náhle zhoršenie vyjadrovacích schopností a MMSE kleslo na 18 bodov. Z liečby bol pacientovi vysadený Piracetam a bol naordinovaný Donepezil 5 miligramov denne. Vzhľadom na doplatok za liek nechcel pacient dávku navyšovať. Začal sa racionálnejšie stravovať, do stravy zaradil hlavne množstvo zeleniny a ovocia. Stav pacienta sa mierne zlepšil, stále chodil do práce, prácu so sústruhom plne zvládal.

Za ďalší polrok nebolo už možné u pacienta riskovať zranenie na sústruhu, aj sám pacient uznal, že už nemá dobrý pracovný výkon a robí pri práci chyby. Bol uznaný práce neschopným, neskôr mu bol priznaný invalidný dôchodok, ako už bolo uvedené vyššie. Opäť urobený MMSE test, kde vykazoval 17 bodov. Opätovne bolo urobené vyšetrenie magnetickou rezonanciou, kde bola zistená difúzna atrofia mozgu aj mozočka (v 58-rokoch veku pacienta).

V priebehu liečenia sa psychiatricka pacientovi pokúsila zmeniť Donepezil na Galantamín alebo Rivastigmín, vždy však bez úspechu. Po niekoľkých dňoch užívania daných liekov pacient vyjadril pranie vrátiť sa k Donepezilu, avšak pri svojich vyjadrovacích ťažkostiach nebol schopný vysvetliť, prečo sa pri užívaní týchto liekov necíti dobre a ako nedobre sa cíti. Naznačoval iba, že Donepezil je pre neho najvhodnejší a že akýkoľvek iný liek mu nerobí dobre.

Najvýznamnejším príznakom u pacienta bola jeho artikulácia. Pacient rozumel hovorenému aj čítanému slovu, ale jeho schopnosť hovoriť a písať sa stále zhoršovala. Počas ďalších mesiacov došlo k takému zhoršeniu stavu, že pacient nedokázal už skoro vôbec súvisle hovoriť, len sem tam vyslovil nejaké slovo a snažil sa dorozumieť ukazovaním. V rámci liečby bola zvýšená dávka Donepezilu na 10 miligramov denne, pacient v tejto chvíli súhlasil už aj s doplatkom, považoval to za nevyhnutný krok v jeho liečbe. Pacientovi boli opäť aplikované série injekcií s magnéziom a tiamínom. Zastaviť zhoršovanie stavu sa však u pacienta nepodarilo.

Vyššiu dávku Donezepilu nebolo možné podať, pretože sa u pacienta objavoval tras rúk ako vedľajší účinok užívania. Pacient začal doma zabúdať vypínať vriacu vodu, svetlo, plyn, zabúdal zamknúť, nevedel kde položil veci a akú aktivitu vykonával pred 10 minútami. Stratil schopnosť vykonávať všetky činnosti, ktoré v domácnosti ovládal. Gombíky na košeli si dokázal zapnúť iba s pomocou, sám iba na krivo, stratil schopnosť zaviazať si šnúrky na topánkach. Zabudol tancovať, čo skôr robieval veľmi rád, s manželkou chodili tancovať veľmi často celých 30 rokov. Časom začal byť veľmi závislý na manželke, doma nechcel zostávať sám. Tak isto sa stalo, že v čakárni sa s pacientom stretol jeho bývalý kolega z práce, ktorý sprevádzal iného pacienta. Zveril sa nám, že bol vzhľadom pacienta veľmi prekvapený a že ho pacient nepoznal, zatiaľ čo predtým to býval veľmi spoločenský a kamarátsky kolega a výborný odborník.

Pacient mal veľké šťastie, že mal pri sebe nesmierne obetavú a chápacú manželku. Tá dokonca dala výpoveď vo svojom zamestnaní, aby sa mu mohla viac venovať a byť s ním, dávať na neho pozor, chodiť s ním na prechádzky a precvičovať s ním rôzne schopnosti. Pacient takisto najmenej jedenkrát týždenne chodil do psychiatrickej ambulancie k cvičeniu kognitívnych funkcií. Odmietal čokoľvek kresliť, ale sám od seba chcel cvičiť písmo a slovnú zásobu.

Zo začiatku rád opisoval text zo zábavnej knižky a sledoval, koľko opísal. Neskôr už opisovanie odmietal a prosil si len „niečo ľahšie“ na cvičenie. Pacient teda dostával úlohy typu vymenovávanie slov začínajúcich na nejaké písmeno, alebo vymenovával kvetiny, stromy, športy, štáty, ženské a mužské mená a podobne. Po 45 minútach bol dosť unavený, ale nesťažoval sa na žiadne telesné ťažkosti, napríklad na bolesti hlavy. Skóre MMSE po dva a pol roku opäť kleslo (15 bodov).

Záver

Pacient je príkladom Alzheimerovej choroby so skorým začiatkom. Ochorenie sa vyvíjalo pozvoľna a nenápadne a začalo približne v 55 - tich rokoch veku pacienta. Behom troch rokov toto ochorenie pacienta invalidizovalo a premenilo ho zo spoločenského a pracovitého muža a špičkového sústružníka kovov v jedinca, ktorý sa len ťažko dohovoria s okolím, a bez pomoci manželky by sa o seba staral len s veľkými ťažkosťami.

U tohto pacienta boli v popredí poruchy pamäti a reči. Behom ďalšieho roka a pol Alzheimerova choroba devastovala naďalej osobnosť pacienta, ktorý bol následne celkom závislý na starostlivosti manželky. Pacient bol liečený Donepezilom, ktorý sa ukázal ako liek prvej voľby v dávke maximálne 10 miligramov na deň. Pacient tak isto užíval vitamíny a dochádzal na rehabilitačné cvičenia kognitívnych funkcií.

Kazuistika 2 / demencia pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom

Obrázok: 6: Pani Anna



Zdroj: Monika Doľacká

Pani Anna má 84 rokov, 13 rokov je vdovou, s manželom prežili spolu viac ako 50 šťastných rokov, no ich manželstvo zostalo bezdetné. Až do odchodu do starobného dôchodku pracovala ako kreslička v továrni, prácu si robila poctivo a svedomito, kolegyně ju mali veľmi rady. Anna žije v dvojizbovom byte, spoločnosť jej robí kocúr Murko. Strava starej pani je skôr jednoduchá, obľubuje múčne jedlá a jedlá zo zemiakov. V minulosti obľúbená a spoločenská žena sa aj pod vplyvom choroby zmenila na nervóznú, mrzutú a neprístupnú.

Obaja rodičia jej zomreli na rakovinu, sestra zomrela na infarkt myokardu, brat bol zdravý, zomrel na starobu. Keď mala pacientka 60 rokov, bol jej vyoperovaný benígny tukový nádor na lýtku, lieči sa na cukrovku 2. typu a užíva Gliclazid, v detstve prekonala len bežné detské ochorenia, inak vážne chorá nebola. Pacientka pije kávu 2 krát denne, každé ráno vypije pol štamperlíka slivovice. Počas života fajčila asi 15 rokov.

Pani Magda je Annina suseda. Má 57 rokov a je tiež vdova. Veľa rokov pracovala v hoteli ako recepčná. Ich priateľstvo je dlhoročné. Ženy sa spoznali krátko po tom, ako sa pani Magda a jej manžel prisťahovali do obytného domu. Anna, vtedy ešte plne sebestačná, aktívna žena, občas postrážila deti mladšej susede, dala dobrú radu, či nápad do domácnosti. Ich vzájomný vzťah bol otvorený, pozitívny, priateľský a obojstranne vyhovujúci. Toto puto sa ešte posilnilo, keď sa stala pani Anna vdovou. Magda svoju staršiu priateľku utešovala a snažila sa priviesť ju na iné myšlienky. Trávili spolu množstvo času a tak svojou pozornosťou zapĺňala Magda prázdne miesto blízkej osoby. Neskôr o manžela prišla aj pani Magda a Anna sa jej snažila pomoc rovnako vrátiť. Tento osud ženy natoľko zblížil, že si boli navzájom ako sestry. Keď deti p. Magdy dospeli a následne si založili vlastné rodiny, presťahovala sa Magda k Anne. Dvojizbový byt im plne vyhovoval.

Bola to práve pani Magda, ktorá si prvá všimla zmeny v správaní a zvykoch svojej priateľky. Zdalo sa jej podozrivé, ako sa Anne zhoršila pamäť, nepamätala si základné informácie, ako dátum narodenia, či dátum svadby. Približne po 6 - 7 mesiacoch sa príznaky začali postupne zhoršovať, nevedela čo je za deň, nenavariť si, doma nezvládala základné domáce práce, nepamätala si, na čom sa dohodla predchádzajúci deň, začala jesť len veľmi malé porcie. Nevedela trafiť do bytu, ani do bytu príbuzných, ktorý bol vzdialený asi 500 metrov.

Do psychiatrickej ambulancie prišla pacientka na odporúčanie pani Magdy, ktorá bola z médií oboznámená so základnými informáciami o Alzheimerovej chorobe a u priateľky spozorovala podobné ťažkosti.

Pri prvej návšteve v ambulancii bol u pacientky zistený objektívny nález: pacientka sama pri vyšetrení nevedela dátum daného dňa, ani mesiac, ani rok, ani ročné obdobie. V teste MMSE nebola schopná viackrát odčítať 7 od 100, len 93 a nespomenula si na žiadne z troch opakovaných slov. Celkové skóre MMSE testu bolo

15 bodov. U pacientky nebola zistená prítomnosť halucinácii ani bludov. Pacientka udávala značnú únavu a cítila sa emočne otupená. Z rozhovoru s pacientkynou priateľkou bolo zistené, že pacientka prestala komunikovať s okolím, začala uprednostňovať samotu. U pacientky bola diagnostikovaná diagnóza demencie u Alzheimerovej choroby s neskorým začiatkom, F00.1, G30.1.

Bola zahájená liečba Galantamínom 8 miligramov denne. Po 14 - tich dňoch prišla pacientka s opatrovatelkou a obe udávali viditeľné zlepšenie. Pacientka znášala lieky bez problémov, mala väčšiu chuť niečo podniknúť, dokonca poupratovala celý byt. Bola nielen veselšia, ale mala i pocit, že jej to lepšie myslí. Po troch mesiacoch bolo síce skóre MMSE testu stále 15 bodov, ale správanie pacientky bolo oveľa lepšie. Pamätala si, aký je deň, na akej adrese býva, a ako sa dostať k priateľke Magde. Sama si šla nakúpiť do samoobsluhy, varila a zvládala základné domáce práce. Pani Magda bola rada, že sa priateľke darí, a vzala si za svoje, že bude Annu opatrovať. Dojíjala ju jej opustenosť a plne si uvedomovala, že stará priateľka je na nej závislá.

Napriek tomu, že sa Magda snažila tráviť s Annou všetok svoj voľný čas, chcela zároveň udržať v primeranej kondícii aj vlastné sociálne väzby. Svoju energiu delila medzi opatrovateľské povinnosti, starostlivosť o domácnosť, svoje koníčky a vlastnú rodinu. Práve tu nastal problém. Magda obmedzila návštevy u dcér, menej často sa vídávala s vnúčatami, opakovane odkladala spoločné vychádzky, odmietla účasť na školskom vystúpení a to všetko naštrbilo vzájomné vzťahy s dcérami. Zhoršila sa komunikácia s inými priateľkami, ich rozhovory sa stávali čoraz viac formálne a vytratila sa z nich srdečnosť. Postupne si tieto dôsledky Magda začala uvedomovať a bola z toho nešťastná.

Pokúsila sa zaviesť Anne pevný režim, aby si vytvorila priestor aj pre uspokojenie vlastných potrieb, čo chvíľu fungovalo, no nastala zima a na pani Annu padol útlm. Prestala mať záujem o väčšinu vecí, chodila skoro spať. Budila sa po polnoci, potom ešte zaspala a spala do 6. hodiny rána. Prestala čítať noviny, nepočúva správy v rádiu a nezaujímal ju ani televízia. Po tomto zhoršení sa Magda začala obávať, že úlohu opatrovateľky nezvláda. Pokúsila sa vyhľadať si podrobnejšie informácie o opatrovaní pacienta s diagnózou AD a keď získala komplexnejší pohľad na možnosti liečby a prognózu, uvedomila si, že je úloha nad jej sily. O svojich

pochybnostiach sa veľa rozprávala s dcérami, no nevedela spraviť rozhodnutie, ktoré by situáciu vyriešilo.

Anna sa stávala čoraz viac depresívna a negatívne reagovala aj na podnety, ktoré jej Magda ponúkala. Pani Anna veľmi zle znášala aj krátku samotu a preto sa pani Magda rozhodla umiestniť priateľku do domova dôchodcov. Po nástupe do domova začala u pacientky choroba rýchle gradovať.

Anna začala trpieť depresívnymi stavmi, prejavovala stále viac a viac nevôľu k akejkoľvek činnosti a celkovú apatiu. Ak sa aj zapojila do nejakej činnosti, po malej chvíli bola nespokojná, nervózna a nechcela viac zotrvať v skupine. Vzhľadom k tomu a k únave, na ktorú sa často sťažovala, sa postupom času stále menej zúčastňovala nielen voľno-časových aktivít, ale aj kultúrnych podujatí usporiadaných domovom dôchodcov. Pacientke bola upravená medikácia, Galantamín 12 miligramov ráno a Citalopram 20 miligramov ráno.

Vinou nedoslýchavosti nemala Anna dostatok podnetov ku komunikácii, sama ju nevyhľadávala. Pani Magda spolupracovala veľmi dobre a priateľku navštevovala niekoľkokrát v týždni. Snažila sa, ako len vedela spestriť Anne stereotyp. Brávala ju vonku na prechádzky, či do kaviarne a snažila sa s ňou komunikovať o veciach, ktoré sa diali, avšak pani Anna na tieto informácie skoro vôbec nereagovala.

Komunikácia s opatrovateľmi bola sťažená dezorientáciou pacientky, pacientka trpela celkovými problémami, najviac s denným harmonogramom. Anna vo väčšine situácií nespupracovala – nerozumela potrebe vykonávať jednotlivé úkony. Účinnjšie než snaha vysvetliť pacientke dôvody, prečo je úkon nutný, bolo pacientku previesť jednotlivými aktivitami, riadiť ju a byť jej nápomocný.

Bola snaha pacientke opakovane navýšiť alebo zmeniť danú liečbu, pacientka najprv odmietala akékoľvek zmeny, neskôr už nechcela užívať žiadnu liečbu. Štyri mesiace po nástupe do domova dôchodcov bol pacientke urobený test MMSE. Otázky boli pacientke davané hlasito – pani reagovala kývaním hlavy a opakovaním niektorých výrazov.

Zo spätnej väzby bolo však zjavné, že horšie rozumie obsahu jednotlivých slov a otázok. Otázky ohľadom orientácie zodpovedala len v jednom prípade (zeme, v ktorej žila). Prejavovala sa u nej taktiež pomerne veľká nesústredenosť, odbiehanie myšlienok. „Späť“ k testu sa pacientka vrátila po dotyku a naviazaní očného kontaktu.

Väčšina otázok s potrebou vlastnej intervencie bez možností viackanálových zdrojov informácií (hlavne zraku či hmatu), tj. odčítania, vybavovania si slov, nedokázala pacientka zodpovedať. V otázke zapamätania si bola pacientka schopná zapamätať všetky tri výrazy (lopata - šatka – váza) v krátkodobej pamäti, ale len mechanicky, nie logicky a bolo zrejmé, že pacientka nerozumela obsahu. V úlohách, ktoré poukazovali na konkrétne / prítomné veci bola pacientka úspešná (pri pomenovávaní predmetov, na ktoré sa ukázalo, získala pacientka 27 bodov, čítanie a plnenie príkazov – seniorka nahlas prečítala „Zavrite oči“ a pár sekúnd skutočne zavrela oči.). Celkovo pacientka dosiahla v teste 15 bodov, čo sa rovná demencii mierneho stupňa (druhému štádiu Alzheimerovej choroby).

Po 18 - tich mesiacoch bol pacientkou vyplňovaný ďalší test MMSE. Pacientka sa tento krát prejavovala silne dezorientovane, prechádzala sa po oddelení, ale nevedela, kam ide, odkiaľ, kde má svoju izbu. Viditeľná bola u nej aj dezorientácia v osobách a v čase. Pacientka bola uzavretá do seba, aj keď na pozitívnu výzvu reagovala prívetivo so slabou pozitívnou mimikou (hlavne v oblasti očí). Denné aktivity v domove dôchodcov celkom vynechávala, prevažovala v nej silná apatia a nechúť. V tomto období došlo u pacientky k ústupu schopnosti rozumieť hovorenému slovu, ak odpovedala, tak len v krátkych slovných spojeniach (zdĺhavo) a často nepriliehavo k hovorenej téme. Pacientka nebola pri teste schopná sama vymyslieť vetu.

V prípade bežnej komunikácie, ktorú horšie alebo vôbec nepočula, sa pacientka dostávala do stavu sčervenania, ešte väčšej uzavretosti až agresie s nevôľou akejkoľvek spolupráce. Pri starostlivosti o pacientku sa začali objavovať vulgárne slová mierené voči personálu. Na fyzický kontakt pacientka reagovala, ale podobne ako na verbálny skôr prekvapene a zdĺhavo s tým, že ak obsahu alebo výzve nerozumela, bola z toho nešťastná.

Zo skúseností bolo zjavné, že na pravidelný, opakujúci sa a svojím obsahom podobný kontakt (stimul) reagovala pozitívne a bola celkovo otvorejšia. Celkovo dosiahla pani Anna 5 bodov v MMSE teste, čo zodpovedalo demencii ťažkého stupňa (tretie štádium Alzheimerovej choroby).

Záver

Pacientka je príkladom demencie pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom (v osemdesiatich rokoch), aj keď čiastočný vplyv mohlo mať u pacientky aj

v anamnéze spomínané metabolické ochorenie (diabetes mellitus typu 2). Na prvé príznaky bola pacientka upozornená rodinnou známou, liečba bola zahájená ihneď. Psychické funkcie veľmi dobre reagovali už na malé dávky Galantamínu – 8 miligramov, ktoré však bolo s postupujúcim vývojom Alzheimerovej choroby nutné zvyšovať.

Psychopatologický obraz bol u pacientky kombinovaný s depresívnymi príznakmi, ktoré dočasne odznali po liečbe citalopramom, po vysadení liečby došlo taktiež k ich progresii. Stav pacientky kolísal vo väzbe na zimné obdobie a náročnosť fyzickej a psychickej námahy.

Najvýraznejšie zhoršenie stavu sa u pacientky objavilo po umiestnení do domova dôchodcov, kde následne pacientka začala odmietať liečbu, celkovo sa zhoršila a jej kognitívne funkcie a celkový fyzikálny obraz po 3 rokoch od diagnostikovania ochorenia odpovedajú tretiemu štádiu Alzheimerovej choroby, t.j. u pacientky sa rozvinula demencia ťažkého štádia.

Kazuistika 3 / demencia pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom

Obrázok 7: Pani Evka s manželom Pavlom



Zdroj: Monika Doľacká

Pani Eva je 78-ročná vydatá dôchodkyňa, ktorá žije s manželom Pavlom a dcérou. Má dve dcéry a tri vnúčatá. V minulosti zastávala post riaditeľky banky a má ukončené vysokoškolské vzdelanie v odbore ekonómia. V súčasnej dobe žije v byte so svojim manželom a jednou z dcér. 76-ročný manžel pani Evy je aktívny dôchodca, bývalý architekt, ktorý v minulosti veľa športoval, hádzanú hrával závodne, v súčasnosti je členom kolkového družstva. S Evou radi chodievali do divadla a veľa cestovali. Mali spoločnú záľubu v celoročnej turistike, radi chodievali na letné aj zimné dovolenky.

Rodičia pani Evy už nežijú, otec zomrel ešte počas vojny a mama na rakovinu pľúc. Matka bola podľa slov manžela pani Evy tuhá fajčiarka. Výskyt psychiatrického ochorenia v rodine nie je známy

V detstve, podľa slov pána Pavla – manžela, jeho manželka prekonala mums, ovčie kiahne a bežné detské ochorenia. Počas doterajšieho života vážnejšie chorá nebola a napriek pokročilému veku sa nelieči na žiadne ochorenia. Manžel udáva niekoľkodňovú hospitalizáciu v nemocnici, keď mala asi pred 5 rokmi fraktúru lebky po páde v kúpeľni. Podľa jeho slov to skončilo piatimi stehmi. Vyšetrenia CT boli ale negatívne, a tak ju po niekoľkých dňoch pozorovania pustili.

Druhú hospitalizáciu manžel udáva pred rokom, kedy začal u manželky pozorovať prvé príznaky poklesu pamäte a čoraz väčšie problémy pri rannej hygiene a sebaobsluže. Pani Eva akoby strácala záujem o seba i svoje okolie, čoraz častejšie nedbala na svoj zovňajšok, dokonca ignorovala neporiadok v domácnosti. Bolo náročné ponúkať jej pomoc, keďže si svoje nedostatky nechcela priznať. Manžel sa jej snažil byť nápomocný, no bol demotivovaný jej odmietavým postojom. Po hospitalizácii na oddelení neurológie bolo ošetrojúcim lekárom odporúčané psychiatrické vyšetrenie, ktoré potvrdilo Alzheimerovu chorobu G 30.0.

Pri vyšetrení manžel udáva, že od poslednej hospitalizácie sa manželkin stav rapídne zhoršil hlavne v oblasti pamäte a jednotlivých kognitívnych funkcií. Posledné tri mesiace sa ale čoraz častejšie dostáva do vzájomnej konfrontácie s Evou. Dokonca niekoľkokrát fyzicky napadla dcéru, ktorá sa ju snažila usmerňovať. Tieto prejavy správania sa objavujú v pravidelných periódach, najmä popoludní a počas večerov. Pánovi Pavlovi sa zdá byť manželka smutná až apatická a on cíti svoju bezmocnosť a beznádej. Na každodennú pomoc, ktorú si vyžadoval jej stav pri sebaobsluže, zostal

napokon sám, lebo dcéra sa nedokázala vyrovnáť s tým, ako mama chradne a odsťahovala sa z rodičovského bytu. Toto vážne narušilo vzájomný vzťah otca a mladšej dcéry, chorá pani Eva si dcérin odchod akoby nevšimla.

Najväčšiu prekážku v opatrovaní vidí pán Pavol v nedostatku informácií o vhodných postupoch v starostlivosti o pacienta postihnutého AD. Nikdy v podobnej situácii nebol a chýbajú mu teoretické aj praktické poznatky ako sa primerane starať o takto chorú manželku.

Pán Pavol by bez absolvovania nášho programu nedokázal zabezpečovať adekvátnu starostlivosť o manželku. Veľký prínos pre neho mali hlavne cvičenia na podporu vhodnej komunikácie, ktoré mu pomohli zvládať konfliktné situácie a stupňujúcu sa agresiu manželky, čo bol pre neho hlavný problém v opatere. Po získaní potrebných vedomostí a osvojení si príslušných zručností sa Pavol rozhodol opatrovať manželku v domácom prostredí, starať sa o ňu tak dlho, kým mu to jeho vlastný zdravotný stav bude dovoľovať. Tak zavrhol možnosť uložiť manželku do špeciálneho zdravotníckeho zariadenia.

V priebehu nasledujúceho pol roku sa samotná pani Eva sťažuje, že si nie je schopná zapamätať nové informácie a často nie je schopná odpovedať na jednoduché otázky, čo v nej nezriedka vyvoláva zmätenosť.

Počas psychiatrického vyšetrenia, pri cielených otázkach na pamäť pacientka nevedela povedať ani dátum, čas a ani miesto, kde sa práve nachádza. Vedela avšak základné údaje zo svojho života ako dátum narodenia, dátum svadby, i dátumy narodenia jej detí. Pri orientačnom testovaní dosiahla pani Eva v MMSE 18 bodov, čo vypovedá o oslabení jednotlivých kognitívnych funkcií.

Pri vyšetrení počítačovou tomografiou (CT) neboli prítomné žiadne zmeny s porovnaním výsledkov vyšetrení CT spred dvoch rokov a boli bez známok lézie. Obraz mozgu v tranverzálnej rovine ukazuje difúzne rozšírenie subarachnoidálnych priestorov s dilatáciou a elongáciou sulku vrátane Rollandovej brázdy. Rovnako negatívne boli fyzikálne vyšetrenia a krvné testy.

Pacientka následne absolvovala diferenciálne neuropsychologické vyšetrenie, ktoré bolo zamerané na funkčnosť jednotlivých kognitívnych funkcií. Pani Eva postupne absolvovala test obkresľovania a Bender-Gestalt test. Ide o metódy zhodnocujúce pomocou kresby úroveň senzomotorických schopností. Tieto metódy sú

založené na predpoklade, že schopnosť napodobniť určitý obrazec je závislá ako na zrelosti a dobrej funkcii príslušných mozgových centier, tak aj na skúsenostiach, ktoré probant s takou činnosťou má. Už pri prvých úlohách vykazovala pani Eva problémy.

Za účelom nastavenia liečby absolvovala pani Eva krátku hospitalizáciu na psychiatrickom oddelení, kde boli vykonané Wechsler memory test, ktorý poukázal na deficity v sluchovej, vizuálnej, pracovnej i bezprostrednej pamäti. Rovnako test poukázal na deficit v globálnych kognitívnych funkciách a vyseletoval psychiatrickú, vývinovú, či neurologickú povahu problému. Záver psychologického vyšetrenia teda poukazoval na kognitívny deficit a poškodenie jednotlivých exekutívnych funkcií a kapacity pamäte.

Pacientke bola nastavená zmena liečby, nakoľko zahájená liečba Razadynom 24 mg denne a Celocoxib 200 mg denne nebola účinná. Pre zhoršenie stavu boli vysadené spomínané lieky a naordinované Galantamín a Namenda. Rovnako bol naordinovaný na zlepšenie jej správania a nálady Lexapro 1 mg denne, liek na báze spätného vychytávania serotonínu. Je potrebné poznamenať, že Evine pocity bezútešnosti sa do dvoch týždňov vytratil a do šiestich týždňov sa zlepšila i nálada. Aj napriek antidepresívnej liečbe a vhodných ošetrovateľských intervenciách na správanie pani Eva stále vykazuje občasnú podráždenosť a nepokoj.

Pán Pavol udáva mierne zlepšenie, no je mu clivo za dobou, kedy bola manželka veselá a spoločenská osoba. Choroba úplne zrušila ich záľuby a spoločenský život. Pavol sa najprv snažil udržiavať vzťahy s priateľmi a myslel si, že tým zabezpečí manželkin sociálny kontakt, no po niekoľkých situáciách, keď Eva začala osočovať známym, túto svoju snahu vzdal, aby tak predchádzal nepríjemnostiam. Aj dlhoroční známi sa akosi sami stránili manželov, až zostal Pavol s manželkou izolovaný.

Rozptýlením im boli návštevy staršej dcéry s vnúčatami, no aj tu musel pán Pavol vynakladať značnú dávku úsilia a trpezlivosti, aby predchádzal konfliktom. Staršia dcéra otca podporovala, no pre vzdialenosť z domu a vlastnú vyťaženosť sa nemohla podieľať na opatere matky. Jedinou aktivitou sa pre Evu stali prechádzky s manželom, ktorý jej trezливо a s láskou pripomínal pekné zážitky zo spoločne prežitých rokov. Vtedy opätovala Eva manželovi náklonnosť a pôsobila pokojnejšie. Pre pána Pavla bolo najťažšie prijať to, ako choroba zmenila jeho manželku.

Po časovom odstupe 7 mesiacov bez zjavného zhoršenia sa u pani Evy vyskytlo náhle zhoršenie stavu a MMSE kleslo na 15 bodov. Skóre o 2-4 body v rozmedzí roka je pritom bežné pri Alzheimerovej chorobe bez používania medikamentóznej liečby. V dopytovaní vysvitlo, že pani Eva nebrala svoje lieky pravidelne, lebo jej po nich bývalo nevoľno. Znamky a príznaky nevoľnosti pritom nevedela opísať. Nakoľko známky nevoľnosti pozoroval aj ošetrojúci personál, bolo pozmenené dávkovanie liekov a poučili manžela pani Evy o dôsledkoch nebratia liečiv, ako aj o možnostiach doplnujúcich látok, ktoré sú potrebné vo väčšej miere pri tomto ochorení. Jedná sa pritom najmä o vitamín B1.

Po ďalšom mesiaci nastalo výrazné zlepšenie, pani Eva sa začala zaujímať o dianie a pravidelne sledovala televízne noviny. Rovnako prejavila záujem chodiť na prechádzky napr. po parku liečebne a neskôr i za jej brány. V rámci prechádzky ju ošetrovateľ zobral na nákup, ktorý zvládla bravúrne a dokonca nezabudla na žiadnu položku, ktorú mala kúpiť. Výsledky v MMSE sa dokonca zlepšili na 16 bodov. Po rozhovore s manželom vysvitlo, že počas svojich návštev v zdravotníckom zariadení dáva pravidelne pozor na dávkovanie liekov a či ich manželka vzala.

Manžel sa s pani Evou pravidelne zúčastňuje na hodinách EEG biofeedbacku. EEG biofeedback je vysoko špecifická metóda, ktorá umožňuje pani Eve autoreguláciu frekvencie elektrickej aktivity mozgu (mozgových vln) opakovaným tréningom, prostredníctvom špeciálneho počítačového programu. Vďaka prístrojovému vybaveniu mozog dostáva okamžitú, cieleňú a presnú informáciu o ladení svojich mozgových vln a pomocou tréningu sa môže naučiť, ako ich uviesť do súladu.

Stav sa takto udržoval až do leta, kedy prišlo nečakané úmrtie manžela, ktoré pani Evu veľmi rozrušilo. Okamžitým riešením situácie bolo umiestniť Evu do špeciálneho zdravotníckeho zariadenia. V čase nasledujúcich 3 týždňov výrazne schudla. Výrazne sa zhoršila pamäť i výsledky v MMSE na 13 bodov. Medikácia bola upravená, galantamín zvýšený o 6 mg denne. Nasledovalo mierne zlepšenie, ktoré zatiaľ trvá. Pani Eva zatiaľ žije v špeciálnom zdravotníckom zariadení, kde za ňou každý deň chodí dcéra i s vnúčatami. Sebaobsluhu a rannú hygienu by sama nezvládla, ale dcéra uvažuje, že odíde z práce a zoberie si ju k sebe domov. MMSE po dobu ďalších 3 mesiacov sa pohybovalo okolo 15, ale ako hovorí odborná literatúra, tieto výsledky vždy nekorelujú s praxou.

Záver

Pani Eva je príkladom demencie pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom. Stav pani Evy kolísal vo vzťahu k nastaveniu správnej medikamentózneho liečby a k psychickej záťaži, úmrtiu manžela. Psychické funkcie veľmi dobre reagovali na pravidelné dávky galantamínu, ktoré však bolo nutné s postupujúcou demenciou zvyšovať.

V psychopatologickom obraze najprv dominovali poruchy pamäte, pričom somaticky bol pacient v poriadku, neskôr sa pridali i poruchy ostatných kognitívnych funkcií. Psychopatologický obraz demencie bol kombinovaný depresívnymi príznakmi, ktoré odzneli pri terapii Lexaprom.

Kazuistika 4 / demencia pri Alzheimerovej chorobe so skorým začiatkom

Obrázok 8: Pani Táňa



Zdroj: Monika Dořacká

Pani Tatiana je 57 ročná rozvedená žena, ktorá je vysokoškolsky vzdelaná absolventka pedagogickej fakulty, učiteľka prvého stupňa, ktorá miluje svoju prácu, ale už 11 mesiacov je pracovne neschopná po páde zo schodov. Má jedného slobodného 22 ročného syna, s ktorým žije v jednej domácnosti. Tomáš je príjemný mladý muž, ktorý po ukončení gymnázia nastúpil na vysokoškolské štúdium medicíny. Ako sám hovorí, nikdy by ho nenadlo, že sa mamin život takto rýchlo zvrhne a zasiahne to tak radikálne aj jeho.

Mama sa mu dlhšiu dobu sťažovala na bolesť hlavy, no on to pripisoval stresu v práci. Keď bol Tomáš prijatý na štúdium, vracal sa domov len na víkendy, keďže ako študent býval na internáte. Vtedy si prvýkrát všimol, že sa mama nevie sústrediť pri bežných činnostiach v domácnosti. Opakovane pokazila jedlo, aj keď recept poznala už dlhé roky, pri nakupovaní častejšie zabúdala na nejaké potraviny. Naďalej sa sťažovala na silné bolesti hlavy a stále akoby niečo hľadala. Tomáš dal na svoju intuíciu a keď bol doma, začal si mamino správanie viac všímať. To v ňom vzbudilo podozrenie, že mama potrebuje vyšetrenie.

Začala séria vyšetrení, ktorú odštartoval spomínaný pád, až napokon bola na odporúčanie neurológa pani Tatiana hospitalizovaná na oddelení psychiatrie za účelom posúdenia zdravotného stavu a následného vyhotovenia lekárskeho posudku.

Pani Tatiana je jedináčik, pochádza z usporiadanej rodiny, prvorodená z prvého pôrodu. V detstve prekonala osýpky, šarlach, ovčie kiahne. V dospelosti bola hospitalizovaná v nemocnici pre rizikový pôrod a neskôr po úraze hlavy minulý rok. Kŕče, bezvedomie neudáva. Vážne ochorenia v rodine neudáva, obaja rodičia ešte žijú. Psychiatrické onemocnenie v rodine nebolo zistené.

Pri prvom vyšetrení sa pacientka sťažuje na bolesti hlavy v oblasti záhlavia, ktoré podľa jej slov pretrvávajú už dlhšiu dobu. Keď bola pacientka poprosená o presnú definíciu dlhšej doby, nevedela to konkretizovať, ale určite to podľa nej bolo pred pádom zo schodov, ktorý uvádzala. Zistilo sa, že pacientka má už viac ako dva roky systematické problémy s pamäťou. Už na prvý pohľad sa zdá pani Tatiana zmätená, aj keď vo verbálnej komunikácii to nebadáť. Zjavne sa tlačí do popredia motivácia, čo najskôr sa vrátiť do práce. Pri otázkach týkajúcich sa miesta, poschodia a oddelenia kde sa nachádza, odpovedala veľmi zdržanlivo a až po dlhšom rozmýšľaní.

Podľa slov pani Tatiany stavy zmätenosti mala už počas minulého akademického roka. Kolegyňa pani Tatiana si dokonca všimla, že pri vysvetľovaní učiva žiakom vynechávala písmenka na tabuli. Samotná pani Tatiana si tiež pamätá na krátke výpadky pamäte počas vyučovacích hodín. Pri oprave štvrtročnej písomky vraj dávala známky len námatkovo, lebo sa nedokázala sústrediť na napísané odpovede.

Domácnosť vedie podľa jej slov ona. Pravidelne chodí na nákupy, aj keď z rozhovoru so synom Tomášom vyplynulo, že nákupy robí takmer výlučne on, lebo mama sa pravidelne vracia do obchodu, že niečo zabudla. Veľmi rada chodí na prechádzky so psom a pozerá televíziu. Pri otázke, či trávi svoj voľný čas i s priateľkami poznamenala, že s priateľkami sa už dlhšiu dobu nestretáva, lebo nechce, aby videli ako funguje a žije. Hanbí sa za svoje psychické a zdravotné problémy. Náladu má dobrú, aj keď ju trápí predstava, že by už nemala učiť a bojí sa toho. Syn sa snaží mame každodenný život čo najviac uľahčiť, no sám je vystavený neúmernej záťaži aj kvôli škole. Má problém sústrediť sa na štúdium, myšlienky mu neustále zabiehajú k mame a jej zdravotnému stavu. Tomáš napriek tomu, že tuší diagnózu, dúfa, že sa nepotvrdí a mama sa bude môcť vrátiť do bežného života.

Z cielených otázok pani Tatiana nevedela povedať presný dnešný dátum, ani deň, ktorý je a ktorý nasleduje. Vedela ale, aké je hlavné mesto Slovenska i okolitých štátov. Rovnako ovládala základné dátumy svojho života i dátum narodenia svojho syna. Na úvod bol pacientke administrovaný orientačný Clock test. Následne bola pacientka vyšetovaná CT, pričom podľa neurológa neboli prítomné známky incipientnej atrofie. Metóda PET poukazuje na minimálny metabolický deficit, ktorý napovedá o počiatkoch štádia Alzheimerovej choroby. Následné diferenciálne neuropsychologické vyšetrenie bolo vykonávané počas celého týždňa pre zjavné problémy s koncentráciou pozornosti pacientky a rýchlu unaviteľnosť. Postupne boli využité metódy: Raven- orientačný test inteligencie, Bender-geštalt test na zistenie úrovne vizuálnomotorických schopností pacientky a WMT na zistenie úrovne jednotlivých zložiek pamäti.

V orientačnom teste inteligencie získala pani Tatiana 39 bodov, čo spadá do spodnej hranice priemeru. Tento výsledok rozhodne nekorešponduje s jej dosiahnutým vzdelaním a preto možno predpokladať úbytok kognitívnych schopností v danom období. Vo vizuálnomotorickej koordinácii dosiahla slabú úroveň a rovnako

mimoriadne slabú úroveň dosiahla v jednotlivých zložkách pamäti, pozornosti a koncentrácii pozornosti.

Pacientke bol predpísaný galantamín dvakrát denne s postupnou titráciou dávky. Na základe zistených výsledkov bola pacientka oboznámená so svojim zdravotným stavom i tým, že nebude môcť ďalej vykonávať svoju prácu, čo niesla veľmi ťažko. Treba poznamenať, že bolo mimoriadne ťažké prijať túto diagnózu nie len pre pani Tatianu, ale i pre jej syna, nakoľko boli obaja plní nádeje, že sa pani Tatiane podarí znova učiť a budú pokračovať v bežnom živote. Veľmi citlivo pritom personál oddelenia pristupoval pri vysvetlení synovi, akú podstatnú rolu teraz zohrá, nakoľko stav matky sa bude každým mesiacom zhoršovať.

Tomáš zvážil všetky možnosti a rozhodol sa, že bude mamu opatrovať v domácom prostredí. Veľkou oporou mu bola jeho priateľka, ktorá ho v jeho rozhodnutí podporovala, napriek tomu, že musel prerušiť štúdium. Ako študent medicíny mal neobmedzený prístup k informáciám o diagnóze AD, no napriek tomu ochotne prijal praktické rady personálu psychiatrického oddelenia, týkajúce sa opatrovania mamy. Tomáš bol maximálne svedomitý a chcel matke poskytnúť čo najlepšiu starostlivosť, preto neustále pokračoval vo vlastnej edukácii o správnej starostlivosti vo všetkých jej aspektoch.

Najťažšie pre Tomáša bolo vytvoriť pre matku bezpečné prostredie pre bežný život, keďže chcel, aby si zachovala maximálnu možnú mieru sebestačnosti čo najdlhšie. Reorganizoval zariadenie bytu, v ktorom spoločne žili tak, aby mama mala všetky potrebné veci na dosah a vždy na rovnakom mieste. Chcel sa takto vyhnúť zbytočnému hľadaniu. Našťastie sa zo strany matky nestretol s odmietaním, čo mu opatrovanie výrazne uľahčilo.

Po 4. mesiaci sa orientačné schopnosti pani Tatiany zhoršili a nebola už schopná ísť sama ani na prechádzku so svojim psom, či do obchodu. Niekoľkokrát sa jej stalo, že jednoducho netrafila domov. Tomáš ju brával na spoločné vychádzky. Zmenu stereotypu jej zabezpečovali stretnutia s Tomášovou priateľkou, ktorá jej venovala veľa pozornosti a lásky a nadväzovala s ňou rozhovory na rôzne ženské témy, avšak nie vždy to bola jednoduchá komunikácia, lebo Tatiana sa stávala čoraz viac zmätenejšou.

V teste MMSE dosiahla úroveň 18 bodov, čo hovorí o strednej úrovni kognitívnej poruchy. Na nasledujúce výsledky psychiater reagoval vysadením

galantamínu a nasadením donepezilu 6 mg denne. Následne bol pani Tatiane uznaný invalidný dôchodok. Najvýznamnejším príznakom pre Alzheimerovu chorobu bol v tomto prípade stav zmätenosti a rýchly regres v schopnosti orientácie v priestore a známom prostredí. Následne bola medikamentózna liečba opäť zvýšená na 9 mg denne.

Zhoršeniu stavu sa ale nedalo predísť, ani ho zásadne ovplyvniť. Pani Tatiana postupne nechávala napr. otvorené dvere na byte, nechala zatvoreného psa celý deň vo vedľajšej miestnosti, či zabudla zjesť pripravené raňajky. Rovnako sa podľa slov pani Tatiany už nedokáže pozerat' na televíziu, lebo nie je schopná rozpoznať a zapamätať si dej. Tomáš vynakladal čoraz viac úsilia na to, aby mamu správne zaopatril. Pani Tatiana sa čoraz viac stávala závislá na svojom synovi, ktorý to vždy nezvládal práve najlepšie. Našťastie sa o starostlivosť o matku delil s priateľkou, ktorá mala dostatok odhodlania i psychických síl Tomášovi pomôcť. So synom pani Tatiany sa striedali i pri kontrolách na oddelení ako i pri cvičeniach jednotlivých kognitívnych funkcií, ktorých manuály im boli poskytnuté. Napriek všetkým ťažkostiam sa Tomáš nechcel vzdať opatery o mamu, keďže mala len jeho a on jej bol oddaným synom.

Pri stimulujúcich cvičeniach sa ako veľké plus ukázala pevná vôľa pani učiteľky, ktorú v sebe nepochybne pani Tatiana mala a rovnako i chuť pracovať. Práca a cvičenia na biofeedbacku ju síce nenapĺňali, avšak o to viac ju bavili úlohy na kreslenie a slovnú zásobu. Pani Tatiana dostala zadanie typu obkreslite daný obrázok v čo najvernejšej podobe, čo bolo veľmi podobné niektorým úlohám napr. z Bendergeštalt testu. Úlohy, ktoré boli pritom zadávané, netrvali nikdy dlhšie ako 30 minút kvôli rýchlej vyčerpanosti a ľahkej strate koncentrácie. Nie vždy je pritom ľahké pochopiť, aká jednoduchá úloha môže byť pre pacienta s takouto diagnózou mimoriadne náročná a namáhavá.

Pre úplnosť doplníme, že pacientka sa počas celej liečby sťažovala na bolesti hlavy, ktoré sa síce psychiater snažil odstrániť i znížením, či zvýšením dávok liečiv, ale bezvýsledne. Ako bezvýznamný sa neskôr ukázal i pokus o vyskúšanie rivastigminu v nádeji, že bolesti hlavy ustanú. Tiež to neprinieslo žiaden ošoh.

Záver

Pacientka je príkladom Alzheimerovej choroby s včasným začiatkom. Choroba sa síce prejavovala niekoľkými nenápadnými symptómami, ale naplno sa prejavila až

okolo 56 roku života. V priebehu dvoch rokov urobila z milovanej učiteľky prvého stupňa invalidnú dôchodkyňu, ktorá by sa bez pomoci svojho syna len ťažko zaobišla.

V popredí diagnózy boli poruchy pamäte, stavy zmätenosti a slabej vizuomotorickej koordinácie. V priebehu posledného roka bolo vidieť najväčší regres v jednotlivých kognitívnych funkciách a osobnosti pacientky. Pani Tatiana bola liečená donepezilom s maximálnych dávkovaním 9 mg denne.

Pacientka taktiež denne precvičovala doma rôzne kognitívne cvičenia a techniky na rozvoj jednotlivých kognitívnych funkcií. Biofeedback sa u nej nepreukázal ako efektívny a tak sa nedospelo ani k motivácii na prácu s týmto zariadením. Pacientka bola vyšetrená magnetickou rezonanciou a PET, ktoré poukázali na Alzheimerovu chorobu.

Kazuistika 5 / demencia Alzheimerovho typu

Obrázok 9: Pán Vojtech s manželkou Martou



Zdroj: Monika Doľacká

Pán Vojtech je 78 ročný ženatý bezdetný muž. Je absolventom vojenskej vysokej školy a celý život pôsobil ako úspešný vysokoškolský pedagóg až do svojich 70 rokov, kedy odišiel do dôchodku. Dni trávi v spoločnosti manželky, ktorá je jeho celoživotnou oporou. Pani Marta má 67 rokov, je útla žienka energetickej povahy, v dobrej fyzickej kondícii s darom rozprávať živo a pútavo. Marta je vyštudovaná tlmočnica a tejto svojej profesii sa venovala takmer 45 rokov, čo ozrejmuje jej výborné vyjadrovacie schopnosti. Manželstvo zostalo bezdetné, no pani Marta ho hodnotí ako šťastné. V mladosti boli obaja manželia aktívni turisti a túto záľubu udržiavali aj ako dôchodcovia.

Na oddelenie psychiatrie bol doporučený primárom chirurgického oddelenia, kde bol hospitalizovaný s akútnou pankreatitídou. Už v tej dobe mu bola iným psychiatrickým oddelením diagnostikovaná Alzheimerova choroba, na ktorú sa liečil 5 rokov. Práve kvôli tomuto faktoru bola s ním hospitalizovaná i jeho manželka, aby mu mohla byť nápomocná. Okrem akútnej pankreatitídy mal ešte pacient chronickú ischemickú chorobu srdca. V nemocnici u neho prepukol amentne delirózný stav s celkovou dezorientáciou, nekľudom a agresivitou, okrem iného si vytrhával ihly z rúk.

Táto neprijemná zmena v manželovom správaní vyvolala v pani Marte obavy, ako bude ich nasledujúci spoločný život vyzeráť ďalej. Spočiatku si nevedela predstaviť, ako bude agresívneho manžela zvládať a zvažovala umiestniť ho do špecializovaného zariadenia. Až do hospitalizácie s pankreatitídou bol p. Vojtech takmer sebestačný, s komplikovanejšími úlohami mu ochotne pomáhala. Pani Marta tvrdí, že bol skôr zábudlivý, no vďačný za každú pomoc, takže napriek manželovej diagnóze videla ich bežný život normálne.

Psychiater konziliárne odporučil haloperidol 2 mg denne, ktorý mal dobrý účinok behom nasledujúcich dní. V ambulancii od pacienta vôbec nebolo možné odobrať jeho osobnú anamnézu, vo veľkej miere za neho odpovedala jeho manželka. Podľa slov manželky žijú v spoločnej domácnosti a stará sa o neho. O manželových ochoreniach v detstve manželka nevedela, avšak spomenula si, že v mladosti prekonala žltáčku. Vážne nemocný podľa jej slov nebol. Hospitalizáciu, kŕče, úraz hlavy neudáva. Rodičia manžela zomreli obaja spolu pri tragickej autonehode, keď mal 30 rokov. O výskyte psychiatrického ochorenia v rodine manžela informácie nemala. Pacient sám komunikoval minimálne a len neochotne poznamenal, že žiadne problémy nemá, čo

o ňom hovorí manželka, to si nepamätá. Bol veľmi prekvapený, že sa v nemocnici správal agresívne. Dokonca sa sťažoval, že má v krku nejaké zviera a že ho musí zabiť.

Čas strávený hospitalizáciou na chirurgickom oddelení absolvoval ďalej pod doporučenou psychiatrickou liečbou a po dostatočnej rekonvalescencii bol následne hospitalizovaný na psychiatrickom oddelení za účelom nastavenia vhodnej liečby.

Pani Marta nechcela nechať manžela v liečebni, takže hľadala všetky možné spôsoby ako mu poskytnúť náležitú opateru. Informácie o Alzheimerovej chorobe hľadala v dostupnej literatúre, v ambulancii miestneho neurológa a vhodné tipy dostala aj od priateľky, ktorá sa doma stará o podobne chorú matku. Práve priateľka priviedla pani Martu k myšlienke zúčastniť sa nášho edukačného programu zameraného na pomoc v rodinách, ktoré sa stretli s diagnózou AD. Najväčším problémom bolo, že sa pani Marta musela vyrovnáť s manželovou agresivitou. Doposiaľ pokojný a vyrovnaný muž sa zmenil na necitlivého, nevďačného, vulgárneho a väčšinu času mrzutého človeka. Napriek tomu, že mala informácie o tom, čo diagnóza AD prináša, zostala reálnymi dôsledkami zaskočená a takmer paralizovaná a následne stratila svoje pôvodné odhodlanie v opatere manžela. Pani Marta veľmi dúfala, že správne nastavená psychiatrická liečba aspoň trochu napraví manželovo správanie.

Počas vstupného psychiatrického vyšetrenia sa u pacienta hneď na úvod objavili problémy s pamäťou a schopnosťou vyjadrovať sa. Pri cielených otázkach na susedné štáty vedel uviesť iba jednu z piatich správnych odpovedí. Maďarsko, Čína, Švédsko, Maroko. Z hlavných miest okolitých štátov vedel vymenovať iba jedno z desiatich a to Viedeň. Poznamenal pritom, že tam rád ako mladý chodil na kávu. Zadanie odpočítať zo sto sedem nepochopil, avšak vyjadril aspoň snahu o porozumenie. Počas prvých dní na psychiatrickom oddelení pán Vojtech odmietal čokoľvek napísať, či nakresliť. V tom čase pacient absolvoval vyšetrenie CT, ktoré lokalizovalo hipokampálnu atrofiu ako prvé známky počínajúcej Alzheimerovej choroby.

Po niekoľkých dňoch sa podarilo namotivovať pacienta i k diferenciálnemu neuropsychologickému vyšetreniu. Ako prvý absolvoval BEHAVE-AD test, ktorý poskytuje globálne hodnotenie symptómov správania, ako je agresia, verbálna fyzická agresia a hyperaktivita. Táto metóda slúžila prevažne pre potreby lekára overiť reakciu pacienta na dávky haloperidolu.

Druhý deň pre skorú únavu zapríčinenú množstvom podnetov i nastavením správnej medikamentóznei liečby bol pacientovi administrovaný IST test. Jedná sa o test štruktúry inteligencie, ktorého autorom je Amthauer.

Na tretí deň boli administrované Wechsler-memory test a MMSE test. Na základe psychologického vyšetrenia je zrejmé, že celkové intelektové schopnosti sa nachádzajú v strednom pásme priemeru s výraznejšou diskrepanciou medzi jednotlivými zložkami. Z vyšetrenia bolo zrejmé, že došlo k zjavnému úpadku intelektuálnych schopností u vysokoškolského profesora. Vyšetrením sa rovnako preukázala prítomnosť niektorých dielčích deficitov v orientácii a premorbídne existujúci, nešpecifický, stabilný deficit jednotlivých kognitívnych funkcií. MMSE – 17.

Objektívny nález: vedomie lucídne, orientácia miestom, časom, vlastnou osobou správna. Slovná zásoba chudobná, pri vyjadrovaní hľadá slová, sporadicky zložitá súvislá veta. Počas pobytu na oddelení sa vyskytli i vizuálne halucinácie pri porušenom vedomí v zmysle amencie až delíria. Anozognózia, nekritickosť. Pacient počas celej hospitalizácie zle spolupracoval, odmietal rannú hygienu a nebol schopný samostatne sa obliecť. Za motivácie manželky mu to ale šlo dobre a bol čiastočne ochotný spolupráce.

Diagnóza odpovedala demencii pri Alzheimerovej chorobe s neskorým začiatkom F 00.1, G 30.1, ktorá bola stanovená už pred niekoľkými rokmi. Zaujímavosťou bolo, že na obraze CT spred pár rokov, ktoré doniesla v zdravotnej dokumentácii manželka, neboli viditeľné zmeny v porovnaní s novým obrazom. Terapeuticky sa pokračovalo v haloperidole, v zníženej dávke 1 mg denne. Psychiater uvažoval aj o dávke rivastigminu, ale vzhľadom na akútnu pankreatitídu to internista nedoporučil. Následne psychiater poučil pani Martu o zdravotnom stave jej manžela a možnostiach liečby. Rovnako poukázal na potrebu obohatenia jedálnička, pozitívne účinky B vitamínu a tréningu jednotlivých kognitívnych funkcií, ktorý však pacient striktne odmietol.

Pacient na oddelenie dochádzal na kontrolu po dobu troch mesiacov stále v sprievode manželky. Počas tohto obdobia mu boli systematicky zvyšované dávky haloperidolu, nakoľko sa mu rapídne zhoršoval stav a neustále sa vracali halucinácie. Podľa slov manželky mu robila veľké starosti a problémy už i samotná cesta do

nemocnice. Okrem samotného haloperidolu psychiater po doliečení akútnej pankreatitídy naordinoval pacientovi i liečiva z radov kognitív na zlepšenie jednotlivých kognitívnych funkcií. Lekár predpísal Galantamín, no na ten pacient nereagoval dobre. Vyvolával u neho búšenie srdca a nevoľnosti, preto sa psychiater rozhodol pre dávky Donepezilu. Donepezil však vyvolával u pacienta časté hnačky, a tak psychiater ako variantu tri zvolil pôvodne pre akútny zápal pankreasu nepredpísaný rivastigmín. Na samotný liek pán Vojtech reagoval dobre bez vedľajších účinkov, avšak po niekoľkých mesiacoch mu museli byť podávané silnejšie dávky. Jednotlivé dávky rivastigmínu sa každým mesiacom zvyšovali.

Po šiestich mesiacoch pacient prešiel do starostlivosti praktického lekára a užíval naďalej haloperidol a rivastigmín. Zastaviť zhoršovanie stavu sa ale u pacienta nepodarilo. Vyššiu dávku Rivastigmínu nebolo možné podať, nakoľko sa u pacienta objavovalo časté zvracanie ako vedľajší účinok užívania, rovnako ako u všetkých ostatných podávaných liečiv z oblasti kognitív. Pacient stratil schopnosť vykonávať všetky činnosti, ktoré v domácnosti ovládal a zlyhával i v základných samoobslužných činnostiach, ako obliekanie či ranná hygiena.

Podľa slov manželky bol v minulosti schopný samostatne aspoň rannej toalety, ale i to pominulo. Napriek tomu, že manžel nespolupracoval, mu Marta všetky tieto činnosti suplovala. Vojtech začal byť celkom závislý na manželke a doma nechcel zostávať sám, bál sa. V tomto období, keď prebiehala epizóda jednej z vizuálnych halucinácií, utrpel pán Vojtech úraz pri páde, ako sa chcel „pred tým veľkým zvieraťom“ ukryť. Zlomenina pravého bedrového kĺbu ho trvale pripútala na lôžko.

Zmenená situácia prinútila pani Martu informovať sa o opatere ležiaceho a osvojiť si postupy pri zabezpečovaní hygieny, podávaní stravy a prevencii preležanín. Najťažšie pre ňu bolo zvládnutie polohovania, lebo manžel nechcel spolupracovať a prácu jej sťažoval tým, že sa nepoddajne napínal a vystieral. Pani Marta je limitovaná svojou fyzickou konštitúciou, takže oslovila miestnu agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti o spoluprácu pri opatrovaní manžela. Pomoc by potrebovala dvakrát do týždňa pri celkovom kúpeľi manžela, ktorý tiež prebieha na lôžku a keďže je náročný na polohovanie i samotné umývanie, Marta by pomoc ocenila.

Pani Marta prešla spolu s manželom všetkými fázami od šoku až po akceptáciu ochorenia a vyrovnanie sa s jej následkami, ktoré na ňu v plnej miere doľahli. Stratila

väčšinu svojich sociálnych kontaktov, z domu odchádzala len v nevyhnutnom prípade a keďže boli s manželom sami, ostatná rodina ju navštevovala len zriedka. Napriek ťažkej situácii pani Marta nestráca presvedčenie, že starať sa o manžela je správne a keďže je silno veriacca, posilnenie nachádzala vo viere, aj keď jej bolo veľmi ľúto, že nemohla pravidelne navštevovať sväté omše, ako to rada robievala.

Neskôr už sama mala zdravotné problémy, i za pomoci širšej rodiny nedokázala zvládať každodenné nároky starostlivosti o manžela a spolu s rodinou sa ho rozhodli uložiť do domova dôchodcov. Pán Vojtech zo začiatku veľmi ťažko znášal nové prostredie, ani s postupom času si naň nezvykol. Po necelých troch mesiacoch vo veku 80 rokov v tomto zariadení pán Vojtech zomrel.

Záver

Pán Vojtech je príkladom vysokoškolsky vzdelaného, duševne pracujúceho človeka, ktorý bol aktívny do veku 70 rokov. U pána Vojtecha sa vo veku 71 rokov objavila demencia ako 73-ročnému mu bola diagnostikovaná AD a do 8 rokov zomrel. Poruchy pamäte postupovali relatívne rýchle a boli v popredí psychopatologického obrazu a pri somatickej záťaži, ktorou bol akútne zápal pankreasu prepukol i aménne deliróznym stavom. Postihnutý sa po piatich rokoch nebol schopný sám o seba postarať, bol ošetrovaný manželkou v domácom prostredí a neskôr aj personálom v domove dôchodcov. K svojim problémom bol pán Vojtech veľmi nekritický a bol príkladom dominantného muža, ktorý bol voči svojmu okoliu dosť nepríjemný až arogantný a ktorý nebol schopný prijať možnosť, že by niečo sám nezvládol. Tieto faktory pani Marte značne komplikovali starostlivosť o manžela. Demencia bola pravdepodobne Alzheimerovho typu, ako diagnostikovalo psychiatrické pracovisko, avšak je možné pripustiť i vaskulárny vplyv pri ischemickej chorobe srdca.

Pán Vojtech je tiež príkladom toho, aký dôležitý a obtiažny je niekedy správny výber z radov liečiv a ako veľmi komplikujú a obmedzujú ich účinnosť vedľajšie účinky lieku.

Kazuistika 6 / AD s neskorým začiatkom - neúspešná liečba

Obrázok 10: Pani Amália



Zdroj: Monika Doľacká

48-ročná pani Anna má v starostlivosti vlastnú mamu Amáliu, ktorou je 79-ročná pacientka liečiac sa na vysoký krvný tlak, s ischemickou chorobou srdca a ďalšími chronickými ochoreniami, po 3 operáciách, v osobnej anamnéze dvadsať rokov vdova. Má asi tri roky pretrvávajúce problémy s pamäťou, stále hľadá veci, nevie, kde ich odložila, potom je následne nervózna, ešte občas háčkuje.

Pani Anna v minulosti pracovala ako opatrovatelka v Nemecku. Má absolvovaný opatrovateľský kurz v trvaní 180 hodín teoretickej výučby a 360 hodín praktického vyučovania. Počas svojej sedemročnej praxe sa stretla s viacerými prípadmi Alzheimerovej choroby. V čase, keď sa riešil zdravotný stav jej matky bola bez práce, tak sa ujala roly opatrovateľa v rodine. Keďže je jej jediným dieťaťom, prijala túto úlohu celkom prirodzene. Vzhľadom na predchádzajúcu prax si pani Anna myslí, že má získaný nadhľad nad situáciou a pozná úskalia starostlivosti o pacienta s Dg. Alzheimerova choroba.

Spočiatku sa musela pani Anna vysporiadať s problémom vymedzenia role, nakoľko ju jej matka nechcela ako opatrovateľku akceptovať. Pani Anna sa najviac obáva, ako bude ona sama psychicky zvládať terciálne štádium choroby v čase, keď bude starostlivosť o matku spočívať už len v paliatíve. Anna s matkou absolvovala potrebné vyšetrenia v úvode, no ďalšie kontroly prebiehali bez prítomnosti pacientky, zdravotný stav konzultovala len dcéra a liečbu napokon nedodržiavala, spoliehajúc sa na vlastné skúsenosti a názory na starostlivosť o pacienta s demenciou.

Prvé vyšetrenie (vstupné vyšetrenie) - objektívne u pacientky prítomné mierne redukované psychomotorické tempo, spomalené myslenie, znížená pohotovosť výbavnosti predstáv (len 11 miest), porucha výbavnosti pamäti. MMSE=20, Clock test – prítomné len chyby v umiestnení číslic.

Na CT mozgu nález difúzných splývajúcich hypodenzných zón v bielej hmote a BG, rozšírený, symetrický komorový systém, ATS magistrálnych ciev.

Výsledná diagnóza je incipientná. Alzheimerová demencia s neskorým začiatkom. U pacientky zahájená liečba donepezilom, kontrola o dva týždne. Dcéra pacientky po prečítaní príbalového letáka prestala dávať mame kognitívum, dožadovala sa nasadenia slabších liekov. Do liečby pridaný Piracetam a 2400 mg/deň, kontrola o 2 mesiace.

Stav zhoršený, pacientka unavená, plačlivá, spí počas dňa, MMSE 15 b - pokles o 5 bodov za 3 mesiace. Do liečby pridaný Citalopram a Tiaprid. Opätovná kontrola o mesiac. Kombinácia kognitíva s Gingkom, ktoré pacientka užívala 2 mesiace spôsobila výstup MMSE na 17 bodov. Napriek zlepšeniu stavu dcéra vysadila následne gelantamín, citalopram a pacientka užívala len ginkgo.

Došlo k zhoršeniu konštrukčne-vizuálnych schopností, apraxii, poruchám správania, MMSE=16b. Pacientka nastavená na memantín, avšak pri ďalšej kontrole prišla len dcéra, matke memantín nedávala - „aby jej nepoškodila srdiečko“. Na radu iného špecialistu sa dožadovala piracetamu. Doporučená kontrola somatického stavu u všeobecného lekára, na ktorú prišla zase len dcéra pacientky.

Záver

Súčasný stav po roku bez adekvátnej liečby bol pre zníženú spoluprácu dcéry nasledovný: Pacientka bola doma, nikam nechodila, bola agresívna, objavili sa stavy zmätenosti, neabsolvovala už žiadne iné vyšetrenia.

POUČENIE: Non-compliance príbuzného zhoršuje zdravotný stav pacienta.

4.6 Výskumná metodika

V následnom texte postupne opíšeme zvolený metodický postup v priebehu nášho kvalitatívneho výskumu.

Za najvhodnejšiu metódu nášho predvýskumu na získanie potrebných informácií sme si zvolili pološtandardizovaný rozhovor, ale aj pozorovanie, poznámky pri pozorovaní v teréne, prípadne denníky pacientov / záznam dennej činnosti ich rodinných príslušníkov.

Zvolené otázky by mali byť zrozumiteľné, jednoznačné (nie dvojzmyselné). Je potrebné vyvarovať sa otázkam zložitým, mali by sme sa najskôr zamerať na jednu vec a až potom, v nasledujúcej otázke zisťovať príčiny alebo iné súvislosti. Je len samozrejmé, že rôzne formy útočných, prípadne nevhodných otázok do rozhovoru nepatria. Rovnako problematické sú aj navádzajúce otázky, ktorých odpovede potom len zbytočne skresľujú výsledky výskumu. Otázkami typu – Aký máte názor? Čo si myslíte? Čo by ste si želali? Ako to pociťujete? – sme sa snažili zistiť, aké pocity, dojmy, nálady, či pripomienky majú naši účastníci rozhovoru.

Popri mnohých výhodách, ktoré rozhovory majú, nedá nám nespomenúť aj zrejme nevýhody – a to najmä ich časovú náročnosť a ľahkú ovplyvniteľnosť samotným výskumníkom. V našom predvýskume sme sa rozhodli pre už spomínaný pološtandardizovaný rozhovor, ktorý je oproti štandardizovanému rozhovoru predsa len voľnejší a výskumník môže niektoré otázky eventuálne pridať, alebo vynechať (podľa aktuálnej situácie).

Ešte pred začatím rozhovoru sme našich respondentov stručne informovali o našom budúcom výskume. Po podpísaní informovaného súhlasu a ubezpečení o dodržaní anonymity sme pristúpili k rozhovoru.

V jeho úvode sme sa zaoberali najskôr demografickými údajmi opatrovateľa v rodine, ako pohlavie, vek, rodinný stav, vzdelanie, povolanie, aktuálne zamestnanie.

Potom sme sa zamerali na otázky týkajúce sa pacienta postihnutého AD:

- aký je jeho vek a pohlavie,
- aký je príbuzenský vzťah medzi pacientom a opatrovateľom,

- kedy bola pacientovi diagnostikovaná AD, a aké je jeho aktuálne skóre podľa testu MMSE,
- ako sa začala prejavovať choroba (začiatkové príznaky).

Následne sme sa zaoberali problematikou informovanosti – pýtali sme sa, akým spôsobom získali poznatky o Alzheimerovej chorobe, o starostlivosti ich chorého príbuzného, či by boli ochotní sa v tejto oblasti aj naďalej vzdelávať. Aké majú vedomosti o príspevkoch, na ktoré majú nárok.

V ďalšej časti, ktorú sme venovali starostlivosti o seniora zabezpečovanú rodinným príslušníkom nás zaujímalo, aké zmeny nastali v domácnosti po príchode pacienta, ako by posúdili úroveň opatery v jej začiatkoch, či zvládajú opatrovanie sami alebo s pomocou iných blízkych príbuzných, prípadne či využívajú pravidelne alebo sporadicky služby rôznych inštitúcií, ktoré sa touto problematikou profesionálne zaoberajú (napr. ADOS – agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti).

Potom sme sa zamerali na kvalitu života pacientov s AD, konkrétne na ich každodenné aktivity. Rodinní príslušníci mali uviesť, čo im najviac spôsobuje problémy, ktoré činnosti zvláda pacient najlepšie (najviac zachovalé) a ktoré sú najviac postihnuté (najmenej zachovalé). Zaujímalo nás aj to, aké zlepšenie v rámci starostlivosti by si želali od spoločnosti, v čom pociťujú najväčšie deficity.

Na záver nášho rozhovoru sme sa poďakovali za to, že nám venovali toľko času a že boli ochotní zúčastniť sa nášho predvýskumu.

Poznatky, ktoré sme získali z rozhovorov s pacientmi a ich opatrovateľmi nám poslúžili nielen na posúdenie dôležitosti alebo nadbytočnosti edukačného programu, ale aj jeho štruktúry a obsahu. Tiež sme z týchto údajov čerpali pri vypracovaní kazuistík. Jednotlivé rozhovory sme zaznamenávali na diktafón, prípadne sme si robili ku konkrétnym situáciám krátke poznámky.

Metódy vlastného výskumu:

V našej diplomovej práci sa nejedná o kvantitatívny výskum, ale kvalitatívny – ako to už naznačujú naše výskumné otázky, na ktoré sa pokúsime nájsť odpovede. Dôležitým elementom kvalitatívneho výskumu je jedinečnosť individua, jeho povzbudzovanie k tomu, aby na problém nazeral z viacerých uhlov, aby sa zamyslel na svojich hodnotách, postojoch, schopnostiach...

Ide o tzv. systematický prístup, ktorý detailne popísal Kopřiva (1997). Výskumník by sa mal pokúsiť zistiť, ako samotní jedinci chápu danú problematiku / situáciu a z akých pohnutí pristúpia k určitej činnosti.

Naším hlavným cieľom výskumu je dopracovať sa k takým údajom, z ktorých analýzou získame informácie umožňujúce nájsť silné a slabé stránky predmetu nášho výskumu, a z nich potom zostaviť návody na zlepšenie situácie.

Pod **metódou** rozumieme najjednoduchší postup za určitým cieľom. Ide vlastne o nástroje, ktoré pedagóg používa vo výuke na to, aby čo najefektívnejšie podal svoje vedomosti a zručnosti či postoje vzdelávaným. Klasifikácia metód vzdelávania je pomerne komplikovaná, pre nás je najvhodnejšie ponímanie Viery Prusákovej, ktorá podľa miery aktivity a samostatnosti vzdelávaných rozlišuje metódy:

- **výkladovo ilustratívne** – sú používané pri predávaní nových alebo zložitých informácií, zvyčajne väčšiemu počtu vzdelávaných (napr. prednáška),
- **dialogické** - vyššia miera aktivity účastníkov vzdelávania, smeruje k rozvoju samostatného myslenia, úsudku, analýzy problémov a navrhovaní ich riešenia, argumentácie a podobne (napr. rozhovor či diskusia),
- **problémové** – orientované na interaktívnu výuku, do ktorej sú zapojení najmä vzdelávaní jedinci – ktorí pracujú v menších skupinách na základe určitého zadania, ktoré sa snažia čo najlepšie, čo najrýchlejšie, ale najmä najefektívnejšie vyriešiť (napr. metóda riešenia prípadových štúdií, hranie rolí, brainstorming).

Prednáška – klasická metóda. Jej efektivita závisí najmä na charakteristikách akcie, pri ktorej je použitá. Je vhodná najmä pre predávanie ucelených poznatkov, čo možno najväčšiemu množstvu poslucháčov v čo najkratšom čase, rovnako je nenáročná na priestorové podmienky a vybavenie. Naopak je veľmi obtiažna pre prednášajúceho, lebo na ňom stojí a padá úspech a efektivita celej akcie. Medzi nevýhody možno zaradiť obtiažnu spätnú väzbu, pasívnu rolu poslucháčov a z toho prameniace ďalšie potiaže, udržanie pozornosti, motivácia a aktivizácia účastníkov.

Diskusné metódy – patrí tu veľa metód, ich spoločným znakom je úmyselné rozvíjanie myšlienok a ich verbalizácia v skupine. Jednou z typických foriem je aj riadená diskusia, vtedy je téma daná vopred tak, aby sa na ňu mohli dostatočne pripraviť všetci účastníci. Nasledovne je vlastné diskusné stretnutie uvedené a potom aj riadené a usmerňované moderátorom počas celého priebehu. Veľké nároky sú kladené nielen na

prípravu účastníkov, ale najmä na schopnosti moderátora rýchlo a zodpovedajúcim spôsobom reagovať na odpovede účastníkov, prípadne na meniace sa podmienky diskusie.

Prípadová štúdia – jedna z obľúbených metód vzdelávania, lebo priamo zapája účastníkov do „hry“. Rozumieme pod ňou popis reálneho alebo fiktívneho problému, jeho detailné opísanie doplnené o otázky na riešenie. Nasleduje analýza konkrétnej situácie skupinou účastníkov (zvyčajne 3 – 5 / skupina), široká diskusia, hľadanie alternatívnych riešení, posudzovanie a formulovanie výstupov – vlastného riešenia problému. V prípade existencie viac skupín pracujúcich na rovnakej štúdiu sa pridáva ešte fáza prezentácie jednotlivých výstupov a ich porovnanie.

Aj keď je táto metóda založená na aktívnej účasti vzdelávaných osôb, je úloha lektora nepostrádateľná. Lektor najmä uvádza a moderuje riešenie štúdie, poskytuje spätnú väzbu, rekapituluje povedané, prípadne zapisuje výstupy. Pokiaľ je prípadová štúdia pripravená kvalitne, jej didaktické výstupy sú vysoko nadštandardné.

Hranie rolí – táto metóda patrí medzi inscenačné metódy, keď dochádza k precvičovaniu reálnych situácií z praxe vo vyučovacom prostredí. Dôležitou súčasťou je jasné vysvetlenie účelu metódy, jednotlivých scénarov pre dané roly a priebehu aktivity. Typické je použitie videokamery, ktorá verne zachytáva priebeh aktivity a umožňuje následne vyhodnotenie záznamu pred účastníkom (napr. poukázanie na zvláštnosti neverbálnej komunikácie, ktoré si ľudia sami u seba nevšímajú, vzťahy dominancie a submisivity pri práci v tíme).

Medzi zásadné prínosy zaraďujeme rozvoj interpersonálnych vzťahov, tréning schopnosti analyzovať problémy, rozhodovanie, uvedomovanie si vlastných chýb... (Palán, Langer, 2008)

Otvorené zúčastnené pozorovanie - pozorovateľ sa nachádza priamo v priestore, kde sa nachádzajú javy, ktoré pozoruje. Je ich súčasťou, je aj jedným z aktérov. Počas pozorovania dochádza medzi pozorovateľom a pozorovaným javom k interakcii. Účastníci výskumu sú informovaní o prebiehajúcim výskume.

Metóda terénnych poznámok - zaznamenávanie priebehu stretnutí chronologicky a všetkého, čo sa deje s pozorovaným prostredím, účastníkmi i s pozorovateľom samotným.

Neformálny rozhovor – ide o metódu, ktorá zohľadňuje individuálne rozdiely a zmeny situácie u participantov výskumu. Otázky v ňom môžu byť individualizované tak, aby sa dosiahla hĺbka komunikácie a využilo sa prostredie a situácia a zároveň, aby sa posilnila konkrétnosť a bezprostrednosť rozhovoru (Hendl, 2005, str. 175).

Ako výskumnú metódu sme zvolili zúčastnené pozorovanie. Popritom sme si vypomáhali metódou terénnych poznámok. Poslúžila nám najmä na zaznamenávanie priebehu stretnutí (ich zmenami, vzťahmi, medzi členmi skupiny, pozorovateľom, prostredím). Audiozáznam nám významnou mierou pomohol najmä pri vyhodnocovaní výskumu. Za účelom kontroly sme použili metódu sebareflexie výskumníka.

Spomínané metódy sme zvolili pri hodnotení edukačného programu z hľadiska použitých didaktických foriem a metód, spôsobov práce s cieľovou skupinou i samotnej koncepcie programu.

Na vyhodnotenie účastníkov programu so zameraním na zmeny, ktorými prešli počas absolvovania programu sme využili neformálne rozhovory, ktoré nám pomáhali doplniť, či objasniť získané informácie / poznatky.

4.7 Realizácia výskumu

Predvýskum:

Realizovali sme ho prostredníctvom rozhovorov s jednotlivými rodinnými príslušníkmi. Po predchádzajúcom súhlase s možnosťou nahrávania rozhovoru a garanciou jeho anonymity sme takýmto spôsobom zozbierali údaje pre náš predvýskum v časovom období február 2013 – apríl 2013.

Konkrétne otázky nášho rozhovoru sú uvedené v prílohe A.

V jednotlivých rozhovoroch, ktoré boli uskutočnené priamo v rodinách, sme sa pýtali rodinných príslušníkov, ktorí boli rôzneho pohlavia, veku, rodinného stavu, vzdelania / povolania i aktuálneho zamestnania (bližšie údaje – tabuľka 1). Rozhovory s rodinnými príslušníkmi prebiehali v ich domácom prostredí (väčšina z nich sa doma cítila príjemne, niekedy však boli rozhovory prerušované potrebami pacientov).

Dbali sme na to, aby sme otázky kládli jasne, stručne, aby im opytovaní jednoznačne porozumeli. Náš pološtandardizovaný rozhovor pozostával z viacerých samostatných častí. Jeho dĺžka bola individuálna. V priemere trval približne 60 minút.

Celkovo sme absolvovali dvanásť rozhovorov v dvanástich rodinách, nahrávky z diktafónu sme previedli následne do písomnej formy.

Vlastný výskum:

Program sa vo svojich tématických oblastiach a ich precvičovaní nevenoval iba edukácii o AD, jej štádiách, diagnostike a terapii. Zahŕňal aj nácvik rôznych foriem komunikácie vhodných v konkrétnych štádiách AD, možnosti rozvíjania vlastných schopností a získavania zručností vedúcich k zvyšovaniu kvality života nielen pacienta, ale aj seba samého (opatrovateľa).

Náš edukačný program pozostáva z dvoch častí – teoretickej a praktickej.

V rámci teoretickej etapy, ktorá pozostávala zo štyroch oblastí, sme zorganizovali šesťnásť stretnutí (od 8. 6. 2013 – do 21. 9. 2013), a to každú sobotu popoludní medzi 15 – 18 hod. v Bratislave – Petržalke na Vyšehradskej ulici, s možnosťou vziať so sebou aj seniora, o ktorého opateru bolo tiež postarané.

Tieto stretnutia pozostávali zvyčajne z úvodu, prednášky na zvolenú tému, diskusie, praktických precvičovanií a záveru. Každé zo šesťnástich stretnutí bolo venované jednej téme:

1. stretnutie, dátum : 8. 6. 2013, téma: CNS – neuróny, neuroglia, synapsy, neurotransmitery, neuromodulátory, obaly mozgu, cievne zásobenie mozgu.
2. stretnutie, dátum : 15. 6. 2013, téma: CNS – jednotlivé oddiely mozgu, ich základné funkcie, poruchy.
3. stretnutie, dátum : 22. 6. 2013, téma: CNS – cortex, lobi, gyri, funkčné kôrové oblasti, bazálne gangliá, limbický systém.
4. stretnutie, dátum : 29. 6. 2013, téma: CNS – opakovanie.
5. stretnutie, dátum : 6. 7. 2013, téma: AD – história, klasifikácia demencií, výskyt AD, etiopatológia, klinický obraz, jednotlivé štádiá a ich rozpoznávanie.
6. stretnutie, dátum : 13. 7. 2013, téma: AD – diagnostika, formy terapie vrátane farmakoterapie.
7. stretnutie, dátum : 20. 7. 2013, téma: AD – nové pohľady na vznik AD, aktuálny stav vedeckého výskumu v oblasti demencií / AD.
8. stretnutie, dátum : 27. 7. 2013, téma: AD – opakovanie.

9. stretnutie, dátum : 3. 8. 2013, téma: Rola opatrovateľa – zmeny v rodine po príchode pacienta s AD, nové rozdelenie úloh v rodine, komunikačné bariéry, prestavba bytu – bezbariérový prístup, bezpečné prostredie.
10. stretnutie, dátum : 10. 8. 2013, téma: Rola opatrovateľa – moje pocity, potreby a ich saturácia (Maslowova pyramída potrieb), Erikson, kvalita života (potenciálna strata voľného času, priateľov -> izolácia, strata zamestnania).
11. stretnutie, dátum : 17. 8. 2013, téma: Rola opatrovateľa – Európska charta rodinných opatrovateľov, dodržiavanie psychohygieny a relaxačné techniky, syndróm vyhorenia.
12. stretnutie, dátum : 24. 8. 2013, téma: Rola opatrovateľa - opakovanie.
13. stretnutie, dátum : 31. 8. 2013, téma: Starostlivosť – staroba a jej zmeny – telesné a psychické; demencia a jej symptómy – kognitívne, behaviorálne a emocionálne.
14. stretnutie, dátum : 7. 9. 2013, téma: Starostlivosť – jej problémy, geriatrické syndrómy, formy nevhodného správania, poruchy správania dementných seniorov, praktické problémy starostlivosti o dementných pacientov.
15. stretnutie, dátum : 14. 9. 2013, téma: Starostlivosť – Aktivačné cvičenia, nácvik samoobslužných činností, zachovanie maximálne možnej miery sebestačnosti, sociálne, finančné príspevky.
16. stretnutie, dátum : 21. 9. 2013, téma: Starostlivosť - opakovanie.

Teoretickú časť sme rozčlenili do štyroch oblastí:

1, CNS – nakoľko je Alzheimerová choroba závažné neurodegeneratívne ochorenie, ktoré vedie k úbytku neurónov (a v dôsledku toho k mozgovej atrofií) a jej typickým nálezom u pacienta s AD sú senilné plaky a neurofibrilárna desorganizácia, považujeme za potrebné venovať sa v prvej oblasti programu práve CNS.

Venovali sme prvé štyri stretnutia anatómii a fyziológii CNS. Prednášky boli obohatené množstvom obrázkov a schém aby účastníci skutočne porozumeli tomu, čo sa vysvetľuje. Na štvrtom stretnutí sme obrázky rozdelili každý na osem častí a účastníci ich mali za úlohu vyskladať do pôvodného stavu. Zároveň si spomínali na informácie z predchádzajúcich prednášok k danému obrázku (napr. neuróny, synapsy, mozog a jeho časti, cortex s jednotlivými oblasťami a pod.).

2, V druhej oblasti sme sa zaoberali Alzheimerovou chorobou, jej etiológiou, príznakmi, priebehom jednotlivých štádií. Venovali sme sa tiež diagnostike, či rôznym formám terapie. Prezentované prednášky sme doplnili o prípadové štúdie s cieľom posilnenia schopností na vnímanie potrieb pacientov s AD.

3, Tretia oblasť pojednáva v širokom zábere o osobe opatrovateľa a jeho rodine. Úlohou tejto časti bolo identifikovať ich vlastné pocity, zistiť v akej fáze zmierovania sa s novou situáciou sa nachádzajú (zmena po príchode pacienta do rodiny). Nemenej významnou úlohou bolo poukázať na dôležitosť rozvíjania sociálnych kontaktov. Cieľom tretej oblasti bolo uvedomenie si vlastných potrieb (schopnosť ich identifikácie) a ich následná saturácia / uspokojenie (Maslowova pyramída potrieb).

V tejto časti sme sa venovali aj rodine opatrovateľa. Aj keď sa medzi účastníkmi nachádzalo niekoľko bezdetných manželských párov na dôchodku, zvyčajne išlo o viacčlenné rodiny, vrátane detí, prípadne vnúčat. Bolo potrebné doriešiť vzťahy v rodine v dôsledku príchodu nového člena (pacienta), prispôbiť denný režim, rozdeliť nové úlohy v rámci opatrovania (medzi jednotlivých členov rodiny).

Nemenej dôležité bolo vysvetliť rolu opatrovateľa – prijať rolu opatrovateľa a tým aj akceptácia seba samého v takomto novom rodinnom usporiadaní. Získať nadhľad nad krízovými situáciami, byť schopný si vyhľadať adekvátnu formu pomoci, keď je to potrebné.

4, Praktická starostlivosť v domácom prostredí – v tejto časti sme sa zamerali na zmeny v starobe – telesné i psychické, popísali sme demenciu a jej symptómy –

kognitívne, emocionálne a behaviorálne. Následne sme sa venovali problémom v starostlivosti o seniorov, geriatrickým syndrómom, formám nevhodného správania. Najväčšiu časť sme venovali poruchám správania dementných pacientov a praktickým problémom starostlivosti o dementných.

Následne uvádzame prednášky z prvej tematickej oblasti – CNS:

Nervový systém

Je tvorený centrálnou a periférnou časťou, ktoré sú hierarchicky usporiadané a mnohonásobne prepojené. V nervovom tkanive rozoznávame dva typy buniek – nervové bunky - neuróny a podporné bunky - neuroglia.

Nervové bunky

Neuróny sú vysoko špecializované bunky, ktoré tvoria, rozvádzajú a upravujú elektrické impulzy, šíria sa ako akčné potenciály.

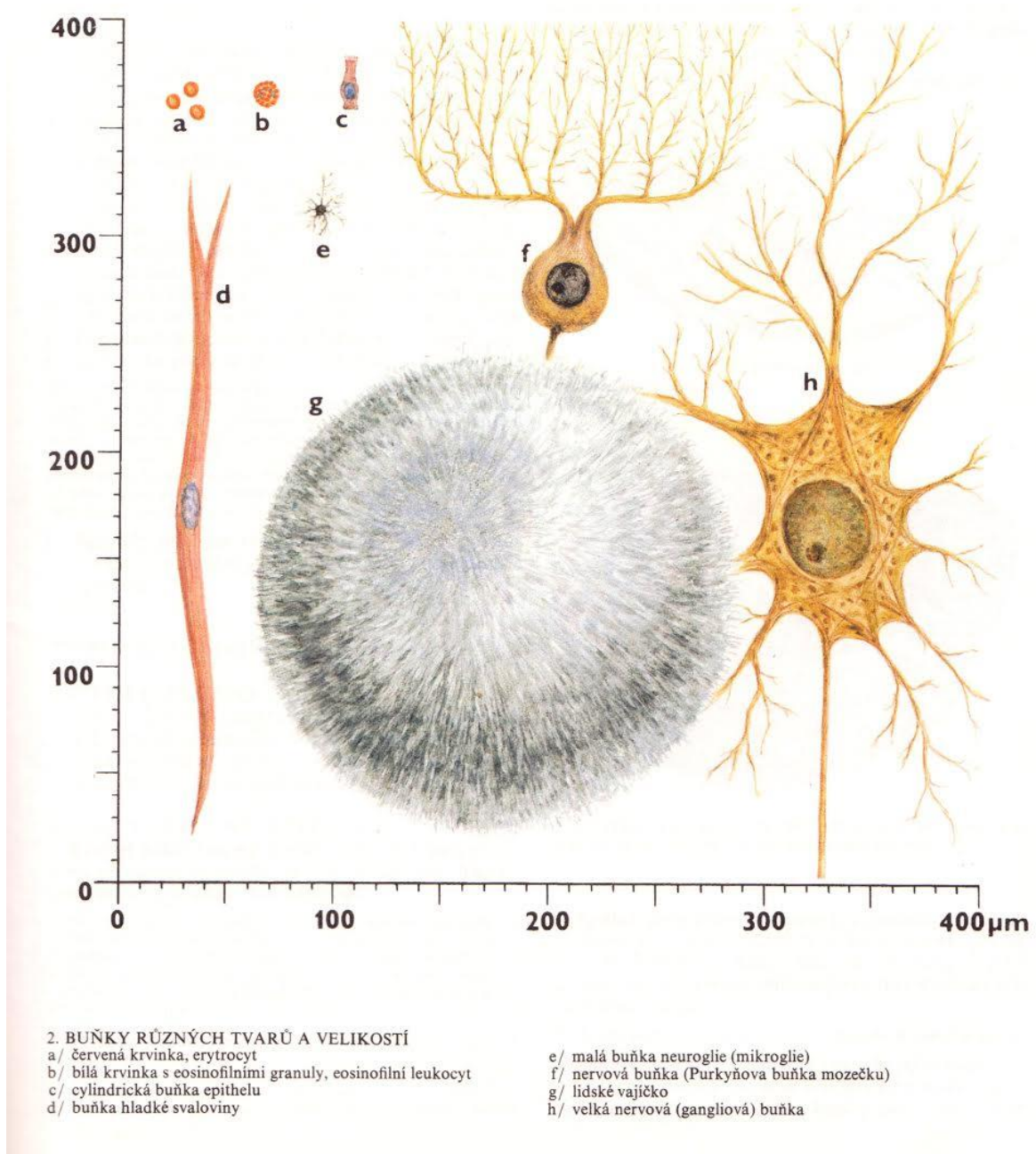
Na neuróne rozlišujeme:

- **telo (soma)**, rozdielnej veľkosti a tvaru - (napr. vretenovitý, oválny, guľatý, pyramídový tvar), s jadrom a inými bunkovými organelami,
- **dendrity** – stromčekovito sa vetviace výbežky, ktoré vedú nervové impulzy dostredivo (od periférie k bunkovému telu), majú na sebe drobné rozšírené výčnelky – dendritické trne,
- **neurit (axón)** – dlhý, na konci sa vetviaci výbežok, ktorý odstupuje z axónového hrbolčeka tela neurónu a vedie elektrické impulzy odstredivo (od tela nervovej bunky do periférie). Axóny môžu byť nahé (sivé nervové vlákna), väčšina je obalená myelínovou pošvou.

Obaly neuritov zaisťujú ich izoláciu a zvyšujú rýchlosť vedenia elektrických impulzov.

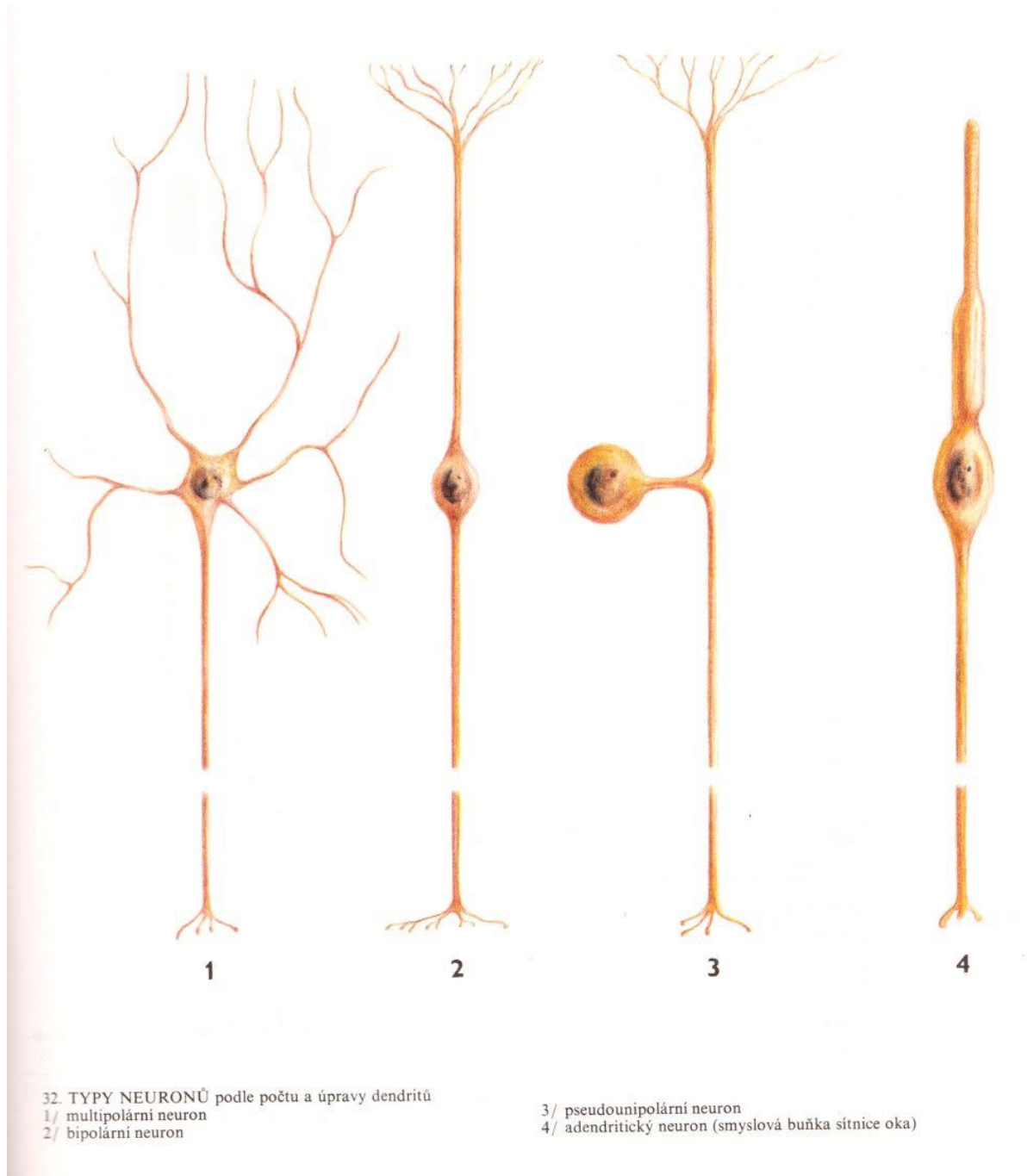
Myelínova pošva nepokrýva axón kontinuálne, ale je prerušovaná tzv. Ranvierovými zárezmi. Výbežky neurónov sú rôznej dĺžky. Napríklad axón miechového alfa-motoneurónu, ktorý riadi svaly palca nohy, je dlhý viac ako 100cm. V mozgu existujú neuróny, ktorých neurity sú dlhé iba zlomok milimetra.

Obrázok 11: Bunky rôznych tvarov a veľkostí



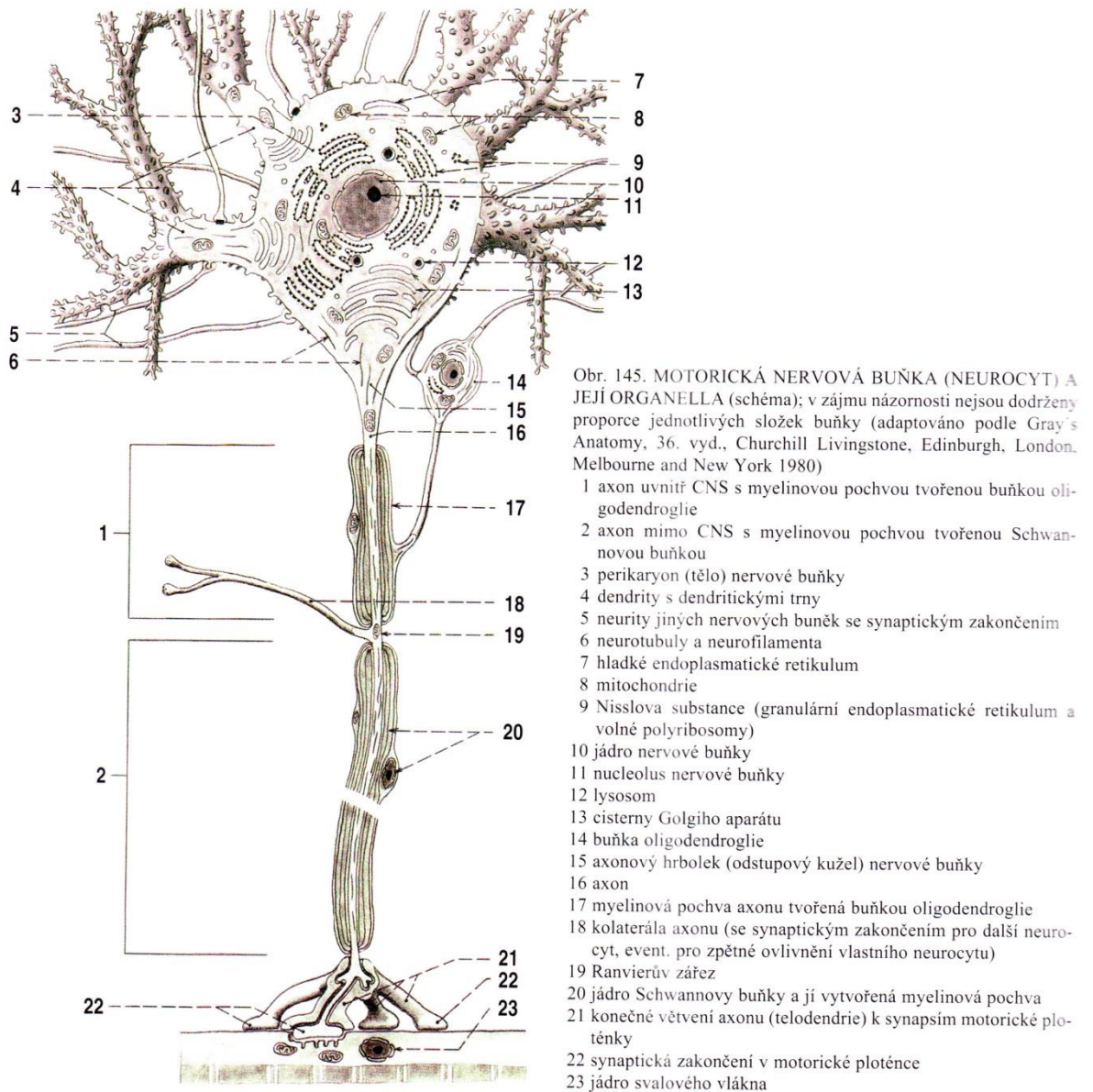
Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 1

Obrázok 12: Typy neurónov



Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 1

Obrázok 13: Motorická nervová bunka (NEUROCYT)



Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 1

Synapsy

Kontakty nervových buniek umožňujúce jednosmerný prenos informácií nazývame synapsy. Rozlišujeme ich na:

neuroreceptorové – medzi receptorovou bunkou a dendritom neurónu,

neuroefektorové – medzi axónom a efektorovou bunkou (nervovo-svalová platnička),

interneurónové – medzi neurónmi navzájom.

U človeka nachádzame iba synapsy chemické, v ktorých sa prenos vzruchu medzi bunkami deje chemickou cestou – prostredníctvom špecifických látok, ktoré nazývame **neuromediátory (neurotransmitery)**. Tie sú syntetizované v tele neurónu, odkiaľ sa dostávajú do koncových vetiev neuritu, kde sú skladované v synaptických vačkoch. Po chemickej stránke sú to aminokyseliny (glycín, GABA...), biogénne amíny (adrenalín, noradrenalín, serotonín, dopamín, histamín...), peptidy a pod.

Synapsa sa skladá z presynaptického útvaru, postsynaptického útvaru a medzi nimi prítomnej synaptickej štrbiny.

Presynaptický útvar je gombikovito rozšírená konečná časť axónovej vetvy, ktorá obsahuje početné mitochondrie a synaptické vačky (vezikuly) s neuromediátorom. Pokiaľ k nemu dorazí elektrický impulz, membrána vačkou splynie s presynaptickou membránou a neuromediátor je uvoľnený do synaptickej štrbiny.

Synaptická štrbina je priestor asi 20 nm široký. Aj keď sú neuróny v tesnom kontakte, zostávajú od seba oddelené a ich plazmatické membrány nesplývajú.

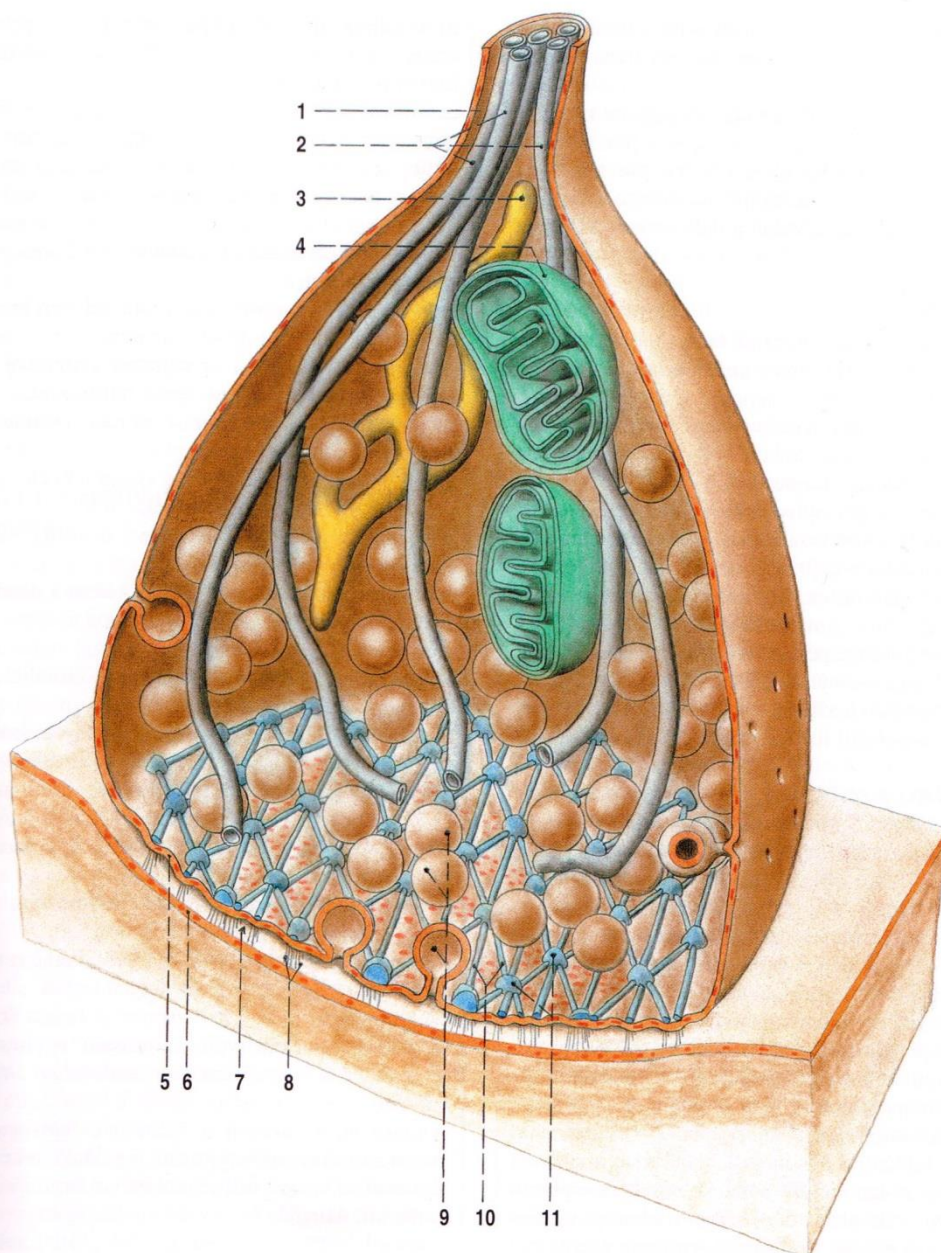
Uvoľnené molekuly neurotransmiteru sa viažu na membránové receptory **postsynaptického útvaru**, čo v konečnom dôsledku spôsobí depolarizáciu (prenos vzruchu) alebo hyperpolarizáciu (vzruch sa neprenáša) postsynaptickej membrány.

Akonáhle neuromediátor splní svoje poslanie, je rýchlo zo synaptickej štrbiny odstránený enzymatickým rozložením alebo transportom späť do presynaptického útvaru.

Prevedenie jedného vzruchu je jednotkou informácie. Tzv. **neuromodulátory** ovplyvňujú synaptický prenos informácií najviac (zvyšujú alebo znižujú tvorbu alebo uvoľňovanie neurotransmiteru, jeho spätné vstrebávanie či odstraňovanie, citlivosť receptorov postsynaptickej membrány a účinnosť neurotransmiterov).

Počet všetkých neurónov u človeka sa odhaduje na niekoľko desiatok miliárd. Jeden neurón môže mať kontakty s tisíckami iných neurónov. Počas vnútromaternicového vývinu sa neuróny delia, krátko po pôrode sa ich množenie zastavuje. Zrelé neuróny sa nedelia a ich počet postupne klesá. Kmeňové bunky, ktoré boli v mozgu objavené, sa však množiť môžu a svojou diferenciáciou umožňujú vznik nových neurónov i v dospelom veku.

Obrázok 14: Synapsy



Obr. 148. SYNAPSE ve tvaru terminálního butonu; schematický prostorový model (modifikováno podle Gray's Anatomy, 36. vyd., Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York 1980)

- 1 axon
- 2 neurotubuly
- 3 hladké endoplasmatické retikulum
- 4 mitochondrie

- 5 presynaptická membrána
- 6 postsynaptická membrána
- 7 synaptická štěrbina
- 8 filamenta mezi synaptickými membránami
- 9 synaptické vesikuly s mediátorem
- 10 proteinová hexagonální presynaptická mřížka
- 11 proteinové, event. glykoproteinové hrudky v presynaptické mřížce

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Podporné bunky – neuroglia

Sú bunky rôznej veľkosti, tvaru i funkcie s výraznou schopnosťou regenerácie. Početnosťou prevažujú nad neurónmi 10 – 50–krát. Majú funkciu opornú, vyživujú neuróny, odstraňujú odpadové produkty v nervovom tkanive, vytvárajú obaly nervových vlákien, vykonávajú imunitný dohľad. Produkujú tiež niektoré substancie, ktoré majú vplyv na prenos informácie medzi neurónmi (neuromodulátory).

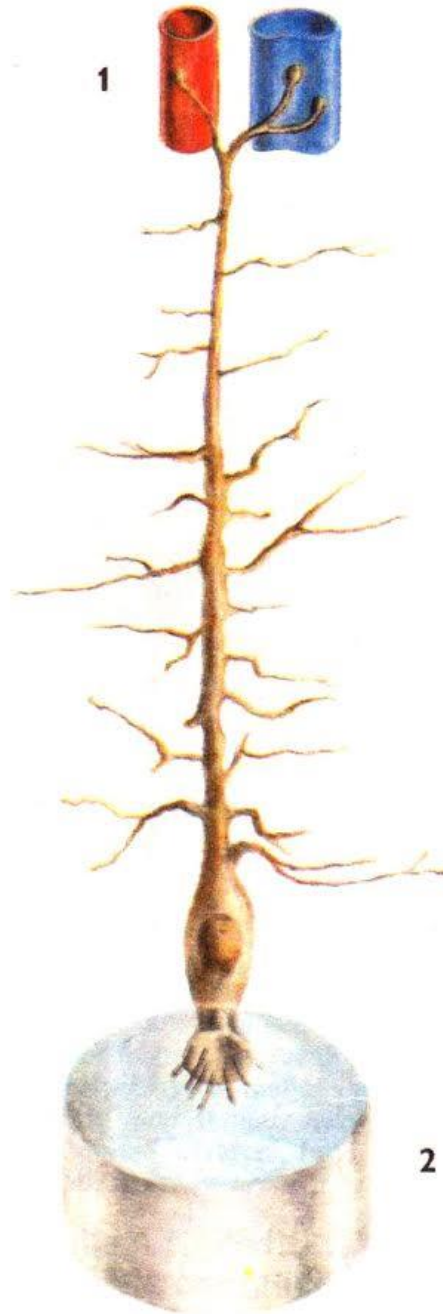
V CNS nachádzame tieto typy neuroglie:

- **Astrocyty** – hviezdicovité , rozvetvené bunky v kontakte s neurónmi a kapilármi, ktoré sprostredkujú neurónom výživu a majú podpornú funkciu.
- **Oligodendroglia** – vysielajú výbežky, ktoré obtáčajú axóny a vytvárajú tak myelínové pošvy v mozgu a mieche, jediná oligodendroglia tvorí obaly až pre 35 axónov.
- **Mikroglia** – sú najmenšie, pohyblivé, fagocytujúce bunky.
- **Ependymové bunky s riasinkami** – tvoria výstelku komorového systému mozgu a miechy (ependym), pohyb riasiniek napomáha prúdeniu mozgovomiechového moku. S cievami sú súčasťou **plexus choroideus** – miesta vzniku mozgovomešneho moku.

Neuroglia periférneho nervového systému:

- **Schwannove bunky** – tvoria myelínovú a Schwannovu pošvu axónov miechových a hlavových nervov, jedna Schwannova bunka sa pritom obtáča okolo jediného axónu.
- **Satelitné bunky** – plnia v senzitívnych a vegetatívnych gangliách metabolické a podporné funkcie.

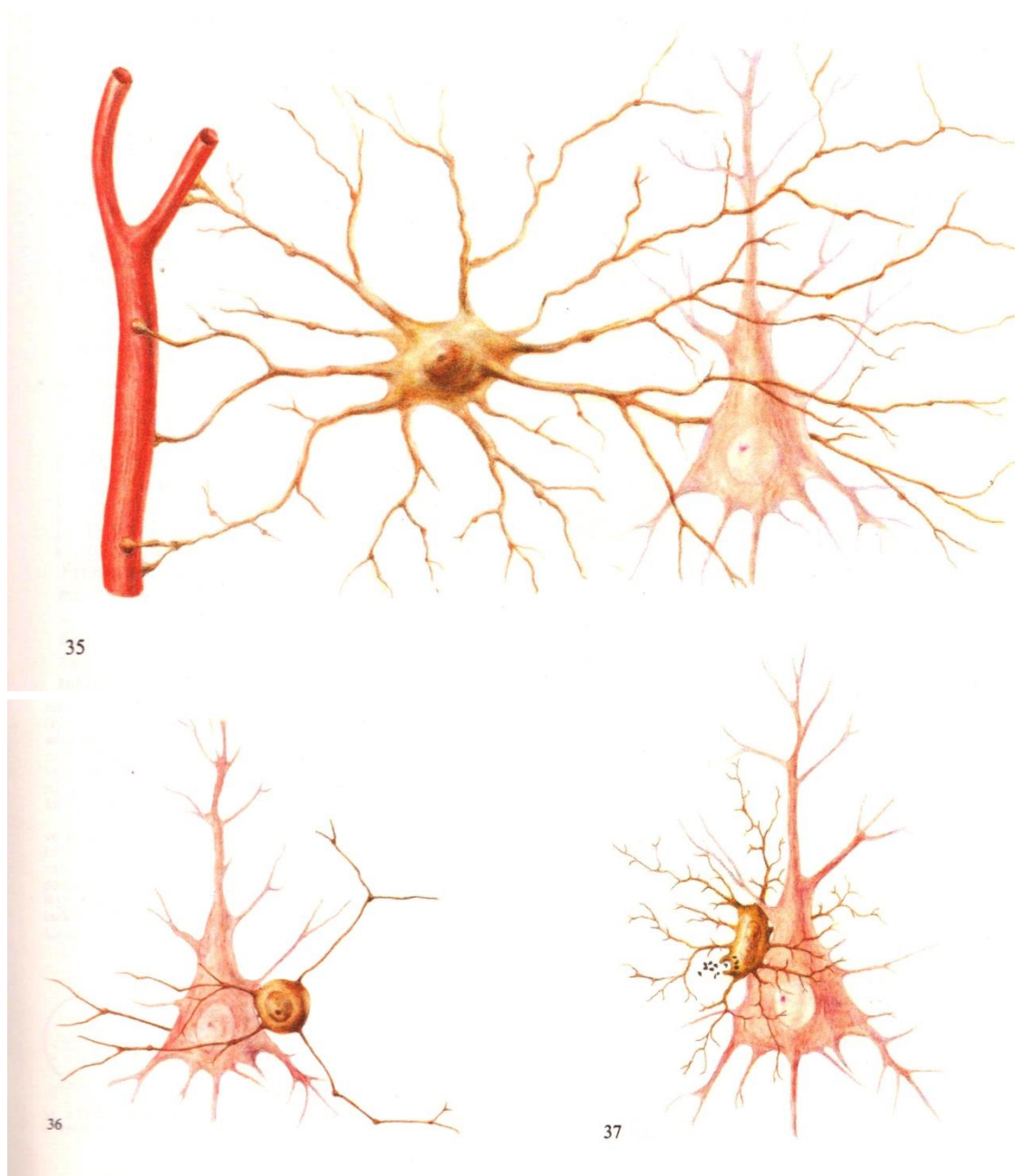
Obrázok 15: Ependymová bunka



34. EPENDYMOVÁ BUŇKA a její vztah k dutině centrálního nervstva a k cévám (model)
1/ drobné cévy
2/ část dutiny, kterou ependym vystýlá

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Obrázok 16: Bunky - Astrocyt, Oligodendroglia, Mikroglia



35. ASTROCYT, který částí svých výběžků obsazuje stěny cév, jinými výběžky obkládá nervovou buňku a přispívá její látkové výměně

36. BUŇKA OLIGODENDROGLIE při gangliové buňce

37. BUŇKA MIKROGLIE při gangliové buňce. Buňka mikroglie má fagocytární schopnost.

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

CNS

CNS je hierarchicky najvyššie postavený riadiaci a integračný systém organizmu. Tvorí ho mozog a miecha uložené v obaloch.

Obaly mozgu a miechy

Mozog je uzavretý pevným kosteným obalom – lebkou a miecha spočíva v chrbticovom kanáli obklopená stavcami. K ochrane prispievajú tiež vrchné vrstvy – svaly, podkožie a koža.

Medzi špecifické obaly CNS patrí:

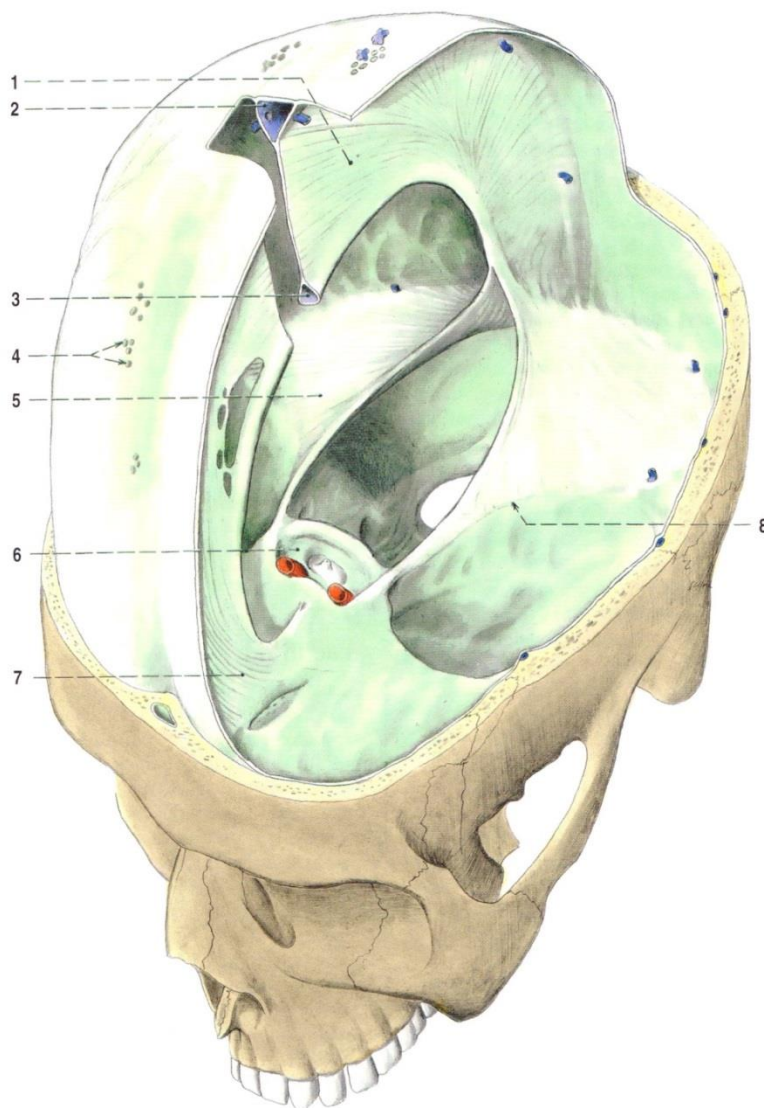
- **Tvrdá plena** mozgová a miechová (dura mater encephali et spinalis)
- **Pavúčnica** (arachnoidea encephali et spinalis)
- **Mäkká plena** mozgová a miechová (pia mater encephali et spinalis)

Priestor medzi pavúčnicou a mäkkou plenou nazývame spatium subarachnoideale – subarachnoideálny priestor a nachádza sa tu mozgovomiechový mok.

Mozgovomiechový mok - liquor cerebrospinalis je číra, bezfarebná mierne alkalická tekutina (pH 7,33). Vzniká v hĺbke mozgových poglobulí – v plexus choroideus postranných mozgových komôr (označujeme ich tiež ako I. a II. komoru). Otvorom sa z nich dostáva do nepárovej III. komory mozgovej v medzimozgu a odtiaľ úzkym Sylviovým mokovodom do IV. komory mozgovej na hornej ploche predĺženej miechy a Varolovho mostu. Z nej prúdi do centrálného kanálíka miechy (canalis centralis) a drobnými otvorčekmi v strope IV. mozgovej komory sa dostáva do subarachnoideálneho priestoru – tvorí vodný plášť, ktorý mozog a miechu nadnáša a chráni pred nárazmi.

Celkový objem mozgovomiechového moku je asi 150 ml. Z toho 40 ml sa nachádza v spomínaných dutinách a zvyšok medzi plenami. Mok sa neustále tvorí (rýchlosťou asi 720ml za 24hod.) a prúdi komorovým systémom a subarachnoideálnym priestorom (jeho objem sa denne obnoví asi 4-5-krát). Je teda logické, že sa niekde musí strácať. Drobné výbežky pavúčnice tzv. **Pachionské granulácie** vyčnievajú do žilových splavov na temene mozgu. Odtiaľ sa prebytok mozgovomiechového moku vstrebáva do žilovej krvi.

Obrázok 17: Dura mater



Obr. 188. DURA MATER CRANIALIS A JEJÍ ŘASY (duplikatury tvrdé pleny)

- 1 falx cerebri
- 2 sinus sagittalis superior
- 3 sinus sagittalis inferior
- 4 otvůrky v tvrdé pleni pro granulationes arachnoideae

- 5 tentorium cerebelli
- 6 diaphragma sellae
- 7 úpon falx cerebri na crista galli
- 8 crista partis petrosae (ossis temporalis), kde je upnuto tentorium cerebelli

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

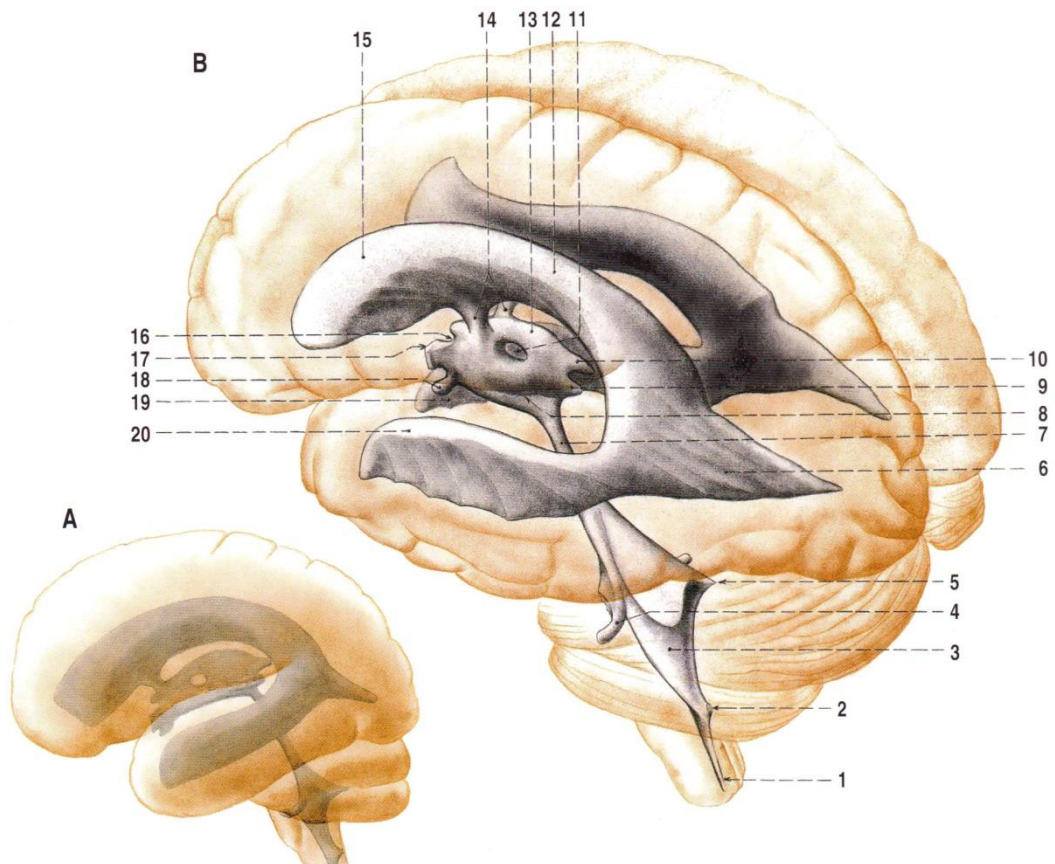
Obrázok 18: Arachnoidea



Obr. 190. ARACHNOIDEA CRANIALIS; pohľad shora na obé hemisféry s arachnoideou; na konvexitě hemisfér vyčínivají granulationes arachnoideae

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Obrázok 19: Mozgové komory



OBR. 184. MOZKOVÉ KOMORY

A průřez komor na povrch mozku; pohled zleva

B uložení dutinového systému v mozku; pohled zleva shora a zezadu; komory znázorněny jako výlitek dutin

- 1 přechod centrálního kanálku kaudální části prodloužené míchy v canalis centralis medullae spinalis
- 2 apertura mediana ventriculi quarti
- 3 dutina IV. mozgové komory
- 4 recessus lateralis ventriculi quarti
- 5 fastigium
- 6 cornu occipitale ventriculi lateralis
- 7 aquaeductus mesencephali
- 8 odlitek sulcus hypothalamicus

9 recessus pinealis III. komory

10 recessus suprapinealis III. komory

11 otvor po adhesio interthalamica ve výlitku III. mozgové komory

12 pars centralis ventriculi lateralis

13 výlitek III. mozgové komory

14 foramen interventriculare dextrum et sinistrum

15 cornu frontale ventriculi lateralis

16 otisk po commissura anterior na výlitku III. komory

17 zakončení III. komory vpředu při lamina terminalis

18 recessus opticus III. komory

19 recessus infundibuli

20 cornu temporale ventriculi lateralis

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Cievne zásobenie mozgu

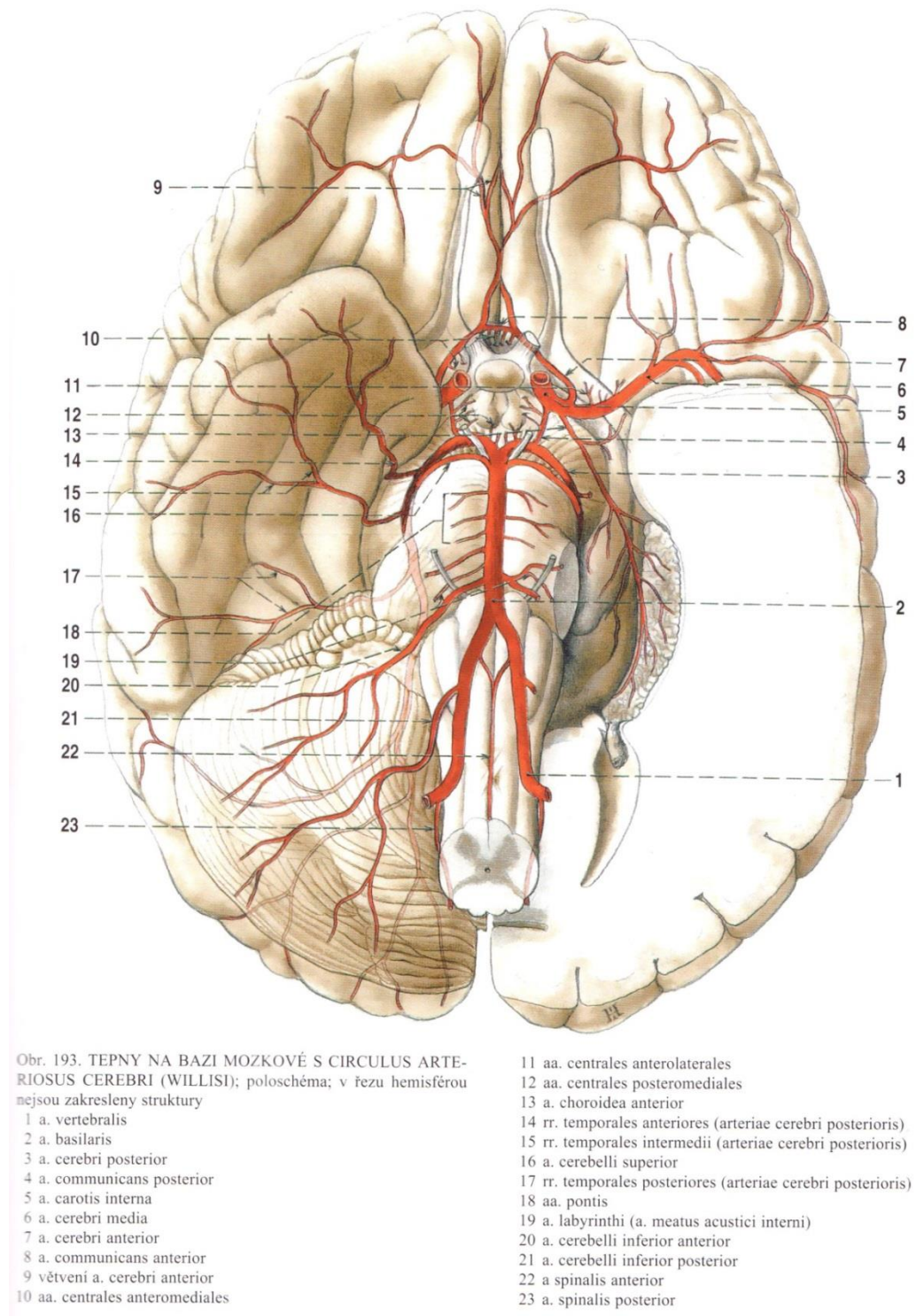
Aj keď ľudský mozog tvorí len asi 2% hmotnosti tela, dostáva cca 20% minútového objemu krvi a z celotelovej spotreby využije až 20% glukózy a 40% kyslíka. Obmedzenie prívodu krvi spôsobuje veľmi rýchlo poškodenie až odumretie neurónov príslušnej oblasti.

Na zásobenie mozgu krvou sa podieľajú štyri tepny:

- Pravá a ľavá vnútorná krčnica (arteria carotis interna dextra et sinistra)
- Pravá a ľavá chrbticová tepna (arteria vertebralis dextra et sinistra), ktoré sa v lebke spájajú v nepárovú bazilárnu tepnu (arteria basilaris)
- Obe **vnútorné krčnice a bazilárna tepna** vytvárajú na báze lebečnej tepnový **Willisov okruh**, z ktorého odstupujú tepny zásobujúce krvou jednotlivé časti mozgu. Sú to najmä:
 - mozgová tepna predná (arteria cerebri anterior),
 - mozgová tepna stredná (arteria cerebri media),
 - mozgová tepna zadná (arteria cerebri posterior) pre príslušné časti koncového mozgu a ďalej tepny určené pre mozoček, mozgový kmeň a iné štruktúry.

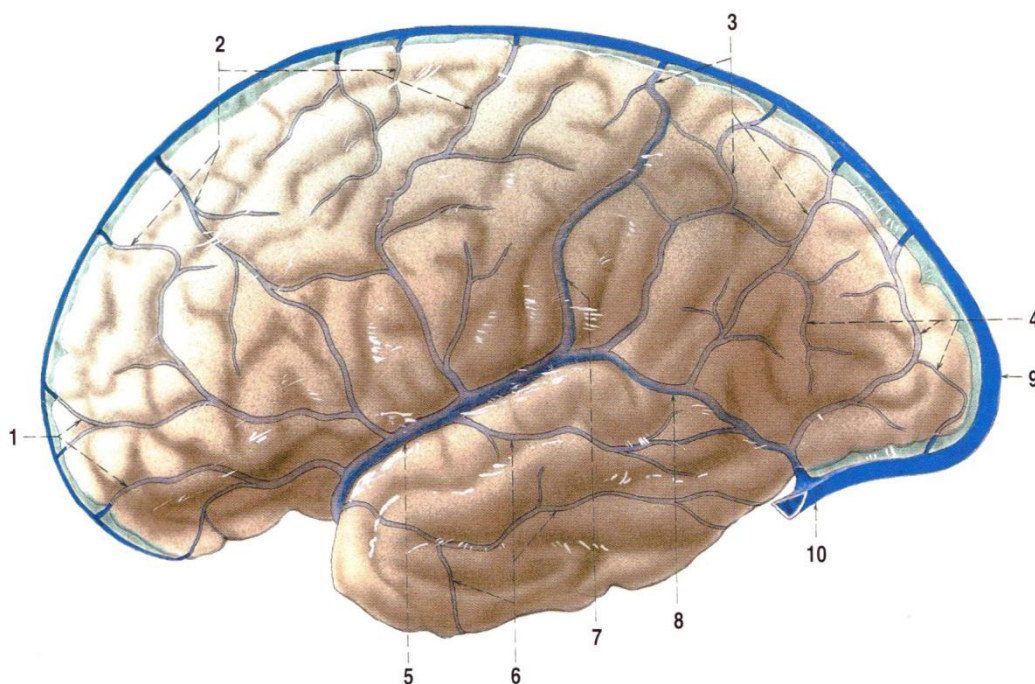
Odkysličená krv je z mozgu odvádzaná systémom žíl, ktoré sa zlievajú do **žilových splavov**. Krv nie je v priamom kontakte s neurónmi, je od nich oddelená tzv. **hematoencefalickou bariérou** (tvorenou najmä astrocytmi). Od mozgovomiechového moku oddeľuje krv **hematolikorová bariéra** (jej morfológickým podkladom je choroideálny plexus).

Obrázok 20: Mozgové tepny



Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Obrázok 21: Povrchové žily mozgu



Obr. 200. POVRCHOVÉ ŽÍLY MOZKU; arachnoideou pokrytá levá hemisféra se sinus sagittalis superior; pohled na facies superolateralis

1–4 venae cerebri superiores
1 venae prefrontales
2 venae frontales
3 venae parietales

4 venae occipitales
5 vena cerebri media superficialis
6 venae cerebri inferiores – vv. temporales
7 vena anastomotica superior
8 v. anastomotica inferior
9 sinus sagittalis superior
10 sinus transversus

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Chrbticová miecha (medulla spinalis)

Je cca 45 cm dlhý a asi ako palec široký nervový povrazec. Leží v chrbticovom kanáli a naväzuje na preĺženú miechu. V dolnej časti končí na úrovni druhého drierkového (lumbálneho) stavca. V priebehu chrbticovej miechy rozlišujeme oddiely: kľčny – cervikálny, hrudný – torakálny, drierkový – lumbálny, krížový – sakrálny a kostrčový – kokcygeálny. Jednotlivé oddiely sa členia na miechové segmenty.

Na prednej a zadnej strane miechy prebiehajú hlboké pozdĺžne zárezy a na oboch bočných stranách dva plytké pozdĺžne zárezy. V každom miechovom segmente vystupujú z predného bočného zárezu motorické a vegetatívne nervové vlákna a do zadného bočného zárezu vstupujú nervové vlákna senzitivne.

Na priečnom reze miechou nachádzame sivú a bielu miechovú hmotu. Sivá hmotu je uložená centrálna v tvare roztvorených motýľích krídel. Tvoria ju telá nervových buniek, ktoré sú organizované do zhlukov – jadier. V predných rohoch miechy ležia motoneuróny riadiace kostrovú svalovinu. V zadných rohoch nachádzame senzitivne neuróny, strednú časť tvoria vegetatívne neuróny, ktorých axóny vytvárajú autonómne nervy.

Sivú hmotu lemuje biela miechová hmotu. Obsahuje nervové vlákna, ktoré tvoria nervové dráhy – zväzky vlákien rovnakej kvality (napr. dráhy senzitivne, motorické...). Bielu hmotu môžeme rozdeliť do troch širokých povrazcov. V predných povrazcoch vedú zostupné – najmä motorické dráhy z mozgovej kôry a kmeňa k motoneurónom. V postranných povrazcoch prebiehajú zostupné – motorické a aj vzostupné – senzitivne dráhy. V zadných povrazcoch prebiehajú vzostupné – senzitivne dráhy.

Základnou funkčnou jednotkou miechových (ale tiež mozgových) dejov je reflex (všeobecne známy ako odpoveď organizmu na podráždenie). Morfológickým podkladom reflexu je **reflexný oblúk**, ktorý je tvorený piatimi na seba nadväzujúcimi oddielmi:

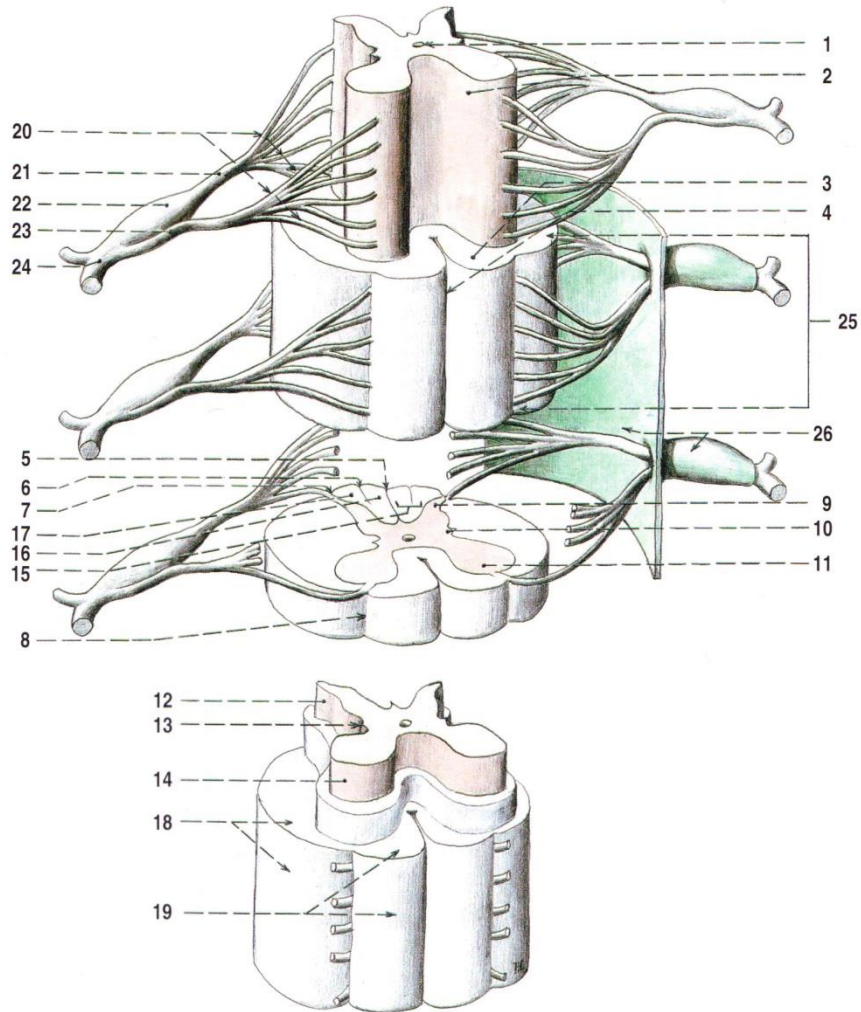
- **Receptor** (v koži, svaloch, šľachách, vnútorných orgánoch).
- **Dostredivé (afarentné) vlákno** senzitivny dendrit vedie informácie do zadných rohov miechy.
- **Centrum** v sivej hmote miechy, dochádza k prepojeniu informácii na odstredivé (eferentný) neurón (motorický alebo vegetatívny). Podľa počtu synapsí v centre rozlišujeme reflexy monosynaptické (najjednoduchšie, s jedinou synapsiou - tvorené iba dvoma neurónmi) alebo polysynaptické (s vmedzerenými interneurónmi).
- **Odstredivé (eferentné) vlákno** – motorické alebo vegetatívne vedie informáciu z centra.
- **Efektor** – posledná, výkonná časť reflexného oblúka, napr. sval alebo žľaza.

Motorické (hybné) funkcie sú vôľou a reflexne riadené impulzy miechových alfa-motoneurónov, ktoré neustále dostávajú pokyny z nadradených centier prostredníctvom pyramídovej dráhy (priamo z mozgovej motorickej kôry) a mimopyramídových dráh (so zapojením bazálnych ganglií a mozočka). Zároveň do

mozgových a miechových centier kontinuálne prúdia informácie o polohe, napätí a stave pohybového aparátu, čo umožňuje spätnoväzbové riadenie hybnosti.

Pri riadení pohybu zaisťujú miechové motoneuróny súhru činností svalov. Pokiaľ dochádza ku kontrakcii jednej skupiny svalov (agonistov – teda svalov s podobnou funkciou), opačne fungujúce svaly (antagonisti) relaxujú.

Obrázok 22: Miecha



Obr. 153. MEDULLA SPINALIS, JEJÍ ŠEDÁ A BILÁ HMOTA
na řezu a v prostoru; schéma

- 1 canalis centralis (medullae spinalis)
- 2 substantia grisea
- 3 substantia alba
- 4 fissura mediana anterior
- 5 sulcus medianus posterior
- 6 sulcus intermedius posterior
- 7 sulcus posterolateralis
- 8 sulcus anterolateralis
- 9 cornu posterius
- 10 cornu laterale
- 11 cornu anterius
- 12 columna posterior
- 13 columna lateralis

- 14 columna anterior
- 15 funiculus posterior
- 16 fasciculus gracilis
- 17 fasciculus cuneatus
- 18 funiculus lateralis
- 19 funiculus anterior
- 20 fila radicularia
- 21 radix posterior
- 22 ganglion spinale
- 23 radix anterior
- 24 nervus spinalis
- 25 míšni segment
- 26 saccus durae matris spinalis a dura mater obalující míšni nerv
ve foramen intervertebrale

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Mozgový kmeň – truncus encephali

Mozgový kmeň je priamym pokračovaním chrbticovej miechy. Sú v ňom uložené centrá základných životných funkcií (napr. dýchanie a srdечná činnosť) a životne dôležitých reflexov (prehltanie, kašeľ, kýchanie, zvracanie...). Vystupujú z neho hlavové mozgové nervy, ktoré tu vo svojich jadrách začínajú alebo končia.

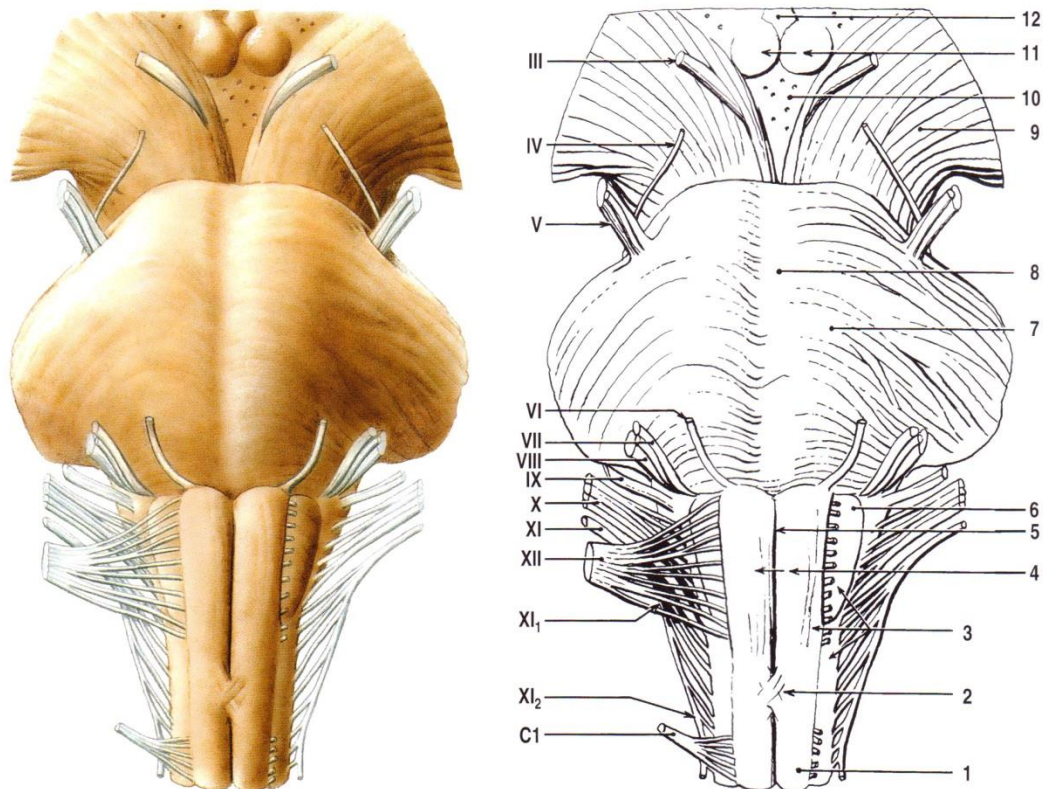
Mozgový kmeň tvoria tri časti: **predĺžená miecha** (medulla oblongata), naväzujúci široký priečny val – **Varolov most** (pons Varoli) **stredný mozog** (mesencephalon).

Takzvané štvorhrbolie na hornej ploche stredného mozgu obsahuje centrá zrakových a sluchových reflexov spojených s pohybmi očí, hlavy a tela i so súhrou pohybov očí. Na zadnú stranu stredného mozgu je priložený mozoček a smerom dopredu a nahor naväzuje medzimozog. Varolov most a predĺžená miecha tvoria dno IV. komory mozgovej, ktorá je nad nimi rozprestretá ako stan.

Mozgovým kmeňom prechádza veľké množstvo vzostupných i zostupných nervových dráh. Navyac je mozgový kmeň prestúpený sieťou rozptýlených, zložito prepojených nervových buniek, ktoré sa zoskupujú do početných zhlukov (jadier), a tvoria vzostupný a zostupný systém **retikulárnej formácie** (formatio reticularis). Jej funkcie sú spojovacie, koordinačné a aktivačné (podieľajú sa mimo iného na genéze bdelosti).

Práve v jadrách retikulárnej formácie sú lokalizované centrá pre funkcie dýchacie (inšpiračné a expiračné centrum), srdcové (kardio-excitačné a kardio-inhibičné centrum), cievne (vazokonstrikčné a vazodilatačné centrum), tráviace (centrum pre pohyby tráviacej trubice a činnosť jej žliaz; pre žuvanie, prehltanie, slinenie...). Poškodenie životne dôležitých centier mozgového kmeňa má väčšinou veľmi závažné až smrteľné dôsledky.

Obrázok 23: Mozgový kmeň (pohľad spredu)



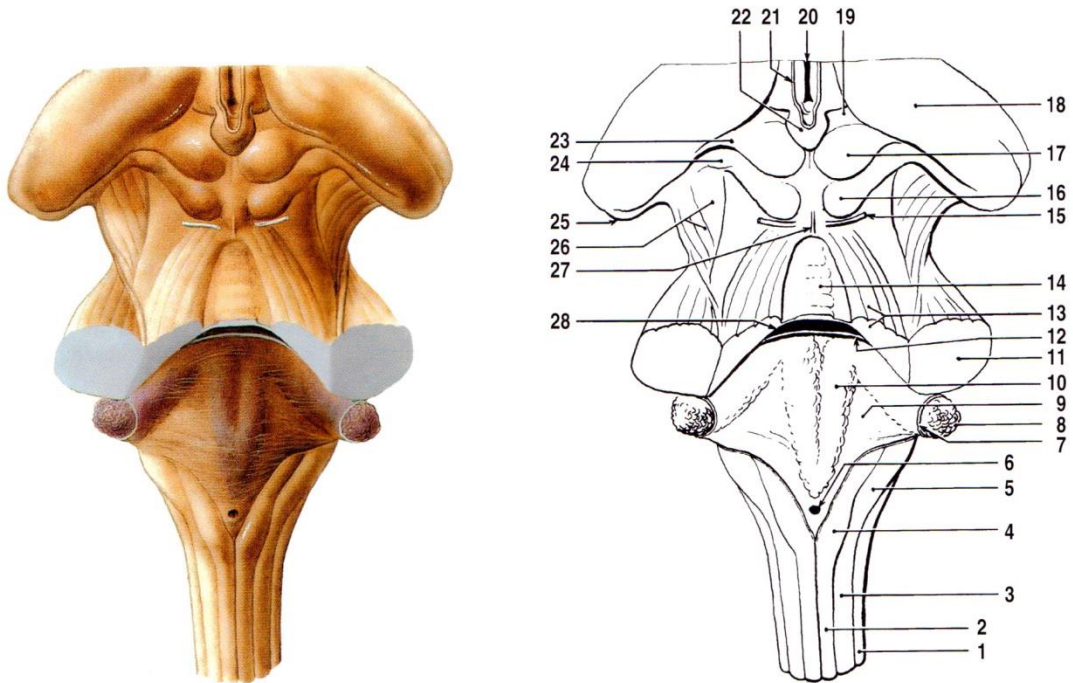
Obr. 157. MOZKOVÝ KMEŇ; pohľad zpreda zdola

- 1 medulla spinalis
- 2 decussatio pyramidum
- 3 medulla oblongata
- 4 pyramides medullae oblongatae
- 5 fissura mediana anterior
- 6 oliva
- 7 pons
- 8 sulcus basilaris pontis
- 9 crus cerebri
- 10 fossa interpeduncularis se substantia perforata posterior
- 11 corpora mamillaria (současť hypothalamu)
- 12 tuber cinereum (současť stopky hypofyzy)

- III – nervus oculomotorius
- IV – nervus trochlearis
- V – nervus trigeminus
- VI – nervus abducens
- VII – nervus facialis
- VIII – nervus vestibulocochlearis
- IX – nervus glossopharyngeus
- X – nervus vagus
- XI – nervus accessorius
- XI₁ – radix cranialis nervi accessorii
- XI₂ – radix spinalis nervi accessorii
- XII – nervus hypoglossus
- C1 – nervus cervicalis I (první míšňí nerv)

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Obrázok 24: Mozgový kmeň (pohľad zozadu)



Obr. 158. MOZKOVÝ KMEN; pohľad zezadu po odstránení mozečku

- 1 funiculus lateralis
- 2 fasciculus gracilis
- 3 fasciculus cuneatus
- 4 tuberculum gracile
- 5 tuberculum cuneatum
- 6 apertura mediana ventriculi quarti
- 7 apertura lateralis ventriculi quarti
- 8 výchlípka plexus choroideus ventriculi quarti do apertura lateralis ventriculi quarti (tzv. Bochdalkův keřík – viz str. 293)
- 9 tela choroidea ventriculi quarti
- 10 prosvitající plexus choroideus ventriculi quarti
- 11 pedunculus cerebellaris medius
- 12 odstřížené velum medullare posterius (spolu s fastigiem)
- 13 pedunculus cerebellaris superior

- 14 velum medullare superius se zbytkem linguly mozečku
- 15 nervus trochlearis
- 16 colliculus inferior tekta
- 17 colliculus superior tekta
- 18 thalamus
- 19 area praetectalis
- 20 otvor do III. mozkové komory po odstránení jejího stropu
- 21 taenia thalami
- 22 corpus pineale
- 23 brachium colliculi superioris
- 24 brachium colliculi inferioris
- 25 pulvinar thalami
- 26 mesencephalon – boční plocha
- 27 frenulum veli medullaris superioris
- 28 dutina IV. komory otevřená odříznutím fastigia a části velum medullare inferius

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Mozoček (cerebellum)

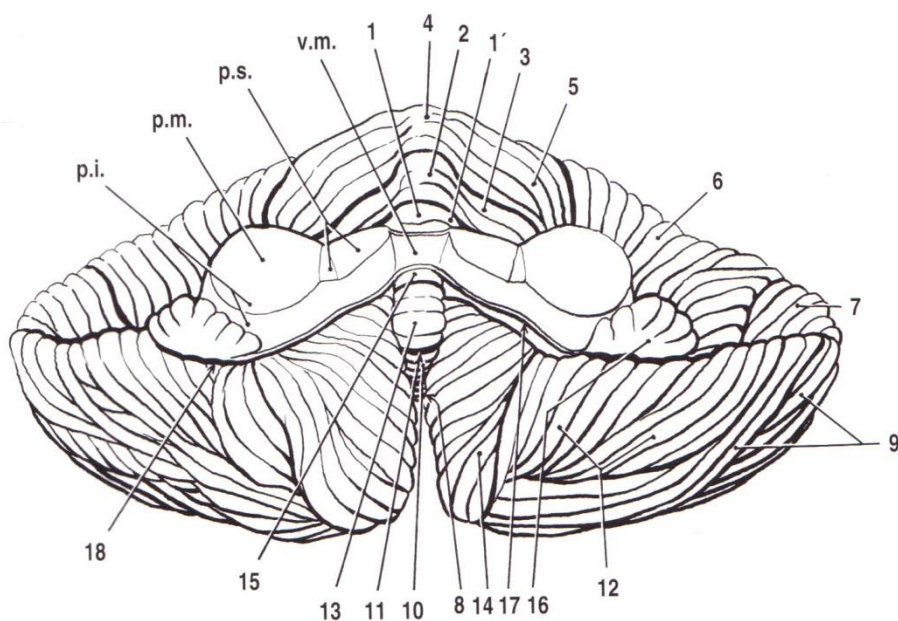
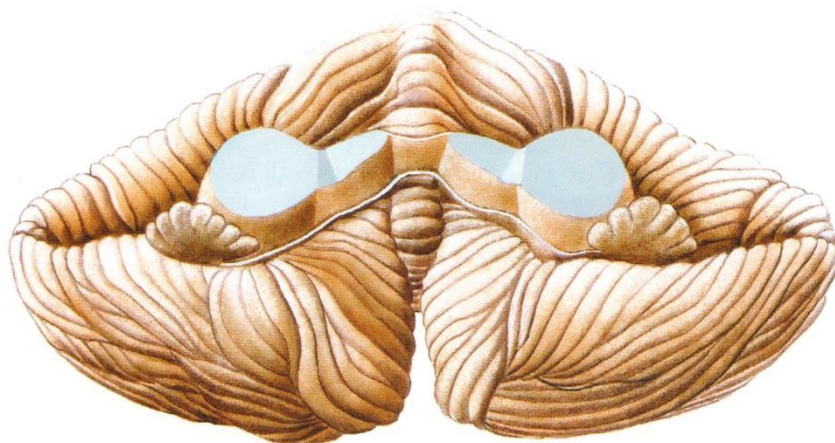
Leží v zadnej jame lebečnej nad predĺženou miechou a Varolovým mostom. Pozostáva zo strednej nepárovej časti – mozočkového červa (vermis cerebelli) a dvoch mozočkových pologúl (hemisfér). S mozgovým kmeňom je mozoček spojený početnými nervovými vláknami, ktoré tvoria mohutné mozočkové stonky (pedunculi cerebellares).

Sivá hmota (telá mozočkových neurónov) je organizovaná do niekoľkých mozočkových jadier a mozočkovej kôry, ktorá zaberá zvrásnený povrch o celkovej ploche asi 100 cm².

Mozoček sa podieľa najmä na riadení a koordinácii svalového napätia (tonus), rovnováhy, vzpriameného držania tela, presnosti, účelnosti a správnom prevedení úmyselných pohybov.

Funkcie mozočku sú oslabené napr. pod vplyvom alkoholu - objavuje sa neistota, nepresnosť a prestreľovanie pohybov, problémy s udržiavaním rovnováhy a vzpriameného postoja, mení sa reč atď.

Obrázok 25: Mozoček



Obr. 160. CEREBELLUM; pohled zředu zdola

v.m. – velum medullare superius (odříznuté)

p.s. – pedunculus cerebellaris superior

p.m. – pedunculus cerebellaris medius

p.i. – pedunculus cerebellaris inferior

1 lingula

1' vinculum lingulae

2 lobulus centralis

3 ala lobuli centralis

4 culmen

5 lobulus quadrangularis superior

6 lobulus quadrangularis inferior

7 lobulus semilunaris superior

8 tuber vermis

9 lobulus semilunaris inferior a lobulus gracilis

10 pyramis vermis

11 fissura secunda

12 lobulus biventer

13 uvula vermis

14 tonsilla cerebelli

15 nodulus

16 flocculus

17 pedunculus flocculi

18 fissura posterolateralis

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia

Medzimotozog (diencephalon)

Leží v strede medzi mozgovými pologulami. Jeho najvýznamnejšími štruktúrami sú talamus a hypotalamus.

Talamus (thalamus) je tvorený dvoma symetrickými vajcovitými telesami, medzi ktorými sa nachádza III. mozgová komora. Talamus prijíma, triedi, prepojuje, modeluje a integruje **senzorické informácie** so všetkých zmyslových orgánov (pre zrak, sluch, čuch, hmat, chuť) i **senzitivne informácie** z citlivých nervových zakončení tela (pre teplo, chlad, bolesť, polohu a napätie jednotlivých častí tela), **motorické i autonómne funkcie**. Aj jeho neuróny sa združujú do centier – jadier (v súčasnosti je známych viac ako 50 talamických jadier).

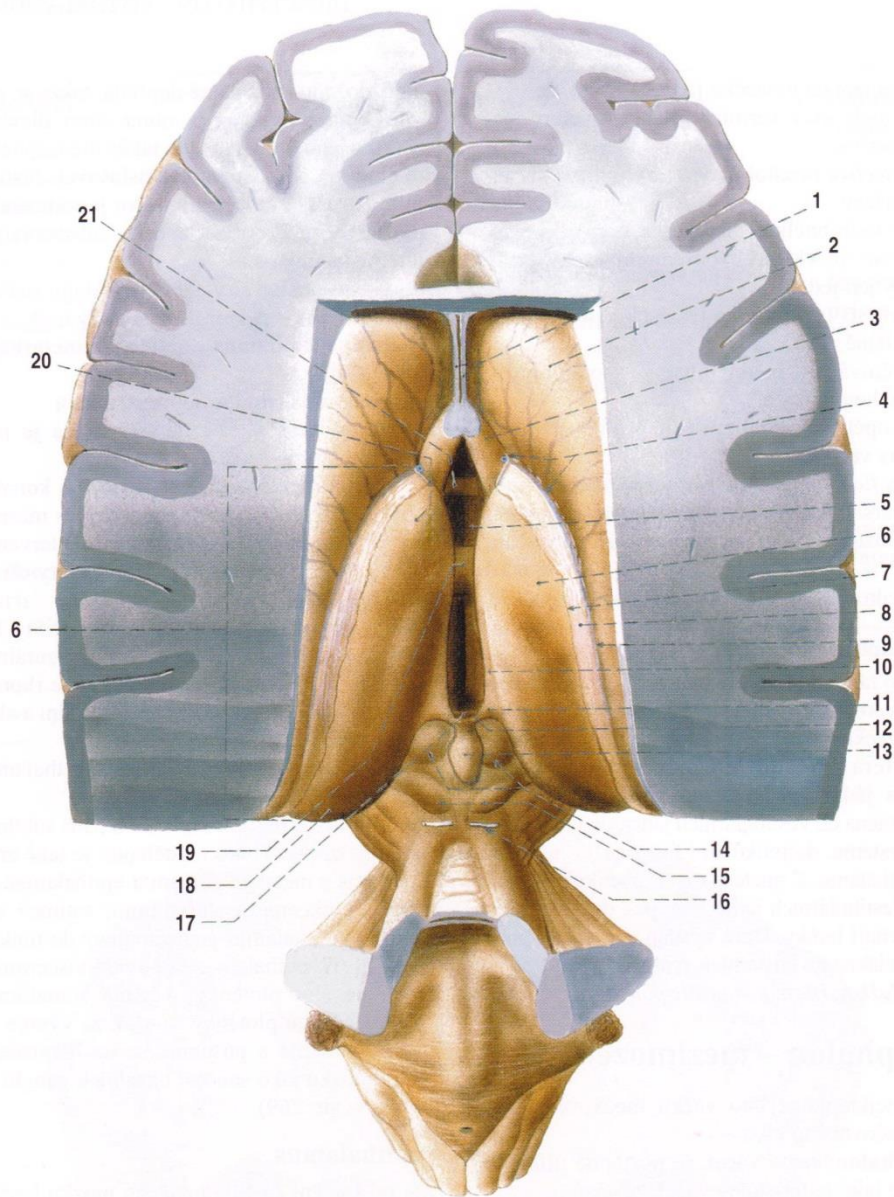
Pre svoju prepojovaciu funkciu senzitivných a sensorických informácií sa talamus nazýva „**bránou vedomia**“ – cez neho sa dostávajú zmienené informácie do mozgovej kôry, čiže do vedomia.

Porucha funkcie talamu sa prejavuje napr. zníženou kožnou citlivosťou až necitlivosťou, alebo naopak zvýšenou kožnou citlivosťou. Kruté talamické bolesti rozsiahlych oblastí tela (vyvolané poruchou talamických jadier) nemajú vonkajší podklad a sú väčšinou ťažko liečebne ovplyvniteľné.

Hypotalamus (hypothalamus) je najvyšším centrom všetkých vnútorných – autonómnych = vegetatívnych procesov a funkcií (riadi ich prostredníctvom sympatického a parasympatického nervového systému). Je riadiacim i výkonným článkom ako homeostázy, tak aj správania, ktoré k homeostáze vedie. Jeho jadrá regulujú činnosť srdca, ciev, tráviaceho traktu, ovplyvňujú zmenu tlaku krvi, chuť k jedlu, či pocit nasýtenia, rast, produkciu tepla a telesnú teplotu, spánok i sexuálnu aktivitu. Hypotalamus sprostredkováva **telesný doprovod emóciám** (je úzko napojený na limbický systém) a sám tiež moduluje **prežívanie emócií** a iných pocitov.

Narušené funkcie hypotalamu sa môžu prejavovať pestrými príznakmi: napr. ťažkosťami alebo nechutenstvom, poruchami srdcového rytmu a spánku, poklesom alebo zvýšením telesnej teploty, sexuálnymi poruchami, zúrivosťou, zmenami tlaku krvi. V hypotalamových neurónoch vznikajú tiež hormóny, spolu s hypofýzou tvorí hypotalamo-hypofyzárny systém.

Obrázok 26: Thalamus



Obr. 163. THALAMUS A OKOLNÍ ÚTVARY; útvary mozgového kmene jsou označeny na obr. 158; plochy řezů hemisférůu zvýrazněny šedě

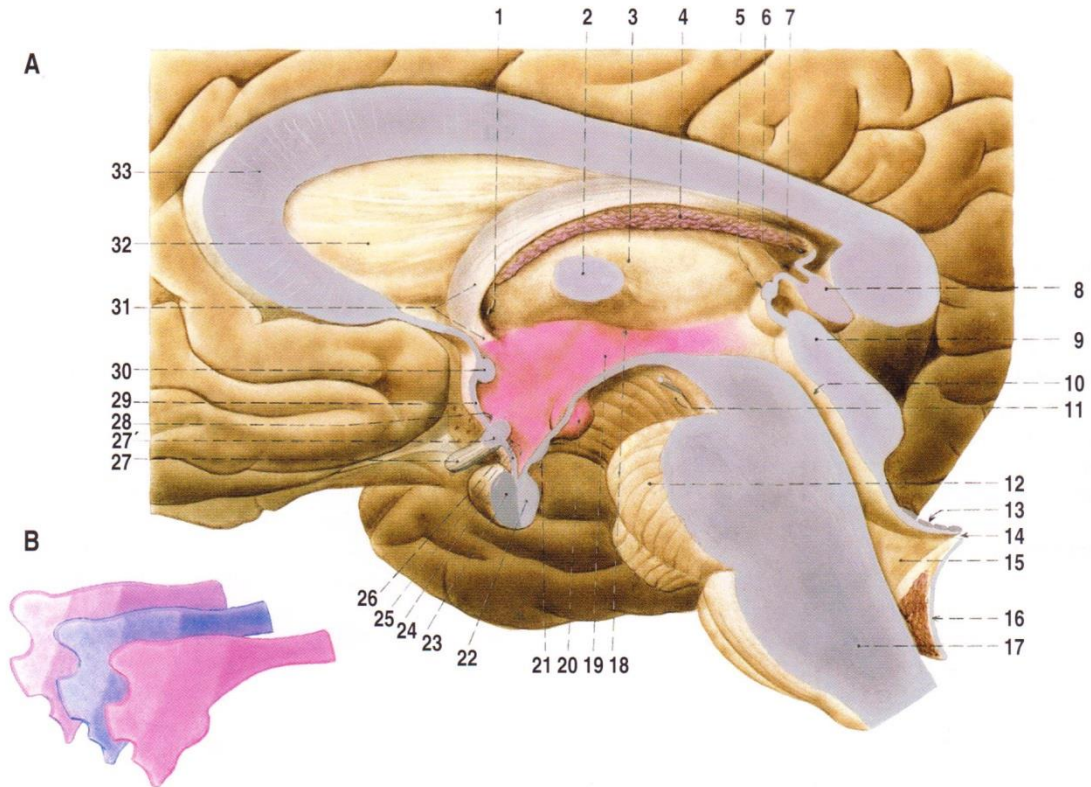
- 1 septum pellucidum
- 2 caput nuclei caudati
- 3 columna fornicis pravé strany
- 4 vena thalamostriata superior
- 5 dutina III. mozgové komory
- 6 thalamus
- 7 taenia choroidea
- 8 lamina affixa (thalami)
- 9 stria terminalis
- 10 stria medullaris thalami (její tenký vnitřní okraj nad dutinou

komory je místo připojení tela choroidea ventriculi tertii a označuje se jako taenia thalami)

- 11 trigonum habenulare
- 12 commissura habenularum
- 13 corpus pineale
- 14 colliculi superiores (tecti mesencephali)
- 15 colliculi inferiores (tecti mesencephali)
- 16 nervus trochlearis
- 17 commissura posterior
- 18 adhesio interthalamica
- 19 pulvinar thalami
- 20 tuberculum anterius thalami
- 21 commissura anterior

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Obrázok 27: Thalamus, hypothalamus a tretia mozgová komora



Obr. 168. THALAMUS, HYPOTHALAMUS A TŘETÍ MOZKOVÁ KOMORA

A tretí mozgová komora na řezu mozkom v mediální rovině; pohled na pravou stěnu třetí komory; hypothalamus označen růžově

B schéma připomínající základní dělení šedých hmot hypothalamu:

růžově – periventrikulární zóna

modře – mediální zóna

fialově – laterální zóna

ve všech třech zónách:

světlá barva – přední hypothalamus

středně sytá barva – střední hypothalamus

tmavá barva – zadní hypothalamus

- 1 foramen interventriculare
- 2 adhesio interthalamica
- 3 thalamus – mediální plocha
- 4 tela choroidea ventriculi tertii
- 5 commissura posterior
- 6 recessus pinealis
- 7 recessus suprapinealis
- 8 corpus pineale
- 9 tectum mesencephali
- 10 aqueductus mesencephali

- 11 crus cerebri
- 12 pons
- 13 velum medullare superius a na něm lingula cerebelli
- 14 fastigium IV. mozkové komory
- 15 dutina IV. mozkové komory
- 16 velum medullare inferius a tela choroidea ventriculi quarti
- 17 medulla oblongata
- 18 sulcus hypothalamicus
- 19 hypothalamus jako součást zevní stěny III. mozkové komory
- 20 corpus mamillare
- 21 tuber cinereum
- 22 hypophysis – lobus posterior, neurohypophysis
- 23 hypophysis – lobus anterior, adenohypophysis
- 24 infundibulum
- 25 recessus infundibuli
- 26 recessus opticus
- 27 nervus opticus
- 27' chiasma opticum
- 28 recessus supraopticus
- 29 lamina terminalis
- 30 commissura anterior
- 31 fornix
- 32 septum pellucidum
- 33 corpus callosum

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Koncový mozog (telencephalon)

U človeka je maximálne vyvinutý. Tvoria ho dve mozgové pologule – **hemisféry** oddelené hlbokým zárezom, do ktorého zasahuje výbežok tvrdej pleny mozgovej. Spojenie pravej a ľavej hemisféry zaisťuje tzv. **biele teleso (corpus callosum)** – široký zväzok obsahujúci viac než dvesto miliónov nervových vlákien, ktoré navzájom spájajú symetrické a asimetrické miesta mozgových pologulí.

Sivá hmota koncového mozgu s telami neurónov tvorí 2-5mm hrubú **mozgovú kôru (cortex cerebri)** a podkôrové štruktúry v hĺbke mozgového tkaniva: **bazálne gangliá** - jadrá (nuclei basales) a niektoré časti **limbického systému**. Biela hmota obsahuje vlákna nervových buniek.

Povrch hemisfér je zhruba od tretieho mesiaca vnútromaternicového vývinu hladký. Potom dochádza ku **gyrifikácii** – povrch sa vrásni do brázd a rýh, ktoré ho členia do mozgových závitov – gyrov.

Povrch mozgovej kôry činí cca 2500cm² (z čoho 1/3 pripadá na voľný povrch a 2/3 na ryhy). Rôzne miesta mozgovej kôry sa líšia svojou hrúbkou, počtom a typmi nervových buniek, usporiadaním nervových vlákien a funkčnými vlastnosťami neurónov. Na viac ako 95% povrchu tvorí mozgovú kôru šesť vrstiev neurónov. Ich celkový počet prevyšuje desiatky miliárd.

Mozgová kôra vysiela a prijíma nervové dráhy do všetkých častí mozgu a miechy a z nich. Zastáva v hierarchii nervovej regulácie najvyššie a výnimočné postavenie.

Členenie a funkcie mozgových pologúl

Každá jedná **mozgová hemisféra** (hemispherium cerebrale) sa delí na päť mozgových lalokov (lobi cerebri):

- **čelový – frontálny lalok** (lobus frontalis) je najväčší,
- **temenný lalok – parietálny** (lobus parietalis) je od čelového laloku oddelený výraznou centrálnou brázdou (sulcus centralis) a od spánkového laloku postrannou brázdou (sulcus lateralis),

- **záhlavný lalok – okcipitálny** (lobus occipitalis),
- **spánkový lalok – temporálny** (lobus temporalis),
- **ostrovny lalok** (lobus insularis) alebo ostrov (insula) nie je na povrchu mozgových poglobúľ viditeľný, pokrýva ho spánkový lalok.

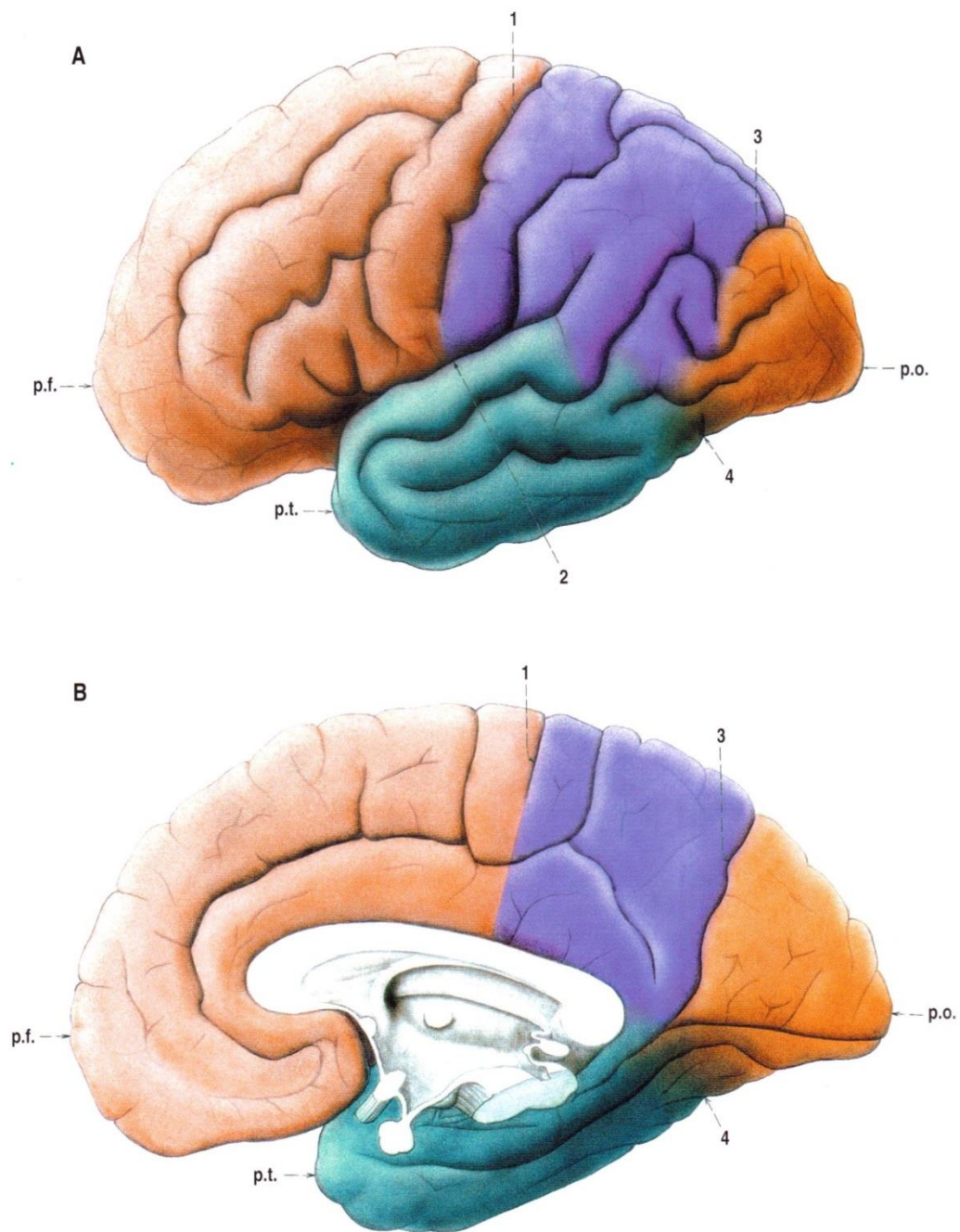
Z funkčného hľadiska nie sú mozgové hemisféry rovnocenné. Hovoríme o ich funkčnej špecializácii.

Ľavá mozgová poglobúľa má o niečo bohatšie spoje vnútri hemisféry a kratšie vlákna. Riadi pohyb pravej polovice tela a spracúvava senzitivne a sensorické informácie z pravej polovice tela a pravej časti zorného poľa (vd'aka kríženiu nervových dráh). Prevažuje v nej postupné spracovávanie podnetov zo zmyslov. Umožňuje matematické, logické, technické myslenie – je skôr „intelektuálna“. U väčšiny ľudí ovláda schopnosť vyjadrovať sa jazykom a rozumieť reči, schopnosť písať a rozumieť písanému slovu.

Pravá mozgová poglobúľa má viac dlhších nervových vlákien. Riadi pohyb ľavej polovice tela a spracúvava senzitivne a sensorické informácie z ľavej polovice tela a ľavej časti zorného poľa. Spracúvava zložité zrakové a sluchové podnety, ktoré majú citový doprovod, (hudobné, či výtvarné umenie) – je „citová a umelecká“, vníma krásu a harmóniu, má zmysel pre priestor a predstavivosť, chápanie geometrie a perspektívy.

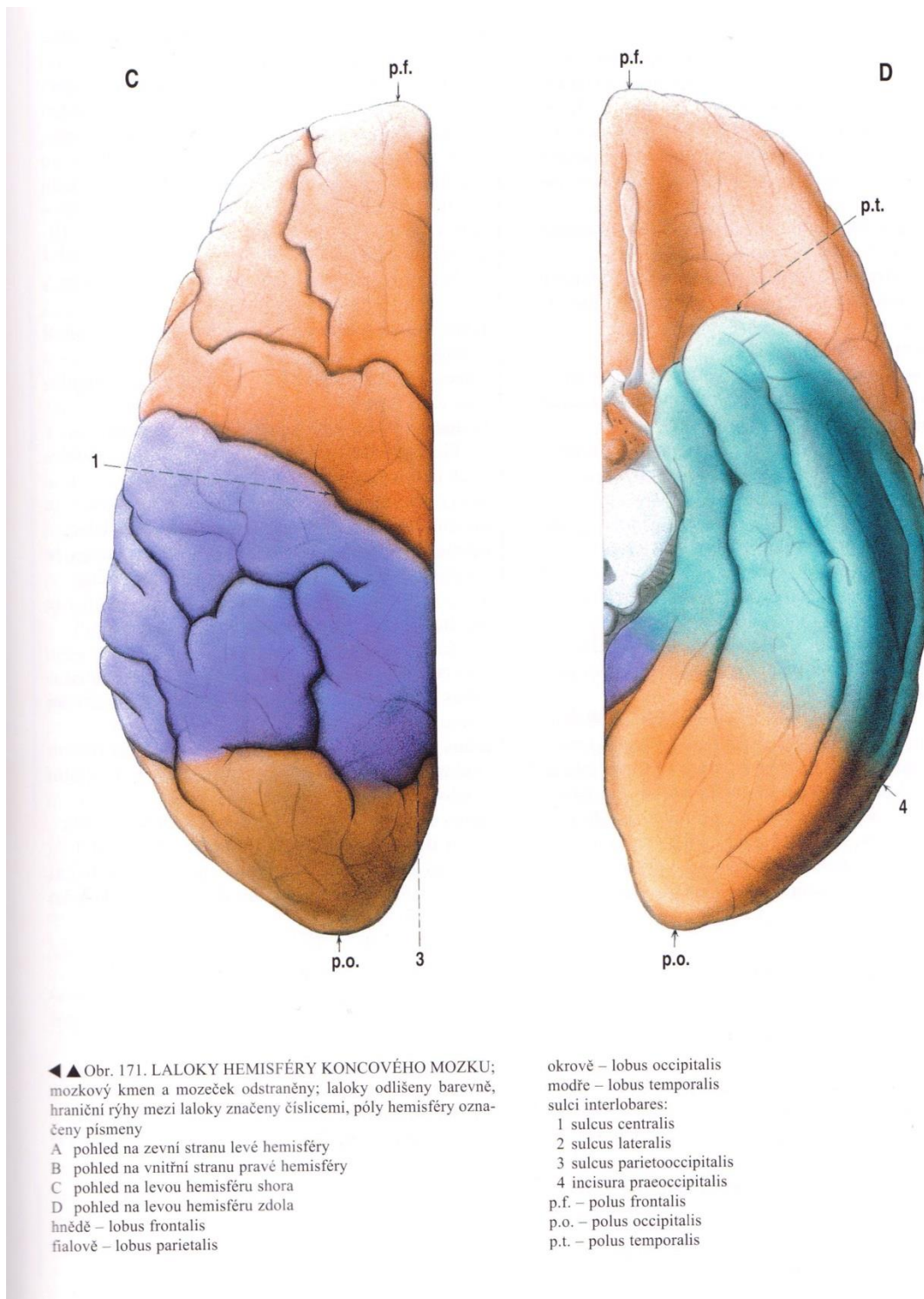
Obrázok 28: Laloky hemisféry

272 LOBI CEREBRI



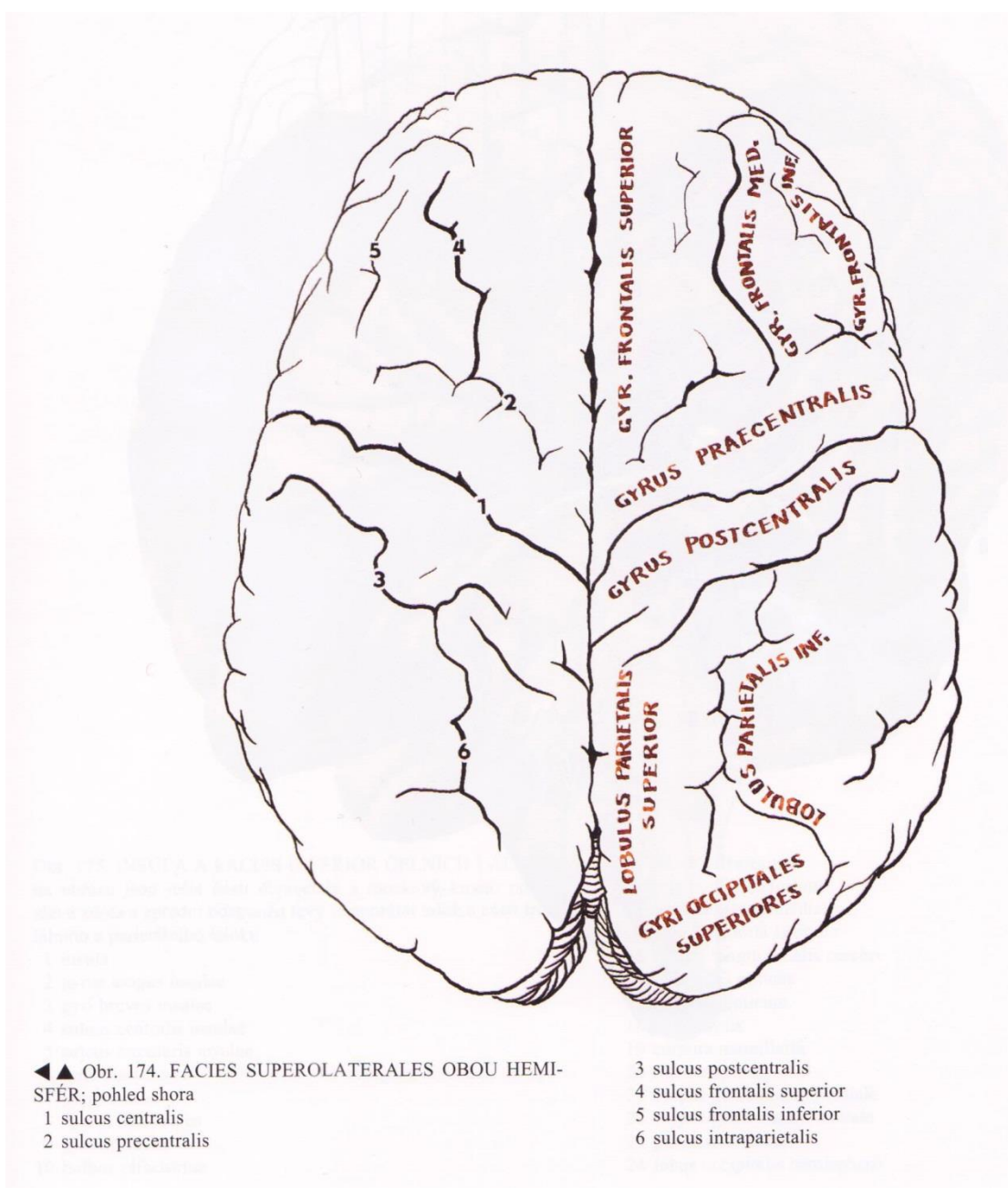
Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Obrázok 29: Laloky hemisféry



Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Obrázok 30: Obidve hemisféry – pohľad zhora na brázdy a závitý



Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Funkčné kôrové oblasti

V mozgovej kôre nachádzame niekoľko funkčných oblastí.

Vo frontálnom laloku je to:

Primárna motorická oblasť – centrum vôľou riadenej hybnosti (úmyselných pohybov) v precentrálnom závite (gyrus precentralis) pred centrálnym žľabom (sulcus centralis). V štruktúre dominujú obrovské pyramídové Becove bunky, z ktorých začína pyramídová a extrapyramídová dráha.

Všetky úmyselné pohyby sú riadené súčasne oboma dráhami, ktoré nepracujú izolovane. Bez motorickej mozgovej kôry nie je realizovateľný žiaden úmyselný pohyb a bez nižších mozgových centier jeho presné, jemné, elegantné, účelné a ekonomické prevedenie.

Neuróny, ktoré riadia pohyby a pohybovú súhru očí, hlavy a krku tvoria pomerne rozsiahle **okohybné pole**. Pri poškodení pyramídových neurónov alebo ich axónov vznikajú v nimi riadených svaloch obrny bez možnosti voľných pohybov. Ložisko abnormálnej elektrickej aktivity v tejto oblasti sa môže prejaviť epileptickým záchvatom kŕčov.

Premotorická oblasť uložená pred precentrálnym závitom je významná pri príprave a realizácii zložitého pohybu, pri prevádzaní pohybov nových alebo tých, pri ktorých je potrebná kontrola zrakom. Napríklad pri prvých pokusoch o písanie je aktívnejšia.

Brocove rečové centrum pred základnou motorickou oblasťou riadi pohyby svalov pri hovorení. U väčšiny ľudí leží v ľavej hemisfére.

Porucha tohto centra sa prejaví ako **Brocova expresívna afázia** – daný človek rozumie, no nie je schopný kvalitného a zrozumiteľného rečového prejavu. Deštrukcia Brocovo centra v detstve nemá také následky ako v dospelosti – detský mozog je natoľko plastický, že mozgové poglobule môžu do určitej miery preberať svoje funkcie.

Frontálna asociačná oblasť zaujíma rozsiahlu prednú časť čelového laloku. Spája, integruje a aktivuje jednotlivé mozgové štruktúry, zúčastňuje sa riešenia problémov, vzniku pozornosti a správania. Má úzky vzťah k emóciám a pamäti.

Poškodenie sa môže prejavovať napr. hyperaktivitou, zmenami v intelektových funkciách, zhoršením pozornosti a pamäti, výraznými poruchami správania v spoločnosti alebo zmenou typických vzorcov správania.

Na spodine čelových lalokov sa nachádza (u človeka nie príliš silne vyvinutá) **primárna čuchová oblasť**. V mieste tzv. čuchového trojuholníka (trigonum olfactorium) prebieha analýza čuchových podnetov. Čuchová oblasť má silné napojenie na limbický systém a teda má vzťah k emóciám a pamäti.

V parietálnom laloku leží:

Primárna kôrová oblasť citlivosti (senzitivity) v postcentrálnom závite (gyrus postcentralis) tesne za centrálnym žľabom s hviezdicovými neurónmi.

V spodnej časti postcentrálneho závitu leží **chuťová oblasť**.

Porucha senzitivných hviezdicových neurónov alebo ich spojov sa prejavuje narušenou citlivosťou v príslušných oblastiach tela (zníženou až nulovou alebo zvýšenou).

Sekundárna senzitivna oblasť uložená za primárnou oblasťou senzitivity vytvára dotykovú predstavu (mapu) tela. Je centrom vnímania pohybu tela (kinestetické centrum) a priestorovej pamäti.

Asociačná kôrová oblasť má integračné funkcie.

V okcipitálnom laloku sa rozprestiera :

Primárna zraková kôrová oblasť – v strede vnútornej plochy okcipitálneho laloku. Do ľavej mozgovej pologule prichádzajú informácie z ľavých polovic sietnice (teda z pravej polovice zorného poľa) a naopak.

Poškodením tejto oblasti vznikajú výpadky zorného poľa až kompletná kôrová slepota. Dráždením neurónov je možné vyvolať rôzne elementárne zrakové vnemy.

Sekundárna zraková kôrová oblasť na vonkajšej strane hemisféry (čiastočne lemuje primárnu zrakovú oblasť) umožňuje podrobnejší rozbor videného, porovnávanie, zaraďovanie do súvislostí, či uloženie do pamäti.

Asociačná kôrová oblasť – má integračné funkcie.

V temporálnom laloku sú situované:

Primárna sluchová oblasť (Heschlove závity) a

Kôrové centrum rovnováhy – obe v hornej časti temporálneho laloku.

Asociačná oblasť – so vzťahom k učeniu, tvorbe pamäťových stôp, či rozpoznávaní predmetov. Dochádza tu ku združovaniu, triedeniu, rozlišovaniu, prepojavaniu a spracovávaníu informácií.

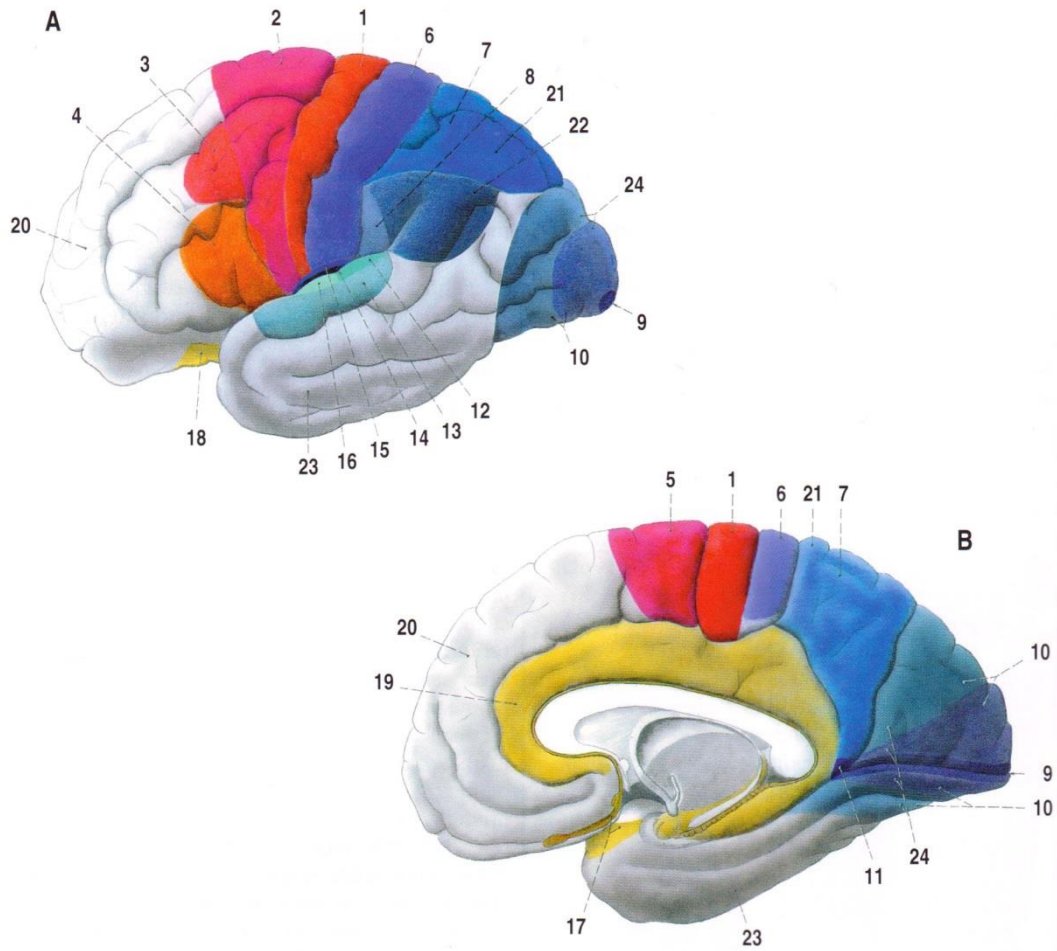
Na rozhraní parietálneho, okcipitálneho a temporálneho laloku existuje rozsiahle senzitivne **Wernickeho rečové centrum**, vďaka ktorému sme schopní rozumieť hovorenému a písanému slovu.

Ľudia s poruchou Wernickeho centra trpia **senzitivnou afáziou** – nie sú schopní rozumieť slovám. Sú ako cudzinci v zemi s neznámym jazykom – počujú, vnímajú zvuk a reč, ale nerozumejú.

Ostrovny lalok (insula) je celkom prekrytý temporálnym lalokom. Nachádza sa v ňom napríklad kôrové centrum gastrointestinálnej motility (jeho experimentálnym dráždením je možné vyvolať zmeny činnosti tráviaceho traktu). Insula zodpovedá kôrovej reprezentácii vegetatívnych funkcií, ale výskum nie je stále ukončený.

Obrázok 31: Kôrové oblasti

386 KOROVÉ OBLASTI



Obr. 230. FUNKČNÍ OBLASTI KŮRY; jednotlivé oblasti jsou rozlišeny barevně

A laterální plocha levé hemisféry

B mediální plocha pravé hemisféry

teplé barvy – motorické oblasti

studené barvy – citlivé oblasti

1 primární motorická korová oblast

2 premotorická korová oblast

3 frontální okohybné pole

4 Brocovo motorické centrum řeči

5 suplementární motorická korová oblast (pokračování Brodmanovy arey 6 na mediální ploše hemisféry)

6 primární citlivá korová oblast (S I)

7 sekundární citlivá korová oblast

8 suplementární citlivá korová oblast (S II)

9 primární zraková korová oblast

10 sekundární zraková korová oblast

11 suplementární zraková korová oblast

12 primární sluchová korová oblast

13 sekundární sluchová korová oblast

14 suplementární sluchová korová oblast

15 chuťová korová oblast

16 vestibulární korová oblast

17 primární čichová korová oblast

18 sekundární čichová korová oblast

19 limbická korová oblast

20 frontální asociační korová oblast

21 parietální asociační korová oblast

22 Wernickeho gnostické a asociační centrum řeči (pro rozumění mluvené, psané nebo symboly vyjadřované řeči)

23 temporální asociační korová oblast

24 okcipitální asociační korová oblast

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Limbecký systém

Patrí k najzložitejším systémom mozgu. Zaraďujeme k nemu niekoľko kôrových a podkôrových štruktúr na vnútornej ploche hemisféry, ktoré ako **golier** (limbus) obkružujú biele teleso. Sú hlavným neurofyziologickým centrom pamäti a emócií a podieľajú sa na somatickej reakcii sprevádzajúcej emócie (ktorú riadi hypotalamus).

K štruktúram limbeckého systému patria aj amygdala a hipokampus.

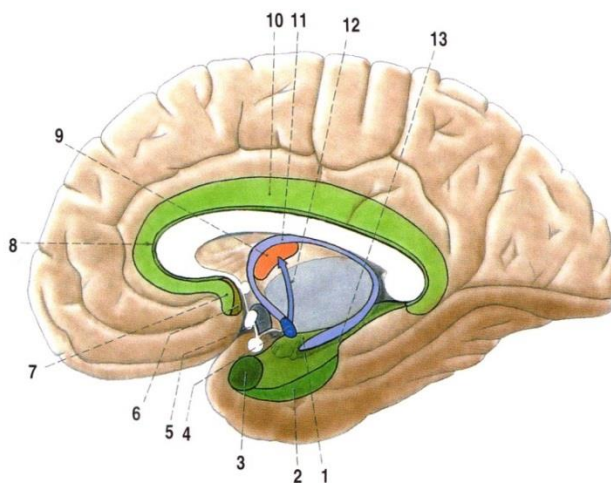
Amygdala sa nachádza v hĺbke temporálneho laloku. Má tvar mandle, je zapojená do veľkého množstva vstupných a výstupných nervových dráh a ovplyvňuje radu prvkov správania a prežívania, určuje **emočný náboj každej situácie**. Funguje ako **bezpečnostný kontrolór** – amygdala neustále automaticky vyhodnocuje veľké množstvo informácií a pokiaľ ich zhodnotí ako reálne alebo potenciálne nebezpečné, spustí poplachovú reakciu v celom mozgu, aktivizuje mozgovú činnosť a mobilizuje tak celé telo.

Vďaka veľmi úzkemu prepojeniu limbeckého systému s hypotalamom je skutočne každá emócia doprevádzaná somatickou reakciou.

Amygdala funguje tiež ako **emočná pamäť**, ukladajú sa do nej udalosti s citovým doprovodom (kladným i záporným). Pretože amygdala je už pri narodení zrelá, je pripravená plniť svoje funkcie (a pamätá si všetky citovo zafarbené situácie a stavy).

Ďalšou z početných štruktúr limbeckého systému je **hipokampus** v temporálnom laloku, má dôležitú úlohu **v tvorbe a fixácii pamäťových stôp**, pri **prenose informácií z krátkodobej pamäte do dlhodobej**. (Počas tohto procesu rastie počet dendritických trňov a synapsí; učenie sa a cvičenie pamäti teda prispieva k zlepšovaniu funkcií v mozgu)

Obrázok 32: Hlavné útvary limbického systému



Obr. 232. HLAVNÍ ÚTVARY LIMBICKÉHO SYSTÉMU;
schéma (srov. obr. 227)

- 1 hippocampus
- 2 area entorhinalis
- 3 corpus amygdaloideum
- 4 corpus mamillare
- 5 hypothalamus
- 6 septum verum

- 7 area subcallosa
- 8 striae longitudinales corporis callosi et indusium griseum
- 9 nuclei anteriores thalami
- 10 gyrus cinguli et cingulum
- 11 fornix
- 12 fasciculus mamillothalamicus
- 13 gyrus dentatus

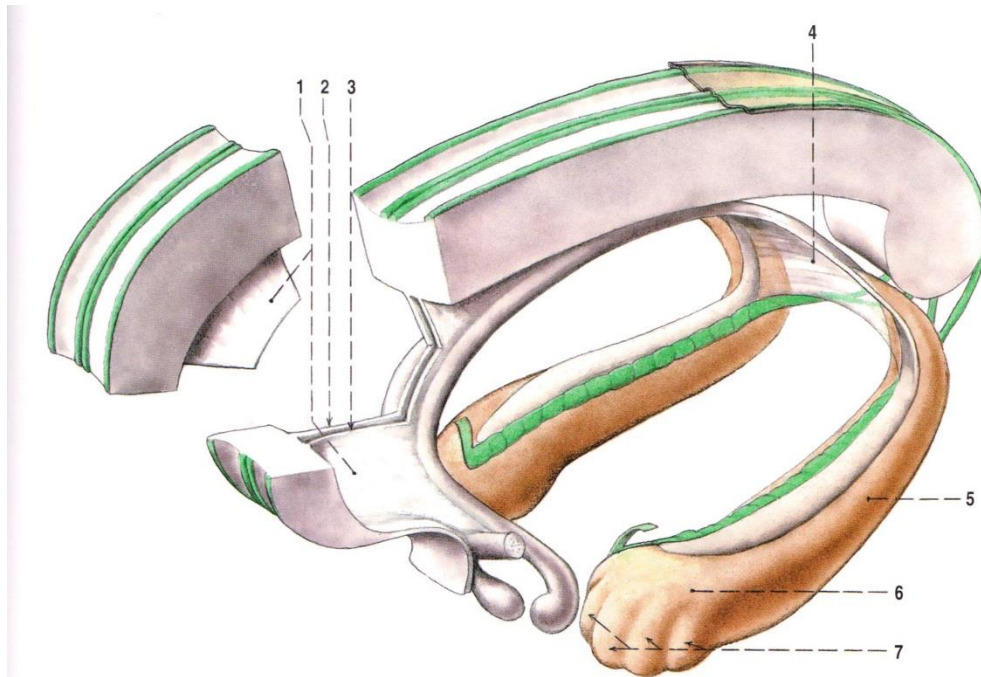
*) jedno z jader v septum verum, navazující ventrálně při střední čáře na nucleus septalis medialis

**) jádro v septum verum, uložené párově při střední čáře

***) skupina buněk v area praeoptica hypothalamu, v části, která vývojově vznikla z telencephalon (srov. str. 369), naléhající zezadu na septum verum

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Obrázok 33: Hipokampus



Obr. 179. CORPUS CALLOSUM, FORNIX, COMMISSURA ANTERIOR, HIPPOCAMPUS A SEPTUM PELLUCIDUM; pohľad zľava zpredu a shora; schéma; odstraněn gyrus hippocampi; hlavní útvary označeny na obr. 178

1-3 septum pellucidum
1 lamina septi pellucidi sinistra
2 lamina septi pellucidi dextra

3 cavum septi pellucidi
4 commissura fornicis
5-7 hippocampus
5 hippocampus
6 pes hippocampi
7 digitationes hippocampi

*) lat. alveus, podélná prohlubeň, též řečiště, lodní dno

Zdroj: ČIHÁK, R. Anatomia 3

Bazálne jadrá (nuclei basales)

V hĺbke mozgových hemisfér je sivá hmota zoskupená do tzv. bazálnych ganglií: nucleus caudatus, nucleus lentiformis, corpus striatum, pallidum – plášťové jadro. Funkčne k nim priradíme podtalamické jadro – Luysovo teleso (nucleus subthalamicus – corpus Luysi) a tzv. čierna substancia (substantia nigra) stredného mozgu.

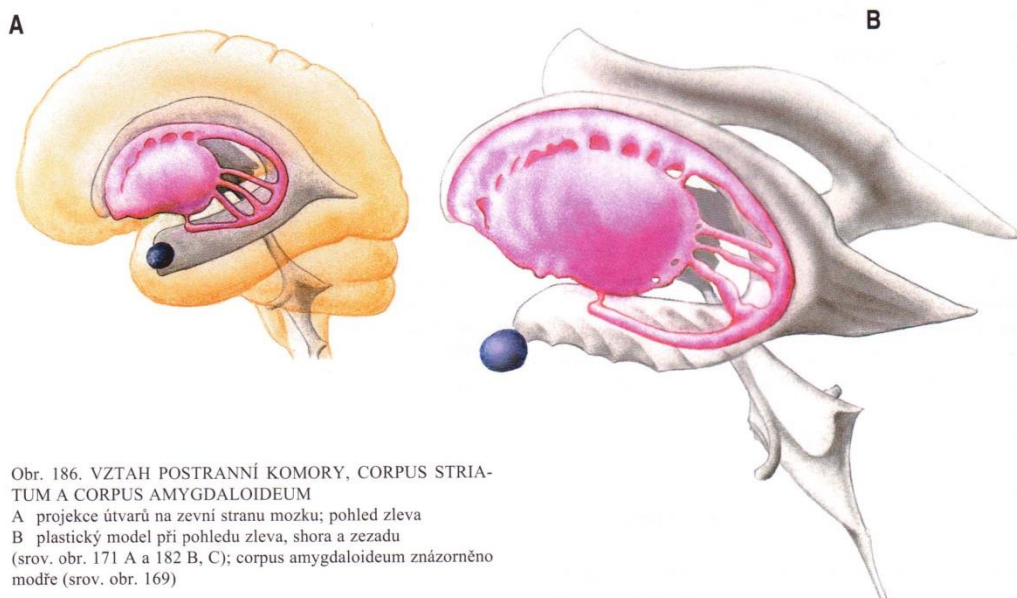
Zapojením bazálnych jadier do extrapyramídových motorických dráh sa **zúčastňujú riadenia motoriky** – ovplyvňujú napätie svalov, korigujú a tlmia nadbytočné pohyby, modulujú výstupné informácie motorickej kôry a integrujú plánované pohyby s naučenými alebo vrozenými pohybovými programami.

Funkciu bazálnych ganglií môžeme demonštrovať na príklade ich porúch:

- **Hypertonicko-hypokinérický syndróm** (zvýšený tonus svalov pri zníženej hybnosti) sa klinicky prejavuje napr. pri Parkinsonovej chorobe – zvýšeným napätím svalov (rigiditou) až svalovým stuhnutím, obmedzením pohybov, oploštením mimiky s maskovitým výrazom tváre, drobnými šuchtavými krôčikmi bez súladu paží s dolnými končatinami, kľudovým trasom (hlavne rúk), ktorý sa stratí pri pohybe.

- **Hypotonicko-hyperkinérický syndróm** (znížený svalový tonus so zvýšenou hybnosťou) sa prejaví napríklad hadovitými krútiacimi (akoby tanečnými) pohybmi končatín (atetóza) u smrteľného dedičného degeneratívneho ochorenia bazálnych ganglií s postupujúcou demenciou – Huntingtonovej chorey.

Ako hemibalizmy označujeme vôľou neovládateľné záškľby celých končatín pri poškodení iných častí bazálnych ganglií.



Nakoľko sme poznatky o AD čerpali z teoretickej časti našej diplomovej práce (kapitola 2), nebudeme ich duplicitne uvádzať. Rovnako aj nasledujúce tématické oblasti – rola opatrovateľa a starostlivosť boli rozpracované v teoretickej časti (kapitola 1 a 3). V autorkinej bakalárskej práci (r. 2013) – Starnutie a staroba, starostlivosť o seniorov v domácom prostredí – boli tieto témy tiež podrobne rozvinuté. Preto uvádzame najzaujímavejšie časti v prílohe C.

Po absolvovaní štvormesačnej teoretickej časti programu (jún – september 2013) sme uskutočnili celkovo 18 stretnutí (v období október 2013 - august 2014). Prvé stretnutie bolo uskutočnené vo všetkých šiestich rodinách ešte v októbri 2013. Následné druhé stretnutia sme rozdelili na dva mesiace - marec 2014 (3 rodiny) a apríl 2014 (tiež 3 rodiny). Záverečné stretnutie sme absolvovali vo všetkých rodinách v mesiaci august 2014.

Na rozdiel od kvantitatívneho výskumu prebieha zber dát v kvalitatívnom výskume v dlhšom časovom období. Výskumník analyzuje informácie a pracuje v teréne. Medzi najčastejšie kvalitatívne metódy patrí interview (rozhovor), pozorovanie, audio-nahrávky, rôzne dokumenty...

Typickým pre tento výskum je časové rozpätie, potrebné na to, aby sa získal nadhľad na konkrétny problém. Tomu slúži aj časovo dlhší kontakt s respondentmi, aby sme sa mohli lepšie vcítiť do ich situácie, lepšie pochopiť ich činnosti, rôzne konfrontácie, konflikty...

Až potom môže nasledovať interpretácia získaných dát.

4.8 Interpretácia a diskusia výsledkov

Predvýskum:

Odpovede na jednotlivé otázky z našich rozhovorov sme pozorne analyzovali u všetkých respondentov. Hľadali sme rozdielne i spoločné parametre.

Pre značný rozsah odpovedí rodinných príslušníkov ich uvádzame v prílohe B.

Otázkami sme sa pokúšali zistiť:

- odkiaľ čerpajú rodiny informácie o AD, starostlivosti a sociálnej pomoci,
- či by mali záujem o absolvovanie komplexného edukačného programu s touto tematikou,

- ako sa menia rodinné vzťahy pod vplyvom novej situácie – chorý senior v domácnosti,
- čo robí opatrovateľom najväčšie problémy v starostlivosti o chorého príbuzného,
- čo očakávajú od spoločnosti, čo by sa malo podľa nich zlepšiť.

Z absolvovaných pozorovaní a rozhovorov sme dospeli k záveru, že rodinní príslušníci sa veľmi obetavo starajú o svojich chorých príbuzných, často aj na úkor svojho vlastného zdravia, resp. kvality života.

Vhodné domáce prostredie pôsobí na seniorov veľmi priaznivo a povzbudzujúco a aj z tohto dôvodu sú rodiny pevne rozhodnuté opatrovať tak dlho, ako to len bude možné, resp. pokiaľ to budú fyzicky a psychicky zvládať.

Kriticky hodnotíme kvalitu poskytovania informácií odbornými lekármi, s výsledkami ich konzultácie nebol spokojný ani jeden rodinný príbuzný.

Všetci by privítali nejaké edukačné programy, alebo prípravné kurzy, aby si mohli byť istí, že poskytujú opateru adekvátne k štádiu ochorenia a momentálnemu stavu pacienta.

Rozhovormi s „hlavnými“ - ústrednými opatrovateľmi v každej rodine sme sa pokúšali zistiť, s akými problémami musia pri starostlivosti o seniora bojovať, čo považujú za najťažšie, či by mali záujem o viac informácií s touto tematikou, prípadne zúčastňovať sa špeciálneho edukačného programu, čo by navrhovali v opatere zlepšiť, v čom pociťujú nedostatok.

Z našich rozhovorov vyplynulo, že s príchodom seniora do domáceho prostredia sa v rodine z jedného dňa na druhý zmenila situácia, bolo nevyhnutné prehodnotiť, resp. doplniť povinnosti každého člena rodiny a celý režim dňa prispôbiť potrebám seniora. Všimli sme si, že súdržnosť takmer všetkých rodín podstatne vzrástla. Všetci členovia rodiny boli nútení sa prispôbiť novým podmienkam, každý si zobral na seba viac z povinností, ktoré pribudli v rámci opateru seniora.

V niektorých prípadoch boli ovplyvnené aj vzťahy v rodine, ešte horším dopadom bola nevyhnutnosť skráteného pracovného úväzku, alebo dokonca strata zamestnania a následne s tým súvisiace finančné problémy.

Už spomínané vzťahy v rodine boli značne dynamické. Zo začiatku takmer všetci prežívali napätie, strach, beznádej, rodinné hádky boli omnoho častejšie, s časovým odstupom sa väčšina so zmenenou situáciou aspoň čiastočne vyrovnala.

Azda najvýraznejšie pôsobí na kvalitu života opatrovateľov psychická vyčerpanosť. Je preto smutné a niekedy až ťažko pochopiteľné, že prevažná väčšina je odkázaná v starostlivosti o pacienta sama na seba, pokiaľ má rodina viac členov, tak si pomôžu aspoň navzájom. Služby ADOS, prípadne iných inštitúcií sa využívajú len minimálne. Na druhej strane sa všetci zúčastnení zhodne sťažujú na nedostatok času.

S postupným napredovaním choroby je nevyhnutné urobiť isté opatrenia, ako napríklad bezbariérový prístup, prestavbu kúpeľne, zabezpečiť polohovateľnú posteľ, ale aj kontrolu kľúčov (či sú dvere zamknuté, aby pacient v noci neutekal), či je vypnutý sporák, svetlo, či sú lieky na bezpečnom mieste a pod...).

Na bezpečnosť a prevenciu úrazov je zamerané množstvo publikácií, prípadne brožúr, ktoré vydáva aj Alzheimerová spoločnosť.

Boli sme často svedkami toho, že pri kontakte s pacientom nevedeli opatrovatelia vybrať vhodné slová a tým seniorov zbytočne znervózňovali, dochádzalo k zbytočným nedorozumeniam. Bolo ich treba upozorňovať na nutnosť zmien nielen vo verbálnej, ale aj neverbálnej komunikácii.

Čo sa týka rôznych foriem príspevkov, väčšina rodinných príslušníkov vôbec nevedela, na čo majú nárok, ani kde a ako si o to môžu požiadať. Väčšinou sa zhodli najmä v tom, že výška príspevku je veľmi nízka a ani zďaleka nepokrýva náklady.

Na otázku – Aké zlepšenia by si želali v tejto problematike od spoločnosti? - kritizovali nedostatok možností na stretnutia a aktivizáciu seniorov a že tejto chorobe je venované len veľmi málo pozornosti v širokej verejnosti.

Našu diplomovú prácu sme zamerali na problematiku rodinných príslušníkov pacientov postihnutých AD. Venovali sme sa nielen edukačnej činnosti (vo forme prednášok, zameraných na štyri tématické oblasti – CNS, AD, Ja v roli opatrovateľa, stararostlivosť), ale pozreli sme sa aj na problémy v praxi (praktické typy a odporúčania v opatrovaní) priamo v rodinách, v ich domácom prostredí.

Kvalitatívny výskum prebiehal na Slovensku – v Bratislave vo forme pozorovania i rozhovorov s rodinnými príslušníkmi (opatrovateľmi seniorov). nášho výskumu sa zúčastnilo šesť opatrovateľov (z toho štyri ženy, dvaja muži) a ich seniori postihnutí alzheimerovou formou demencie. Ich vek sa pohyboval v rozpätí 22 do 76 rokov (vek - 55, 57, 76, 22, 67, 48). Priemerne boli vo veku 54 rokov, vysokoškolského vzdelania (traja – VŠ-vzdelaní, jeden študent na VŠ, jedna SOŠ s maturitou a jedna

SOU s výučným listom). V čase realizovania nášho výskumu boli traja na dôchodku, jedna osoba sa vzdala práce, jeden študent prerušil štúdium a jedna osoba bola pred začatím opatrovania nezamestnaná. Všetci bývali v Bratislavskom kraji, starali sa o svojho blízkeho príbuzného, ktorý býval priamo u nich doma (žili v spoločnej domácnosti).

Odporúčania pre prax

AD je štvrtou príčinou úmrtia u seniorov. Nakoľko sa ľudia dožívajú stále vyššieho veku, možno predpokladať, že sa s touto diagnózou budeme stretávať stále častejšie.

Z ekonomického hľadiska je pre spoločnosť najvýhodnejšie, ak sa o takýchto pacientov aspoň v počiatočných štádiách tejto choroby starajú rodinní príslušníci. Najoptimálnejšie je, ak sú opatrovaní doma, v kruhu svojich blízkych. Starostlivosť o chorého, postihnutého AD je však veľmi náročná. Preto je potrebné prostredníctvom rôznych stretnutí, združení, či kurzov umožniť rodinám vymeniť si svoje skúsenosti, prípadne získať nové informácie. Dôležitou úlohou do budúcnosti by bolo nájsť rôzne nové alternatívy, kde by mohol senior počas dňa produktívne stráviť svoj čas.

Bez pomoci, nevyhnutnej podpory, či už formou rôznych finančných príspevkov, alebo ponukou komplexných vzdelávacích programov či kurzov nie je možné pre laikov efektívne a na 100% zabezpečiť opatrovanie ich postihnutých príbuzných.

Preto by sme pre takto postihnuté rodiny odporúčali:

- Dostatok možností na absolvovanie edukačných kurzov, ktoré by sa sústreďovali na Alzheimerovu chorobu nielen v teoretickej rovine, ale aj v praktickej, zameranej na poskytovanie odbornej starostlivosti v rôznych štádiách choroby.
- Aktivácia seniorov, snaha udržať ich čím dlhšie sebestačných, nevykonávať činnosti za nich, aj keď to trvá oveľa dlhšie.
- Oboznámiť rodiny s príspevkami, na ktoré majú zo zákona nárok a vysvetliť im, ako si ich vybaviť.
- Vybudovať kvalitné poradenstvo, zabezpečiť efektívnu spoluprácu medzi jeho jednotlivými zložkami, poskytovať iba kvalitné a adekvátne informácie. Lepšie vyškoliť sociálnych pracovníkov (nielen v teoretickej, ale aj v praktickej oblasti).

- V prípade choroby opatrovateľov alebo napr. syndrómu vyhorenia - možnosť absolvovať respitnú starostlivosť, vyššiu flexibilitu opatrovateľských služieb (aj po časovej stránke).

Vlastný výskum:

Z využitia rozhovorov i metódy pozorovania sme dospeli k záveru, že u každého účastníka programu došlo k zmenám v posudzovaní a vnímaní Alzheimerovej choroby.

Výrazne sa posilnila motivácia pomáhať, empatia, sebaopozorovanie a znížil sa pocit frustrácie a absolútnej vyčerpanosti.

Za najefektívnejšiu formu práce s našou cieľovou skupinou považujeme prácu v malých skupinách (traja, max. štyria účastníci), alebo vo dvojiciach.

Najčastejšie sa využívali metódy prednášok, demonštrovania a pozorovania, prípadovej analýzy. Pravidelne sa konali diskusie. Účastníci si pochvaľovali aj inscenačné metódy, metódy hrania rolí, zážitkových cvičení, relaxácie i uvoľňovacích cvičení.

Po absolvovaní štvormesačnej teoretickej časti programu (jún – september 2013) sme uskutočnili celkovo 18 stretnutí (v období október 2013 - august 2014).

Prvé stretnutie bolo uskutočnené vo všetkých šiestich rodinách ešte v októbri 2013. Následné druhé stretnutia sme rozdelili na dva mesiace - marec 2014 (3 rodiny) a apríl 2014 (tiež 3 rodiny). Záverečné stretnutie sme absolvovali vo všetkých rodinách v mesiaci august 2014.

Všeobecne môžeme povedať, že zo všetkých účastníkov nášho edukačného programu najviac pozitívnych zmien bolo zaregistrovaných u tých, ktorí program navštevovali pravidelne a ich účasť dosahovala aspoň 11 stretnutí zo 16, čo je približne 69%. Pripomíname, že podmienky na zaradenie do výskumu vyhodnotenia splnilo len šesť účastníkov.

Najmenej pozitívnych zmien, dokonca zhoršené vzťahy sme si všimli u účastníkov chodiacich veľmi sporadicky (1 raz za 3 – 4 týždne), alebo zúčastňujúcich sa jedného, maximálne dvoch stretnutí počas celého programu.

S výnimkou jedného účastníka väčšina opatrovateľov sa starala o chorého príbuzného jeden, maximálne dva roky, takže boli seniori v približne rovnakom štádiu choroby.

Počas nášho výskumu sa vyskytli aj rôzne problémy, ako napr.:

Tzv. organizačné :

- Neprítomnosť účastníkov na stretnutiach (pre chorobu, pracovnú vyťaženosť, nezabezpečený dozor nad pacientom) spôsobili spomaľovanie napredovania vo výuke, pretože bolo potrebné sa k neabsolvovaným prednáškam vrátiť a vysvetliť ich.
- Nedochovilnosť účastníkov a z toho vyplývajúce nedodržanie vymedzeného času, nakoľko bolo potrebné predĺžiť stretnutie o 20 - 30 min. (adekvátne podľa dĺžky meškania účastníkov na stretnutie).

Súvisiace s homogenitou skupiny:

- Rôzne druhy AD (včasný, neskorý typ).
- Rôzne štádiá AD.
- Vekový rozdiel, vzdelanie, zamestnanosť /nezamestnanosť opatrovateľa.
- Príbuzenský vzťah k pacientovi – vnuk/vnučka, syn/dcéra, zat'/nevesta, manžel/manželka; prípadne pacient sám, bez rodiny – z tohto dôvodu prebral starostlivosť najlepší priateľ / priateľka.
- Veľkosť (počet členov) rodiny.

Súvisiace s dynamikou skupiny:

- Najmä starší účastníci očakávali edukáciu v tradičnom ponímaní.
- Časté predbiehajúce tém, snaha o poskytnutie poznatkov vopred, o získanie účinného / efektívneho návrhu na zmiernenie aktuálnych problémov účastníkov.
- Markantná potreba konzultovať / diskutovať iba o svojich problémoch v opatrovaní, problematických vzťahoch v rodine, nepripustenie ostatných účastníkov k možnosti vyjadriť svoj názor.
- Vzhľadom k ustavičnému pribúdaniu nových členov spomaľovanie napredovania edukácie (pre opätovné vysvetľovanie už odprednášaných tém).

Po ukončení nášho programu účastníci, ktorí absolvovali aspoň 75% stretnutí poukázali na výrazné zlepšenie v zvládaní stresových situácií (piati zo šiestich).

Zlepšila sa aj kvalita života pacientov chorých na AD, a to najmä v oblasti identifikácie a následnej saturácie / uspokojenia potrieb a empatie.

Podarilo sa aj minimalizovať, alebo aspoň zmierniť prejavy nežiadúceho správania, ktoré sme zaznamenali pozorovaním:

- Vymiznutie stavov úzkosti a strachu pri kúpaní, najmä u ležiacich pacientov.

- Zastavenie chudnutia / ubúdania hmotnosti vplyvom vhodnejšej úpravy stravy a techniky kŕmenia.
- Prejavenie väčšej dôvery v samostatnosť najmä u pacientov v prvom štádiu choroby a čiastočne i v druhom.
- Zlepšenie komunikácie v nonverbálnej rovine výberom vhodných techník u opatrovateľov i pacientov.
- Ustúpenie vnútorného nepokoja a nervozity u viacerých opatrovateľov.

Opatrovatelia pochopili dôležitosť saturácie vlastných potrieb, ako zabrániť prepuknutiu syndrómu vyhorenia u seba samého. Jednou z možností bolo zapojiť do opatrovania seniora aj ostatných členov v rodine.

Za najefektívnejšie didaktické formy a metódy práce so skupinou považujeme prácu v malých skupinách alebo vo dvojiciach. Týmto spôsobom je umožnené každému účastníkovi zapojiť sa do diskusie, povedať svoju mienku. Zároveň to nebolo až tak časovo náročné a účastníci sa mohli lepšie spoznať, postupne sa utvárali priateľské vzťahy. Pri objasňovaní rôznych techník komunikácie sa nám osvedčila najviac metóda demonštrovania a pozorovania. Kvôli nadobudnutiu osobnej skúsenosti sa jej zúčastnili všetci prítomní účastníci.

Na podporu empatie a sebaopozorovania sme zvolili metódu zážitkových cvičení, ktorá sa nám zdala z dôvodu emocionality najvhodnejšia. Priebežne sme sa venovali aj individuálnej (prípadovej) analýze konkrétnych pacientov postihnutých AD nachádzajúcich sa v rôznych fázach choroby. Poukázali sme aj na význam cvičení na spevnenie chrbtového svalstva, uvoľňovacích pohybových cvičení a relaxácie.

Záverom môžeme povedať, že najúčinnější metódy boli tie, ktoré umožňovali získať praktické skúsenosti a nadobudnúť zručnosti.

Diskusia

Výsledky výskumného projektu umožnili odpovedať na nastolené otázky. Zároveň vznikol priestor na diskusiu, bolo potrebné vyriešiť niekoľko problémov.

V našej druhej teoretickej oblasti – Alzheimerová choroba sme pozvali ako hosťa dvakrát MUDr. Vladimíra Kičika, neurológa, ktorý po odprednášaní tém (diagnostika, druhy terapie vrátane farmakoterapie) odpovedal na početné otázky účastníkom. Opatrovatelia tieto stretnutia hodnotili veľmi pozitívne.

Obdobne aj v oblasti zameranej na komplexnú starostlivosť sme zabezpečili odborníčku – Mgr. Valériu Melichovú – diplomovanú zdravotnú sestru s viacročnou praxou na neurologickom oddelení, ktorá fundovane zodpovedala na množstvo praktických otázok.

U každého účastníka prebiehal proces učenia odlišne. Je len samozrejmé, že každý z účastníkov na začiatku edukačného programu sa líšil úrovňou dovtedajších poznatkov o AD, či zdrojmi týchto informácií. Edukáciu ovplyvňovalo aj vzdelanie, rodinné zázemie účastníkov, ich vzťah k seniorovi, ako aj neúčast' na jednotlivých stretnutiach.

V rámci didaktických pomôcok sa najviac využívali zväčšené obrázky a schémy mozgu, neurónov..., videofilmy zamerané na starostlivosť na pacientov s AD a pod. K dispozícii bola televízna technika, data-projektor, projekčné plátno, flipschart.

Už sme spomenuli, že osobnosť výskumníka vplýva na kvalitatívny výskum, nezanedbateľný je aj jeho vzťah k predmetu výskumu.

S diagnózou AD a vôbec s demenciami rôzneho typu sa stretávame už takmer desať rokov v rámci riešenia rôznych problémov v starostlivosti o takto postihnutých pacientov.

Pri tvorení prednášok (v rámci teoretickej časti nášho programu) a pri stretnutiach v domácom prostredí (v praktickej časti programu) sme reflektovali naše skúsenosti s danou problematikou s poznatkami z ošetrovateľstva, psychológie, medicíny, anatómie, fyziológie centrálného nervového systému, neuropatológie i patofyziológie...

Základnou úlohou výskumníka bola edukácia účastníkov programu, vytvoriť bezpečnú, kludnú atmosféru (umožňujúcu vyjadriť svoje pocity), prehĺbovať vzťahy medzi účastníkmi.

Na jednotlivé stretnutia bola nevyhnutná dôsledná príprava, nemenej dôležité sa ukázalo aj menežovanie času stretnutí.

Podľa nás je dôležité, aby ľudia postihnutí touto formou demencie mohli čo najdlhšie ostať v prirodzenom domácom prostredí a malo by byť samozrejmosťou, aby štát rôznymi formami plne podporoval rodinných príslušníkov, ktorí sa rozhodli pre tak náročnú úlohu opatrovania (resp. starostlivosti o chorých postihnutých AD).

Návrhy na zlepšenie edukačného programu

Odporúčame tvoriť homogénne skupiny podľa typu a štádia ochorenia, veku opatrovateľov alebo príbuzenského vzťahu medzi opatrovateľom a pacientom.

Pracovať s menšou skupinou (12, maximálne 16 členov), ktorá podporuje vzájomnú dôveru a pomoc zúčastnených.

Pracovať s uzavretou skupinou, ktorá zvyšuje efektívnosť a rýchlosť edukácie, nakoľko nie je potrebné sa vracat' už k absolvovaným témam kvôli stále novým, pribúdajúcim členom.

Pokúsiť sa vypracovať programy v kratšom časovom úseku – trvanie vyše jedného roka (jún 2013 – august 2014) je pre opatrovateľa /rodinného príslušníka prídlhá doba na to, aby sa naučil chápať AD komplexne, nakoľko choroba seniora v jeho rodine tiež napreduje.

Aj keď sme sa v teoretickej časti nášho výskumu stretávali pravidelne každý týždeň po dobu 4 mesiacov, následné individuálne stretnutia už boli absolvované až v prídlhom časovom odstupe – október 2013 – august 2014 (11 mesiacov). Preto odporúčame aj individuálne stretnutia v kratších časových úsekoch (zvyšuje to nielen ich náväznosť, ale zároveň zjednodušuje organizáciu času a práce medzi členmi v rodine).

Usporiadávať programy pre všetkých členov rodín, nielen pre ústredného opatrovateľa, ktorý sa stará o pacienta v prevažnej miere.

Za najvhodnejšie riešenie pokladáme pravidelné stretnutia počas víkendu (soboty alebo nedele), kde by bola zabezpečená v priestoroch takéhoto zariadenia aj opatera pacientov.

Myslíme si, že tento edukačný program by mohol byť úspešný na celom území Slovenska, na jeho realizáciu je potrebné vyškoliť odborníkov v pomáhajúcich profesiách, sociálnych pracovníkov a pod., ktorým však chýbajú praktické skúsenosti pri riešení akútnych problémov v rodinách s pacientmi chorými na AD.

ZÁVER

Naša diplomová práca s názvom Alzheimerová choroba – teoretický a praktický sprievodca pre rodiny postihnutých je určená najmä pre rodinných príslušníkov, ktorí sa rozhodli prevziať na seba starostlivosť o svojho blízkeho postihnutého AD.

Práca je usporiadaná do dvoch častí – teoretickej a empirickej.

Teoretická časť pozostáva z troch kapitol, v ktorých sa detailnejšie venujeme problematike staroby a starnutia, Alzheimerovej chorobe a starostlivosti o pacientov s AD v domácom prostredí. Zisťovali sme aj aktuálny stav vedeckého výskumu AD, vrátane nových poznatkov na jej vznik.

Náš kvalitatívny výskum sme popísali v empirickej časti. Ešte pred vypracovaním nášho edukačného programu sme vykonali predvýskum, ktorý nám poskytol dôležité informácie o potrebách rodín s pacientom diagnostikovaným na AD.

Z výsledkov nášho výskumu je zrejmé, že po príchode pacienta do rodiny sa museli jej členovia vyrovnáť so zmenou životného štýlu, svoj režim prispôbiť dennému režimu seniora, neskôr sa naučiť novým formám verbálnej i neverbálnej komunikácie, správne reagovať na rýchle zmeny nálad, porozumieť psychickým zmenám a tiež, v nemalej miere naučiť sa bojovať s fyzickou, ale i psychickou vyčerpanosťou.

Rodiny by privítali viac ponúk na vzdelávanie, či už vo forme edukačných programov alebo zaškoľovacích kurzov, ktoré by vysvetlili nielen základné charakteristiky Alzheimerovej choroby a jej diagnostiku, či druhy terapií a spôsoby komunikácie, ale aj naučili tieto poznatky uplatniť v praxi – pri poskytovaní opatery doma – svojmu príbuznému.

Cieľom našej práce bolo poukázať nielen na výhody opatrovania seniorov postihnutých AD v domácom prostredí, v kruhu najbližších (- ktorí si takto nemusia ťažko zvykať na cudzie prostredie a celkom nové tváre, či už personálu alebo spolubývajúcich), ale aj na zmeny kvality života rodinných príslušníkov, ktorí musia vyriešiť nejednú prekážku, či takmer neriešiteľný problém počas tejto etapy ich života.

Za najdôležitejšie považujeme i napriek enormnému časovému deficitu a veľkej či už fyzickej alebo psychickej vyčerpanosti myslieť aj na vlastné duševné

zdravie, aby sa z opatrovateľa – pôvodne zdravého človeka nestal ďalší pacient trpiaci syndrómom vyhorenia alebo nejakou inou chorobu.

K zachovaniu dôstojnosti seniora s AD v nemalej miere prispieva kvalitná starostlivosť, ktorá by mala byť zabezpečená nielen rôznymi finančnými podporami, ale aj edukačnými programami.

Keď hovoríme o opatere, prípadne starostlivosti, väčšinou si predstavíme pacienta s jeho potrebami. Menej sa už zaujíname o samotného opatrovateľa, ktorý sa rozhodol prevziať na seba starostlivosť o príbuzného, úlohu skutočne neľahkú. Na začiatku laik nie je a ani nemôže byť pripravený na všetky problémy, ktoré toto ochorenie prináša. Chýbajú ucelené / komplexné informácie nielen o samotnom ochorení, liečbe, ale aj prístupu v opatrovaní.

Táto situácia nás priviedla k myšlienke vytvorenia edukačného programu, ktorý bude ponúkať komplexný obraz starostlivosti o pacienta s AD. Pri jeho tvorbe sme sa opierali nielen o medicínu, ošetrovateľstvo, pedagogiku, psychológiu, ale aj o neurológiu, patologickú anatómiu, či patofyziológiu.

Účastníci nášho edukačného programu videli jeho pozitívny prínos najmä v oblasti komunikácie, interakcie s pacientom a posilnení motivácie pomáhať, empatie a znížení frustrácie. Opatrovatelia po absolvovaní programu najviac vyzdvihli novonadobudnuté schopnosti a zručnosti v identifikácii svojich potrieb a ich saturácií, za dôležité pokladali aj rozpoznanie konkrétneho problému a ich schopnosti jeho adekvátneho riešenia.

Domnievame sa, že zlepšenie kvality života u pacientov i u opatrovateľov je možné doceliť v prípade, ak program obsahuje rôzne druhy poznatkov a nezameriava sa len na jednu oblasť. Najdôležitejšia je jeho komplexnosť. To kladie aj vysoký nárok na lektora, ktorý musí byť v daných oblastiach odborníkom, prípadne spolupracuje s viacerými lektormi či odborníkmi. Na výsledný efekt má nesporne vplyv aj pravidelná aktívna účasť na programe a dostatočný počet stretnutí.

Myslíme si, že podobné programy by mali byť dostupné všetkým rodinám, ktoré si dali za úlohu doopatrovať svojho chorého člena, a to nielen postihnutého AD, ale aj inými chorobami.

ZOZNAM POUŽITÝCH ZDROJOV

- ANDRÉ, I. 2005. Demencie – súčasný pohľad a terapeutické riešenia. In *Lekárske listy – Odborná príloha Zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477. roč. X/LIV, č. 4, s. 26.
- BALÁŤ, M., REKTOROVÁ, I. 2008. Demencie ne-alzheimerovského typu. In *Lekárske listy – Odborná príloha Zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477. roč. XIII/LVII, č. 42, s. 4-10.
- BALKOVÁ, D. a kol. 2006. *Gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva. 91 s. ISBN 80-8068-525-8.
- BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin : Vydavateľ'stvo Osveta. 227s. ISBN 978-80-8063-320-2.
- BARTKO, D. a kol. 2008. *Demencia Alzheimerového typu*. Ústav medicínskych vied, neurovied a vojenského zdravotníctva. Ústredná vojenská nemocnica SNP, Ružomberok, Sanofi aventis Pharma Slovakia s.r.o., Bratislava, In. *Via Practica*, č. 10/2008, s. 398-402
- BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta. 142s. ISBN 978-80-8063-306-6.
- BUIJSSEN, H. 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha : Vydavateľ'stvo Portál. 136s. ISBN 80-7367-081-X.
- CALLONE, P.R. a kol. 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 120s. ISBN 978-80-247-2320-4.
- ČEMBOVÁ, M. 2006. Komplexná ošetrovateľ'ská starostlivosť o chorých s Alzheimerovou chorobou. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X. roč. IV, č. 5, s. 4-10.
- ČIHÁK, R. 1987. *Anatomie 1*. Praha: Avicenum. ISBN 08-102-87.
- ČIHÁK, R. 2004. *Anatomie 3*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1132-4.
- DIEŠKOVÁ. 2008. Špecialisti vyzývajú všeobecných lekárov na spoluprácu pri včasnom záchyťte pacientov s Alzheimerovou chorobou. In *Lekársky obzor*. ISSN 0457-4214. roč. LVII, č. 9, s. 398.
- DUGASOVÁ, D. 2008. Starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335 – 9444. roč. VII, č. 3-4, s. 34-35.
- FABIANOVÁ, I. *Starnutie a staroba, starostlivosť o seniorov v domácom prostredí*. Praha, 2013. Bakalárska práca. Univerzita Jana Amosa Komenského. Vedúci bakalárskej práce: PhDr. Edita Ondrišková.

- HANÁČEK, J., JAVORKA, K. a kol. 2010. *Vedecká příprava*. Martin: Vydavatelství Osveta. 220s. ISBN 978-80-8063-328-8.
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovatelstvo*. 2. vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 280s. ISBN 80-8063-213-8.
- HEGYI, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. 1. vyd. Trnava : Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce. 127s. ISBN 80-88908-80-9.
- HEGYI, L. *Zdravotný stav seniorov v Európe a možné trendy vývoja*. Bratislava: Časopis Geriatria. č.3. 2008. ISSN 1335-1850.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitatívny výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 407 s. ISBN 80-7367-040-2
- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H. 2004. *Alzheimerova nemoc v rodine*. 5. vyd. Praha : Pfizer spol. s r.o. 97s. ISBN neuvedené.
- HOLMEROVÁ, I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vydání, EV Public Relations, Praha 2007. s. 299. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HÖSCHL, C. a kol. 1999. *Symposium – Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha : Vydavateľstvo Galén. 96s. ISBN 80-7262-025-8.
- HUŇAVÁ, L., KOŇOŠOVÁ, M. 2008. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s Alzheimerovou chorobou. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606. roč. V, č. 3, s. 84-88.
- JANOSIKOVÁ, E.H., DAVIESOVÁ, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1. vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 551s. ISBN 80-8063-017-8.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 176s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KATUŠČÁK, D. 2008. *Ako písať záverečné a kvalifikačné práce*. 5. vyd. Nitra : Enigma. 164s. ISBN 978-80-89132-45-4.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 232s. ISBN 80-7169-615-3.
- KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing. 161s. ISBN 80-7169-716-8.
- KOPŘIVA, K., 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7178-29-X.
- KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatelstvo 1*.

1. vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 836s. ISBN 80-217-0528-0.
- KRIŠKOVÁ, A. 2010. *Profesionálne opatrovatel'stvo – oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 201s. ISBN 978-80-8063-329-5.
- MAGUROVÁ, D., MIŠKOVÁ, A. 2010. Edukácia rodiny pacienta s demenciou Alzheimerovho typu. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia*. ISSN 1336-183X. roč. VIII, č. 5, s. IV-VII.
- MARYŠKOVÁ, A. 2010. Péče o rodinného príslušníka s Alzheimerovou chorobou v domácim prostredí v ČR. In *Sestra*. ISSN 1210-0404. roč. 20, č. 6, s. 78.
- MATLOVIČ, R. 2011. SMERNICA o náležitostiach záverečných prác, ich bibliografickej registrácii, kontrole originality, uchovávaní a sprístupňovaní. 2011. 26s.
- Nádejný test na Alzheimerovu chorobu. In *Lekárske listy – Odborná príloha Zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477, 2008, roč. XIII/LVII, č. 11, s. 24.
- Mravec, B. *Nervový systém: patofyziológia*. Skriptum pre študentov lekárskeho fakult Bratislava SAP 2013, s.130. ISBN 978-80-89607-08-2
- NEVŠÍMALOVÁ, S. et al. 2002. *Neurologie*. 1 vyd. Praha : Vydavateľstvo Galén. 368s. ISBN 80-7262-160-2.
- NÉMETH, F. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 194s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- NOVOTNÁ, Z., FERTAĽOVÁ, T. 2011. Používanie obmedzovacích prostriedkov u pacientov s demenciou. In *Lekárske listy – Odborná príloha Zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477. roč. XVI/LX, č. 1, s. 13.
- NOVOTNÁ, Z., MAGUROVÁ, D., BALKOVÁ, D. 2008. Demencia – aktuálny problém staroby. In *Molisa 5 – medicínsko – ošetrovatel'ské listy Šariša*. Prešov : Fakulta zdravotníctva. ISBN 978-80-8068-882-0, s. 147-149.
- PALÁN, Z., LANGER, T. 2008. *Základy andragogiky*. Praha: UJAK. ISBN 978-80-86723-58-7
- PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 184s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. 2005. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha : Vydavateľstvo Galén. 189s. ISBN 80-7262-363-X.
- POLEDNÍKOVÁ, E. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 216s. ISBN 80-8063-208-1.

- REID, E., BOLEDOVIČOVÁ, M. 2009. Pokrok v Alzheimerovej chorobe ponúka nádej miliónom ľudí. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X. roč. VII, č. 1, s. 14-15.
- REKTOROVÁ, I. *Kognitívni poruchy*. 1. vydání, TRITON, Praha 2007. s. 190. ISBN 978-80-7387-017-1.
- RYBÁROVÁ, Ľ. 2008. *Základy výskumu*. 1. vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva. 176s. ISBN 978-80-8068-816-5.
- SHEARDOVÁ, K. 2011. Alzheimerova nemoc a zapojení pečovateľa do boje o kvalitu života. In *Psychiatrie pro praxi*. ISSN 1213-0508. roč. 12, č. 1, s. 13-18.
- SIDOROVÁ, E., JAKUBÍKOVÁ, M. 2003. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Prešovská univerzita v Prešove : Fakulta zdravotníctva. 73s. ISBN 80-8068-196-1.
- SLEZÁKOVÁ, Z. 2006. *Neurologické ošetrovatel'stvo*. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 166s. ISBN 80-8063-218-9.
- SLÍTOVÁ, E. 2006. Tréning pamäti. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444. roč. V, č. 11-12, s. 39.
- STRAUSS, C.J. 2011. *Rozhovory s ľuďmi chorými na Alzheimerovu chorobu*. 1. vyd. Vydala Slovenská Alzheimerova spoločnosť. 98s. ISBN 978-80-970766-6-5.
- STUART – HAMMILTON, I. A. 1999. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 319 s. ISBN 80-7178-274-2
- SZABÓ, R. 2001. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Komárno : Vydavateľstvo KT s.r.o. 74s. ISBN 80-8056-249-0.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatel'ství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 216s. ISBN 80-247-1777-8.
- ŠANTA, M., KLÍMOVÁ, E. a kol. 2007. *Neurologia a neurologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva. 222s. ISBN 978-80-8068-578-2.
- ŠARMÍROVÁ, M. 2007a. Svetový deň Alzheimerovej choroby. In *Lekárske listy – Odborná príloha Zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477. roč. XII/LVI, č. 38, s. 12-13.
- ŠARMÍROVÁ, M. 2007b. Pri Alzheimerovej chorobe je najdôležitejšia včasná diagnostika a liečba. In *Lekárske listy – Odborná príloha Zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477. roč. XII/LVI, č. 22, s. 14.

ŠERFELOVÁ, R., HLADEKOVÁ, B. 2010. Závažnosť opatrovateľa v procese starostlivosti o chronicky chorého. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740. roč. 1, č. 3, s. 89-92.

VATEHA, R., VATEHOVÁ, D. 2011. Posudzovanie a diagnostika u pacienta s Alzheimerovou chorobou. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X. roč. 9, č. 5, s. 31-32.

VAVRUŠOVÁ, L. a kol. 2008. *Depresia*. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 221s. ISBN 978-80-8063-280-9.

ZANETTI, O. a kol. 2010. *Alzheimerova choroba – Ako žiť ďalej?* Vydala Nadácia Memory v spolupráci so Slovenskou Alzheimerovou spoločnosťou. 31s. ISBN neuvedené.

ZGOLA, J.M. 2003. *Úspešná péče o člověka s demencií*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 232s. ISBN 80-247-0183-9.

Zoznam použitých zahraničných zdrojov

BARDEN, I. 2010. *Der grosse Caritas-Ratgeber Hauskrankenpflege*. Stuttgart: TRIAS Verlag. ISBN 978-3-8304-3447-4

KONIG, J. a C. ZEMPLIN. 2011 *100 Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz*. Schlutersche Verlagsgesellschaft. ISBN 978-3-89993-779-4

SCHON, R., E. SPERLICH, T. NEUMANN, M. SOMLYAY. 2008 *Betreuung daheim*. Wien: MANZ'sche Verlag. ISBN 978-3-214-00519-1

Zoznam použitých internetových zdrojov

AD Centrum. Výskumná témata. [online 23.04.2014] dostupné na internete

<<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum/>>

Ako udržiavať kognitívne schopnosti pacienta s Alzheimerovou chorobou. [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné na internete:

<http://www.alzheimer.sk/media/31463/brozura_4_web.pdf>

Alzheimerova choroba? [online]. [cit. 2014-04-21]. Dostupné na internete:

<http://www.dusevnezdravie.sk/alzheimerova_choroba.html>

Alzheimerova choroba – Ako ju zvládnuť v domácom prostredí. 2007. 2. vyd. Vydala Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2007. 48s. ISBN neuvedené.

Alzheimerova choroba prioritou. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. VIII, č. 7-8, s. 41.

Neurohistopatológia. Dostupné na internete:

<http://commons.wikimedia.org/wiki/Neurohistopathology>. online, cit. 2015-03-11

BÉREŠOVÁ, A., BANÍKOVÁ, Z. 2010. Súčinnosť práce sestry a sociálneho pracovníka pri eliminácii syndrómu vyhorenia u rodinných opatrovateľov. [online]. [cit. 2014-03-10].

Dostupné na internete:

<http://www.pulib.sk/elpub2/FZ/Istonova2/pdf_doc/beresova.pdf>

Osobná a emocionálna záťaž pri starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou.

[online]. [cit. 2014-03-20]. Dostupné na internete:

<http://www.alzheimer.sk/media/23105/brozura_3_%20web.pdf> 108

Psychiatrické centrum Praha. *Laboratoř biochemie a patofyziologie mozku*. [online

23.04.2014] dostupné na internete <<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/lbpm.htm>>

REKTOROVÁ, I. *Nová klinická kritéria pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci po 27*

letech. In. *Neurologie pro praxi*, č. 02/2012, s. 70-72, [online 13.12.2012] dostupné na

internetu: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5615>

SKOKŇOVÁ. 2007. *Svetový deň Alzheimerovej choroby*. [online]. [cit. 2014-03-10].

Dostupné na internete: <http://www.senior.sk/view.php?cislocikanku=2007100402>. 109

TABAKOVÁ, M., VÁCLAVIKOVÁ, P. 2008. *Záťaž opatrovateľa v domácom prostredí*. In

Profese on-line. [online]. 2008. roč. 1/2, č. zará 2008. [cit. 2012-01-10], s. 77-88. Dostupné

na internete: <<http://www.pouzp.cz/text/cs/zataz-opatrovatela-v-domacom-prostredi.aspx>>.

ISSN 1803-4330. 110

VYHNÁLEK, M. a kol. *Časná diagnostika Alzheimerovy nemoci ve světle nových*

diagnostických kritérií. In. *Neurologie pro praxi*, č. 06/2012, s. 325-327, [online

22.10.2012] dostupné na internete:

<<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/06/09.pdf>>

ZOZNAM OBRÁZKOV A TABULIEK

Zoznam obrázkov

Obrázok 1: Neurohistopatologické snímky.....	22
Obrázok 2: Neurohistopatologické snímky.....	22
Obrázok 3: Neurohistopatologické snímky.....	22
Obrázok 4: Neurohistopatologické snímky.....	22
Obrázok 5: Pán Ján.....	72
Obrázok 6: Pani Anna.....	77
Obrázok 7: Pani Evka s manželom Pavlom.....	82
Obrázok 8: Pani Táňa.....	87
Obrázok 9: Pán Vojtech s manželkou Martou.....	92
Obrázok 10: Pani Amália.....	98
Obrázok 11: Bunky rôznych tvarov a veľkostí.....	109
Obrázok 12: Typy neurónov.....	110
Obrázok 13: Motorická nervová bunka (NEUROCYT).....	111
Obrázok 14: Synapsy.....	114
Obrázok 15: Ependymová bunka.....	116
Obrázok 16: Bunky - astrocyt, oligodendroglia, mikroglia.....	117
Obrázok 17: Dura mater.....	119
Obrázok 18: Arachnoidea.....	120
Obrázok 19: Mozgové komory.....	121
Obrázok 20: Mozgové tepny.....	123
Obrázok 21: Povrchové žily mozgu.....	124
Obrázok 22: Miecha.....	127
Obrázok 23: Mozgový kmeň (pohľad spredu).....	129
Obrázok 24: Mozgový kmeň (pohľad zozadu).....	130
Obrázok 25: Mozoček.....	132
Obrázok 26: Talamus.....	134
Obrázok 27: Talamus, hypotalamus a tretia mozgová komora.....	135
Obrázok 28: Laloky hemisféry.....	138
Obrázok 29: Laloky hemisféry.....	139
Obrázok 30: Obidve hemisféry – pohľad zhora na brázdy a závit.....	140
Obrázok 31: Kôrové oblasti.....	144
Obrázok 32: Hlavné útvary limbického systému.....	146
Obrázok 33: Hipokampus.....	147
Obrázok 34: Corpus striatum a corpus amygdaloideum.....	148

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Základné údaje o opatrovateľoch a senioroch s AD v predvýskume..	68
Tabuľka 2: Priemerná účasť rodinných príslušníkov na stretnutiach.....	71

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A: Otázky v rozhovore z predvýskumu.....	I
Príloha B: Rozhovory s rodinnými príslušníkmi.....	II
Príloha C: Ukážky prednášok.....	XII
Príloha D: Žiadosť o rozhovor.....	XXXVII

Príloha A – Otázky v rozhovore z predvýskumu

V našom **predvýskume** sme položili rodinným príslušníkom tieto základné otázky:

Otázky v demografickej časti:

A - opatrovatel'

- pohlavie (žena alebo muž),
- vek,
- najvyššie dosiahnuté vzdelanie (základné, stredoškolské s výučným listom, stredoškolské s maturitou, vysokoškolské),
- povolanie,
- ste momentálne zamestnaný/á (áno, nie).

B – senior postihnutý AD

- pohlavie (žena alebo muž),
- vek,
- príbuzenský vzťah k opatrovateľovi,
- vek diagnostikovania AD,
- MMSE.

Vlastné otázky predvýskumu:

- 1, Majú rodinní príslušníci dostatok poznatkov o AD a opatrovaní a akým spôsobom ich získali?
- 2, Mali by záujem o absolvovanie edukačného programu?
- 3, Ako zmenil príchod pacienta do rodiny ich spoločný život?
- 4, Čo spôsobuje pri opatrovaní najväčšie problémy?
- 5, Sú schopní vyhľadať adekvátnu formu pomoci, keď je to potrebné?
- 6, V akých oblastiach v rámci starostlivosti o pacienta pociťujú najväčší deficit, čo by radi zmenili?

Príloha B – Rozhovory s rodinnými príslušníkmi

V nasledujúcom texte predkladáme citácie z rozhovorov s rodinnými príslušníkmi. Kvôli prehľadnosti ich uvádzame kurzívou.

Získavanie poznatkov o AD, opatrovaní a pomoci (príspevky)

Prvé informácie o AD dostali takmer všetci rodinní príslušníci buď od neurológa, alebo praktického lekára. Všetci sa zhodli v tom, že pre nedostatok času nebolo možné sa s lekárom porozprávať dostatočne dlho na to, aby získali aspoň trochu ucelený obraz o tejto chorobe.

- Nakoľko deda odmieta chodiť k lekárovi, tak je pre mňa veľmi ťažké dostať sa k nejakým informáciám. Keď prídem k lekárovi bez deda, tak nemajú záujem sa o tom so mnou baviť.

- Informácie sme získavali postupne z rôznych zdrojov – lekár, rôzne prospekty a brožúry v jeho čakárni, v lekárňach a samozrejme aj na internete.

- Myslím si, že o tejto chorobe je ešte aj v súčasnosti málo poznatkov a malo by sa jej venovať viac pozornosti. Aj moje kamarátky majú viac vedomostí o rakovine, srdcovom infarkte či porážke, ale o AD vedia toho veľmi málo.

- Celkom prvé informácie sme dostali od lekára, ale ten skôr upozornil na dávkovanie liekov, na ostatné vraj nemá čas. Základné informácie sme získali z internetu, odborných časopisov a od známych, ktorí majú tiež v rodine túto diagnózu.

- Ja som bola veľmi sklamaná z vyšetrenia u neurológa – ten iba diagnostikoval Alzheimerovu chorobu, predpísal lieky a už sme boli za dverami – vraj on má plnú čakáreň objednaných pacientov, máme sa informovať u praktickej lekárky.

Iba jediná osoba uviedla, že je zdravotná sestra s vysokoškolským vzdelaním, takže podrobnejšie informácie nemusela hľadať, pretože si ich ešte pamätala zo školy.

Takmer všetci respondenti prejavili záujem o viac informácií zameraných na Alzheimerovu chorobu.

- Rada by som navštevovala opatrovateľský kurz, ale finančne, ani časovo si to nemôžem dovoliť. Keby existoval kurz len na opateru pacientov s AD, určite by som naňho šla.

- Mne najviac chýbajú informácie ako opatrovať – napríklad ako ju kŕmiť, prebaľovať, kúpať...

- Pokiaľ v našej rodine nediagnostikovali AD, veľa som o nej nevedela, s výnimkou toho, že existuje. Rada by som získala nové poznatky nielen od lekára, ale aj od zdravotných sestier – ako správne opatrovať. Viete, pokiaľ to zvládam, chceme ju nechať doma. Nechceme ju dať do nejakého domova, obávame sa, že sa tam o ňu nebudú dobre starať, veď to ani nie je možné, pri takom nízkom počte personálu a toľkých pacientoch!

- V mojej novej pozícii ako opatrovateľ sa necítim veľmi isto, s biológou alebo niečim podobným som sa stretol naposledy na základnej škole, nejaký kurz alebo školenie by sa zišlo.

Jedna opýtaná sa od známej dozvedela, že u nich organizuje akadémia vzdelávania opatrovateľský kurz, tak sa naňho prihlásila a zatiaľ je s ním veľmi spokojná.

Podľa stupňa odkázanosti pacienta postihnutého AD majú rodinní príslušníci nárok na istý opatrovateľský príspevok. Ten posudzuje posudkový lekár. Je smutné, že rodiny si takéto príspevky nenárokujú, či už z časového deficitu, alebo pre byrokráciu vo vybavovaní, prípadne z nevedomosti.

- ja nemám čas behať od jedného úradu do druhého, a kto sa mi postará o svokru?

- Nie, ja nečerpám žiadny príspevok. Moja susedka mi povedala, že oni tam vyžadujú veľa papierov, potvrdení, stále Vás posielajú niekam inam... Vraj to trvá veľmi dlho. Pre pár euro sa mi to neoplatí.

Iba jedna opýtaná mala na to iný názor.

- *Vždy sledujem, na čo máme nárok, pravidelne sa informujem na mestskom úrade. Poberáme opatrovateľský príspevok, ale aj rôzne úľavy pri platení elektriny, plynu, smetí...*

50% opýtaných vôbec nevedelo, že majú nárok na peňažnú kompenzáciu. Musíme konštatovať, že opatrovateľský príspevok je veľmi nízky a iba čiastočne pokrýva náklady na starostlivosť o pacienta.

- *Nakoľko som bez práce, vybavila som si príspevok, ale nedá sa z toho vyžiť...*

Zhrnutie

Aj keď je prístup lekárov k pacientom a k poskytovaniu informácií rozdielny, naši opatrovatelia zhodne uviedli, že informácie, ktoré dostali od lekárov boli nedostačujúce. Z tohto dôvodu uviedla väčšina, že by mali serióznym záujmom o absolvovanie kurzu, príp. viac informácií o AD alebo opatrovaní. Je až nepochopiteľné, že veľa rodín si opatrovateľský príspevok nenárokuje, a to z rôznych príčin – buď o ňom ani nevedia, alebo sa im zdá vybavovanie zdlhavé, prípadne nie sú spokojní s jeho výškou.

Zmeny kvality života rodiny počas opatrovania

Zisťovali sme, či nastala nejaká zmena vzťahov v rodine, či si museli upraviť denný režim, prípadne pracovnú dobu v zamestnaní.

- *Našťastie mám nielen dobrú prácu, ale aj šéfkou. V práci som si nemusela nič upravovať, nakoľko moja práca nie je závislá na čase.*

- *Moja nová práca je opatrovanie, tej sa venujem na plný úväzok.*

V niektorých prípadoch bolo potrebné zredukovať prácu na polovičný pracovný úväzok, inak by boli prišli členovia rodiny o svoje aktuálne zamestnanie.

- *Momentálne pracujem pomenej, mám iba pár služieb za mesiac. Nakoľko ešte vlastnú rodinu nemám, nemal mi kto pomôcť v opatere s babičkou, keď som bola v práci. Polovičný úväzok mi v tejto situácii vyhovuje najlepšie.*

V štyroch prípadoch z dvanástich prišli opatrovatelia o zamestnanie, čo celej rodine spôsobilo nemalé problémy, vrátane finančných (2 ženy odišli z práce, lebo nebolo možné sklíbiť opatrovanie so zamestnaním, jedna žena bola dlhodobo nezamestnaná a jeden muž – študent – musel prerušiť štúdium na VŠ, aby sa mohol venovať opatere matky):

- Pred začatím opatrovania som bola nezamestnaná, mala som dostatok voľného času. Teraz sa venujem celý deň opatrovaniu. Aby som si pri tom všetkom ešte aj hľadala prácu – to si teda vôbec neviem predstaviť, chýba mi na to energia.

- Spočiatku mi v práci ešte tolerovali, keď som musela odísť z práce skôr, prípadne som prišla neskoro... Ale nakoľko sa to začalo hodne stupňovať, povedali, že to ďalej takto nejde...

Po príchode seniora do domácnosti boli zmeny vzťahov v rodine interpretované odlišne:

- Naša rodina pociťuje veľkú dávku zodpovednosti. Keď sme sa už pre tú opateru rozhodli, chceme to robiť čo najlepšie. Ale musím sa priznať, že pociťujem hlbokú ľútosť.

- Samozrejme, že došlo k zmene vzťahov! Celý môj doterajší život to bola pre mňa moja mama, a teraz sme sa vymenili – ja som teraz jej matka, o všetko sa musím postarať, akoby som doma mala malé dieťa! Najhoršie je to, že pri dieťati dúfame, že čochvíľa to s ním bude lepšie, kdežto pri demencii som vďačná za každý mesiac, keď sa stav nezhoršuje. Som nešťastná, chce sa mi plakať, kričať... Často si musím opakovať – ona to nerobí naschvál, ona za to nemôže...

- Zo začiatku to bola katastrofa! Všetci sme po sebe kričali, boli sme nahnevaní, nervózni. Nová situácia nás doslova dusila. Neboli sme schopní predstaviť si, že by blízka budúcnosť mohla byť optimistickejšia alebo kludnejšia.

- Ach viete, ono je to raz tak, raz onak. Keď je nervózna, prenáša sa to aj na nás. Všimla som si, že hádky sú častejšie, takmer na dennom poriadku. Keď je v pohode, tak aj my sa akosi skludníme, nie je taká napätá atmosféra. Len keby bola v tej pohode častejšie...

- Nemôžem povedať, že by som vnímala nejaké zmeny. Zatiaľ je aj manžel spokojný, nestázuje sa, skôr si myslím, že teraz držíme ako rodina viac spolu, stmelilo nás to.

Čím je senior nesamostatnejší, tým to má väčší dopad na rodinu. Rodinných príslušníkov sa vplyvom progresie demencie často zmocňujú depresie, bezvýhodiskovosť či zúfalstvo... Výhodou je, keď s opaterou pomáha celá rodina, všetci jej členovia. Iba tak možno dosiahnuť, aby sa celkom nenarušil chod domácnosti, prípadne, aby sa u opatrovateľa neobjavil v relatívne krátkej dobe syndróm vyhorenia.

- Priznám sa, teraz som si už na všetko zvykla, ale zo začiatku to bolo pre mňa dosť ťažké. Neočakávala som, že to bude až také náročné. Denne strávim pri sestre minimálne 12 hod. Postarať sa musím o všetko sama, dokonca som sa naučila podávať inzulín, musela som si naštudovať diétu pre diabetikov, aby som vedela, čo môže jesť a čo nie.

- Moja matka je viac – menej samostatná, momentálne jej skôr robím spoločnosť. Keď sa necíti unavená, vezmem ju medzi ľudí – rada chodí na koncerty, do opery, alebo aspoň na kávu so zákuskom. Večer často pozeráme spolu televízor, alebo počívame vážnu hudbu. Keď to porovnáam s tým, keď žila sama vo svojom byte a roky už nikam nechodila, mám pocit, že je teraz šťastná. Viditeľne jej to prospieva.

- Každý deň sa starám 8 – 10 hodín o môjho manžela. Viete, ja to vlastne nepočítam takto na hodiny, veď bývame spolu, keď niečo potrebuje, tak to jednoducho spravím. Ráno pomôžem s hygienou, s obliekaním, pripravím raňajky a lieky, zmeriam tlak, cez deň niečo spolu robíme, aby mu nebola dlhá chvíľa – nejaké hry, prípadne, keď je pekné počasie, výjdeme na terasu, alebo do záhrady. Po obede si trochu zdriemne, potom chce zvyčajne pozerat' televízor, kým ja pripravím večeru. Večer ho ešte okúpem a keď je už konečne v posteli, som tak unavená, že niekedy zaspím ešte skôr ako on...

- Minimálne 6 hodín za deň sa mu venujem, veľa času z toho zaberie varenie, upratovanie, nakupovanie. Sprevádzam ho na kontroly k lekárovi, rád sa prechádza v prírode, tak ho častejšie beriem do lesa, alebo na výlety keď je pekné počasie. Večer chce pozerat' televízor, ale samého ho to nebaví, takže mu robím spoločnosť, aby sa necítil tak osamelo.

Je veľmi ťažké vyrovnať sa s diagnózou AD, keď postihne člena rodiny. Mnoho opatrovateľov má s tým veľké problémy a často to negatívne vplýva aj na ich psychiku.

- Som nešťastná, keď si pomyslím na to, že táto choroba pokračuje iba jedným smerom a nič na tomto svete ju zatiaľ nedokáže zastaviť, nieto vyliečiť. Som veľmi frustrovaná, keď si predstavím, ako sa jej stav bude zhoršovať bez ohľadu na to, čo všetko pre ňu robím. Ktovie za aký čas ma už vôbec nespozná...

- Najviac mi dala zabráť časová organizácia. Bolo potrebné všetko vopred naplánovať, najmä termíny rôznych vyšetrení bolo ťažké prispôbiť mojej pracovnej dobe v zamestnaní.

- Zo začiatku som bola veľmi netrpezlivá, doslova ma to vytáčalo. Nemohla som sa prizerať, keď niečo chcela urobiť sama, strašne dlho jej to trvalo, jednu činnosť opakovala aj 10-krát, a ešte to neurobila poriadne, alebo to vôbec nedokončila! Mne chýbal čas, chcela som robiť všetko za ňu, aby som všetko stihla. Ved' toho bolo neúrekom! Neskôr som zistila, že to bolo nesprávne.

Na psychiku rodinných príslušníkov do značnej miery vplýva aj to, že nemajú možnosť podeliť sa so svojimi starosťami a problémami. Na opateru príbuzného sú sami, reálna pomoc od rôznych inštitúcií je často nedosiahnuteľná, málo flexibilná, prípadne finančne zaťažujúca. Trpí aj ich osobný život – čas stretávať sa s kamarátmi je obmedzený alebo žiadny, túžba žiť spoločenským životom musí ustúpiť do pozadia, prioritu má opatrovanie.

- V našej rodine má každý svoje povinnosti – manžel pracuje do neskorého večera, deti chodia do školy, musia sa veľa učiť... Celá starostlivosť je na mne, nemám nikoho, s kým by som sa mohla porozprávať, povedať čo ma trápi, postážovať sa.

- Kvôli tomu, aby som mohla mojej babičke pomáhať, opustila som svoju rodinu, priateľa. Aj keď som ešte mladá, môj život sa úplne zmenil, nemám čas chodiť s kamarátkami von, pretože som na opateru sama, nikto mi s tým nepomôže.

- Bojím sa, že to nezvládnem, cítim sa na všetko sama. Nikto mi nerozumie, nepoznám nikoho s podobnými problémami, nemám sa komu zveriť, vyžalovať.

ADOS – agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti využívajú rodinní príslušníci zriedkavo, aj to iba v prípade, že sa nachádzajú v ich blízkosti. Na služby sa obrátia najmä vtedy, keď nemôžu nechať pacienta doma bez dozoru a potrebujú si vybaviť neodkladné náležitosti.

- U nás funguje stacionár, ak je to nevyhnutné, odnesiem tam babičku na pár hodín a ja si zatiaľ všetko povybavujem. Bez tejto pomoci by som opatrovanie asi nezvládla.

Väčšina opatrovateľov však takúto alternatívu nemá, alebo o nej nevie.

- Ja som na všetko sama, nepomáha mi nikto, ani nemám žiadne informácie o nejakých možnostiach. Keby to však bolo možné, iste by som to vyskúšala. Ved' ja ani nemám čas, ani neviem, kde by som také dačo hľadala / našla.

Popri bariérach psychického charakteru boli spomenuté aj prekážky znemožňujúce voľný, bezbariérový pohyb v byte /dome. Išlo o menšie úpravy, ktorých účelom bola bezpečnosť a prevencia úrazov najmä u pacientov, u ktorých už ochorenie viac pokročilo. Iba v málo prípadoch neboli zatiaľ potrebné úpravy.

- Naša babka je chodiaca, preto sme nemuseli zatiaľ spraviť žiadne úpravy. Ale sme informovaní, že keď sa to zhorší, mali by sme objednať polohovaciu posteľ.

V ostatných rodinách už bolo potrebné situáciu riešiť.

- Ja sa už cítim ako žalárnik, ustavične musíme kontrolovať kľúče, či sme ich nenechali vo dverách, či sme nezabudli zamknúť. Koľkokrát nás vymkla, to už ani neviem spočítať, ešte že máme šikovné deti a prelezú v záhrade cez okno... Tak isto musíme dávať pozor i na sporák, či je vypnutá rúra, raz nám v nej chcela upiecť na večeru nášho starého kocúra... 100-krát do dňa vypíname svetlo a vysvetľujeme, že chladnička je na chladenie potravín a nehádzeme do nej špinavé prádlo, či plienky...

- My sme prerábali kúpeľňu i záchod, inak by sa dedo nemohol kúpať vo vani, iba sprchovať. Aj sme sa zadĺžili, keď som prišiel o prácu, nie je to veru ľahké.

Následne sme sa zaujímali o to, čo spôsobovalo na začiatku opatery najviac problémov, prípadne, či sa neskôr, v priebehu nasledujúceho roka nevyskytli nové problémy.

Všetci členovia rodiny zhodne skonštatovali, že opatrovanie bolo pre nich celkom novou skúsenosťou, rovnako aj Alzheimerova choroba. Dovtedy nemali predstavu o tom, ako AD pôsobí na pacienta, na jeho správanie, psychiku, ako sa táto choroba postupne vyvíja.

- *Mojim najväčším problémom bola komunikácia. Nevedela som, čo povedať, ako to povedať a kedy. Vždy som ju nechtiac znervóznila.*

- *Najväčší problém som mala zo začiatku so zmenami jej nálad. Často stačila iba maličkosť a bola podráždená, niekedy až agresívna a hlučná. Už som zistila, ako mám reagovať, aké reakcie môžem od nej očakávať. Už som si zvykla.*

- *Môj strýko bol pôvodne muž na úrovni, vzdelaný, s veľkým prehľadom. Bola som veľmi neistá, keď som sa s ním musela rozprávať ako s dieťaťom. Bol z toho nervózny až agresívny. Musela som sa naučiť inej komunikácii, aj sa to ukludnilo, viem ako s ním rozprávať a čomu sa mám vyhýbať, aby som ho zbytočne ne podráždila.*

- *Keď som robila chybu – bola som netrpezlivá, robila som všetko zaňho. Teraz už viem, že musím byť kludná napriek tomu, že to trvá príliš dlho...*

Opatrovatelia často poukázali na to, že mali snahu venovať sa nielen seniorovi, ale aj naďalej svojej rodine.

- *Zo začiatku som často myslela na to, že sa ustavične musím prispôbovať, teraz to beriem inak. Musela som zosúladiť môj životný štýl, moje hobby s touto chorobou.*

- *Po príchode našej babky k nám domov, to bolo dosť náročné – každý člen rodiny dostal nejakú úlohu, ktorú musel splniť, inak sa to nedalo zvládnuť. Iba tak som sa mohla venovať aj babke, aj ostatným členom rodiny.*

Priemerne sa starajú rodinní príslušníci o seniorov 2 – 3 roky. Je badať veľký rozdiel medzi osobami, ktoré pred pár mesiacmi túto činnosť práve začali vykonávať a osobami, ktoré opatrujú už dlhé roky.

- *Mňa už nič neprekvapí, zažila som už kadečo za tie dlhé roky opatrovania, na čo si ale nezvyknem – denno-denne byť konfrontovaná so zhoršovaním jej stavu. Už ma vôbec nespoznáva, vôbec nevie kto som...*

- Ja sa starám o dedka iba 6 mesiacov, som v štádiu pokusov a omylov, učím sa doslova na vlastných chybách. Zo všetkých možných strán hľadám informácie, ktoré by mi mohli nejako pomôcť, nejaké typy na opatrovanie, čoho sa mám radšej vyvarovať, čo robím dobre...

Zhrnutie

Starostlivosť o pacienta trpiaceho demenciou alzheimerového typu vplýva na rodinné vzťahy, výrazne obmedzuje voľný čas opatrovateľa, dokonca v niektorých prípadoch zvyšuje riziko straty zamestnania. Členovia rodiny sa ťažko vyrovnávajú s novou situáciou, na psychiku vplýva i to, že sa nemajú s kým porozprávať. Na pomoc od rôznych inštitúcií pozerajú hodne kriticky.

Každodenné aktivity pacientov s AD

Časť rozhovoru sme venovali činnostiam, ktoré sú u pacientov najviac postihnuté a najviac zachovalé. Ďalej sme zisťovali, čo je pre samotných opatrovateľov najobtiažnejšie.

Ako najviac postihnuté denné činnosti rodinní príslušníci uvádzali:

– kúpanie, financovanie, nakupovanie, opatera iných, orientácia v čase a priestore.

K najviac zachovalým denným činnostiam opatrovatelia udávali tieto:

– jedenie a pitie, vychádzky a telefonovanie, navštevovanie priateľov, spoločenské hry, komunikácia.

Ako najviac obťažujúce činnosti / stavy pri vykonávaní opatrovania pociťujú domáci opatrovatelia tieto:

– inkontinencia, obliekanie, vedenie domácnosti, domáce zvieratá, návštevy, vhodná komunikácia, orientácia v čase.

Návrhy od opatrovateľov, v čom pociťujú najväčšie deficity

Na otázku – Aké zlepšenia pre rodiny s pacientmi postihnutými AD by si želali od spoločnosti? - uvádzali opýtaní najmä to, v čom pociťovali v rodine najväčší deficit.

- Privítala by som, keby existovali pre seniorov trpiacich AD rôzne aktivačné programy, pri ktorých by sa nielen spoznali s novými ľuďmi, ale aj zahrali rôzne spoločenské hry a podobne. Ja by som mohla takto získať pár hodín pre seba.

- Mám pocit, že pacienti s AD sú oproti iným diagnózam diskriminovaní. Môj strýko síce môže navštíviť denný stacionár – ale nič tam s ním nerobia! Predtým chodil strýko na rôzne sympózia, konferencie, precestoval polovicu sveta a teraz nemáme žiadnu alternatívu, nemôže prakticky nič

- Ja by som moju babičku chcela viac aktivizovať, bola by som rada, keby sa mohla stretávať s rovesníkmi. Viem, že sa babka cíti izolovane, čo nie je dobre, lebo sa mi začína opúšťať. Na tých stretnutiach by boli podľa mňa vhodné rôzne hádanky, riekanky, piesne, spoločenské hry, karty, človeče nehnevaj sa a podobne.

- Mne sa nepáči, že ten, kto býva v Bratislave má väčšiu možnosť navštíviť nejaký špeciálny klub pre pacientov s AD, u nás na to nie sú peniaze.

- Nepáči sa mi, že takto postihnutí ľudia žijú na margo spoločnosti, venuje sa im málo pozornosti, akoby to bolo ešte stále nejaké tabu. Uvítala by som väčšiu podporu, či už od zdravotníctva, sociálnych služieb, alebo samotnej štátnej politiky. Ved' pacienti s AD sú tiež ľudia, a my všetci ich nútime žiť izolovane!

- Naša spoločnosť sa vôbec nezaujíma o nás – opatrovateľov. Pokiaľ nie je rodina postihnutá, nemá predstavu o tom, s akými problémami sa človek musí vysporiadať. Tie príspevky sú almužna, z toho sa starostlivosť o chorého financovať nedá!

Zhrnutie

Opatrovatelia intenzívne pociťujú deficit v ponukách pre Alzheimerikov, v súčasnej spoločnosti sa im venuje len okrajový záujem. Radi by uvítali rôzne aktivizačné cvičenia na udržiavanie kognitívnych funkcií a vyššie finančné príspevky na opateru.

Príloha C – Ukážky prednášok

Tématická oblasť - starostlivosť

Zmeny v starobe

Zmeny spôsobené v starobe sa odohrávajú na úrovni psychickej, telesnej aj sociálnej. Každý človek prežíva svoj život svojším a originálnym spôsobom. Existujú isté špecifiká, ktoré sú typické s príchodom vyššieho veku.

Funkčný stav seniorov v dnešnej dobe negatívne ovplyvňujú najmä tieto choroby:

- ischemická choroba srdca, postihnutia mozgových tepien, choroby tepien dolných končatín, osteoartróza, osteoporóza, Alzheimerova choroba, poruchy zraku, poruchy sluchu (Plevová, 2011).

Telesné zmeny v starobe

Biologické starnutie označuje zmeny organizmu, ktoré prebiehajú na fyziologickej úrovni. Zmeny postihujú telesné tkanivá a orgány, avšak neprebiehajú u každého jedinca rovnako, sú determinované genetickými dispozíciami a životným štýlom. Jednotlivé systémy v tele zaznamenávajú spomalenie a oslabenie pôvodných funkcií a pokles biologických adaptačných mechanizmov. Ako všeobecný znak starnutia môžeme hodnotiť atrofiu, ktorá postihuje všetky orgány a tkanivá.

Medzi najtypickejšie telesné zmeny starých ľudí patria:

- celková zmena fyzického vzhľadu,
- zmeny na koži (starecké škvrny, strata pružnosti kože, prejavy degeneratívnych zmien ako výrastky, bradavice), zmena kvality a farby vlasov, nechtov,
- zhoršenie regeneračnej schopnosti kože, riziko vznikov dekubitov,
- úbytok svalových vlákien po 50.roku života, nedostatok síl; náchylnosť kostí na zlomeniny,
- degeneratívne zmeny kĺbov, stuhnutosť, obmedzenie pohyblivosti,
- zmeny kardiovaskulárneho a kardiopulmonálneho systému spôsobujú problémy pri fyzickej námahe a duševnom strese,
- náchylnosť k respiračným infekciám,

- zhoršená elasticita ciev zhoršuje prekrvenie a okysličovanie tkanív, mení sa krvný tlak,
 - spomaľuje sa trávenie a vstrebávanie nielen živín ale i liekov, oslabenie peristaltiky, zápcha, nechutenstvo,
 - strata pocitu smädu, možnosť dehydratácie,
 - filtračná schopnosť obličiek sa znižuje, podobne aj kapacita a tonusu močového mechúra – inkontinencia,
 - oslabenie kognitívnych funkcií; vplyvom oslabeného nervového systému je predĺžený reakčný čas,
 - zmeny sexuálnej aktivity, termoregulačné, ale aj oslabenie imunitného systému.
- (Malíková, 2011, s. 19-20)

Starobné zmeny psychiky

Vplyvom pôsobenia fyziologických zmien, skúseností a sociálno-ekonomického pozadia dochádza aj k zmenám na psychike starého človeka.

Starý človek je váhavejší, opatrnejší, či už v pohybe alebo rozhodnutiach. Ak nie sú starí ľudia v časovom strese, dokážu vyriešiť problém úspešne – intelekt zostáva zachovaný.

Pamäť sa oslabuje, lebo sa menej používa, jej funkcia je ovplyvnená dĺžkou času prežitého na dôchodku. Pamäť akoby sa stávala selektívnou, pozitívne skúsenosti a zážitky sa pamätajú lepšie a rýchlejšie sa zabúda na negatívne – hovoríme tomu „**spomienkový optimizmus**“. Starí ľudia porovnávajú súčasnosť spojenú s chorobami, samotou, jednotvárnosťou dní s minulosťou – keď boli mladí a plní životného elánu.

Prejavuje sa u nich nechúť sledovať súčasné dianie, politiku, zložité témy, zmeny v legislatíve. Mnohí starí ľudia uprednostňujú súkromie a pohodlie svojho domova pred podmienkami v domovoch dôchodcov. Nechce sa im meniť miesto, zvyky, spôsob života.

Ďalšie znaky starobných zmien psychiky:

- prehĺbenie typických charakterových čŕt - nedôverčivý sa stáva sťažovateľom, šetrný lakomcom, neistý bojzlivým a nedôverčivým...,
- žiarlivosť na schopnosti a možnosti svojich rovesníkov, vzťahovačnosť,

- citová labilita a emočná labilita,
- depresia, zmeny vo vnímaní, horšie osvojovanie si nového,
- pokles nápaditosti, nedôvera, znížená sebadôvera... (Krajčík., 2006)

Typické psychické poruchy starých ľudí:

Delírium – vzniká rýchlo, v priebehu niekoľkých hodín. Vo všeobecnosti je to stav kvalitatívnej poruchy vedomia, pozornosti a vnímania spojený s dezorientáciou v čase a priestore, halucináciami. Sú prítomné vegetatívne prejavy ako búšenie srdca, potenie, bledosť, zmeny krvného tlaku. Postihnutý môže byť letargický, nepokojný, až agresívny. Býva sprievodným javom pri abstinenčnom syndróme (alkohol, drogy).

Depresia – dochádza k nej buď chorobami a starobnými zmenami na mozgu, alebo aj z vonkajších príčin ako sú napr. životné udalosti, zmena kvality života. Pri liečbe je dôležité včasné rozpoznanie depresie a odlíšenie od demencie.

Medzi najznámejšie príznaky depresie patria pocit viny a smútku, poruchy spánku, strata plánovania do budúcnosti, zhoršenie sústredenia a pozornosti, zníženie sebadôvery, nechutenstvo, pomýšľanie na sebevraždu a sebaoškodzovanie.

Depresie sú u starých ľudí príčinou samovrážd, najmä u mužov a u osamelých seniorov. Vyskytujú sa častejšie po úmrtí blízkej osoby a u ľudí žijúcich v zariadeniach. Každý náznak treba brať vážne, pokusy o samovraždu bývajú dokonané.

Depresia nie je samozrejmom súčasťou staroby, ale ak ňou človek trpí, výrazne ovplyvňuje kvalitu jeho života. Depresie sa delia na mierne, stredne ťažké a ťažké.

Depresívnych seniorov vnímame ako uzavretých do seba bez záujmu o akýkoľvek kontakt a spoluprácu, práca s takýmto človekom je veľmi zložitá. Sú prípady, kedy sú seniori až agresívni a odmietajú pomoc. Vedia to odôvodniť rôzne. Sprievodnými znakmi depresie je pocit viny a tendencia strániť sa, človek má pocit, že si starostlivosť nezaslúži a nepotrebuje ju. Priblížiť sa k takémuto seniorovi je možné aj tým, že sa pokúsime vcítiť do jeho stavu. Pomalým postupovaním dosiahneme viac.

Chyby v prístupe:

- veľká voľnosť - môže sa stať, že chorý človek nezvládne ani bežné denné činnosti, ak je ponechaný sám na seba,

- odporúčanie nových aktivít – chorý môže mať pocit, že sa na neho zvyšujú nároky, že sa musí prispôbiť, môže to spôsobiť psychické vypätie,
- zľahčovanie problémov - človek v depresii má pocit, že ho nikto nechápe.
- nútenie do rozhodovania – nevhodnými otázkami súvisiacimi s budúcnosťou.

Demencia je v starobe najčastejšou organickou duševnou poruchou. Starému človeku sa postupne zhoršuje sebestačnosť a stáva sa závislým na starostlivosti druhých. Predpokladá sa, že každý štvrtý človek prežije určitú časť svojho života ako dementný.

Demencia vzniká ako následok ochorenia mozgu. Ochorenie býva buď progresívne alebo chronické. Pri ochorení dochádza k:

- **poškodeniu kognitívnych (poznávacích) funkcií,**
- **poškodeniu pamäte** (trvalé, iné ako porucha spojená so starnutím, kedy si človek nakoniec potrebné slovo alebo meno osoby vybaví),
- zhoršeniu až strate schopnosti naučiť sa nové informácie,
- typická je **afázia** – poškodenie reči (opisné vyjadrovanie slova, nepresné pomenovanie predmetov, neskôr nezrozumiteľné výrazy, slabá artikulácia, neidentifikovateľné zvuky, nakoniec onemie); **apraxia** - zabúdanie niektorých činností napriek zachovanej pohyblivosti končatín (ručné práce, písanie); **agnózia** – neschopnosť poznávať osoby alebo určovať predmety (senior nespoznáva rodinných príslušníkov a neskôr ani sám seba v zrkadle). (Krajčík, 2006)
- k narušeniu vykonávacích funkcií (varenie, používanie prístrojov, nakupovanie, sebaobsluha),
- mozog prestáva ovládať telo, narušenie až strata kontroly vylučovacích funkcií,
- nehybnosť – posledné štádium, úplné uzavretie sa do seba.

I. Kognitívne symptómy pri demencii

1, **Poruchy pamäte** spôsobujú zlú orientáciu, nesprávne pochopenie situácie, úzkostlivosť, vymýšľanie si (**konfabulácia**), opakovanie otázok, problémy so získaním nových informácií.

2, **Problémy reči** zapríčiňujú nedorozumenia, nepochopenie myšlienok, je ťažké niečo si dopredu naplánovať, tiež vyhodnotiť činnosť a situáciu, sú problémy v komunikácií, zlé zoradovanie viet, chýbajúce slová, zdĺhavé opisovanie.

3, **Poruchy pozornosti** sa javia ako zmätené reakcie, je znížená schopnosť reagovať, neschopnosť rozlíšiť dôležité, nemožnosť začať a skončiť zadanú úlohu.

4, **Poruchy vnímania** ako úzkosť, neistota, zlý odhad vzdialeností, nesprávne vysvetlenie a pochopenie podnetov, ilúzie, problémy s nájdením cesty, neschopnosť spoznať ľudí a veci.

5, **Poruchy úsudku** majú za následok odmietanie pomoci, stratu zábran, nepredvídateľnosť dôsledkov, chýbajú predstavy o abstraktných veciach, odmietanie pomoci (nevnímanie reality, zlé vyhodnotenie situácie), vzťahovačnosť.

II. Poruchy emocionality

1, **Poruchy nálad** - v začiatkoch si chorý začína silne uvedomovať, že stráca svoje schopnosti. Reakciou na to je depresia. Často sa objavujú úvahy aj o sebevražde.

2, **Sploštená emocionalita** - nastáva vymiznutie primeraných emočných reakcií, vytráca sa neverbálny prejav a citové reakcie, vytvára to zdanie neochoty zapájať sa do života rodiny a nezájum. Senior je pre svoje okolie nezrozumiteľný.

3, **Emočná labilita** - je opakom sploštených emócií, citové prejavy seniora na situácie sú neprimerané, napríklad rýchlym striedaním smiechu a plaču.

4, **Strata vyšších citov** - vo vyšších štádiách - vymiznutie vedomia o základných ľudských hodnotách a postojoch, padajú spoločenské zábrany a seniorovi chýba hanba.

III. Behaviorálne symptómy - nezdržanlivé správanie na verejnosti (vyprázdňovanie, obťažovanie, sexuálne prejavy), agresívne chovanie, od verbálneho až po fyzické napádanie, nedodržiavanie osobnej hygieny, strata záujmu, znížená vôľa, spomalenie, opakovanie otázok, verbálna naliehavosť. (Venglářová, 2007, s. 29-31)

Funkčné problémy ako znížená sebestačnosť až nesebestačnosť v starostlivosti o seba a domácnosť, riziko úrazu či spôsobená nehoda vedú k rozhodnutiu o umiestnenie chorého do ústavu.

Faktory, ktoré ovplyvňujú obraz duševných porúch:

Faktor prostredia - prostredie celkovo vplýva na ľudí, o to viac, keď sú chorí. Seniori trpiaci demenciou sú obzvlášť citliví na zmenu prostredia, každé hospitalizovanie

a presťahovanie vedie k zhoršeniu príznakov choroby. Môžeme to nazvať aj ako **adaptačný syndróm**. U pacienta pozorujeme poruchy vnímania a myslenia, zhoršenie nálad a v neposlednom rade zmätenosť a neklud. Tieto poruchy správania trvajú dlhšie, niekedy aj 3 mesiace po premiestnení do inštitúcie.

Faktor opatrovateľa - komunikácia, ktorá je len z nutnosti, vedie k napätiu medzi opatrovatelkou a seniorom. Ich vzťah sa po rozvinutí choroby zhorší.

Sociálna starostlivosť o seniorov a jej problémy

Na Slovensku má sociálna starostlivosť stále rezervy. Je potrebné vytvoriť prepracovanú sieť služieb, ktoré pomôžu rodinám zosúladiť ich pracovné povinnosti so starostlivosťou o svojich seniorov v záujme zotrvania v domácom prostredí. Sociálni pracovníci posudzujú, či klient má vôbec nárok na určitú formu pomoci. Zaznamenaný je i neústretný postoj sociálnych pracovníkov (Krajčík, 2006).

Súčasnú formu sociálnej starostlivosti pre seniorov predstavujú sociálne dávky, peňažné príspevky na kompenzáciu a sociálne služby. Od 1. januára 2009 platí u nás zákon č. 448/2008 Z. z. „**O sociálnych službách**“, ktorý vystriedal dovtedy platný zákon č. 195/1998 Z. z. „O sociálnej pomoci“

Zákon „O sociálnych službách“ vymedzuje podľa druhu základné sociálne služby, z ktorých pre seniorov prichádzajú do úvahy najmä: podporné služby (napr. odľahčovacia služba, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, dennom centre), sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku (napr. požičiavanie pomôcok, opatrovateľská, prepravná, sprievodcovská a predčítateľská služba...)

Inštitucionálna starostlivosť môže byť v zásade krátkodobá (akútna) a dlhodobá (chronická). Poskytuje sa osobám, ktoré zo zdravotných, sociálnych alebo iných príčin nie sú schopné žiť s rodinou alebo samy vo svojej domácnosti.

Jej negatívami sú najmä nedostatok miest v sociálnych zariadeniach, dlhé čakacie doby, nízky počet opatrovateliek, chýbajúce štandardy, súkromie a kapacity pre dementných obyvateľov, vyššia finančná spoluúčasť v súkromných zariadeniach.

Výraznú negatívnu úlohu zohráva **inštitucionalizácia**. Jedinec podlieha anonymite, uniformite, stráca svoju identitu, stáva sa súčasťou inštitúcie. Seniori majú pocit vlastného zlyhania, krivdy, sťažujú sa na stratu kontaktov a príbuzenských vzťahov,

stratu súkromia, nevhodné správanie personálu, na zmenu sebahodnotenia. Častým problémom je relokačný syndróm (blúdivosť, nepokoj, hľadanie niekoho známeho), ale aj geriatrický maladaptívny syndróm (neschopnosť prispôbiť sa, odmietanie spolupráce).

Opatrenia na zjemnenie negatívneho dopadu pobytu seniorov v inštitúcii by mali zahŕňať aj možnosť neobmedzeného prístupu rodiny a známych s možnosťou prenocovať. Tiež pomáhajú aktivity ako návšteva kultúrnych podujatí, obchodov a späťosť s okolitým svetom. (Krajčík, 2006)

Problémy v starostlivosti o seniorov

Poruchy správania, ktoré sú spôsobené ochoreniami, robia každodennú starostlivosť o seniorov nesmierne náročnou. Medzi najťažšie v starostlivosti o seniorov patrí: narušený spánkový režim chorého a s tým súvisiaci nočný nepokoj, nespokupracovanie pri každodenných činnostiach, blúdenie po dome, bezcieľne prechádzanie sa (je odrazom dezorientácie a prejavom psychomotorického neklúdu, toto napätie sa uvoľňuje pohybom), agresivita zo strany seniorov voči opatrovatelkám, ale aj iným seniorom (od nadávok až po fyzické útoky), neustále opakovanie otázok a dožadovanie sa odpovedí (poruchy aktuálnej pamäte). Veľká fyzická záťaž je opatrovatelkami uvádzaná až na druhom mieste (Venglářová, 2007).

Dostatok medziľudských kontaktov a komunikácia sú dôležitými vplyvmi na **pocit istoty a bezpečia** seniora. Ak seniori nemajú dostatok ľudí, na ktorých sa môžu pri problémoch obrátiť, môže sa stať, že ich budú vyhľadávať nevhodným spôsobom.

Poruchy kognitívnych funkcií majú za následok strácanie nadobudnutých schopností. Seniorov treba podporovať a viesť k nácvikom na **podporu samostatnosti**. Zároveň je to spôsob ako stráviť voľný čas - záujmové činnosti – ručné práce, hudba, terapie v skupinách na zlepšenie stavu pamäte, cvičenia, fyzioterapia. Tieto aktivity majú blahodárny vplyv na seniora, získava lepšiu kontrolu nad svojou pamäťou a telom, čo má pozitívny účinok na jeho náladu. Pri skupinových aktivitách vidí senior podobné problémy aj u iných. Celkovo pociťuje väčšiu dôveru k opatrovatelkám.

Súčasťou práce so seniormi je vhodná miera **aktivizácie**, zmysluplnými aktivitami ich nenásilnou formou stimulujeme a udržiavame ich kognitívne funkcie.

Tipy na vhodný aktivizačný program: podpora seniora v cvičení pamäti, napríklad spýtame sa na film, ktorý sledoval, či na správy v novinách (rozhlase), naplánujeme so seniorom jeho celodenné úlohy, večer si s ním prejdeme, ako sa mu ich podarilo splniť a oceníme jeho snahu. Do tréningu sa snažíme zapojiť všetky denné činnosti.

Zabezpečenie bezpečného prostredia - keďže vedíme seniorov k samostatnosti a činorodosti, z toho dôvodu im musíme zabezpečiť na výkon týchto činností bezpečné prostredie. Rizikové sú najmä: manipulácia s ostrými predmetmi, kuchynským náradím, plynovými a elektrickými spotrebičmi, blúdenie, túlanie, dezorientácia, treba zabezpečiť východy a schodiská, výrazne ich označiť.

Senior môže ťažko prijať tieto opatrenia a môže to viesť až k výbuchom hnevu. Celkovo to na starého človeka pôsobí negatívne, keď ho obmedzíme v používaní vecí, ktoré bral v bežnom živote ako samozrejmosť. Seniori sa tak či tak snažia tieto opatrenia obísť a ísť si za svojím (Venglářová, 2007, s.40).

Geriatrické syndrómy

Týmto názvom sa označujú najčastejšie disability a poruchy v starobe. Majú viacero príčin, ktorých riešenie nie je jednoduché a je navyše aj finančne náročné. Starí ľudia bývajú preto umiestňovaní do ústavov. Pre geriatrické syndrómy je typické, že sa navzájom na seba nabaľujú a sú prítomné viaceré u jedného človeka.

Imobilita (*poruchy pohyblivosti*) - v prípade starých ľudí ide o častý jav spôsobený mnohými chorobami, napr. mozgovou príhodou, Parkinsonovým syndrómom, chorobami kĺbov, kostí a pod.

Na nepohyblivosť sa viaže vznik preležanín, nielen u ležiacich pacientov, ale aj u dlhodobo sediacich. Dôležitá je prevencia, teda častá zmena polohy – každú hodinu. Vhodné a praktické pomôcky ako špeciálne matrace, podložky a polohovateľné postele sú veľkou úľavou pre dlhodobo ležiacich, najmä kvôli zníženiu tlaku.

Imobilní pacienti ľahko podľahnú zápalu pľúc, žilovej trombóze dolných končatín, je potrebná rehabilitačná starostlivosť.

Instabilita (*poruchy rovnováhy a pády*) a **úrazy seniorov** - koordinácia pohybov je v starobe zhoršená. Príčinou pádov sú jednak choroby (vnútorné príčiny – potrebné lekárske vyšetrenie) a na druhej strane sú to vplyvy prostredia (vonkajšie

príčiny) – ako napríklad nerovný či šmykľavý povrch, slabé osvetlenie priestoru, kde sa človek pohybuje, nízke predmety (stolíky, el. šnúry), o ktoré môže zakopnúť, poškodená pomôcka na chodenie, obliekanie spodnej časti tela v stoji, nepozornosť starého človeka, a pod. Pády bývajú často pri záklone hlavy v dôsledku zníženia prietoku krvi do mozgu. Tiež pri vstávaní z postele, z WC, pri vystupovaní z vane... Kosti starých ľudí sú krehké. Niekedy i malý náraz spôsobí zlomeninu, často o tom starý človek ani nevie. Nebezpečné sú zlomeniny hornej stehennej kosti a bedrových kĺbov. V prípade takejto akútnej príhody je nutný okamžitý nástup zdravotníckej a sociálnej starostlivosti, tiež je potrebná úprava obydli a samozrejme každodenná pomoc.

Inkontinencia (neudržanie) moču a stolice - dôležité je dodržanie hygieny. Inak dochádza k poškodzovaniu kože a nepríjemnému zápachu, čo vytláča týchto ľudí na okraj záujmu v kolektíve. Niekedy stačí vhodný režim, úprava odevov (zjednodušiť obliekanie, vyzliekanie), zlepšenie dostupnosti toalety, alebo použitie prenosného WC. Pomôže aj vodenie na WC, najlepšie v pravidelných intervaloch. Väčšina inkontinentných seniorov však potrebuje asistenciu opatrovateliek.

Infekčné choroby a poruchy imunity - oslabená imunita, spôsobuje ľahší prienik infekcie do organizmu. Rizikovými sú: ochabnutie svalstva vonkajšieho ústia močovej rúry u žien a zväčšenie prostaty u mužov, zmenšenie schopnosti vykašľať hlieny, oslabená činnosť riasinkového epitelu v pľúcach.

Kvôli absentujúcej horúčke (ako príznaku choroby) sa aj niektoré infekčné choroby rozpoznávajú až neskôr. Prognóza infekčnej choroby je vekom horšia.

Preveniou (očkovaním proti chrípke a zápalu pľúc, hygienou, kvalitnou stravou) a dodržiavaním **hygienických zásad** zvýšime šance seniorov na vyhnutie sa infekciám.

Izolácia - existuje geografická a sociálna izolácia. Sociálna izolácia môže vyplynúť z nedostatku príbuzenstva, rovesníkov, z nezájmu okolia, poruchy sluchu. Nedostatok sociálnych kontaktov zapríčiní celkový úpadok osobnosti, starý človek menej o seba dbá (hygiena, zovňajšok, zdravie), horšie sa stravuje, stráca motiváciu starať sa o seba. Badať negatívny dopad na pamäť a vyjadrovacie schopnosti.

Izolácia má ťažší dopad, ak senior zostal sám náhle. Tí, čo žijú sami dlhodobo, sa už postupne adaptovali na tento stav. Mnohí využívajú ponuky klubov dôchodcov, kde sa organizujú rôzne spoločenské akcie.

Insomnia - poruchy spánku sú bežným sprievodným znakom staroby. Mnoho starších ľudí si počas dňa pospí, idú skôr spať a potom sa aj skoro prebudia. Príčinou zlého spánku býva aj nutkanie na močenie (najmä pri chorobách srdca, obličiek, prijímaní príveľa tekutín), tiež bolesti rôzneho charakteru.

U dementných ľudí nastane občas obrátenie denného rytmu – v noci sú bdeli a aktívni, cez deň pospávajú – syndróm zapadajúceho slnka.

Denné pospávanie by nemalo trvať dlhšie ako 45 minút. Aktivitami a zaujímavým programom by sa malo predchádzať nuda a prídlhému driemaniu.

Poruchy výživy - u seniorov úzko súvisia s neúplným chrupom, zle padnúcou zubnou náhradou, tým pádom nedokonalým mechanickým spracovaním potravy, poruchami prehĺtania. Vplyv na prijímanie potravy má aj izolácia, slabá motivácia u depresívnych ľudí, prítomnosť demencie.

Až 50% starých ľudí trpí obezitou, ktorej výskyt s postupom veku klesá a nad 75 rokov prevažuje **malnutrícia** - podvýživa. Jej prejavom je najčastejšie chudnutie. Podvýživa má závažné následky, znižuje schopnosť organizmu odolávať infekciám a zhoršuje ich priebeh; oslabuje celkový organizmus, pribúda riziko pádov, zvyšuje sa riziko smrti. Chuť do jedla ovplyvňujú starobné zmeny. Sú vhodné menšie a častejšie porcie jedla, kvôli tomu, že starý človek sa rýchlejšie zasýti.

Ak je chudnutie výrazné, t.j. 2,5% za posledný mesiac, 10% za pol roka, je potrebné lekárske vyšetrenie na zistenie príčiny (Krajčík., 2006).

Na prvotné zhodnotenie stavu výživy sa používa test MNA (Multinutritional Assessment). V priebehu 10-15 minút sa dá jednoduchými otázkami zhodnotiť stav výživy pacienta. Skladá sa zo skríningovej a posudzovacej časti.

Starí ľudia zvyknú trpieť na nedostatok vitamínov, je zaznamenaných až 40% prípadov nedostatku vitamínu C. Častý je aj nedostatok vitamínu D – u osôb nechodiacich na slnko, tiež nedostatok folátov v krvi – nízky príjem listovej zeleniny, z toho vznikajúca málokrvnosť a poruchy nervového systému. Diabetici sa musia vyvarovať výkyvov hladiny cukru v krvi, nesmú jesť sladkostí a sladké ovocie. Ľudia s nesolenou diétou nesmú jesť jedlá s vysokým obsahom solí, napr. tvrdé syry, údeniny, konzervované jedlá... (Ruhland, 2009)

Impakcia - zápchu spôsobuje nedostatok vlákniny v strave, nedodržovanie pitného režimu, nedostatok pohybu, potraviny ako čokoláda, kakao, zrelé syry, lieky proti kŕčom, žalúdočnej kyseline, morfium...

Je sprevádzaná nepríjemnými pocitmi (nafúknutie, bolesti konečníka, nechutenstvo). Zvýšením príjmu potravín s obsahom vlákniny (celozrnné pečivo, ovocie, zelenina) a pitným režimom sa upravuje chodenie na toaletu, na ktoré je ale potrebné dbať.

Poruchy zmyslových orgánov - sú to najmä poruchy sluchu a zraku následkom degeneratívnych ochorení.

Sluch. Vo vnútornom uchu degenerujú nervové zakončenia, človek horšie počuje, najmä ak sa pridá bočný šum z televízie, rozhlasu. Seniori ťažšie vnímajú vysoké tóny, spoluhlásky – niekedy pri povrchovej posudzovaní budia dojem dementných, obzvlášť keď si domýšľajú slová, ktoré nepočujú.

Pre udržiavanie rovnováhy je stav vnútorného ucha dôležitý, preto sa u ľudí s týmito poruchami častejšie vyskytujú pády.

Zrak. Cukrovka, zelený zákal a degenerácia žltej škvrny sú najčastejšími príčinami stareckej slepoty. Starí ľudia sa ťažko na tento stav adaptujú. Sivý zákal šošovky je ochorenie, ktoré sa dá operovať, ak sa včas diagnostikuje.

Insolvencia - chudoba je stresujúcim faktorom v starobe. Nedostatok prostriedkov na kvalitné potraviny (ovocie, zelenina, mäso, mliečne výrobky a doplnky stravy), údržbu a chod domácnosti, má negatívny dopad na kvalitu života vo všetkých jeho aspektoch. Starí ľudia sa často cítia ako druhotriedni, nemôžu si dopriať to, čo iní (cestovanie, kultúru...). Veľa z ich finančných prostriedkov ide na lieky, dopláca sa na špeciálne vyšetrenia a sociálnu starostlivosť.

Formy nevhodného správania

1, Slovné neagresívne správanie - ide o prejavy vo verbálnej komunikácii, pretože sa jedná o stále sa opakujúce situácie (opakovanie rovnakých historiek, stále tie isté otázky, zdĺhavé opisy nedorozumenie, nepochopenie). Opatrovateľkami aj príbuznými uvádzané ako nesmierna záťaž.

2, Fyzicky neagresívne správanie - nevhodné dotyky voči opatrovateľke či iným seniorom, neutíchajúca chôdza, prekladanie a manipulácia s predmetmi,

vyzliekanie a blúdenie. Všetko toto odráža psychomotorický nekľud, má to priamy súvis s neschopnosťou prijať a udržať informácie.

Prehľad prejavov fyzického neagresívneho správania:

Prejavy	Možné ciele a dôvody správania
blúdenie po dome a túlanie	snaha správať sa ako predtým, snaha vyhľadať niečo zaujímavé, nájsť cestu domov, nadbytok energie
nevhodné dotýkanie	túžba po fyzickom kontakte, nerozpoznanie toho koho sa dotýkam, pokusy o neverbálnu komunikáciu
závislé správanie	potreba ubezpečenia, pomoci, kontaktu neschopnosť verbálne vyjadriť strach, bolesť
nočný nepokoj	časová dezorientácia, málo fyzickej námahy cez deň, skorá večierka v inštitúcii

Zdroj: Venglářová, 2007, s. 42

3, Slovné a fyzicky agresívne správanie - krik, nadávky, vulgarizmy, vyhrážanie sa fyzickým útokom, podaním sťažnosti.

Príčiny: a, agresivita ako **spôsob dosiahnutia cieľa**,

b, agresivita ako **emočná reakcia** – seniori sa ťažšie vyrovnávajú so svojimi emóciami a sú citlivejší. Hnev môže byť iba odzrkadlenie bolesti zo straty a smútku nad svojím ťažkým osudom.

c, agresivita pri **chybnom chápaní reality** - vinou kognitívnych porúch môže byť nesprávne pochopenie situácie, v ktorej sa senior nachádza. Senior nerozumie, prečo musí zostať niekde, kde nechce byť, môže sa brániť napr. vyzliekaniu.

d, agresivita ako **povahová črta** - ako človek starne, vychádzajú na povrch niektoré črty osobnosti, ktoré sa mu v aktívnom veku podarilo lepšie zvládať. Pokiaľ sa začne na seniora tlačiť, môže nastať u neho výbuch emócií.

e, agresivita ako **odpoveď** - na seniora majú vplyv aj osoby, ktoré sa o neho starajú, to ako k nemu pristupujú môže u seniora vyvolať agresiu z bližšie neurčených dôvodov, ide napríklad o nervozitu pri starostlivosti, uponáhľanie, spôsob komunikácie a neprimerané nároky (Venglářová, 2007, s. 44).

Blúdenie a nepokoj - pri senioroch so stredne ťažkou až ťažkou demenciou sa asi v tretine prípadov vyskytuje blúdenie a nepokoj. Nočné blúdenie, nepokoj a nespavosť sú závažné poruchy správania, ktoré nadmerne vyčerpávajú okolie postihnutého. Príčiny pre blúdenie dementného človeka sú rôzne, napr. osamelosť, bolesť, hlad, smäd, zápcha, dezorientácia a neistota pacienta v neznámom prostredí. Nočné blúdenie vyplýva z neschopnosti rozoznať deň a noc, strata pamäti, nevie, kde je, prebytok energie, snaha upútať pozornosť, strach z odlúčenia, hľadá známe tváre, hľadanie vecí, ľudí, napríklad aj z minulosti, nuda, vplyvom liekov (neuroleptiká) na zvládnutie tohto stavu sa senior stáva nepokojnejším (Krajčík, 2006).

Zistenie príčin blúdenia je prvoradé. Znehybnenie, pripútanie k posteli je neetické a navyše sa tým narúša vzťah seniora a opatrovateľky.

Vhodné opatrenia:

- Upravíme prostredie seniora – nočné tlmené svetlá, spáľňa, chodba ku WC, kúpeľni, odstránenie kolíznych predmetov, umiestnime smerovky uľahčujúce orientáciu.
- Vhodné aktivity počas dňa, aby senior minul viac energie.
- Zvolíme také denné aktivity mimo domova, aby ho zaujali a odvrátili jeho pozornosť od blúdenia. Zapájame ho do rodinných stretnutí a oddychových podujatí, vhodné sú tiež pravidelné prechádzky.
- Ak treba kvôli bezpečnosti niektoré priestory uzamknúť, opatriť poplašným zariadením, robíme tak nenápadne, aby sme nevyvolali pocit väzenia.
- Senior by mal mať pre prípad zablúdenia pri sebe kartičku s menom, adresou a tel. číslami na rodinu či zariadenie, najlepšie prišitú na vrecku vrchného odevu.

Snažíme sa skôr zmierniť následky blúdenia ako zabrániť im. Zachovávame pokoj a pokúsime sa odvrátiť pozornosť od blúdenia. Je vhodnejšie seniora sprevádzať ako ho prehovárať a použiť silu na zabránenie blúdenia.

Rušivé správanie - prejavuje sa:

- nezmyselným krikom, vrieskaním (prejav kognitívneho a funkčného deficitu),
- dlhotrvajúcim šomraním, mrmlaním, sťažovaním sa, časté sú hádky, opakované pútanie pozornosti (prejav strachu, osamelosti – obyčajne pri včasnej demencii),
- nárekmi a stonaním (prejav bolesti).

Všetky prejavy sú rušivé a obťažujú okolie. Vyskytujú sa u 1/3 obyvateľov ústavov. V domácnosti sú ťažšie zvládnuteľné a menej tolerované. Najčastejšie sa chorí takto prejavujú pred jedlom, v noci (pocit neistoty), pri toalete, hygiene.

- Hlučné správanie môže byť prejavom bolesti, preto sa snažíme vylúčiť stavy, ktoré spôsobujú bolesť.
- Pokiaľ je to možné, nevšímame si hlučné správanie, vyvíjame úsilie o zvýšenie seniorovho záujmu správať sa ticho. Izolácie býva úspešná len zriedkakedy.
- Prístup k seniorovi volíme tichý, používame jemné dotyky, venujeme mu pozornosť. Orientujeme sa predovšetkým na osobu seniora a nie len na potrebné činnosti spojené s jeho napr. hygienou, jedením.
- Pocit istoty starého chorého človeka pomáhajú upevniť aj známe predmety.
- Okuliare či načúvací prístroj zlepšia kontakt s okolím, vhodné je spestrenie prostredia jemnou hudbou, prítomnosťou príbuzných, spolubývajúcich.
- Hlasná hudba, nahlas pustený televízor či rádio nie sú vhodnými spoločníkmi dementných ľudí. Vyvoláva to v nich pocit správať sa hlučne.

Agresívne správanie starých ľudí - vyskytuje sa asi v 20% prípadov demencie, v ústavoch dokonca až 50% obyvateľov.

Agresívne správanie má viacero stupňov, ktorým dementní seniori ohrozujú svoje okolie. Podráždenie, vzrušenosť, verbálne útoky, najagresívnejšie pôsobí fyzické násilie. Verbálna agresia sa vyskytuje asi 2x častejšie.

U mužov sa agresivita vyskytuje častejšie, tiež u alkoholikov a seniorov s bludmi. Agresivita má rôzne príčiny a vyskytuje sa aj u seniorov, ktorí netrpia demenciou. Častou príčinou je ignorancia potrieb starých ľudí, či už domnelo subjektívna alebo skutočná a tiež snaha dovolať sa pomoci. Tiež nevyliciteľne chorí alebo ťažko chorí majú prejavy agresie.

Predpokladáme tieto **príčiny agresivity**:

- pocit nebezpečenstva, strachu, privolať pomoc, alebo len pozornosť,
- nezvládnutie problému, pacient nie je schopný sám zhodnotiť situáciu,
- konflikt s opatrovateľom, ktorý má zamedziť blúdeniu či stavu dezorientácie.
 - Rešpektujeme seniora, jeho osobný priestor, pokojne a jasne vždy vysvetlíme, čo sa bude diať.

- Snažíme sa byť pokojní, pracujeme v klude, neponáhľame sa.
- Na agresívne správanie reagujeme pokojne, nenecháme sa vyprovokovať.
- Seniora povzbudzujeme, snažíme sa o zachovanie jeho sebestačnosti.
- Pri pomoci sa nesnažíme byť dominantní.
- Zachovávame takt.
- Vyhýbame sa kritike, nesmejeme sa seniorovým chybám, omylom.
- Senior nesmie byť obmedzovaný v pohybe, nesmie byť trestaný.
- Zachováme trpezlivosť, dementný senior sa nevie poučiť zo skúseností.

Poruchy správania dementných seniorov a praktické problémy v starostlivosti o nich - pre okolie sú veľmi zaťažujúce, viac ako strata kognitívnych funkcií. Patrí sem blúdenie, agresivita, hlučné prejavy, obnažovanie a pod.

Starí a chorí ľudia trpiaci demenciou, nevedia dať najavo svoje problémy. Poruchou reči a intelektu ochudobnení o tieto schopnosti, často trpia banálnymi problémami (neskrátené nechty na nohách), ktoré majú negatívne následky (bolestivá až nemožná chôdza). Tiež zranenia sa nemusia prejaviť hneď a keď sú rozpoznateľné, môžu prerásť do fatálnych dôsledkov (zápal pľúc). Nedodržiavaním osobnej hygieny môžu prepuknúť kožné problémy, infekcie, je zistená prítomnosť parazitov. Konzumáciou starých či pokazených potravín, liekov dochádza k poruchám trávenia, hnačkám (potrebný dohľad pri užívaní liekov) (Konig, Zemlin, 2011).

Kompetencie dementných seniorov - i keď je senior zbavený svojprávnosti (čo určí súd), má možnosť rozhodovať o bežných veciach.

Praktické problémy starostlivosti o dementných:

Stravovanie dementných seniorov - problémom dementných seniorov a obzvlášť seniorov trpiacich Alzheimerovou demenciou býva podvýživa. Jej výskyt je častý, v ústavoch je to až 50%. Seniori sú chudí a ročne stratia na váhe priemerne 5kg.

Príčiny podvýživy:

- nepostačujúce kognitívne funkcie narúšajúce nakupovanie a prípravu jedla,
- nevhodné zloženie potravy, málo potravy,
- ochabnuté svalstvo a slabá motorika horných končatín, ťažko sa vedia sami najesť,
- neúplný chrup, neschopnosť spracovať potravu, poruchy prehĺtania,

- nepokoj oberá seniora o energiu.

V počiatoch demencie postačuje taká forma pomoci, kedy seniorovi zabezpečíme nakúpenie potravín, navarenie a neskôr tiež dohľad pri jedení. Seniori majú ťažkosti s rozpoznávaním vôní, jedia neobvyklé kombinácie potravín, maškrtia, nedodržiavajú pitný režim. Niekedy jedlo vynechajú, inokedy jedia dvakrát.

Dozor je potrebný v neskorších štádiách, aby jedlo prehltli a neškrečkovali v ústach (hrozí vdýchnutie). Nedokážu použiť príbor, preto je nutné ich kŕmiť. Niektorí majú problém rozpoznať jedlo a nechcú otvoriť ústa. Iní naopak zjedia všeličo, aj rôzne predmety. Seniori s poruchou reči a navyiac ležiaci sú vyživovaní sondou (Krajčík, 2006).

Príjem potravy by mal byť súčasťou rutiny a seniorovi lepšie chutí v kolektíve ako samému. Podávame jedlá, ktoré sú farbou i konzistenciou lákavé, stimulujeme tým apetít. Potrava by mala byť prijímaná posediačky, kvôli zhoršenému prehltaniu.

Netrváme striktne na zásadách slušného stravovania. Seniorovi necháme dlhší čas na jedenie a mali by sa podávať jedlá, ktoré pozná. Prax ukázala, že je výhodnejšie podávať jeden chod, ale niekedy je vhodné podávanie viacerých studených menších jedál.

Zloženie potravy u starých dementných ľudí si nevyžaduje iné zloženie ako u mladších seniorov, dôležitý je príjem tekutín, vlákniny a vhodné kombinácie jedál.

V prípade domácej starostlivosti je hlavným cieľom zabezpečiť nakupovanie potravín, alebo stravovanie v jedálňach, prípadne dovoz hotového jedla domov.

Prijímanie potravy dementných seniorov si vyžaduje komplexný prístup.

Tematická oblasť – rola opatrovateľa

Syndróm vyhorenia

Rodinní príslušníci seniorov alebo opatrovatelia sú pri práci so seniormi vystavovaní rôznym ťažkým situáciám, vtedy môže prísť k nahromadeniu faktorov, ktoré spôsobia stres, niekedy až syndróm vyhorenia.

Syndróm vyhorenia je stav psychického, fyzického a emocionálneho vyčerpania. Nastáva, keď sa človek dlhodobo pohybuje v ťažkom emocionálnom prostredí. Postihuje zdravých ľudí v súvislosti s pracovnou vyťaženosťou.

Procesy vyhorenia (podľa Alfréda Laenglea, logoterapeuta):

1. fáza: Nadšenie, zmysluplnosť, jasný cieľ práce.,
2. fáza: Zmysel sa stráca, človek pracuje „za nič“, pocit prehry, strata energie.,
3. fáza: Život v popole:
 - a) strata úcty k druhým, bezohľadné správanie irónia, cynizmus, sarkazmus,
 - b) strata úcty k vlastnému životu a telu, nežije, skôr prežíva (Venglářová, 2007, s. 80)

Zažívate v práci vyhorenie? Bežne v práci vykonávané činnosti, ktoré ste považovali za zábavné, no teraz sa vám zdajú byť ako drina? V spoločnosti ste viac cynický a máte ťažké srdce na svoju prácu a vedúcich? Pociťujete obavy pri odchode do práce? Je váš osobný život ovplyvnený vzťahmi v práci? Trápia Vás vaši spolupracovníci? Pociťujete v práci únavu? Závidíte tým, ktorí sú v práci spokojní? Považujete svoje zamestnanie za nezaujímavé? Necítite sa dobre v nedeľu popoludní, keď si predstavíte, že prichádza pondelok a s ním celý týždeň?

Vyhodnotenie: Ak ste odpovedali viac ako 5x ÁNO, je predpoklad, že trpíte burn-out syndrómom.

Body za odpovede: 1 - skoro vždy; 2 – často; 3 - občas; 4 - zriedka; 5 - nikdy;

1. Jem jedno teplé jedlo denne.,
2. Spím 7-8 hodín aspoň 4 noci v týždni.,
3. Dávam a prijímam sympatie pravidelne.,
4. Mám jedného príbuzného do 100km, na ktorého sa môžem spoľahnúť.,
5. Cvičím až do spotenia jednekrát týždenne.,
6. Fajčím menej než 10 cigariet denne.,
7. Pijem menej ako 5 alkoholických nápojov týždenne (2dcl vína).,
8. Môj príjem stačí mojím základným potrebám.,
9. Získavam silu z náboženskej viery.,
10. Pravidelne navštevujem záujmový krúžok (alebo známych).,
11. Mám sieť známych a priateľov.,
12. Mám jedného priateľa, ktorému môžem veriť.,
13. Mám primeranú telesnú hmotnosť.,
14. Cítim sa zdravý, vrátane zraku a zubov.,
15. Som schopný otvorene hovoriť o svojich pocitoch.
16. Pravidelne hovorím s ľuďmi, s ktorými žijem, o rozdelení domácich prác a financií.,
17. Robím niečo pre svoju zábavu aspoň jedenkrát týždenne.,
18. Som schopný si účelne rozdeliť čas.,
19. Pijem menej ako 3 šálky kávy denne.,
20. Mám pre seba chvíľku času každý deň.

Výsledok: nad 30 = je možná vyššia zraniteľnosť stresom; 50 = vysoké ohrozenie stresom.

Základné predpoklady na vznik syndrómu vyhorenia:

1/ Prítomnosť stresových faktorov – napr. obavy o osud seniora, strach z možných konfliktov

2/ Frustrácia – z nedocenenia práce, iba prechodné zlepšenia zdravotného stavu

3/ Negatívne vzťahy - existencia nedorozumení a konfliktov, nedostatok dôvery

4/ Vplyv prostredia, pracovných podmienok, organizácia práce - zlá komunikácia, nadmerná zodpovednosť, nezmyselnosť požiadaviek

Čo môžeme pre seba urobiť?

1, Starostlivosť o seba a zdravý životný štýl

2, Sociálne opory

3, Profesionálny rast, prípadne zmena profesie

Test na mieru zraniteľnosti vplyvom stresu – test

Body za odpovede: 1 - skoro vždy; 2 – často; 3 - občas; 4 - zriedka; 5 - nikdy;

1. Jem jedno teplé jedlo denne., 2. Spím 7-8 hodín aspoň 4 noci v týždni., 3. Dávam a prijímam sympatie pravidelne., 4. Mám jedného príbuzného do 100km, na ktorého sa môžem spoľahnúť., 5. Cvičím až do spotenia jednekrát týždenne., 6. Fajčím menej než 10 cigariet denne., 7. Pijem menej ako 5 alkoholických nápojov týždenne (2dcl vína), 8. Môj príjem stačí mojím základným potrebám., 9. Získavam silu z náboženskej viery., 10. Pravidelne navštevujem záujmový krúžok (alebo známych), 11. Mám sieť známych a priateľov., 12. Mám jedného priateľa, ktorému môžem veriť., 13. Mám primeranú telesnú hmotnosť., 14. Cítim sa zdravý, vrátane zraku a zubov., 15. Som schopný otvorene hovoriť o svojich pocitoch. 16. Pravidelne hovorím s ľuďmi, s ktorými žijem, o rozdelení domácich prác a financií., 17. Robím niečo pre svoju zábavu aspoň jedenkrát týždenne., 18. Som schopný si účelne rozdeliť čas., 19. Pijem menej ako 3 šálky kávy denne., 20. Mám pre seba chvíľku času každý deň.

Výsledok: nad 30 = je možná vyššia zraniteľnosť stresom; 50 = vysoké ohrozenie stresom (Venglářová, 2007).

Komunikácia s geriatrickým pacientom

Je nevyhnutné komunikovať s geriatrickým pacientom, byť spravodlivý, láskavý a zodpovedný, sú to tri hlavné hodnoty v jednaní s pacientom (Kutnohorská, 2007).

Senior by mal byť informovaný počas celého procesu, na invazívny zákrok je potrebný jeho súhlas. Komunikácia je základným prostriedkom uplatňovania etického princípu autonómie. Senior má možnosť prejaviť slobodnú vôľu, participuje na rozhodovacích procesoch a preberá časť zodpovednosti za svoj zdravotný stav. Odstránením anonymity sa priblížime k seniorovi, čo výrazne napomôže v jeho spolupráci pri nevyhnutných úkonoch, utvára a upevňuje sa dôvera k opatrovatelkám. Komunikácia má pozitívny vplyv na znižovanie psychickej záťaže, pocitu ostychu, neistoty, strachu, úzkosti.

Problémoví seniori - opatrovatelky udávajú ako najobtiažnejších na spoluprácu a komunikáciu agresívnych seniorov, seniorov závislých od alkoholu, nechotných spolupracovať, dementných seniorov, chronických sťažovateľov a seniorov neustále kladúcich otázky. Odporúčania pre komunikáciu so seniorom agresívnym, depresívnym, úzkostlivým, manipulatívnym a seniorom s pedantskými sklonmi.

Pri agresívnom seniorovi:

- zachováme pokoj, nezvyšujeme hlas a nekričíme,
- na agresiu nereagujeme agresiou, nenecháme sa vyprovokovať,
- akceptujeme hnev,
- po zistení, čo seniorovi vadí, sústredíme sa na príčinu problému,
- neprerušujeme seniora, keď hovorí,
- vyjadríme nesúhlas so správaním agresívneho seniora, nie s jeho osobou,
- rešpektujeme jeho osobný priestor,
- neotáčame sa mu chrbtom, nechávame si otvorenú únikovú cestu, v prípade nutnosti voláme o pomoc,
- dbáme na to, ako stojíme, nemala by z nás vyžarovať agresia či arogancia,
- nerobíme prudké pohyby,
- neponižujeme ani inak verbálne nenapádame seniora,
- neberieme si osobne to, čo senior v afekte povedal,
- ak sme to my, kto pochybil, ospravedlníme sa.

Asertívne techniky:

- technika pokazenej platne – opakujeme svoj pokyn bez obširnejšieho vysvetľovania
- technika otvorených dverí – akceptácia seniorových výčitiek a kritiky
- technika sebaotvorenia – otvorene povedať o svojich pocitoch, ako sa nás dotýka to, čo senior v agresii hovorí

Pri depresívnom seniorovi:

- rozhovor by mal prebiehať v pokoji, bez stresu,
- podporujeme aktivitu a samostatnosť seniora,
- zabezpečíme možnosť sociálnych kontaktov,
- pravdivo a presne informujeme seniora,
- aplikácia rodičovského prístupu je nevhodná, senior je partnerom,
- je zbytočné hovoriť prázdne pesimistické frázy,
- v prípade seniorových náznakov na sebevraždu, vyhľadáme odbornú pomoc, informujeme lekára, nevyhýbame sa však rozhovoru.

Pri úzkostlivom seniorovi:

- vnímame prejavy úzkosti,
- prejavíme záujem a pochopenie,
- hovoríme pomaly a kľudne,
- podporíme aktivitu seniora,
- neudržiavame očný kontakt,
- nepoužívame ponížujúce vety a frázy ignorujúce úzkosť,
- neignorujeme úzkosť.

Pri seniorovi s pedantskými sklonmi:

- udržiavame zrakový kontakt,
- komunikujeme kľudne a vecne,
- odpovedáme ochotne, stručne,
- nenariaďujeme a nekážeme, sme taktí.

Pri manipulatívnom seniorovi:

- dôležité je stanoviť jasné pravidlá, hranice,
- každé manipulatívne snahy seniora treba jednoznačne verbálne zamietnuť,
- hovoríme prívetivo ale stručne,
- neprepadáme pocitom viny.

Poruchy komunikácie s dementnými osobami - súvisia s ťažkosťami dementných seniorov pri vytváraní svojich vlastných myšlienok, pri hľadaní slov potrebných na vyjadrenie myšlienky, ďalej pri posudzovaní myšlienok a nepochopením myšlienok druhých ľudí.

Odporúčania pre komunikáciu s dementnými seniormi.

- ak sú seniorovi indikované okuliare alebo načúvacie pomôcky, mal by ich používať,
- pri kladení otázok udržiavame očný kontakt, sedíme blízko seniora, aby dobre videl a počul, vhodný je dotyk ramena, dôležité oslovenie,
- treba eliminovať rušivé vplyvy ako televízor a rádio, rušná chodba,
- vety by mali byť jednoduché a krátke,
- hovoríme zreteľne,
- medzi vetami robíme krátke prestávky, uľahčíme tým pacientovi pochopiť podstatu,
- ak treba, vetu zopakujeme,
- kladieme dôraz na podstatné veci, slová,
- ak sa dá, názorne ukážeme na predmety, o ktorých hovoríme,
- vyhýbame sa ťažkým otázkam, kedy senior musí rozmýšľať o odpovedi,
- uprednostňujeme jednoduché otázky, kladieme také, na ktoré sa dá jednoznačne odpovedať.

Bežné ťažkosti v komunikácii s dementnými seniormi sú následne detailne rozobraté:

- Seniora neupozorňujeme na chyby, aj keď vieme, že sú nepravdivé. Upozorňovanie na chyby spôsobuje u seniora zlosť, napätie, pocity úzkosti. Radšej citlivo zmeníme tému, alebo iným spôsobom privedieme pacienta k overeniu jeho tvrdenia.

- V seniorovej myšli sa vytvárajú myšlienky, ale je narušená ich organizácia, častokrát sa pýta na tie isté veci. Je zbytočné pripomínať, že sa na to už pýtal, radšej odvedieme jeho pozornosť na inú tému.
- Senior používa tú časť mozgu, v ktorej sú uložené spomienky na minulosť. Prežíva známe scény z minulosti, ktoré sa snaží riešiť. Uniká tak pred prítomnosťou. Reagujeme vľúdne. Z návratov do minulosti vychádza reminiscencia – práca so spomienkami (počúvanie dobovej hudby, prezeranie fotografií).
- Ak senior zabudne čo hovoril a v reči sa zasekne, je vhodné mu to pripomenúť (Hovorili ste o ...).
- Pomenúva veci nesprávnymi menami – nevšímame si to.
- Ak si nevie spomenúť na nejaké konkrétne slovo, napovieme mu, aby sa predišlo napätiu.
- V prípade, že reč nemá zmysel, snažíme sa význam pochopiť z mimiky a držania tela, intonácie a posunkov.
- Pre dementných senioroch sú vhodné jednoduché televízne programy, filmy o prírode, komédie, hudba. Majú problémy zachytiť zložitejší dej.
- Senior má ťažkosti s komunikáciou, udržiavaním rozhovoru, nové myšlienky sa nedostavujú. Je dobré, ak rozhovor vedie terapeut či blízka osoba. Používame albumy starých fotiek.

Častokrát sa vyskytuje krik a hnev bez príčiny, lebo senior nechápe niektoré veci. Tieto prejavy nekomentujeme, zostávame pokojní, neberieme ich osobne, i keď sú nepríjemné a obviňujúce. So seniorom sa nehádame.

Komunikácia so seniormi s pokročilou demenciou - ak sa s dementným seniorom komunikuje netrpezlivo a nevľúdne, obyčajne to v ňom vyvoláva zlosť alebo sa stiahne. Je dôležité hovoriť jasne, vľúdne a láskavo. To často pripomenie spomienky na milované osoby a odbúrava stres. Nie je ani tak dôležité, čo mu povieme, ale ako.

Dôležitý je očný kontakt i neverbálna komunikácia: pomocou postoja (kinetika), vzdialenosti (proxemika) a dotykov (haptika). Dotyky sú intímna záležitosť, preto postupujeme opatrne. Väčšina reaguje na dotyky priaznivo. Nesmieme seniora vystrašiť dotykom odzadu, pristupujeme z predu a dotkneme sa lakťa, ktorý je neutrálnou zónou. (Krajčík, 2006)

Potreby starých ľudí - potrebu rozumieme ako prejav nedostatku, či nadbytku smerujúci k obnoveniu homeostázy (rovnováhy, optima, pohody).

Faktory ovplyvňujúce uspokojovanie potrieb: okolnosti, za ktorých potreba vznikla, vek, kvalita medziľudských vzťahov a väzieb, osobnosť jedinca, choroba.

V priebehu života človeka sa rebríček hodnôt mení. Zákonite dospelý človek potrebuje iné ako napríklad dieťa. A takisto starý človek bude považovať za dôležité niečo iné ako dospelý človek v produktívnom veku.

Hierarchiu usporiadania ľudských potrieb podľa amerického psychológa - A. Maslowa vysvetľujeme tak, že nižšie potreby musia byť dostačujúco uspokojené skôr, ako sa začnú uplatňovať vyššie potreby. To znamená, že sa musia postačujúco uspokojiť potreby istého stupňa v hierarchii, inak nenastáva vzostupný krok.

Hierarchia usporiadania ľudských potrieb v priebehu života (A. Maslow)

1. Základné biologické a fyziologické potreby - vyjadrujú potreby organizmu slúžiace k prežitiu a objavujú sa pri porušení homeostázy organizmu, sú to napr. potreba vzduchu, príjmu potravy, vyprázdňovanie moču a stolice, príjmu tekutín, odpočinku, tepla, pohodlia, spánku, sexuálnu aktivitu, bytie bez bolesti a pod. Prioritné pre daných jedincov sú hlavne v dobe choroby a u seniorov. Pred vyššími potrebami majú zvyčajne prednosť.

2. Potreba istoty bezpečia - je to hlavne potreba vyhýbania sa nebezpečeniu a ohrozeniu. Prejavuje sa túžbou po stabilite, samostatnosti, ekonomickom zabezpečení, pokoji, spoľahlivosti a dôvere.

3. Potreba lásky a blízkeho sociálneho kontaktu, spolupatričnosti - tiež potreba afiláčna (afilácia - naviazanie osobného a tesného kontaktu vzťahu). Potreba byť milovaný, niekoho milovať, niekam patriť, byť sociálne integrovaný. Najhlavnejšia je v dobách samoty a osamotení.

4. Potreba uznania, ocenenia, sebaúcty - interpretuje potrebu sebahodnotenia a aj dôveru a rešpekt druhých, štatút vo vnútri sociálnej skupiny (napríklad postavenie v rodine), no ukazuje sa najviac pri strate rešpektu druhých, kompetencie alebo dôvere zo strany okolia.

5. Potreba sebarealizácie, tvorivosti - človek sa snaží o realizáciu svojich plánov, zámerov; potreby estetické a potreby zmysluplného trávenia voľného času.

6. Spirituálne potreby. (Venglářová, 2007, s. 39)

Diagnostika potrieb - prebieha zhodnotením subjektívnych a objektívnych prejavov potrieb. Subjektívne prejavy sú napríklad hlad, smäd, únava, pocit zbytočnosti a podobne. Objektívne príznaky musí opatrovať vypozerovať na pacientovi. Musí byť vnímavý pri sledovaní zmien starého človeka, ktoré nemusia byť na prvý pohľad zrejme. Napríklad suché či vysušené pery a jazyk, znížený kožný turgor (kožné napätie pri dehydratácií).

Eriksonova teória psychosociálneho vývoja

E. H. Eriksonova (1902 – 1994) teória psychosociálneho vývoja rozoberá zmenu sebaopímania človeka (jeho ego, totožnosť) v priebehu celého jeho života. Erikson každej jednotlivéj etape pripisuje jednu prioritnú potrebu, ktorú by mal človek uspokojiť. Podľa spôsobu naplnenia konkrétnej životnej potreby v konkrétnom vývojovom čase sa rozvíjajú pozitívne i negatívne základné postoje človeka vo vzťahu k sebe a svojmu okoliu v priebehu celého jeho života. Jednotlivé fázy je nutné postupne prežiť a spracovať, aby sme mohli vo svojom vývoji postúpiť ďalej. Nespracované vývojové fázy nám prinášajú kontroverzné postoje pri riešení každodenných situácií.

8 fáza je fázou zrelej dospelosti od 60 r. života. Človek rekapituluje svoj život, hľadá sebauspokojenie. Môže si položiť otázky : "Nežil som zbytočne? Čo som vlastne dokázal? Som schopný ďalej sa rozvíjať, alebo som zúfalý a neschopný prijať svoju starobu?" (Erikson 1999) . Staroba, ktorá ukončuje ľudský vývoj, je etapou, kedy by sme mali dôjsť k bilancovaniu doterajšieho života a prijať svoj život taký, aký bol. Všetko dobré i zlé, čo k nemu patrilo. Sám pre seba si povedať : Žil som ho, ako som najlepšie vedel a ako som mohol. Erikson hovorí o **dosiahnutí integrity** svojho ja - múdro sa vyrovnáť i so svojou nedokonalosťou. Dokázať chápať súvislosti minulosti a

prítomnosti. Prijímať starobu ako normálny proces a byť ochotný vybrať si čo ešte môžem a chcem. Obhájiť si svoj spôsob života, ktorý som si zvolil, a dokázať ho zhodnotiť, byť spokojný sám so sebou. To môže podľa Eriksona ten, ktorý vie, že je pokračovaním života svojich predkov, a myslí na život svojich potomkov. Verí vo vlastné možnosti a schopnosti byť pre spoločnosť niečím užitočný. Vyrovnanie sa s vlastným životom potom uľahčuje i prijatie smrti, ktorá život zakončuje. Opačný postoj - nezdravý - je zúfalstvo nad tým, že som svoj život mal žiť inak.

V deviatej fáze Erikson dospieva k záveru, že vo vyššom veku človeku chýba istota mladosti. Až úbytok vlastných poznávacích zmyslov ho doviedol k pochopeniu ich významu pri poznávaní sveta. Súčasne hovoril o obmedzených a limitovaných výhľadoch do budúcnosti. Obohacujúci je pohľad späť. Čo však prináša prítomnosť? Vek v 9. a 10. decenií má nové požiadavky. Úlohou je objasniť výzvy staroby, porozumieť záverečnej fáze života a vidieť ju očami deväťdesiatnika. Viera a primeraná pokora sú tou najmúdrejšou cestou. Stať sa múdrom, prijať ľudský osud.

Tématická oblasť – AD

Farmakoterapia

Starí ľudia patria medzi najväčších konzumentov liekov a ich spotreba narastá s vekom a počtom diagnóz. Farmakoterapia je významnou súčasťou liečby seniora. Zmierňuje symptómy, utiňuje bolesť, pomáha vyliečiť akútne ochorenie, ale zároveň je tu riziko nežiadúcich účinkov či skreslenie klinického obrazu chorôb.

Zo strany seniora sa stretávame s nedostatočnou spoluprácou pri podávaní liečiv, neinformovaním zdravotníckych pracovníkov o užívaní liekov, samomedikáciou, svojvoľnou úpravou dávkovania liekov, zámerným neužívaním a podobne. V domácom prostredí sa vyskytujú najmä tieto problémy s podávaním liekov: nedostatočná koordinácia starostlivosti, podcenenie vzhľadom k veku klienta, samovoľné užívanie alebo naopak neužívanie liekov, problémy s nesprávnym uskladnením liekov, nedostatočné používanie dávkovacích pomôcok, nedostatok odborného personálu. Treba dbať na presné a dôkladné záznamy o užívaní liekov a taktiež treba dôsledne

seniora počas užívania liekov sledovať. Neopodstatnené zvyšovanie podávaných dávok liekov negatívne ovplyvňuje kvalitu života seniora.

Liekové skupiny používané v geriatrickej praxi:

Lieková skupina 1: **Kognitívne** - priaznivé ovplyvnenie porúch v správaní, sústredenosti a zlepšenie pamäti.

Lieková skupina 2: **Hypnotiká** - podpora spánku.

Lieková skupina 3: **Antipsychotiká** - ovplyvnia sa nimi problematické správanie, myslenie a vnímanie (halucinácie).

Lieková skupina 4: **Neuroleptiká**- podobné ako u antipsychotík (starší typ liečiv).

Lieková skupina 5: **Benzodiazepíny**- ukludnenie.

Lieková skupina 6: **Antidepresíva**- ovplyvnenie porúch nálady, liečba depresie (Venglářová, 2007, s. 45)

Príloha D – Žiadosť o rozhovor

Dobrý deň,

Som študentka druhého ročníka magisterského štúdia odboru špeciálna pedagogika na Univerzite Jána Amosa Komenského v Prahe.

Dovoľujem si Vás touto cestou požiadať o spoluprácu na rozhovore. Jeho cieľom je zistiť, čo spôsobuje pri opatrovaní pacientov s Alzheimerovou chorobou rodinám najväčšie problémy, ako sa zmenil Váš život po príchode pacienta.

Zároveň by sme sa radi dozvedeli, či máte dostatok informácií o Alzheimerovej chorobe a opatrovaní.

Rozhovor je dobrovoľný. Získané informácie v podobe dát budú použité iba pre potreby spracovania záverečnej diplomovej práce.

Za Váš čas a spoluprácu vopred ďakujem.

S pozdravom študentka,

.....

Bc. Ingrid Fabianová

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Bc. Ingrid Fabianová

Odbor: Špeciálna pedagogika

Forma štúdia: Kombinovaná

Názov práce: Alzheimerová choroba – teoretický a praktický sprievodca pre rodiny postihnutých

Rok: 2015

Počet strán textu bez príloh: 167

Celkový počet strán príloh: 38

Počet titulov českých a slovenských použitých zdrojov: 62

Počet titulov zahraničných použitých zdrojov: 3

Počet internetových zdrojov: 12

Počet ostatných zdrojov: 0

Vedúci práce: Doc. PhDr. Felix Černoch, Csc.