



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

# Pickova choroba a specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním

Vypracovala: Lenka Kopkašová  
Vedoucí práce: Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

České Budějovice 2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Pickova choroba a specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2016

.....

Lenka Kopkašová

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Ditě Novákové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za věcné rady a připomínky při jejím zpracování. Veliké poděkování patří i Hance Melánové, rodině, manželovi a dětem za podporu a trpělivost.

## **Abstrakt**

Pickova choroba je atroficko-degenerativní proces, který je příčinou rozvoje demence. Tato choroba postihuje především frontální a temporální lalok mozku. Své jméno dostala podle Arnolda Picka, českého neuropsychiatra. Pickova choroba je vedle Alzheimerovy choroby méně známou formou demence, která postihuje oproti Alzheimerově chorobě mladší věkovou kategorií. Ačkoli věkové rozmezí výskytu Pickovy choroby se v literatuře různí, v průměru je uváděn věk propuknutí choroby mezi 50 a 60 roky života. Nemoc se může projevit změnou stravovacích návyků, emocionálními výkyvy, nevhodným chováním ve společnosti, zanedbáváním zevnějšku. Chování k druhým bývá často sobecké, nemocný není schopen druhým naslouchat a přehlíží své okolí. Pickova choroba se projevuje také nepřiměřeným sexuálním chováním.

V celosvětovém měřítku počty nemocných demencí stále rostou a podle kvalifikovaných odhadů bude tento nárůst pokračovat i nadále. Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí se tudíž stává tématem stále aktuálnějším a hovoří se i o tzv. tiché epidemii našeho století. Sestry se na svých odděleních setkávají poměrně často s pacienty trpícími demencí různého původu a v různém stádiu postižení. Personál ve zdravotnických zařízeních pacienty s demencí mnohdy považuje za „obtížné“.

Cílem bakalářské práce s názvem Pickova choroba a specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním je na základě teoretických poznatků zmapovat definici a diagnostiku Pickovy choroby, definovat potřeby pacienta s Pickovou chorobou a vyjmenovat základní ošetrovatelské problémy u pacienta s Pickovou chorobou. Zaměřuje se na člověka s demencí, jako na pacienta ve zdravotnickém zařízení. Ke správnému pochopení této problematiky je zmíněna anatomie a fyziologie mozku a popis kognitivních funkcí, které Pickova choroba postihuje, a vymezení pojmu demence.

Na základě prostudované literatury je v práci zaznamenáno dělení demencí podle různých kritérií. Bylo zjištěno, že dělení demencí není zcela jednotné, ale v zásadních skutečnostech se stanoviska autorů odborných publikací nerozcházejí. Pickova choroba

patří do skupiny frontotemporálních demencí a její postavení v této skupině se v průběhu doby měnilo. V práci jsou uvedena doporučení vyplývající z prostudovaných zdrojů v přístupu k pacientům s demencí a především je zdůrazňována správná komunikace s pacientem s demencí, empatický a lidský přístup. Medicína zatím neumí demenci předcházet, ale při včasné diagnostice jednotlivého typu demence je léčba cílená na konkrétní typ demence a tím se zvyšuje šance na prodloužení kvalitního života nejen pacienta, ale i jeho blízkých. Aby mohl ošetrovatelský personál zajistit nemocným touto chorobou důstojné prožití zbytku života, je potřeba mít základní znalosti o této problematice a pokusit se pochopit, co nemocní prožívají.

Pro tuto teoretickou práci byla použita metoda explanace, syntézy a indukce na podkladě českých a zahraničních informačních zdrojů.

Z českých autorů byl nejčastěji citován doc. MUDr. Roman Jirák, CSc., vedoucí centra pro diagnostiku a terapii Alzheimerovy choroby na psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Práce může být využita jako informační a studijní materiál pro sestry, ale i pro laickou veřejnost, neboť se ve své rodině mohou s touto chorobou setkat. Za velký úspěch by byla považována skutečnost, že sestra nebo rodinný příslušník po prostudování této práce pomůže k včasné diagnostice ať už Pickovy choroby nebo jiné formy demence.

**Klíčová slova:**

Pickova choroba, demence, Alzheimerova choroba, ošetrovatelská péče, pacient, sestra

## **Abstract**

Pick's disease is a degenerative-atrophic process that primarily affects the frontal and temporal lobes of the brain. Besides Alzheimer's disease, it is a lesser known form of dementia which affects people of younger age. Although the exact range of Pick's disease occurrence varies in the literature, the average reported age is between 50-60 years. The disease can change eating habits, cause emotional swings, inappropriate behaviour and sloppy appearance of the patients. The behaviour to others is often selfish, the patients are unable to listen to others and ignore their surroundings. Pick's disease is also characterized by inappropriate sexual behaviour.

Globally, the number of dementia patients is still growing and according to expert guesses the increase will continue. Nursing care for patients with dementia is therefore becoming a very actual topic as dementia is called a quiet epidemic of our century. Nurses in their departments quite frequently encounter patients suffering from dementia of various origins at different stages of disability and the staff at healthcare facilities often regard these people as a burden.

The aim of this thesis, which is called Pick's Disease and Specifics of Nursing Care for Patients with this Disease, is, based on the theoretical knowledge, to map definitions and diagnosis of Pick's disease, to define the needs of such a patient, and to list the most common problems in the nursing care. It focuses on people with dementia within medical facilities. For proper understanding of the problem, the thesis starts with the anatomy and physiology of the brain and the description of cognitive functions which are affected by the dementia syndrome and the definition of dementia. Based on the studied literature, dementia is divided according to various criteria. It has been found out that dividing dementia is not entirely uniform, but the essential facts and overall opinions of the authors do not diverge. Pick's disease belongs to a group of frontotemporal dementia and its position in this group has changed over time, as it is recorded in the literature.

The thesis includes recommendations resulting from the studied literature in the approach to patients with dementia and emphasizes personal communication with the

patients and empathetic and humane approach. Although medicine cannot prevent dementia, an early diagnosis of a specific type of dementia and correctly targeted treatment can increase the quality of life not only of the patients but also of their families.

I have chosen this topic because I find it very current and interesting. During my nursing practice at the Surgery Department and Aftercare Department, I have met patients suffering from dementia and I did not know how to properly and efficiently communicate with them. For the theoretical part of my work, the methods of explanation, synthesis and induction on the basis of Czech and foreign information sources have been used.

The most frequently quoted Czech authors in my thesis are doc. MD. Roman Jirák, PhD., the head of the center for diagnosis and therapy of Alzheimer's disease at the psychiatric clinic of the General University Hospital in Prague, the 1st Medical Faculty of Charles University.

This thesis can serve as an informational and educational source both for nurses and the general public who may experience the disease within their families. It would be considered a great success if it helped nurses or family members to diagnose Pick's disease or other dementia at an early stage.

**Keywords:**

Pick's disease, dementia, Alzheimer's disease, nursing care, patient, nurse

## Obsah

Seznam použitých zkratk	11
Úvod	12
Cíl	15
Metodika	16
1 MOZEK A KOGNITIVNÍ FUNKCE	17
1.1 Anatomie a fyziologie mozku	17
1.1.1 Strukturální změny mozku u Pickovy choroby	18
1.2 Paměť a další psychické funkce	19
2 O DEMENCÍCH	25
2.1 Duševní poruchy a demence v historickém náhledu	26
2.1.1 Pickova choroba v historickém náhledu	29
2.2 Demence – vymezení pojmu	30
2.2.1 Demence u Pickovy choroby – vymezení pojmu	32
2.3 Výskyt demencí	33
2.3.1 Výskyt Pickovy nemoci	36
2.4 Příčiny vzniku demence	36
2.5 Prevence demencí	37
2.6 Dělení demencí	38
2.6.1 Dělení demencí podle etiopatogenetických příčin	39
2.6.2 Dělení demencí na kortikální a subkortikální	42
2.6.3 Dělení demencí podle intenzity zasažení	42
2.6.4 Další dělení demencí	44
2.7 Charakteristika vybraných demencí	45



2.7.1 Demence u Alzheimerovy choroby .....	45
2.7.2 Frontotemporální demence (FTD).....	47
2.7.3 Demence u Pickovy choroby .....	48
2.8 Symptomy demence.....	49
2.8.1 Postižení kognitivních funkcí .....	50
2.8.2 Behaviorální a psychologické symptomy .....	51
2.8.3 Symptomy demence u Pickovy choroby .....	52
2.9 Diagnostika demence .....	54
2.9.1 Anamnéza .....	56
2.9.2 Somatické vyšetření.....	57
2.9.3 Orientační vyšetření poznávacích funkcí.....	58
2.9.4 Diagnostické metody .....	60
2.9.5 Základní vyšetření při podezření na kognitivní poruchu .....	60
2.9.6 Seznámení pacienta s diagnózou .....	62
2.10 Sebepojetí nemocného pacienta s demencí.....	62
2.11 Léčba.....	64
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....	67
3.1 Ošetrovatelský přístup k pacientům se syndromem demence .....	67
3.2 Komunikace .....	70
3.3 Přístup k pacientům s jednotlivými typy demence .....	71
3.4 Respektování osobnosti nemocného .....	72
3.5 Jak zvládat problémové chování.....	73
3.6 Smyslová aktivizace pacientů s demencí.....	74
3.7 Úskalí ošetrovatelské péče o pacienta s demencí .....	76

3.8 Řešení etických otázek .....	83
3.8.1 Používání omezovacích prostředků .....	84
3.9 Dopad demence na pečovatele.....	87
4 ZÁVĚR .....	89
5 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	91
6 PŘÍLOHY .....	100

## Seznam použitých zkratk

AD	Alzheimerova demence
ACH	Alzheimerova choroba
CNS	centrální nervová soustava
CRP	C reaktivní protein (zvýšený u zánětů a malignit podobně jako FW)
CT	počítačová tomografie (Computer tomography)
ČSL JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
FTD	frontotemporální demence
fT4	tetraódyronin – hormon štítné žlázy
FW	sedimentace erytrocytů (test dle Fohreuse a Westergreena)
Inj.	injekce
i.m.	intramuskulární aplikace
i.v.	intravenózní aplikace
Rtg S+P	rentgenové – nativní vyšetření srdce a plic
KO	krvní obraz
MMSE	Mini.-Mental State Examination
MR	magnetická rezonance
MRI	magnetická rezonance imaging
P	puls
PET	vyšetření pozitronovou emisní tomografií
p. o.	perorální aplikace
SPECT	jednofotonová emisní počítačová tomografie mozku
TK	krvní tlak
TSH	tyreotropní hormon adenohipofýzy
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WAB	testy řečových funkcí

## Úvod

Pokles porodnosti a prodlužování délky života má za následek rychlý nárůst počtu seniorů a s ním narůstající prevalenci demencí. Neuropsychiatrické choroby celkově se stávají jednou z nejvýznamnějších skupin onemocnění a podle expertů budou v 21. století představovat největší zdravotní zátěž lidstva.

Demence se stává problémem celospolečenským. Práce s pacienty s demencí vzhledem k populačním tendencím získává stále větší význam a do budoucna se tomuto tématu bude potřeba věnovat mnohem intenzivněji, bude potřeba stále více kvalifikovaného personálu, který bude schopen poskytnout těmto pacientům adekvátní péči. Lepší informovanost o chorobě by měla zdravotníkům pomoci tuto nemoc pochopit a lépe se vypořádat s jejími projevy u pacientů.

Část naší společnosti je velice tolerantní k různým poruchám kognitivních funkcí u starších lidí a mnozí přivedou své blízké k lékaři až v době, kdy lékař diagnostikuje již pokročilou demenci. Je důležité si uvědomit, že demence není normální součástí stárnutí a je vždy výsledkem chorobného procesu. U většiny zdravých lidí se opravdu při stárnutí myšlení zpomaluje, ale intelektový výkon celkově výrazněji neklesá. Je těžké rozlišit s jistotou, kdy je zapomínání ve stáří počínajícím projevem demence.

Lidé trpící demencí mají stejně jako ostatní lidé i další zdravotní problémy, které je mohou upoutat na nemocniční lůžko. Většina sester se tedy na svých odděleních, nebo při práci mimo nemocnici setkává s pacienty s různými typy demence, v různém stádiu postižení. Proto by měly být sestry vzdělané v oblasti specifických potřeb při ošetřování pacientů postižených demencí. Konkrétnímu stavu demence by měl odpovídat způsob komplexní péče o konkrétního pacienta. Bohužel univerzální návod, jak pečovat komplexně o tělo i duši těchto pacientů, neexistuje. Nejde jen o klasickou zdravotnickou péči, ale nezbytnou součástí péče by měly být i zdánlivě obyčejný lidský přístup a empatie. Pacient trpící demencí potřebuje především laskavou a trpělivou péči. Sestra by měla vědět, jak se k pacientovi chovat, jak s ním jednat, jak o něj pečovat a předcházet vzniku nežádoucích či nebezpečných situací.

Pacient s demencí se po přijetí na nemocniční oddělení ocitne v neznámém prostředí s neznámými lidmi. Pobyt v nemocnici může v těchto pacientech vyvolávat negativní reakce. Personál v nemocnicích mnohdy považuje pacienty s demencí za „obtížné“. Respektování lidské důstojnosti je podstatnou součástí ošetrovatelské péče. Bohužel nechuť naslouchat, ignorace, přehlížení a neuctivý přístup snižuje lidskou důstojnost a v hospitalizovaných pacientech vyvolává pocit strachu a úzkosti. Negativní reakce ze strany pacientů bývají však spíše reakcí na situaci, kterou nemocní nedokáží pochopit.

Demence je zapříčiněna degenerativními změnami postihujícími mozkovou tkáň, různými chorobnými procesy a poškozením mozku. Nejčastější a nejznámější degenerativní onemocnění mozku je Alzheimerova choroba. Ovšem ne vždy se demence musí projevovat špatnou pamětí, zhoršením úsudku nebo dezorientací. Pickova choroba, která je tématem této práce, je jedna z dalších příčin demence. Nastupuje velice nenápadně v podobě změn v chování, způsobu uvažování, charakteru člověka a jeho nálad. Diagnostika Pickovy choroby je obtížná a v mnohém se nemoc podobá Alzheimerově chorobě, ovšem oproti ní jsou změny v chování nemocných výraznější a někdy mohou být až společensky nepřiměřené.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila záměrně, neboť jsem se ve své sesterské praxi na chirurgickém oddělení a na oddělení následné péče, mnohokrát setkala s pacienty se syndromem demence. Pickova choroba je zástupcem skupiny frontotemporálních demencí a patří mezi vzácnější formy demence, ačkoli vzhledem k obtížné diagnostice choroby se názory na její výskyt v dostupné literatuře rozcházejí. Nástup této nemoci je zpravidla u osob mladších než je tomu u Alzheimerovy demence, zpravidla již kolem 50. roku věku. U pacientů se nemoc může projevit změnou stravovacích návyků, emocionálními výkyvy, nevhodným chováním ve společnosti, zanedbáváním zevnějšku. Chování k druhým bývá často sobecké, nemocný není schopen druhým naslouchat a přehlíží své okolí. Pickova choroba se může projevovat také nepřiměřeným sexuální chováním.

Ačkoli neexistuje v současné době léčba, která je schopna zcela zastavit nebo vyléčit demenci, existují léky, které mohou u značné části pacientů proces

degenerativních změn nejen zpomalit, ale i lépe využít sníženou kapacitu mozku. Samozřejmě, že vyhlídky jsou tím lepší, čím dříve se započne s léčbou. Mnoho případů demence je ale bohužel odhalena až v pozdní fázi.

Demence je stále zahalena do závoje obav, ale vždy by měla zůstat pro pacienty naděje, že se může objevit způsob léčby, nebo nové možnosti, jak s chorobou žít, být schopen ji čelit a neztrácet víru. Velice záleží na způsobu zacházení s pacientem, podpoře a pomoci.

Tato bakalářská práce předkládá základní přehled o obraze Pickovy choroby, obecně o syndromu demence a okrajově se zmiňuje i o demencích ostatních. Věnuje se klinickým i praktickým aspektům přístupu a hodnocení Pickovy choroby, shrnuje základní zásady péče o nemocné touto chorobou.

## Cíl

Cílem této bakalářské práce bylo z prostudované literatury zmapovat definice a diagnostiku Pickovy choroby, definovat potřeby pacienta s Pickovou chorobou a vyjmenovat základní ošetrovatelské problémy u pacienta s Pickovou chorobou. V současné době je Pickova choroba považována za nejvýznamnějšího a nejznámějšího zástupce skupiny frontotemporálních demencí. Práce se zaměřuje na člověka s demencí, jako na pacienta ve zdravotnickém zařízení. Pro splnění stanoveného cíle bylo prostudováno velké množství dostupné literatury, která se zabývá danou problematikou. Ke správnému pochopení a ucelenému obrazu o této chorobě se práce věnuje nastínění anatomie a fyziologie mozku a popisu kognitivních funkcí, vymezení pojmu demence a definici Pickovy choroby. Z této práce je možné dozvědět se také o kořenech a o historickém vývoji názvosloví nemoci.

## Metodika

Pro bakalářskou práci byla použita metodika explanace, syntézy a indukce. Po podrobném prostudování odborných zdrojů na téma Pickovy choroby byl vytvořen souhrn všech informací a dán srozumitelnou formou do jednoho celku. V práci je shrnuto, co tato nemoc postihuje, obnáší a narušuje a je zaměřena na komplexní péče o pacienty s Pickovou chorobou ve zdravotnickém zařízení. Ke správnému pochopení této problematiky se práce věnuje nejprve obecnému pojetí demence, samotné Pickově chorobě, její definici a postavení choroby v rámci celkového dělení demencí.

Aktuální poznatky na téma Pickovy choroby byly sesbírány z odborných českých i zahraničních zdrojů zabývajících se danou problematikou. Informace byly použity z knih ošetrovatelských i medicínských i z knih, časopisů a brožur určených rodinným příslušníkům, kteří o nemocného dlouhodobě pečují. Dále bylo čerpáno z českých i zahraničních internetových zdrojů. Z českých autorů byl nejčastěji citován doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc., vedoucí centra pro diagnostiku a terapii Alzheimerovy choroby na psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy. V databázi internetových odkazů bylo pátráno v celosvětovém měřítku na poli národních i nadnárodních asociací, bádajících v krajině demencí – Česká alzheimerovská společnost, Psychiatrická společnost ČSL JEP, Alzheimer's Association, The Association for Frontotemporal Degeneration.



# 1 MOZEK A KOGNITIVNÍ FUNKCE

Mozek je orgán, který slouží jako organizační a řídicí centrum nervové soustavy. V této kapitole si stručně shrneme anatomii a fyziologii mozku a detailně se zaměříme na strukturální změny mozku u Pickovy choroby. Dále si popíšeme paměť a další psychické funkce, k jejichž poruchám u pacientů s demencí dochází.

## 1.1 Anatomie a fyziologie mozku

Mozková hmota zabírá 2 % z celkové hmotnosti těla a spotřebovává kolem 5 % energie dodávané tělu. Mozek je v činnosti, ať už se na něco soustředíme, nebo reagujeme nevědomě na běžné stavy vědomí. Buňky mozku se oproti buňkám jiných tělních orgánů neobnovují a denně jich přibližně 50 000 odumírá (Halová, 2010).

„Od narození získává člověk další informace, na jejichž základě si podmiňuje reflexy a automatizuje tak mnohé své reakce a činnosti“ (Halová, 2010, str. 21). Na vzniku a rozvoji jednotlivých psychických projevů a jejich poruch mají podíl jednotlivé funkční systémy v mozku, které vytvářejí neuronální síť. Jednotlivé oblasti CNS jsou vzájemně propojeny takovým způsobem, aby zajišťovaly příjem a zpracování informací, uchování formou paměťové stopy i koordinaci účelného reagování. Spojení různých okruhů zajišťují asociační oblasti. Při vzniku psychických funkcí i jejich poruch mají největší význam prefrontální korové oblasti mozku, limbický systém a bazální ganglia (Vágnerová, 2014).

Většinu se naučíme vzděláváním ve školním věku a v dospělosti. Vnímání informací, reakce na ně a jejich využití je zcela individuální. Mozek nám umožňuje komunikaci, vidění, slyšení, zapamatování si. Díky možnosti současných technologií lze barevně rozlišit funkce mozku působením vzruchu – elektrického signálu mozku. Mezi nervovými buňkami dochází pomocí chemických látek (neurotransmiterů) k přenosu informace. Neurotransmitery neboli přenašeče nervového vzruchu jsou: adrenalin, noradrenalin, dopamin, serotonin, adiuretin, oxytocin. Naopak mastné kyseliny, které

vznikají při rozpadu omamných látek (např. alkoholu) jako vedlejší produkt, způsobují poruchu v přenosu neurotransmiterů (Halová, 2010).

V levé hemisféře sídlí společenský život a v pravé například centrum řeči. V týlové (okcipitální) části nalezneme funkci pro zrak. Mozeček řídí automatické svalové pohyby. Základní životní funkce řídí mozkový kmen, Varolův most a prodloužená mícha. Vědomí řídí mozková kůra a podvědomí podkorová část. Talamus rozděluje informace, hypotalamus řídí tělesnou teplotu, spánek, žízeň a hlad, bolest (hormonální řízení). K sluchu se vztahuje spánková (temporální) část mozku. V čelní (frontální) části mozku sídlí centrum usuzování, uvažování, rozumu a vůle (Halová, 2010).

### **1.1.1 Strukturální změny mozku u Pickovy choroby**

Pro Pickovu chorobu jsou typická Pickova tělíska, podle kterých nemoc dostala své jméno. Při problematickém odlišení demence u Pickovy choroby od demence u Alzheimerovy choroby je určující histologický nález Pickových tělísek, které jsou přítomné v mozkových neuronech. Tato tělíska, vznikají na koncích dendritů (výběžků nervových buněk, které umožňují propojení nervové soustavy a vedení nervových vzruchů). Pickova tělíska jsou argyrofilní (schopnost obarvení solemi stříbra). Přítomnost těchto tělísek je příčinou postupného zanikání kůry hemisfér a úbytku bílé hmoty mozkové. Poté zanikají nervová vlákna a tím se přerušuje přenos vzruchů. Dochází k pozvolnému zmenšování celého laloku a k atrofii může dojít i v jiných úsecích centrální nervové soustavy (Halová, 2010).

V bílé hmotě dochází k demyelinizaci, úbytku nervových vláken a k zmnožení glií. V cytoplazmě perzistujících neuronů se vyskytují Pickova tělíska - okrouhlé útvary, větší než jádro, umístěna jsou nejčastěji při bázi dendritu. V typických případech se tato atrofie vyskytuje ve frontálním a temporálním laloku. Závity, které jsou postižené, se zmenšují, dochází ke zmenšení celého laloku a tuhé konzistenci (lobární skleróza). V netypických případech může být kůra postižena nepravidelně popř. difúzně. Atrofie

se může tvořit i v bazálních gangliích, hippocampu nebo v jiných oblastech CNS (Dvořák, 2013).

U Pickovy choroby jsou typická Pickova tělíska, jak již bylo řečeno, ale může se vyskytovat i varianta bez jejich přítomnosti (Lužný, 2012). Kertesz (1998) také zdůrazňuje, že omezování se Pickovy choroby na pacienty s přítomností Pickových tělísek není příliš důležité, protože v zásadě může dojít k podobné frontotemporální degeneraci, ať se Pickova tělíska v mozku vyskytují či nikoli.

## 1.2 Paměť a další psychické funkce

### *Paměť*

Paměť patří k poznávacím, neboli kognitivním schopnostem. Kognitivní procesy jsou nástroje ke správnému zpracování informací. Výkony paměti jsou: přijímání informací (recepce), zpracování přijaté informace (kódování), uskladňování informací (retence), vzpomínání (reminiscence, rekolekce), vydávání uskladněných informací (reprodukce, retrieval), znovupoznání (rekognice) a zapomenutí (oblivio) (Preiss a Křivohlavý, 2009).

Lidská paměť je propojena i s dalšími psychickými funkcemi. Díky paměti jsme schopni uvědomění si sama sebe. Paměť obsahuje všechny naše dovednosti, vědomosti, prožitky. Můžeme pojmenovat různé složky paměti a typy paměti (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Psychologie a fyziologie rozlišují paměť podle časového schématu na tři druhy: senzorickou, krátkodobou a dlouhodobou paměť. Sensorická paměť přijímá informace o dění kolem nás prostřednictvím smyslových orgánů – tzv. katalyzátorů. Uvádí se uchovávání těchto vjemů po dobu do dvou vteřin. Podle druhu smyslového orgánu hovoříme o paměti sluchové (např. verbální), zrakové (ikonické, lexikální), chuťové atd. Sensorická paměť je ovlivňována pozorností, také se do ní snadno dostávají podněty důležité pro naše přežití. Pro senzorickou paměť se také používá výraz ultrakrátká. (Preiss, Křivohlavý, 2009).

Jirák, Holmerová a kol. (2009) doplňují, že ultrakrátkou paměť lze nazvat také senzorický registr, okamžitá či bezprostřední paměť. Krátkodobá (provozní) paměť je pouze přechodného charakteru. Z ultrakrátké paměti okamžitě některé informace vymizí a jiné se přenášejí do krátkodobé. Je potřeba jejich opakování a i přesto většina těchto obsahů zanikne. Střednědobá paměť (konsolidace) vytváří ukládání různých informací do dlouhodobé paměti. Ovšem tyto informace potřebují být opakováním posilovány. K ukládání obsahů do dlouhodobé paměti přispívá výrazně emoční náboj informace, ať už radostné okolnosti nebo nepříjemné. Ultrakrátká, krátkodobá i střednědobá paměť jsou často souhrnně označovány jako paměť krátkodobá. Podkladem pro tyto složky paměti jsou dočasná zapojení výběžků neuronů, které tak vytvářejí okruhy, po nichž probíhá vzruch. U Alzheimerovy nemoci bývá krátkodobá paměť postižena od počátečních stádií choroby. Dlouhodobá paměť umožňuje udržet informaci někdy až celoživotně. Podkladem této paměti jsou paměťové stopy tzv. engramy. Zde nedochází pouze k přechodnému zapojení výběžků neuronů, ale ke změnám trvalého charakteru u bílkovin nervových buněk i jejich výběžků (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Další hledisko dělení paměti je na paměť procedurální a deklarativní. Obsah deklarativní paměti můžeme popsat, vypovědět slovně, tedy deklarovat. Dále můžeme paměť deklarativní schematicky rozdělit na epizodickou a sémantickou. Epizodická paměť obsahuje vzpomínky na události, různé situace a sémantická zahrnuje pojmy, vědomosti, skutečnosti. Například u Alzheimerovy choroby je výrazně postižena právě deklarativní paměť. Procedurální paměť zahrnuje paměťové obsahy, jež nejdou popsat slovně ani je nelze vypovědět: motorické dovednosti (účelné pohyby, chůze), dovednosti řečové, podmíněné reflexy a další složky. U tzv. podkorových demenci (např. Parkinsonově chorobě, Huntingtonově chorey) bývá postižena právě procedurální paměť a projevuje se poruchou výkonných funkcí tzv. dysexekutivní syndrom, což navenek působí spíše jako neobratnost či nešikovnost. Postižena bývá i u těžkých demenci typu Alzheimerovy choroby (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Nemocní demenci mají problémy se získáváním nových informací a jejich vybavení vážně, což zhoršuje významně kvalitu běžného života nemocného. Dlouhodobá paměť funguje lépe, což může sestra využít v získávání anamnestických

údajů i v běžných rozhovorech s pacientem. Nedostatek informací působí pacientům poruchy orientace a špatné chápání momentální situace, pacient se stává více úzkostným a netrpělivým (Venglářová, Mahrová, 2006).

„Paměť je nesmírně složitá funkce. Je velmi těsně spojena s procesem učení a umožňuje nám adaptovat se na neustále se měnící podmínky prostředí. Je to především ona, která nám umožňuje zapojit se mezi ostatní lidi, pamatovat si jejich jména a tváře, podělit se s nimi o své zkušenosti a zážitky. Proto je tak důležité nedovolit jí stárnout a zahálet“ (Schuler, Oster, 2010, s. 14).

### *Pozornost*

Pozornost je funkce vědomí a je to schopnost zaměřit se na vnímání k určitému objektu nebo na více objektů najednou. Současně je schopna ochránit nás před záplavou dalších v určitou chvíli méně podstatných podnětů. Nelze vnímat najednou všechny podněty, zabývat se mnoha problémy současně, proto si záměrně vybíráme z množství podnětů jen některé díky základní vlastnosti pozornosti – selektivitě (výběrovosti). Vybíráme si takové podněty, které jsou určitým způsobem pro nás nové, důležité nebo se zařadí do našeho systému již nabytých znalostí nebo zkušeností. Další vlastností pozornosti je koncentrace pozornosti, ta nám umožňuje soustředění se většinou po několik sekund, ale i déle, na určitý předmět. Schopnost distribuce (rozdělení) pozornosti do více činností najednou je o to jednodušší, čím více je každá z probíhajících činností více zautomatizovaná. K vlastnostem pozornosti – selektivitě, koncentraci a distribuci pozornosti řadíme i vigilitu, tedy schopnost přenášet svou pozornost z jednoho podnětu k podnětu druhému. U demencí dochází k poměrně výrazným poruchám pozornosti. Například u lidí můžeme vidět roztržitost, která se u nich dříve nevyskytovala. Jejich koncentrace se směřuje k nepodstatným objektům a důležité objekty pro tuto chvíli pro ně nejsou důležité. Jindy se nedokáží soustředit na více objektů, dochází ke kolísání pozornosti, mohou se vyskytnout těžké poruchy pozornosti (např. přehlédnou tramvaj při přecházení ulice) (Schuler, Oster, 2010).

Pozornost má mimořádný význam pro senzorickou paměť a v rámci výcviku senzorické paměti je speciální péče věnována ujasnění si funkce pozornosti. Zde

hovoříme o „signifikaci informací“ – jejich významu pro příjemce. Pozornost krátkodobé paměti psychologie nazývá „filtr“ – „síto“. Z nepředstavitelného množství podnětů vybírá ty, které pro něj mají nějaký význam (Preiss, Křivohlavý, 2009).

### *Zrakově-prostorové schopnosti*

„Mezi zrakově-prostorové schopnosti řadíme vizuálně-konstrukční, vizuálně-motorické a percepční schopnosti. Jsou oblastí, která bývá výrazně ovlivněna ať již procesem stárnutí, psychiatrickým onemocněním, nebo jiným poškozením CNS (Schuler, Oster, 2010, str. 15).“

O fungování pravé hemisféry podává důležitou informaci schopnost manipulace s dvou či třírozměrnými předměty v prostoru nebo na ploše. Zejména u starších lidí se mohou vyskytnout problémy s rozpoznáváním neúplných obrazců, s určováním polohy i směru pohybujícího bodu nebo obtíže v manipulaci s předměty. Nejsou ani nikterak výjimečné problémy s orientováním se v prostoru, zejména na neznámém nebo méně známém místě. Poruchy zrakově-prostorových funkcí mají dopad na každodenní fungování. Mohou začít obtížemi s řízením auta, při psaní nebo při orientaci v obchodě. Při narušení zrakově-prostorových schopností nastává také zhoršení manuálních dovedností. U nemocných s demencí se někdy vyskytne i tzv. vizuokonstrukční apraxie (ztráta schopnosti používat již osvojené komplexní pohyby, které byly využívány v každodenním životě). Jedním druhem vizuokonstrukční apraxie je neschopnost se obléknout – tzv. dressing apraxie. Dochází k tomu, že nemocní nejsou schopni koordinace a uspořádání jednotlivých pohybů, a to přesto, že jsou u nich zachovány jednotlivé motorické a senzorické schopnosti. Zásadní potíží je s integrací těchto schopností do jediné činnosti (Schuler, Oster, 2010).

### *Jazyk a řečové schopnosti*

Základním prostředkem komunikace je jazyk. Ten plní několik velice důležitých funkcí: poznávání okolního světa, rozvoj myšlení, vyjadřování pocitů a potřeb, sdílení svých zážitků a zkušeností s ostatními. Jazyk úzce souvisí s myšlením. Řeč je konkrétní jazykovou dovedností a vyžaduje složitou koordinaci pohybů k vytvoření zvuku.

V jazyce se využívají slova jako nositelé významu označující konkrétní nebo abstraktní skutečnost. Produkce a porozumění jsou dvě základní kategorie, které se při užívání jazyka rozlišují. Produkce je převedení nejdříve myšlenky do slov, řazení slov do vět a na závěr vytvoření zvuku. Při porozumění jazyku je postup přesně opačný. Řečové funkce jsou při normálním stárnutí zachovány do vysokého věku. U pacientů trpících demencí se může vyskytovat obtížné nalézání a vybavování slov. Pacienti více používají obecná označení, používání konkrétních pojmenování se vyhýbají nebo některá slova užívají chybně - parafrázie (Klucká, Volfová, 2009).

Řeč u Pickovy choroby je postižena postupně, zpočátku je charakteristická zeslabující tendence mluvního výkonu, objevují se sklony k nesmyslné mluvě, mluva je často frázovitá, dochází k perseveraci – ulpívavému opakování slov a vět. V pozdějších fázích choroby se rozvíjí vážné fatické poruchy, které znemožňují komunikaci. V některých případech mluva vymizí zcela (Kejklíčková, 2011).

### *Vědomí*

Vědomí je další psychickou funkcí. Je to stav mysli, schopnost uvědomění si sama sebe a svých prožitků v kontinuu času. Váže se na činnost vyšší nervové soustavy. Poruchy vědomí se člení na 2 okruhy: kvalitativní a kvantitativní. Kvantitativní poruchy vědomí představují rozmezí od normálního stavu vědomí, ospalost, spavost-somnolenci, sopor (reakce pouze na silné a bolestivé podněty) až po bezvědomí – kóma. Kóma, ale již i sopor je stav život ohrožující (např. kóma při příliš nízké či vysoké hladině krevního cukru, kóma u poranění mozku). U kvalitativních poruch vědomí je porušeno kontinuum prožívání. Tyto poruchy se vyskytují jako tzv. deliria s různým stupněm dezorientace. Deliria bývají sice krátkodobá, ale opakující se a nejlépe je vystihuje asi výraz zmatenost. Ačkoli deliria nebývají součástí syndromu demence, vyskytují se u demencí často jako přidružené příznaky (Jirák, Holmerová a kol. 2009).

### *Myšlení*

Myšlení je mentální proces zpracovávání a využívání informací. Je vedeno snahou okolnímu světu porozumět a orientovat se v něm. Myšlení je velice složitou

a komplexní funkcí. Důležitou oblastí spojovanou s rozvojem myšlení jsou čelní – přesněji prefrontální laloky mozkové kůry, které v případě Pickovy choroby bývají postižené. V této oblasti sídlí tzv. exekutivní funkce – schopnost plánování a uskutečnění aktivity, rozdělení si složitější operace do více kroků, určení si priorit. Díky exekutivním funkcím máme schopnost brát ohled na sociální pravidla, řešit problémy, provádět více činností najednou a také koordinovat své slovní uvažování. Základní jednotka myšlení je pojem. Schopnost přizpůsobit se, rozhodovat, řešit problémy se váže k pojmu flexibilita myšlení (Klucká, Volfová, 2009).



## 2 O DEMENCÍCH

Demence a mírné poruchy kognitivních funkcí společně s delirií a depresemi zastupují největší skupinu psychických poruch u lidí vyšší věkové kategorie. Tyto poruchy jsou nejčastěji podmíněny organickými změnami tkáně mozku, faktory somatickými a psychosociálními, které jsou typické pro stáří (osamělé žití, ztráta partnera, ztráta společenské prestiže aj.). Ve výčtu příčinných faktorů demence narůstá i zastoupení závislostí na návykových látkách (zejm. alkoholu) a na různých léčivech (např. benzodiazepinech) (Jirák et al., 2013).

Demence se vyskytuje v rozmanitých formách. Nejčastější formou demence je Alzheimerova choroba, jejímž typickým projevem jsou ztráta paměti a další kognitivní deficity, které se postupně přidávají (Buijssen, 2006). U postižených demencí dochází nejvíce k poškození kognitivních funkcí (psychické procesy a operace, jejichž pomocí jedinec poznává sebe sama a okolní svět – vnímání, pozornost, představivost, paměť, myšlení a řeč). Tyto příznaky se průběžně zhoršují a rozšiřují. Během poměrně dlouhé první fáze nemoci není demence příliš patrná. Postupně se stává nemocný závislejší na ostatních. V konečné fázi zapomíná, co se kdy naučil, uspokojuje jen své nejzákladnější biologické potřeby a potřebuje náročnou ošetrovatelskou péči, která by měla respektovat důstojnost pacienta, měla by poskytnout úlevu od bolesti i dalších strádání a měla by být uzpůsobena potřebám každého jednotlivce. Dochází k úplné degradaci a úpadku osobnosti (Buijssen, 2006; Orel a kol., 2012).

Demence má podstatný vliv na kvalitu života nemocného i jeho rodiny. Hodně záleží na tom, jak pacient své potíže prožívá, zda spíše depresivně, nebo naopak je suverénní a obviňuje ze svých selhání nejbližší. Svou důležitou roli hraje i vzdělanost postiženého a jeho informovanost, přístup rodiny i dalších pečujících (Kučerová, 2006).

Při práci s pacienty s demencí cítí sice sestra, ošetrovatel nebo jiný pečující velkou zátěž, ovšem obrovskou zátěž cítí i samotný postižený. Od prvních okamžiků uvědomění si choroby a vědomí, že se stav bude stále zhoršovat, se mu uleví až tehdy, kdy už si neuvědomuje ani svoji existenci (Halová, 2010).

## 2.1 Duševní poruchy a demence v historickém náhledu

V dávné historii si lidé nedokázali vysvětlit základní přírodní a lidské jevy, za příčiny veškerých onemocnění byly považovány hněv a zloba nadpřirozených mocností. Vyhánění zlých démonů z těla probíhalo při rituálních magických obřadech. První zmínky týkající se péče o duševně choré lze nalézt ve starém Egyptě (Ebersův papyrus, 15. století př. n. l.). V tomto období se začínala rozvíjet i jakási fáze předvědecké farmakologie s využitím různých rostlin, bylin a přírodních produktů, které dokázaly navodit změněné stavy vědomí. V antickém Řecku přináší nový pohled na problematiku duševních chorob filozofové a vědci. Filozof Pythagoras byl první, jenž prohlásil, že sídlem rozumu je mozek a duševní choroba je způsobena onemocněním mozku. Nejvýznamnější řecký lékař Hippokrates se snažil vznik nemoci vysvětlit svou humorální teorií o šťávách těla (sanguis – krev, chole – žluč, melanchole – černá žluč a flegma – sliz), které při nerovnováze mezi jejich koncentracemi v mozku jsou příčinou duševních chorob. Emetiky, projímadly, pouštěním žilou, vyvoláním pocením se snažil dostat základní tělesné šťávy do harmonického vztahu. Hippokrates kladl důraz také na klinické pozorování. Toto období přináší první zmínky o šokových metodách léčby. Římskému lékařství (2. století n. l.) dominoval Galén, který se domníval, že centrem psychických funkcí je mozek a duše má sídlo v nervových centrech. Ve společnosti však stále převažovalo mystické pojetí vzniku onemocnění a snaha o izolaci nemocných (Petr, Marková a kol, 2014; Raboch, Pavlovský, 2012).

Po pádu římské říše (5. století n. l.) dochází v Evropě k úpadku vědeckého a humanistického vzdělání a k návratu k nevědecké představě původu nemocí. Opět se dostaly do popředí nadpřirozené síly, duševní choroby byly vysvětlovány posedlostí démony, d'ábly a zlými duchy. Péče o nemocné spočívala v náboženských obřadech a exorcismu. Výraznější odpor proti církevním dogmatům a první pokrokové názory můžeme zaznamenat až v 15. století, kdy města zřizovala neklášterní azyly a péče o duševně choré byla financována z poplatků od cechů a příbuzných. Do té doby společnost považovala nemocné za obtížné – byli vyháněni z měst a kamenováni a příbuzní byli povinni držet nemocné v izolaci. Přibývalo lékařů, kteří upírali svou

pozornost na funkce mozku. Přes zlepšující se podmínky pro duševně nemocné 17. století přináší těmto nemocným další nebezpečí v podobě používaných bizarních terapeutických intervencí (mnohdy končících tragicky) – pouštění žilou, žíznění, hladovky, projímadla a dávidla, rotační stroje, šokující zážitky. Pokrokoví lékaři se sice proti nedůstojným podmínkám, ve kterých duševně nemocní trávili své životy, bouřili, ale než se zaběhnutá praxe zvolna začala měnit, trvalo ještě mnoho let. O nebezpečnosti nemocných rozhodoval soudce, který pro společnost nebezpečné jedince posílal např. do cel, nebo žalářů a sklepů. Ti, kteří nebyli uznáni nebezpečnými, byli ponecháni napospas (bloudili polonazí, hladoví po ulici), ale postupně pro ně vznikaly městské azyly (resp. byli odklizeni spolu se společenskou spodinou, žebráky, povaleči a podivíny z ulic). Jak uvádí Halová (2010), radikálnější změny přináší až francouzský psychiatr a vědec Philippe Pinel na přelomu 17. a 18. století, který inicioval zrušení pout a osvobození nemocných z podzemních kobek. Duševně nemocným bylo omezení volného pohybu přesto ponecháno, jen s použitím jiných jemnějších zamezení. Philippe Pinel do psychiatrických zařízení zavedl důstojnější ošetrovatelský režim a také se mu podařilo prosadit stejné hygienické podmínky, které do té doby platily pouze pro tělesně nemocné. Za důležité Pinel považoval mimo jiné i správné členění pacientů. Psychiatrie začala mít vhodné podmínky pro vznik samostatného oboru (Petr, Marková a kol, 2014).

Foucault (2006) shrnuje předpinelovské období péče o duševně choré do čtyř linií: Středověk – exorcismus a démonologie, Renaissance – „svoboda“ (lodě bláznů), 17. - 18. století – velké uvěznění a 19. století – osvobození duševně nemocných, vznik specializovaných institucí pro duševně choré.

Duševní nemoci byly řazeny do oblasti, která spadá do rukou výhradně lékařům. Začíná se formovat psychiatrie jako samostatný medicínský obor, byly vydávány obsáhlé odborné publikace i pravidelné odborné psychiatrické časopisy. K významným osobnostem této doby řadíme profesora Pika, Alzheimerera, Conollyho a Kraepelina. O duševně nemocné bylo pečováno v privátních i veřejných psychiatrických zařízeních, kde se prosazoval humánní přístup k nemocným. Na přelomu 18. a 19. století se problematika duševně nemocných začíná objevovat stále častěji v národních

legislativách a vznik systematictějších norem se snaží do péče o duševně nemocné vnést alespoň základní pravidla. Začátek 20. století je období výrazného intelektuálního rozmachu lidstva a téma mozku – jeho záhad, mentální kapacity a jeho defektů, patřilo k nejatraktivnějším (Petr, Marková, 2014).

Poté, co Alois Alzheimer popsal toto onemocnění, bylo zpočátku zajímavé především pro odbornou veřejnost a nepřikládala se mu velká důležitost. Pozornost se zaměřovala spíše na případy, které se vyskytly v mladším věku. Demence přicházející v pozdějším věku se přisuzovala především stáří. Až během 90. let se u nás začalo hovořit o demencích i u starších lidí a ukázalo se, že incidence (počet nových případů onemocnění) i prevalence (počet nemocných v populaci) narůstá přímo s věkem. Začaly se vyvracet dva mýty, které demenci často provázely. Tím prvním je normální příznak stáří a tím druhým mýtem je, že nelze pro nemocné nic učinit (Holmerová, Jarolímová et al, 2009).

V padesátých letech 20. století učinily téměř revoluci první léky s přímým ovlivněním funkcí mozku. Medicína udělala velký posun v oblasti prozkoumání činnosti mozku. Počátky užívání chemických látek k ovlivnění duševního stavu zahájilo rozvoj psychofarmakologie (Halová, 2010).

Od sklonku devadesátých let se pomocí prvních účinných léků podařilo zmírnit průběh demence a tím zlepšit postiženým kvalitu života. Byly vyvinuty moderní antidepresiva a neuroleptika, která jsou schopna účinně odstraňovat psychiatrickou symptomatologii i poruchy chování (Holmerová, Jarolímová et al, 2007).

V roce 1977 vznikla Česká alzheimerovská společnost, která šíří informace o Alzheimerově chorobě a dalších chorobách způsobujících demenci. ČALS vydává informační materiály, koordinuje projekt Dny paměti, který se zaměřuje na včasnou diagnostiku nemoci, a zabývá se i certifikací kvality zařízení poskytujících služby lidem postižených demencí. ČALS je členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. Je dobře, že v posledních letech se o demenci začalo více hovořit, začaly se rozvíjet moderní formy péče zaměřené na péči o pacienty s demencí a jejich rodinné příslušníky. Zřizují se stále nová denní centra, stacionáře, specializovaná oddělení především v domovech pro seniory, ale i ve zdravotnických

zařízeních, a jsou pořádány vzdělávací akce zaměřené na péči o demenční pacienty. Začala se rozvíjet i takzvaná respitní (úlevová, odlehčující) péče, která pomáhá dlouhodobě pečujícím. Respitní péče zajišťuje pomoc ve vlastní domácnosti postižených demencí, snaží se dát prostor pečujícím pro načerpání potřebné energie a nových sil, nebo při zařizování nezbytných věcí, jakými jsou návštěvy lékaře, úřadů apod. (Holmerová, Jarolímová et al, 2009).

### **2.1.1 Pickova choroba v historickém náhledu**

Jako první popsal toto onemocnění Arnold Pick, který je ve světě uznáván jako významný český neuropsychiatr. Narodil se 1851 ve Velkém Meziříčí německy mluvícím židovským rodičům, celý život mluvil německy, česky neuměl příliš dobře. Medicínu studoval ve Vídni. Roku 1877 přišel do Prahy, habilitoval se jako docent v oborech psychiatrie a neurologie. Pracoval v Zemském ústavu pro choromyslné, v psychiatrické léčebně v Dobřanech, později byl jmenován přednostou německé neuropsychiatrické kliniky. Pick ústav vedl na tehdejší dobu velmi moderně. Důraz kladl na klinickou práci a vědu. Pick se věnoval studiu senilní atrofie, zabýval se agnózií, apraxií, poruchami paměti a vědomí, halucinacemi. Zajímal se také o fyziologii řeči a poruchy s ní spojenými. Napsal mnoho publikací o agramatismu. Společně s kolegou Otto Kahlerem vydal Pick knihu zabývající se neuropatologií centrálního nervového systému (Staňková, 2011).

Pick informoval o klinických příznacích svého afatického pacienta, které zahrnovaly určité poruchy chování. I když studie Arnolda Picka často obsahovaly záznamy o pitvě mozku, neobsahovaly jeho zprávy histopatologické údaje na buněčné úrovni. Až v roce 1920 - jiní výzkumníci formálně klasifikovali Pickovu nemoc na základě klinických a patologických nálezů (Chow, 2015).

Později byl název Pickovy choroby zobecněn a přiřazován k demenci s frontotemporální atrofií s přítomností intracelulárních Pickových tělísek, které obsahují tau-protein a s nálezem Pickových balonových buněk (Staňková, 2011).

Další výraz spojený s Pickovým jménem „Pickovy vize“, které popsal roku 1922 Pick jako první. Pickovy vize bývají projevem poškození mozkového kmene ve čtvrté mozkové komoře. Pacienti halucinují deformované a hroutící se prostory nebo osoby, které se pohybují ve vedlejších místnostech a procházejí zdmi (Jiráček et al., 2013).

Tauopatie je termín, který vznikl později na základě nálezu společných patologických změn u frontotemporální demence a jiných nozologických jednotek. Jedná se o intraneuronální i intragliální inkluze s obsahem tau-proteinu. Primární tauopatie má nejen svou typickou symptomatiku pro jednotlivý klinický syndrom, ale také některé společné klinické příznaky. Mezi společné příznaky patří kognitivní a behaviorální poruchy, někteří autoři hovoří o Pickově komplexu. Podle Kertesz se do Pickova komplexu řadí vedle Pickovy nemoci i frontotemporální demence s parkinsonismem, která je vázaná na chromozom 17. Další choroby, které zahrnuje do tohoto komplexu, jsou progresivní supranukleární paralýza, kortikobazální degenerace, primární progresivní afázie, komplex amyotrofická laterální skleróza, demence, parkinsonismus a možná i další nemoci (Staňková, 2011).

## **2.2 Demence – vymezení pojmu**

V současné době pro obecný syndrom demence existuje mnoho definic, mezi nimiž se nevyskytují zásadní rozdíly. Dříve se demence definovala jako vadnost rozumu, tupost. Slovníky novější nás poučí o otupělosti mysli, o těžké nemoci nevratného charakteru, o projevu organického poškození mozku. Jde o atrofii čili zmenšení některých funkčních částí mozku (Halová, 2010).

Demence je pojem odvozený z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je slovo pro „mysl“. Člověka, kterého postihla demence, čeká postupný úpadek. Nemoc je natolik destruktivní, že v poslední fázi této choroby se pacient jen velmi vzdáleně podobá člověku, jímž na počátku choroby byl (Buijssen, 2006).

Při onemocnění demencí dochází ke snižování intelektových schopností. Projevy tohoto poklesu jsou patrné ve zvládnání pracovních a běžných činností a v sociálním zapojení postiženého. Podrobněji demenci určují diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) nebo Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace (DSM – IV) uvedené v příloze 1. MKN řadí demence do kategorie „Organické duševní poruchy včetně symptomatických“. Organické duševní poruchy jsou charakterizovány společnou etiologií, poraněním nebo jiným poškozením mozku, které vedou k mozkové disfunkci. Kódové označení pro demenci je F00 – F03, viz přehled kódových označení v příloze 2 (Bartoš, Hasalíková, 2010).

V souladu se 4. vydáním DSM lze charakterizovat demenci především jako „rozvoj mnohočetných kognitivních defektů zahrnujících poškození paměti a nejméně jednu z následujících kognitivních poruch: afázie, apraxie, agnozie nebo poškození exekutivních funkcí (tj. funkcí zajišťujících organizaci cíleného chování vedoucího k nějakému mentálnímu nebo fyzickému výkonu) ve srovnání s premorbidním stavem, a to do té míry, že jsou narušeny každodenní aktivity – zaměstnání, společenské kontakty, osobní život“ (Hort, Rusina, 2007, str. 153).

Alzheimer's Association (2015) uvádí, že demence není konkrétní nemoc, ale celkový termín popisující širokou škálu příznaků vedoucích ke snížené schopnosti člověka vykonávat běžné činnosti.

Demence je syndrom vznikající následkem onemocnění mozku, obvykle je chronického či progresivního charakteru. Pojem „syndrom“ se užívá z toho důvodu, že ho tvoří jednotlivé symptomy (nejjednodušší známky onemocnění). O syndromu demence lze tedy uvažovat při kombinaci jednotlivých poruch. Dochází zde k narušení mnoha funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, chápání, počítání, orientace, schopnosti řeči, učení, úsudku. Přitom vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo, někdy dokonce předchází, zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace (Pidrman, 2007).

V rámci speciální psychopatologie a psychiatrie, která se zabývá vymezením, popisem, diagnostikou, etiopatogenezí, terapií, prognózou a prevencí, týkající se jednotlivých diagnostických jednotek, demenci řadíme do formy chronické, kde podle

rychlosti nástupu a zejména pak délky průběhu oproti akutním formám duševních poruch probíhají demence dlouhodoběji a vesměs pozvolněji. Podle rozsahu poškození demenci řadíme do poruch generalizovaných, které postihují většinu, popřípadě všechny psychické funkce (Orel a kol., 2012).

### **2.2.1 Demence u Pickovy choroby – vymezení pojmu**

ÚZIS ČR (2015) specifikuje demenci u Pickovy choroby tak, že je to progresivní demence, která přichází ve středním věku. Její charakteristikou jsou časná a pomalu progredující změny charakteru a sociální deteriorace, které jsou následovány poruchou intelektových schopností, paměti, jazykových funkcí, přítomností apatie, euforie a příležitostně i extrapyramidových příznaků – třes, tiky, svalová rigidita-mimika, chůze, držení těla.

Robinson et al. (2015) upozorňuje na to, že v časných stádiích může být diagnostikována jako deprese nebo Alzheimerova choroba a s jistotou lze určit diagnózu Pickovy choroby až po pitvě mozku.

Ještě předtím, než Alois Alzheimer popsal dnes mnohem známější Alzheimerovu chorobu, byla při pitvě několika pacientů Arnolda Picka prokázána přítomnost zvláštních mikroskopických struktur, které byly později pojmenovány Pickovými tělísky (Sack, 2007).

Jedná se o chorobu, kde jsou poznatky i schopnosti medicíny v léčení velmi omezené v souvislosti s její etiologií. (Halová, 2010).

Tuto nejčastější formu frontotemporální demence (FTD) řadíme k primárním neurodegenerativním demencím. Jde o relativně heterogenní klinický syndrom, který je způsobený progresivní degenerací frontálních i temporálních laloků mozku (Pidrman, 2007).

Často je objevuje tzv. moriatická nálada (plané, nejasné vtípkování). Mohou se vyskytovat poruchy sexuality (např. hypersexualita), nadměrná chuť k jídlu, syndrom gramofonu (pacienti se stále opakují) (Hátlová, Suchá, 2005).



Oproti Alzheimerově chorobě dochází k jednotlivým poruchám v jiném pořadí, přesto však jsou si v mnohém podobné. Nejprve zde nastává proměna osobnosti, poté potíže s orientací v prostoru a až později poruchy paměti (Halová, 2010).

Krombholz (2011) uvádí dobu trvání Pickovy choroby v průměru 8 let.

## 2.3 Výskyt demencí

Demence se stávají velice závažným problémem, kterým jsou zdravotní i sociální systémy vyspělých zemí vystaveny, a na řešení této problematiky jsou vynakládány velké prostředky (Pidrman, 2007).

Demence vznikají v průběhu života až poté, kdy dojde k rozvoji kognitivních funkcí. S narůstajícím věkem se výskyt demencí zvyšuje. Demence dětského věku jsou vzácné. V seniorském věku se vyskytuje demencí jednoznačně nejvíce. Věk je tedy jejich hlavním rizikovým faktorem (Jiráček et al., 2013). Demence v dětství vznikají například po agresivní cytostatické léčbě, zejména hematologických onemocněních. Při poruše intelektu v důsledku vrozené poruchy, která vznikla do druhého roku dítěte, nehovoříme o demenci, ale o mentální retardaci (Holmerová, Jarolímová et al., 2009).

Často se o demenci hovoří také jako o „nemoci stáří“, tento termín však není správný a její výskyt zaznamenáváme i u lidí mladších 65 let. Mezi 45. a 54. rokem trpí demencí 0,025 % populace. U 65letých je výskyt menší než 1 %, ale mezi 65. a 70. rokem již stoupá na 2,5 % populace. Každých pět let se toto procento zdvojnásobuje. Mezi 85letými a staršími lidmi trpí demencí každý pátý. Ale je zde na místě zdůraznit, že demence nemusí být nevyhnutelným důsledkem vysokého věku (Buijssen, 2006).

Holmerová, Jarolímová et al., (2009) uvádějí, že podle kvalifikovaných průzkumů žije v České republice přibližně 150 tisíc lidí postižených nějakou formou demence. Franková, Vyškovská (2010) udávají počet 100 tisíc lidí trpících v ČR jen Alzheimerovou chorobou. Část nemocných je umístěna v ústavních, sociálních nebo zdravotnických zařízeních (psychiatrické léčebny, ústavy sociální péče, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory). Větší část nemocných zůstává v domácí

péči, zajišťované rodinnými příslušníky s pomocí sociálních pracovníků a zdravotních služeb (různé stacionáře, asistentky, pečovatelky, sestry, home care).

Zvěřová (2010) uvádí, že z výsledků epidemiologických studií publikovaných za poslední roky je odhad nárůstu počtu nemocných demencí do roku 2030 až o 70 %.

Přehledový dokument, ve kterém jsou shrnuta dostupná data o demenci v ČR v roce 2015, se pokouší v číslech a faktech ilustrovat problémy pacientů s demencí. Tento dokument vydaný Českou alzheimerovskou společností zveřejňuje, že počet osob s demencí v ČR je 152,7 tisíc. Zatímco mezi 65 letými občany trpí demencí každý 866., nad 65 let již každý 13., nad 80 let každý pátý a nad 90 let dokonce téměř každý 2. občan ČR. Informace o počtu lidí s demencí v ČR jsou zatím stále pouhým odhadem, neboť nejen že ne u všech lidí s demencí je choroba diagnostikována, ale Ústav zdravotnických informací a statistiky přestal od neurologů informace sbírat (Mátl, Mátlová, 2015).

V prevalenci demence podle pohlaví trpí demencí více ženy. V ČR je regionem s nejvyšším počtem osob s demencí Praha. Podle expertů poskytovaná péče osobám s demencí v ČR zaostává za zbytkem vyspělé Evropy. Výskyt demence v regionu Střední Evropa je s průměrem zastoupení lidí s demencí ve srovnání s jejím výskytem jinde ve světě nižší. Pokud bychom chtěli v ČR nabídnout srovnatelný objem služeb, bylo by nutné současné kapacity ztrojnásobit. Zdravotní péče pacientům s demencí je poskytována zejména formou ambulantní a lůžkové péče. Podle posledních odhadů se každých dvacet let pravděpodobně počet lidí s demencí celosvětově zdvojnásobí (Mátl, Mátlová, 2015).

V současné době je patrný ještě jeden závažný trend a tím je nárůst skupiny nemocných ve středním a těžkém stádiu demence. Méně je trpících mírnými formami demence. Z toho vyplývá, že velice důležitým krokem je včasný záchyt této nemoci v nejranějších stádiích (Pidrman, 2007). Přes velmi alarmující údaje o vývoji počtu postižených se stává, že bývá demence rozpoznána či je diagnostikována pozdě. Řada pacientů s kognitivní poruchou nebo demencí je vyšetřována a poté léčena odborníky specializovanými na jiné choroby bez toho, aby byl tento deficit pozorován. Nelze spoléhat při kontaktu s nemocným na povrchní dojem, některé příznaky demence se

mohou jevit na první pohled jako banální a to vede k jejich podcenění. Často se pacient ani členové rodiny sami s poruchou paměti či kognitivních funkcí svému lékaři nesvěří. Některé závažné poruchy kognitivních funkcí se nemusí při běžném rozhovoru s lékařem vůbec projevit a mohou být maskovány společensky přijatelným chováním pacienta. Mezi hlavní příčiny nerozpoznání demence v klinické praxi patří přičítání těchto poruch stáří a zlehčování časných známek demence. Zhodnocení kognitivních funkcí se běžně neprovádí pro neznalost, nedostatek času, nedostatečný zájem a neproplácení vyšetření zdravotními pojišťovkami. Pokud chceme stávající situaci zlepšit, je potřeba po kognitivních dysfunkcích pátrat cíleně. Již dávno se v medicíně stalo mnoho obecných úkonů standardní součástí péče o pacienta, ovšem rychlé a orientační zhodnocení kognitivních funkcí zde zatím ještě nezdomácnělo (Bartoš, Hasalíková, 2010).

Morbidita a mortalita spojená se syndromem demence představuje velkou zdravotní, psychologickou i socioekonomickou zátěž. Bez ohledu na hloubku postižení, zvyšuje demence mortalitu u všech věkových kategorií (Jirák, Koukolík, 2004).

Holmerová, Jarolímová et al. (2009) zdůrazňují, že je třeba věnovat i dostatečnou pozornost pečujícím rodinným příslušníkům, kteří jsou denně konfrontováni s problémem demence.

Sestra ve zdravotnickém zařízení se tedy setkává s pacienty s demencí stále častěji a to prakticky na všech odděleních. Zdravotnická zařízení v ČR nejsou v současné době připravena (zejména personálně) na to, aby poskytla všem pacientům s demencí individuální ošetrovatelskou péči v plném rozsahu. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že na ONP, kde nyní pracuji, není přijetí pacienta s kognitivní poruchou nikterak vzácný jev, ovšem ne vždy je vedle hlavní diagnózy, se kterou byl pacient na oddělení přijat, těmto poruchám věnována patřičná pozornost. Jedním z hlavních problémů, v souvislosti s hospitalizací, týkajících se dementních pacientů, je následné propuštění pacienta z nemocnice, zejména z toho důvodu, že rodina není schopna dostatečnou péči a dohled pacientovi poskytnout, běžné domovy pro seniory nejsou pro dementní pacienty přizpůsobeny a specializovaná zařízení jsou mnohdy obsazená, nebo jsou velmi vzdálena.

### 2.3.1 Výskyt Pickovy nemoci

Pickova choroba je nejstarším a nejznámějším zástupcem skupiny frontotemporálních demencí. Bohužel diagnostikována nebývá často a mnohdy bývá považována za Alzheimerovu chorobu (Holmerová, Jarolímová et al., 2009).

Hallová (2010) uvádí, že celá skupina frontotemporálních demencí je po Alzheimerově chorobě považována za druhou nejčastější degenerativní demenci, ovšem konkrétní údaj výskytu Pickovy demence neuvádí.

Neurolog Oliver Sack (2009) popisuje své setkání a diskuse s doktorem Millerem, který se zabýval výzkumem FTD. Uvádí, že ačkoli byla Pickova choroba považována za poměrně vzácnou, postupem času je stále více přesvědčen o tom, že její výskyt vzácný zdaleka není. Zhruba dvě třetiny pacientů umístěných na jednotce pro slabomyslné doktora Millera při University of California-San trpěla Alzheimerovou chorobou a zbylá třetina jinými onemocněními, z nichž je FTD patrně nejběžnější.

Vzhledem k obtížné diagnostice choroby a jejímu velmi různému postavení v rámci rozličného dělení demencí jsou informace o jejím výskytu většinou jen v odhadech, nebo není tento údaj uveden v literatuře vůbec.

### 2.4 Příčiny vzniku demence

Demence je zapříčiněna dysfunkcí mozku, postižené jsou nervové buňky. Onemocnění způsobující demenci jsou prozkoumána relativně podrobně a procesy podílející se na jejich vzniku jsou známy, ovšem ve většině případů neznáme příčinu, která vede k rozvoji demence (Jirák, Koukolík, 2004).

V minulosti se uváděly nejrůznější teorie, které měly snahu objasnit důvod, proč demence vzniká. Jedna z teorií je, že je mozek poškozen virem, nebo že je příčinou otrava kovy – zejména hliníkem. Další důvod vzniku nemoci hledá příčinu v neurotransmiteru acetylcholinu (chemické látce, jež má zásadní význam pro funkci mozku). Z mnoha různých vysvětlení vyplývá, že jasná příčina nemoci není zcela

známá. Ovšem není pochyb o tom, že důležitou roli sehrávají genetické faktory. Je výzkumem prokázáno, že při výskytu demence u příbuzného, je dvakrát vyšší riziko onemocnění. Platí to i pro příbuzné lidi postižených Downovým syndromem, kde je také zvýšená pravděpodobnost výskytu demence. Skutečnost, že se demence vyskytuje primárně u lidí starších, naznačuje významný vliv stárnutí (Buijssen, 2006).

K rizikovým faktorům vedle věku a genetické zátěže řadíme každé závažnější poranění hlavy, hypertenzi, cukrovku, obezitu, zvýšené množství krevních tuků a homocysteinu. Ženy jsou postiženy častěji, zejména pro vyšší průměrný věk dožití. Onemocnění depresí může předcházet rozvoji demence, napomáhat ji, nebo ji maskovat (Na pomoc pečujícím, 2014).

## **2.5 Prevence demencí**

Současné metody léčby jsou schopny poskytnout jen skromné a omezené možnosti, jak průběh demence pozitivně ovlivnit. O to větší význam se přikládá prevenci – redukci a vylučování rizikových faktorů. Ke strategiím prevence demencí patří mít pod kontrolou kardiovaskulární rizika (Plch, 2013).

Vědecké průzkumy prokázaly, že přiměřená aktivita (duševní i fyzická), zdravá strava (čerstvá a pestrá) jsou v rámci prevence demencí důležité. V několika studiích byl prokázán efekt u standardizovaného preparátu ginkgo biloba. Ačkoli je klinická účinnost tohoto preparátu k léčbě demence stále sporná, mnoho autorů mezinárodních studií užívání tohoto přípravku doporučuje (Ude at al., 2013).

Velký počet vědců z řad lékařů a psychologů je přesvědčen o tom, že různorodé a namáhavé procvičování duševních funkcí může mít svůj význam v boji s jejich úpadkem. Přejít od léčby k prevenci je významné téma moderní medicíny a stává se i hlavním tématem ve snaze zabránit kognitivnímu úpadku (Preiss a Křivohlavý, 2009).

Pokud hovoříme o tréninku a cvičení paměti a dalších kognitivních funkcí, je cílem to, aby se prováděné činnosti vykonávaly lépe a dokonaleji. Cílem snažení je stálé zrání osobnosti. V této souvislosti mají význam tři termíny: cvičení, trénink a disciplína

(Preiss a Křivohlavý, 2009). Plch (2013) dodává, že v rámci prevence by se nemělo zapomínat ani na společenské angažmá a udržování aktivních styků s přáteli.

V rámci primární prevence je v kompetenci sestry vést, podporovat a motivovat pacienty k tomu, aby byli více zodpovědní za kvalitu svého života a zlepšovat povědomí veřejnosti o aktivním životním stylu seniorů a zdravém stárnutí. Na primární péči, zkvalitnění a rozšíření vzdělání profesionálů v oblasti demence, zvýšení povědomí veřejnosti o onemocnění, zlepšení přístupu k vhodné péči, zajištění vhodné péče a její koordinace se zaměřuje Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 – 2019.

## **2.6 Dělení demencí**

V průběhu doby se rozdělení demencí měnilo podle autorů a psychiatrických směrů a podle současných poznatků vědy. Ani názvosloví není jednotné. Jsou termíny, které se překrývají a jiné termíny jsou uváděny na různých úrovních (Kučerová, 2006). Brzáková Beksová (2014) uvádí výrazný posun v klasifikaci demencí v posledních třech desetiletích.

Pojem „senilní demence“, který se také používá, je většinou zavádějící. Má význam až tam, kde označujeme demenci vzniklou ve vyšším věku (65+) a kde ji odlišujeme od demence presenilní, vzniklou v preseniu – ve věku 50-60 let (Holmerová, Jarolímová et al., 2009).

Psychopatologické poruchy se dají rozlišit délkou trvání potíží a časem zaznamenání prvních potíží. Dalším dělením je rozdělení demencí podle postižené části mozku, což nám napovídá, jakým směrem se mohou ubírat intelektuální a fyziologické změny jak v mozku, tak i v celém organismu (Halová, 2010).

### 2.6.1 Dělení demencí podle etiopatogenetických příčin

Podle etiopatogenetických příčin můžeme demence rozdělit na dvě základní skupiny: skupina primárních atroficko-degenerativních demencí a skupina symptomatických (sekundárních) demencí (Praško, Látalová et al., 2011).

#### *Primární atroficko-degenerativní demence*

„Atroficko-degenerativní demence nejsou dosud většinou dostatečně prozkoumány po stránce etiologické. U některých z nich byla zjištěna genetická podmíněnost nebo alespoň genetické komponenty v etiopatogenezi. Uvažuje se však také o spolupůsobení řady jiných faktorů, např. o vlivu neurotoxinů, stresorů nejrůznější povahy, infekčních agens - včetně prionů, o autoimunitních procesech. Rovněž se uvažuje o řadě faktorů, které ovlivňují penetraci geneticky přenosných znaků. Jeden takový faktor je věk.“ (Jiráček, 2011b, s. 297).

Do skupiny atroficko-degenerativních demencí patří: Alzheimerova demence (nejčastější demence), demence s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, skupina frontotemporálních demencí včetně Pickovy choroby, Huntingtonova chorea a další (Lužný 2012). Halová (2010) uvádí rozdílné přiřazení Pickovy choroby do skupiny frontotemporálních demencí v zahraničí a v Česku. Zde v ČR tvoří Pickova choroba podle ní zvláštní kategorii, díky psychiatrovi Arnoldu Pickovi, působícímu v Praze.

V případě atroficko-degenerativních demencí, jde o procesy vedoucí ke snížení počtu jak nervových buněk-neuronů, tak i počtu synapsí - spojů nervových buněk. Dále dochází k poruše funkce neuronů i neuroglíí (pomocných nervových buněk), k tvorbě a ukládání bílkovin, které jsou patologické a v jejichž přítomnosti probíhá řada dalších chorobných dějů. Významným dějem je apoptóza (geneticky programovaná smrt buňky, která je v každé buňce geneticky zakódovaná), u neurodegenerativních onemocnění dochází častěji k aktivaci těchto genů. Někdy naopak dostatečně k apoptóze nedochází tam, kde by byla žádoucí. Dalším neurodegenerativním dějem je uvolnění volných kyslíkových radikálů v nadměrném množství. Tyto chemické skupiny obsahují kyslík,

který je schopen se na tkáň a enzymy rychle vázat. V rámci látkové přeměny volné kyslíkové radikály přirozeně vznikají a jsou stavební jednotkou nových tkání, mají svůj informativní význam. V mozku člověka jsou některé enzymy, jež volné kyslíkové radikály ničí. Pokud však tyto látky nejsou dostatečně likvidovány pro jejich nadbytečnou tvorbu, vážou se pak na různé tkáň v těle, například na stěny neuronů a tyto napadené tkáň ničí. Vážou se také na enzymy a na další důležité látky. V rámci neurodegenerace dochází k poruše přenosu buněčných informací na různých úrovních, k poruše funkce mozku a vzniku syndromu demence (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

### *Symptomatické/sekundární demence*

K symptomatickým demencím patří především demence podmíněné ischemicko-vaskulárně, nádorově, infekčně, toxicky a poúrazově (Orel a kol., 2012).

Symptomatické demence lze ještě rozdělit do dvou podskupin: demence vaskulární a ostatní symptomatické demence (Lužný, 2012).

### *Vaskulární demence*

Nejčastější demence vaskulárního původu jsou: kortikální vaskulární demence (multiinfarktová), subkortikální demence, onemocnění malých cév, Binswangerova choroba, demence v důsledku mozkového infarktu, demence z hypoperfuze, demence v důsledku hemoragické mozkové příhody, hereditální formy vaskulární demence a další typy vaskulární nebo kombinované demence (Holmerová, Jarolímová et al., 2009).

Vaskulární demence vznikají na podkladě cévních poruch, které poškozují mozkové tkáň. Na vzniku demence se podílí častěji mnohočetné drobné mozkové infarkty, ovšem mohou vzniknout i na základě jednoho rozsáhlejšího mozkového infarktu v důležitých oblastech pro paměť. Další příčiny narušení kognitivních funkcí mohou být v důsledku arteriální hypertenze, která není dostatečně kontrolovaná, aterosklerózy, diabetu, tranzitorních ischemických atak, nebo i po nitrolebních krváceních (Jirák, Holmerová a kol., 2009).



S ohledem na velkou skupinu onemocnění, kterou vaskulární demence zahrnují, nemají zcela typický klinický obraz. Dají se však určit některé společné rysy. Náhled a úsudek u vaskulárních demencí bývá zachován poměrně dlouhou dobu. Typická je přítomnost dalších kardio- nebo cerebro-vaskulárních onemocnění. Dále je typická emoční labilita, depresivní ladění, záchvatovitý pláč nebo smích, přechodné epizody zastřenosti vědomí či delirium. Relativně dlouho bývá zachována osobnost. To však neplatí zcela ve všech případech a někdy může docházet k setření, nebo naopak ke zvýraznění povahových rysů a také k výrazným změnám (sobectví, vztahovačnost, labilita, apod.) (Jiráček, Holmerová a kol., 2009).

Výrazným rizikovým faktorem je bezesporu hypertenze a CMP. U pacientů, kteří jsou léčeni antihypertenzivy, se riziko rozvoje vaskulárních změn v bílé hmotě snižuje. Důležité je tedy věnovat zvýšenou pozornost včasné a účinné léčbě CMP, ale i předcházet všemi dostupnými možnostmi recidivám CMP – antiagregační léčba, warfarinizace, karotická endarterektomie popř. stent nebo podávání statinů (Rusina, 2010).

#### *Ostatní symptomatické demence*

Tyto demence mohou vzniknout v důsledku celkových onemocnění organismu, která postihují i mozek. Další příčinou jsou: intoxikace – otravy, záněty, úrazy mozku, nádory mozku a další příčinné faktory, které ovlivňují činnost centrálního nervového systému (Jiráček, Holmerová a kol., 2009).

Neuropatologické studie dokazují, že u jednoho pacienta mohou probíhat různé formy demencí současně, například u pacientů s Alzheimerovou nemocí se mohou vyskytovat přidružené parkinsonské projevy nebo kombinace Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence. Tyto stavy se označují demencemi smíšenými a doprovází je nejen odlišné klinické projevy pro ně typické, ale většinou i rychlejší horšení stavu pacienta a méně úspěšná odezva na léčbu (Rusina, 2010).

### **2.6.2 Dělení demencí na kortikální a subkortikální**

Kortikální demence postihují mozkovou kůru a v jejich popředí jsou již od začátku poruchy paměti. Časté bývají poruchy řeči (fatické poruchy), poruchy poznávání (gnostické poruchy). Jejich typickým příkladem je Alzheimerova choroba (Jiráček, 2011 a).

U subkortikálních demencí bývají postiženy především subkortikální oblasti – bílá hmota (často v čelním – frontálním laloku) a bazální ganglia. Postižení podkorových struktur vede k porušení motorických a asociačních drah. Hlavním příznakem je zpomalení tempa – psychického i pohybového a dysexekutivní syndrom (neschopnost logického uvažování, časového plánování, vykonávání více činností současně, neschopnost adaptovat se na proměny událostí, vybavení si nabytých znalostí, narušení abstraktního myšlení). Častý bývá výskyt apatie a perseverace (opakování, stereotypní činnost nebo jednání, zaujatost na jedno téma). Korové příznaky jsou spíše nenápadné, a ačkoli může být přítomna i mírná zapomnětlivost, není porucha paměti nijak výrazná a vážně spíše vybavení informací. Nejvýraznější jsou hybné poruchy – porucha chůze, stoje, držení končetin. Postižený působí dojmem spíše jako nešikovný, je psychomotoricky zpomalený, ovšem při míře trpělivosti a dostatku času někdy překvapí dobrým výkonem. Vyskytují se i formy smíšené – kortikální a subkortikální demence (Bartoš, 2012).

### **2.6.3 Dělení demencí podle intenzity zasažení**

Dělení podle intenzity zasažení, které uvádí Halová (2010), je dělení na mírnou demenci, středně těžkou a těžkou demenci. Mírná demence zahrnuje pokles paměti, zachována bývá soběstačnost, ale již je narušena kvalita života. Středně těžká demence je demence, kdy je omezena soběstačnost těžkým postižením paměti a dezorientací ve známém prostředí. Při těžké demenci pacient není schopen zapamatovat si nové

informace. Ojedinele mohou vyvstat vzpomínky staršího data. Nemocný je nesoběstačný, nepoznává své blízké.

V publikaci Na pomoc pečujícím (2014), vydané Českou alzheimerovskou společností, je uvedeno velmi podobné dělení demence jako v případě předchozím. Demence je dělena do tří stádií a jsou zaměřena především na potřeby pacientů: počáteční stádium, druhé stádium - střední a rozvinutá demence a třetí je pozdní stádium. V počátečním stádiu bohužel bývá onemocnění mnohdy bagatelizováno a příznaky onemocnění často bývají připsovány běžnému stárnutí. A právě v tomto období je stanovení správné a včasné diagnózy velice důležité. Při včasné záchytu počátečního stádia onemocnění, mají nemocní naději, že při podpoře a dobré péči mohou prožít ještě další roky kvalitního života. Nemocný bývá ve větší míře stále soběstačný, ovšem potřebuje určité návody. Tato fáze se projevuje zhoršením krátkodobé paměti, horším vyjadřováním, obtížemi v nových situacích, potížemi v práci i doma s novými přístroji, počítačovými programy, horší orientací v čase a prostoru, potížemi s rozhodováním. Pacient ztrácí iniciativu a motivaci, může mít deprese, úzkosti, být apatický nebo naopak podrážděný, ztrácí zájem o oblíbené činnosti a dochází ke změnám v osobnosti.

Ve stádiu střední a rozvinuté demence potřebují pacienti dohled prakticky trvale a již jim zpravidla nepomáhají připomínky a návody. Soběstačnost se zhoršuje postupně od složitějších k jednodušším úkonům sebeobsluhy. Pokud má pacient zajištěnou kvalitní péči a smysluplné každodenní aktivity, může mít stále dobrou kvalitu života. Péče o takového pacienta je náročná a vhodné jsou například denní stacionáře. V této fázi demence již dochází k velmi výraznému zhoršení paměti, bez pomoci a trvalého dohledu již nemocný není schopen být, špatně se vyjadřuje, bloudí a chová se nepřiměřeně situaci, objevuje se inkontinence (zpravidla moči). Mohou se objevit poruchy chování jako reakce na to, že situaci nebo změnu nechápu, nebo se cítí v ohrožení. Také se mohou objevit bludy nebo halucinace (Na pomoc pečujícím, 2014).

Pozdní stádium demence je fáze choroby, kdy se pacienti již nedokáží většinou podílet na mnoha činnostech, ovšem stále vnímají vlídné chování, pocit pohody, dobré jídlo a další drobnosti, které pozorují a mají z nich radost. Nemocný již nepoznává své

přátele a příbuzné, může poznávat určité domácí prvky. Sestra a ostatní ošetrovatelský personál by měli mít na paměti, že nyní pacient již nechápe složitější sdělení, spíše jen jednoduchá slova nebo gesta, a není schopen se vyjádřit. Schopnost mobility se omezuje až k upoutání na lůžko, mohou se vyskytovat potíže s polykáním a dochází k inkontinenci moče i stolice. Pokud postupným zhoršováním stavu došlo k těmto příznakům, je to již nezvratitelný stav jakoukoli léčbou a v této fázi má význam mírnění příznaků. Vyhýbáme se proto výkonům prodlužujících tuto poslední fázi života, které nevedou ke zlepšení jeho kvality – umělá výživa, sondy, PEG. (Na pomoc pečujícím, 2014).

#### **2.6.4 Další dělení demencí**

Wehner, Schwinghammer (2013) dělí demenci na tyto tři stupně: stupeň zapomnětlivosti, zmatenosti a bezmoci. Stupeň zapomnětlivosti – zpočátku tohoto stupně jsou nemocní schopni za mírné pomoci každodenního samostatného života. Stupeň zmatenosti – vyžaduje stále větší potřebu dopomoci ostatních – stálý dohled, mezery paměti, odchylky v řeči i změny v motorické a pohybové oblasti. Pacient se cítí v bezpečí jen v důvěrně známém prostředí, nové situace vyvolávají stavy strachu. Stupeň bezmoci, při kterém domácí péče již většinou není možná a pacient se umísťuje ve specializovaných zařízeních nebo se mu zajišťuje profesionální celodenní domácí ošetřování.

Jiráček (2011a) dále uvádí dělení na ireverzibilní a reverzibilní (nebo alespoň částečně reverzibilní) demence. Při současných léčebných možnostech je většina demencí ireverzibilní. Existují však i takové demence, které reverzibilní jsou. Mezi takové patří např. pelagra, která vzniká na podkladě deficitu niacinu (vitamín B3 - je důležitý při uvolňování energie ze sacharidů, při psychickém vyčerpání, zlepšuje krevní oběh, vyživuje mozek). Některé poruchy, které se řadí mezi reverzibilní, napodobují obraz demence a označují se jako pseudodemence, např. porucha kognitivních funkcí při depresi – depresivní pseudodemence.

## **2.7 Charakteristika vybraných demencí**

V další části se zaměříme na základní charakteristiku nejčastěji se vyskytující demence u Alzheimerovy choroby, na skupinu frontotemporálních demencí a na charakteristiku demence u Pickovy choroby.

### **2.7.1 Demence u Alzheimerovy choroby**

Pokud se řekne Alzheimerova choroba, většinou se vybaví představa někoho, komu se ztrácí věci, kdo nepoznává své blízké, kdo hledá cestu domů, kdo se pomočuje. Nemoc postupně vyřazuje člověka ze společnosti a v terminální fázi nemoci nastává úplná degradace osobnosti a je nutná celodenní péče (Orel a kol., 2012).

Alzheimerova choroba je nejčastější příčina demence. Je nazvána po německém neuropatologovi Aloisi Alzheimerovi, který popsal v roce 1907 změny mozkové tkáně zemřelé pacientky. Příčina smrti pacientky byla tehdy přisouzena neobvyklé duševní chorobě. V téže době popsal a publikoval stejný obraz u více pacientů i pražský vědec Oskar Fischer, který působil na pražské psychiatrické klinice (Raboch, Pavlovský, 2012)

Alzheimerova choroba je postupně progredující proces. Dochází při něm k poruše a zániku nervových buněk a spojení a k poškození funkcí, které s danou oblastí mozku souvisí. Demence, která vzniká v důsledku Alzheimerovy choroby, je charakteristická především mírnou kognitivní poruchou projevující se zejména určitou poruchou paměti, dominující v klinickém obrazu. Tato mírná porucha paměti může trvat i několik let. Poté se zpravidla začínají rozvíjet poruchy dalších kognitivních funkcí a jiné obvyklé symptomy demencí. Začátek choroby je zpočátku nenápadný. Objevují se poruchy soustředění, paměti a myšlení. Ne vždy však tyto obtíže musí znamenat Alzheimerovu chorobu. V současné době se objevuje stále více lidí trpících depresí, která se může projevovat obdobnými příznaky. Proto je potřeba včas navštívit lékaře, zabývající se

touto problematikou - neurologa, psychiatra, geriatra. Ačkoli u každého pacienta může probíhat onemocnění trochu jinak, prochází vždy určitými fázemi (Holmerová, Jarolímová et al., 2009).

„Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) charakterizuje Alzheimerovu chorobu následovně: Jde o deteriorace paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení. Typický průběh onemocnění: nenápadný začátek, pozvolná progrese a zhoršování kognitivních funkcí, nepřítomnost klinických ani laboratorních známek jiného onemocnění, které by mohlo způsobovat demenci, nepřítomnost náhlých známek neurologického poškození mozku či mozkového poranění (Holmerová, Jarolímová et al., 2009, str. 40).“

Sexualita je běžnou součástí života a Alzheimerova choroba nemá obvykle na sexuální vztahy vliv, ale může se měnit přístup nemocného. U některých dvojic i nadále hraje sexuální život důležitou součást vztahu. Někdy se může zdát, že nemocný ztratil zájem a jindy může nastat opačná situace, kdy má přílišné sexuální požadavky nebo je jeho chování partnerovi nepříjemné. Partner může pociťovat vinu, pokud raději chce spát odděleně. V tomto případě se doporučuje vyhledat včas pomoc lékaře či psychologa (Na pomoc pečujícím, 2015).

Každého člověka postihuje Alzheimerova choroba jiným způsobem a ne všichni postižení Alzheimerovou chorobou musí mít výčet všech popsanych příznaků. Do značné míry jsou ovlivněny její projevy osobností pacienta před počátkem onemocnění, jakou měl kondici, jaké měl zájmy a celkový životní styl (Na pomoc pečujícím, 2015).

Alzheimerova choroba se řadí mezi nejčastější onemocnění osob vyššího věku. Doposud není tato choroba ještě zcela vyléčitelná, ale vyvinuty byly léky zmírňující příznaky popřípadě mírně zlepšující stav pacienta. Je ovšem důležité započít s léčbou co nejdříve, protože včasné zahájení léčení zvyšuje šanci na úspěch. Progresi Alzheimerovy choroby zpomalují inhibitory cholinesteráz a memantin (Holmerová, Jarolímová et al., 2009).

Raboch, Pavlovský (2012) uvádějí trvání choroby od prvních příznaků průměrně 7-10 let. Dále autoři uvádějí, že díky léčbě a dobré ošetrovatelské péči se nyní doba přežití prodlužuje.

Ačkoli tedy výskyt Alzheimerovy choroby je nejčastěji u osob starších, vzácnější formy, zpravidla dědičné (tzv. familiární) mohou postihnout i jedince mladší (Na pomoc pečujícím, 2015).

### **2.7.2 Frontotemporální demence (FTD)**

Rektorová (2006) uvádí FTD jako třetí nejčastější demenci neurodegenerativního původu po Alzheimerově nemoci a demenci s Lewyho tělísky.

„Frontotemporální demence je souborný název pro skupinu onemocnění, která vznikají v důsledku relativně lokalizované progresivní degenerace frontálních nebo temporálních oblastí mozku. V časných stádiích se může projevovat jako porucha osobnosti, psychóza, mánie, deprese, obsedantně-kompulzivní porucha. V dalším průběhu pak bývá často zaměňována za Alzheimerovu nemoc či vaskulární demenci (Franková, 2013). Příčinou FTD je nejčastěji abnormální metabolismus tau proteinů a jeho ukládání intraneuronálně, což je označováno jako tauopatie. Další skupina FTD je bez přítomnosti tau inkluzí („tau-negativní FTD). Nejčastější je frontální varianta se svým podtypem Pickovou chorobou (Rusina, 2010).

Pro celou skupinu frontotemporálních demencí jsou nejcharakterističtějšími rysy: pomalý začátek a postupný rozvoj nemoci, porucha společenského chování, nedodržování naučených společenských pravidel a nezájem o problémy druhých, zanedbávání svého zevnějšku, stereotypní a neúčelné chování (Jiráček, Koukolík, 2004). Diagnostická kritéria pro frontotemporální demence jsou uvedena v příloze 3.

V rodinné anamnéze pacientů se často objevuje případ podobného onemocnění. Patologické procesy postihující tyto oblasti mozku jsou různé, většinou je pro ně však typické, že se tvoří tau protein. Do skupiny frontotemporálních demencí patří kromě Pickovy choroby, sémantická demence, primární progresivní afázie a další, které bývají

také provázeny poruchami motoriky (parkinsonismus, amyotrofická laterální skleróza). Skupina těchto onemocnění je relativně heterogenní a rozmanitý je i obraz jednotlivých případů, nicméně společné charakterizující rysy se zde vyskytují (Holmerová, Jarolímová et al., 2009).

Na ukázkou je v příloze 4 uvedena kazuistika pacienta s frontotemporální demencí.

### **2.7.3 Demence u Pickovy choroby**

Dostupné informace v literatuře ohledně zařazení demence u Pickovy choroby se různí. Například Straňková (2011) uvádí, že původní označení nemoci popisované Arnoldem Pickem u svého pacienta – Pickova nemoc – bylo zobecněno na demenci s frontotemporální atrofií s nálezem Pickových tělísek a Pickových buněk. Matěj (2006) uvádí, že Pickova choroba není synonymem pro FTD, ale jen jednou z jejích forem, tedy frontální variantou s přítomností Pickových tělísek a ostatní varianty FTD oproti Pickově chorobě nemají prokazatelná Pickova tělíška.

Hort (2007) uvádí, že v minulosti se užívalo často dělení degenerativních demencí na Alzheimerovu nemoc na straně jedné a na straně druhé na mnohem vzácnější Pickovu nemoc. V průběhu doby se ukázalo, že Alzheimerova nemoc je celkem dobře definovatelná, zatímco Pickova nemoc je jen součástí větší skupiny onemocnění se společnými progresivními degenerativními změnami s převahou v čelních a spánkových lalocích, ale z hlediska neuropatologického a etiologického se jedná o velmi heterogenní spektrum onemocnění. „Z terminologického hlediska se k označení těchto chorob používala řada termínů, často i paralelně, od „demence Pickova typu“, přes „progresivní demenci s bilaterální degenerací frontální a temporální kůry“ nebo „demenci non-alzheimerovského typu“ až po „globální subkortikální gliózu“. V současné době se většinou používá označení frontotemporální demence (FTD), někteří autoři preferují termín Pickův komplex“ (Hort, 2007).

The association for Frontotemporal Degeneration (2015) uvádí, že většina případů Pickovy choroby nejsou dědičné.



## 2.8 Symptomy demence

Rozpoznání iniciálních stádií choroby je velice obtížné. Je důležitá především objektivita při posuzování symptomů. Člověk se přirozeně snaží první změny, k nimž u blízkého člověka došlo popírat, bojovat proti nim různými způsoby, aby chránil milovanou bytost. Bohužel toto chování může poškodit vzájemný vztah mezi oběma a působit pro ně ještě větší stres. Pokud má člověk objektivně posoudit stav svého blízkého, musí být schopen rozeznat základní symptomy demence a také jim rozumět. V počátečních fázích onemocnění jsou symptomy mírné (Brzáková Beksová, 2014; Glenner a kol., 2012).

Hodně záleží na tom, jak jsou v rodině nastaveny vztahy před onemocněním. Dlouhodobé problémy, rodinné neshody se do chování nemocného často promítají a mohou se projevit podezíravostí, panovačností, agresivitou apod. (Bartoš, Hasalíková, 2010).

Demenci tvoří tři základní skupiny symptomů. Za prvé je to narušení kognitivních funkcí – intelektu, paměti atd., za druhé jde o narušení denních aktivit života a třetí skupinou jsou poruchy chování – behaviorální a psychologické příznaky demence (Pidrman, Kolibáš, 2008).

S rozvojem demence a zhoršováním příznaků se člověk stává neschopným sebezpečí, zanedbává i osobní hygienu. Chorobu mohou přechodně doprovázet poruchy vnímání – iluze, halucinace a poruchy spánku, spánková inverze. Později se objevuje i inkontinence (zpočátku jen moči, později i stolice) a člověk je plně odkázán na poskytovanou péči (Orel a kol., 2012).

Rychlost progresu choroby je buď soustavná, nebo se mění, je pomalejší či rychlejší, mívá přestávky se stagnováním stavu, výjimečně může dojít i k období mírného zlepšení. Průběh může být ovlivněn vnějšími vlivy, jako různé zátěže duševního i tělesného charakteru (Kučerová, 2006).

Pokud se jedná o konkrétní příznaky demence, mohou se objevit poruchy velmi různé. Nejde zde však jen o výčet poruch, ale důležité je také jejich vzájemné propojení, kontext a vývoj v čase. I nuance v charakteru mnoha příznaků jsou velice důležité. (Kučerová, 2006).

### **2.8.1 Postižení kognitivních funkcí**

U demencí obecně je porucha paměti jedním z nejčastějších příznaků. Prochází od lehkého zapomínání až po těžké poškození paměti krátkodobé i dlouhodobé. Postupně pacient ztrácí přehled o datu, ročním období a plynutí času. Zapomíná, kde je a jak se tam dostal. Tento paměťový defekt z hlediska závažnosti a míry ovlivňující samostatný život dělíme na mírný, kdy sice ovlivňuje běžný život, ale umožňuje stále samostatný život, na středně těžký, kdy významně omezuje samostatné fungování a vyžaduje dopomoc ostatních osob, a těžký, který přináší totální neschopnost samostatného života (Orel a kol., 2012).

Problematický příznak, bohužel poměrně častý (zejm. u vaskulární etiologie demence) bývá paranoidita. Pacient bývá vztahovačný, nedůvěřivý a později obviňuje své okolí, že mu někdo něco ukradl. Paranoitida narušuje doposud harmonické rodinné vztahy i vztahy mezi pacientem a ošetrovatelským (Kučerová, 2006).

Objevují se poruchy orientace – pacient zabloudí ve známém městě a v pozdější fázi i ve vlastním bytě. Dochází ke změnám v motivaci – činnosti se mění v bezcílné a monotónní. Mění se i komunikace. Objevují se poruchy emotivity (afektů, nálad) od emoční oploštělosti po patické nálady. Pacienti mají problémy s percepcí a koordinací pohybů – vnímáním a porozuměním okolnímu světu. Ztráta schopnosti rozpoznat na základě vizuálního vnímání známé předměty a prostředí se nazývá agnózie. Problémy s rozsahem pozornosti – soustředěnost na nějaký úkol nebo na děj kolem. Pacienty často provází problémy s řečovými schopnostmi – receptivními a produktivními. Receptivní řečová schopnost umožňuje pochopit smysl informace v ústní či písemné podobě. Produktivní řečová schopnost umožňuje ústní či písemnou formou předat informaci

druhým. Porucha řečových schopností se jmenuje afázie. Dále se vyskytují problémy s racionálním uvažováním a úsudkem - poskládání složitějšího myšlenkového celku z jednotlivých myšlenek a schopnost hodnocení nebo porovnávání myšlenek s úmyslem dojít k nějakému závěru (Glennner a kol., 2012; Alzheimer's Association, 2009).

Výrazným stresovým faktorem pro lidi postižené demencí jsou jakékoli změny týkající se pečující osoby a místa pobytu. Kterákoli změna v jejich okolí zvyšuje riziko vzniku rozvoje dalších příznaků doprovázejících demence. Změna pobytu může zvýšit riziko deprese, která má vliv na úzkostlivost pacienta a s tím spojené možné sebevražedné a sebepoškozující jednání. Změna pobytu dementních osob je považována za jednu z nejdůležitějších okolností, která vede ke zvýšení mortality těchto pacientů (Pidrman, Kolibáš, 2005).

## **2.8.2 Behaviorální a psychologické symptomy**

Tyto příznaky se vyskytují téměř vždy, zejména však u středních a pokročilých stádií demence. Jejich výskyt je však nekonstantní a často nepravidelný. Do této kategorie symptomů patří zejména poruchy chování a jiné přidružené psychotické příznaky, poruchy emotivity a změna cirkadiálního rytmu - narušení cyklu spánku-bdění. Zpočátku se problémy projeví při složitějších profesních aktivitách a postupně jsou zasaženy tzv. instrumentální aktivity života (např. nakládání s penězi). U demencí v pokročilejších stádiích jsou zasaženy i základní aktivity denního života (schopnost se obléci a svléci, samostatně se najíst, udržování základní osobní hygieny). Ve velmi těžkých stádiích se vyskytuje inkontinence moči i stolice a pacient je plně odkázán na péči okolí - fungující rodina, profesionální pečovatelé, ústavy (Jiráček, Holmerová, et al., 2009).

První reakcí na stresové situace je obrana, která je v případě pacienta s kognitivním deficitem omezená. V této souvislosti se vyskytují poruchy chování, agresivita, útky nebo únik do deprese (Pidrman, Kolibáš, 2005).

### 2.8.3 Symptomy demence u Pickovy choroby

Porucha paměti u Pickovy choroby není na počátku nikterak dominantní, ale v průběhu choroby nabývá na významu. Nejprve se objevují spíše poruchy sociálního chování, ve společnosti se chovají tito lidé nevhodně, jsou hrubí a netrpěliví, mají nevhodné poznámky, stereotypně opakují stále jednu anekdotu, poruchy se často týkají i nepřiměřeného a nevhodného sexuálního chování. K počátečním příznakům nemoci patří i sobecké jednání, které v minulosti u pacienta nebylo obvyklé. Může se objevit agresivita, nebo naopak ulpívavost. Na své onemocnění nemají většinou pacienti náhled. Terminálně se objevují poruchy příjmu potravy, pseudobulbární syndrom (dysartrie – porucha artikulace, dysfágie – porucha polykání, dávivý reflex, emoční labilita - křečovitý smích a pláč), úchopové reflexy a akineze. Časté je přejídání (pacienti přibývají na váze a tloustnou), holdování alkoholu, celkově jsou nezdrženliví, utrácejí nesmyslně. „Jde tedy o jakousi odbržděnost, ztrátu schopnosti myslet operativně a flexibilně, řešit nové situace a přizpůsobovat své názory změněným podmínkám, názorovou rigidnost, nekontrolovatelnou upovídánost, stereotypní a nutkavé jednání, těkavost, roztržitost, nevybíravé a společensky nevhodné způsoby, impulzivnost. Emočně se nemocný nachází nejčastěji v jedné rovině následující triády – apatie, povznesená nálada, vypjatá emocionalita. Tyto rysy se u pacienta objevují zcela nově, nijak tedy neodpovídají charakteru člověka před vypuknutím nemoci. Taková změna často vyvolává u blízkých nemocného dojem, že jedná úmyslně, že to dělá naschvál“ (Holmerová, Jarolímová et al., 2009, s. 46).

Postižení temporálních laloků u Pickovy choroby se projevuje poruchou řeči. Nemocný zaměňuje výrazy věcí či situací a má snahu je nahradit jinými slovy, jinou formou vysvětlení nebo napodobněním (tzv. parafrázie). Jindy pacient zabíhá od tématu a obtížně se vrací zpět. Později se dostavuje ztráta obsahu pojetí jak verbálního, tak i neverbálního (Halová, 2010).

U Pickovy choroby se setkáváme s perseverací. „Perseverace, setrvání: stav, při kterém určitý duševní děj (představa, myšlenka) setrvává ve své podobě s tendencí

znovuvybavení i přes změněné situační podmínky. Původně byla perseverace pokládána za „psychickou vytrvalost“ (projev primárního, blíže neurčeného psychického působení spojený s oslabením ostatních, současně probíhajících psychických dějů), později za projev naléhavosti a inerce (netečnosti) daného psychického jevu. Patologická forma perseverace se projevuje zpožděním duševního vývoje dítěte, u dospělých jako neurotický symptom (nutkavé vybavování téže představy, vyslovování nebo psaní stejného slova či hlásky“ (Halová, 2010, s. 53-54).

Až později se stupňují problémy s prostorovou orientací a ještě déle nastupují i poruchy paměti, abulie (ztráta vůle, až chorobná nerozhodnost), euforie. Právě posloupností nastupujících příznaků lze Pickovu chorobu odlišit od demence alzheimerova typu (Halová, 2010).

Pickovu chorobu může doprovázet výskyt hypersexuálního nebo deviantního sexuálního chování (u lidí původně nedevariantních). Může se objevit hyperoralita (zkoumání předmětů ústy místo hmatem a někdy požívání nepoživatelných předmětů) (Jiráček, Koukolík, 2004).

V souvislosti se svým narušeným chováním ztrácejí nemocní sociální vazby, přichází o zaměstnání. Časem dochází ke ztrátě kognitivních schopností a postižení exekutivních funkcí. Pacienti nedokáží naplánovat složitější činnost, neseřadí jednotlivé fáze činnosti v takovém pořadí, aby byla smysluplná. Obtížně si dávají události do správných souvislostí, zaměňují objekty, mohou být depresivní nebo úzkostní. Chorobu doprovází impulzivita a roztržitost. V pokročilejších fázích choroby je častá apatie, postrádání kritičnosti. Řečová porucha může vyústit do mutismu (neschopnost mluvení z psychických příčin), verbální projevy se mohou stát nesrozumitelnými, složené z palilálií (vícenásobné opakování vlastních zvuků, slabik, slov či vět) a logoklonií (nutkavé opakování poslední slabiky slova) nebo z neartikulovatelných skřeků. Zajímavé je, že navzdory všem těmto poruchám může být poměrně dlouho zachován intelekt. Pacienti poznávají dlouhou dobu jednotlivé osoby a pamatují si denní události (Jiráček, Koukolík, 2004).

Sack (2009) uvádí, že jeho pozornost zaujal případ pacientky s poněkud zvláštní až tvůrčí ztrátou zábran, která se projevovala především ke konci jejího života

nespoutaným zpěvem a zajímavou hrou se slovy, za několik měsíců zemřela na těžký infarkt. Vzhledem k tomu, že Sack neuspěl se žádostí s provedením pitvy mozku, protože v té době byly takovéto pitvy prováděny pouze vzácně, na určitou dobu na tuto pacientku zapomněl. Forma demence, která se u pacientky projevovala, se sice zdánlivě podobala Alzheimerově chorobě, ale mnoho projevů choroby přítomnost ACH zpochybňovala. Pacientka i v průběhu nemoci stále uměla psát a zvládla i namalovat hodiny. Až s odstupem času se Sack vrátil opět k tomuto případu a začal na základě nových poznatků svých kolegů o výskytu uměleckého talentu u FTD, uvažovat nad tím, že nejpravděpodobněji pacientka trpěla FTD. V případě této pacientky se „náhle objevený talent“ týkal především hudby než umění vizuálního. Pacienti, původně nemuzikální, vykazující stupňující se hudební schopnosti nebo náhlou náklonnost k hudbě byly neoficiálně popisováni již v dřívější době, ale nikoli do takové hloubky sledováním a zkoumáním jejich pocitů. Později se Sack setkal s dalším pacientem, u něhož se projevy nemoci nápadně podobaly příběhu zmiňované pacientky. Pacient si zpíval na chodbě a používal podobnou hru se slovy. V průběhu hovoru používal další popěvky, poté se lačně pustil do sušenek na talířku, dokud nesnědl všechny. Pacientova manželka upozornila, že v poslední době manžel přibral devět kilo, dokonce do úst vkládal i předměty, které nejsou určeny k jídlu, dodala. Mezitím pacient téměř nepřetržitě řečnil. Při zadání překreslení složitěho geometrického obrazce dokonce pacient provedl aritmetický výpočet, který by u pacienta s pokročilou Alzheimerovou chorobou schopen nebyl.

## **2.9 Diagnostika demence**

U všech lékařských oborů je snaha o stanovení diagnózy včasné a co nejpřesnější, aby bylo možno zasáhnout co nejefektivněji. I když diagnostika a terapie demence jsou doménou specialistů z řad neurologů, psychiatrů a geriatrů, významnou roli zde hrají i praktičtí lékaři. První podrobné neuropsychologické vyšetření erudovaným klinickým psychologem může v diagnostice neurodegenerativní demence hrát také významnou

roli. Poukázat na symptomy počínající demence jakéhokoli původu v domácím prostředí bývá především úkolem rodiny a těch nejbližších. Někdy se na lékaře obrátí i sám pacient, pokud má k sobě dostatek kritičnosti. V těchto případech, kdy pacient přichází včas, je větší šance, že se jeho stav léčbou zpomalí nebo na určitou dobu zastaví. Obtížnější to bývá s těmi pacienty, kteří si své poruchy neuvědomují, nebo je dokonce popírají a vylučují. Někdy si pacient uvědomuje své problémy, ale má různé zábrany to lékaři říci. Pokud pacient tvrdí, že vše zvládá, záleží na přístupu nejbližších, zda se jim podaří ho přesvědčit, aby se začal léčit. Situaci pak ztěžuje fakt, že sám pacient nemá zájem se léčit, léky užívá nepravidelně, na kontroly chodí jen občas, nebo vůbec. Tato léčba pak není systematická (Kučerová, 2006).

Rozpoznat etiologii demence je nejdůležitější především v počátečních fázích, kde je možná ještě léčba kauzální. Základním prostředkem je co nejtrpělivější a nezaujaté pozorování. Ve výskytu poruch hraje roli vyvolávající příčina nemoci a i při objevení všech udávaných symptomů, se nemusí symptomy objevit současně. Symptomy se poté mohou vyvíjet různou rychlostí a do proměnlivé hloubky. V pokročilých fázích nemoci si je většina demencí hodně podobná a znalost etiologie onemocnění se v tuto chvíli stává vedlejší (Kučerová, 2006).

Litvan et al. se již v roce 1997 pokusily zhodnotit diagnostickou přesnost Pickovy choroby. Výsledky této studie naznačují, že tato nemoc je v klinické praxi nedostatečně diagnostikována zejména pro absenci povědomí o specifických rysech této choroby a specifčnosti syndromu čelního laloku.

Lze se říci, že se stále diagnóza demence podceňuje, ačkoli zlepšení v této oblasti oproti dobám dřívějším určitě nastalo. Některé příznaky demence se obecně považují za běžné projevy stárnutí a rodina, ošetřující personál ani lékaři jim nevěnují patřičnou pozornost. Je potřeba všechny příznaky určit, sledovat a ošetřujícím lékařem popřípadě specialistou vyhodnotit každou změnu stavu a jakýkoli příznak připomínající demenci (Jiráček, Holmerová et al., 2009).

Správná diagnóza je velice důležitá, protože je východiskem k pochopení dané situace. Vysvětluje nám nejen pacientovo změněné chování, ale také nedorozumění nebo chyby, k nimž mohlo dojít s postupným rozvojem onemocnění. Složky, které se

účastní procesu diagnostiky demence, jsou anamnéza, somatické vyšetření, orientační vyšetření poznávacích funkcí a zobrazovací techniky. V první řadě je potřeba včas na možnost demence pomyslet, v další fázi je nezbytné potvrdit diagnózu demence a vyloučit jiné stavy projevující se narušením kognitivních funkcí a následně upřesnit etiologii nemoci (Jirák, Holmerová et al., 2009).

Sestra, která mívá k pacientům nejbližší, se na včasné diagnostice může aktivně podílet. Pokud má znalosti a dovednosti, měla by je předávat, přesvědčit seniora k návštěvě odborníka a intervenovat u jeho příbuzných.

### **2.9.1 Anamnéza**

Pacient, který trpí demencí, si často svůj problém neuvědomuje, různě ho bagatelizuje a racionalizuje. Důležitá je objektivizace někým dalším. Těmito osobami bývají nejčastěji nejbližší rodinní příslušníci, pečující osoby, kteří jsou schopni podat informace o době a délce vzniku příznaků, průběhu onemocnění a dále i anamnestické údaje z předchorobí. Důležitá anamnestická data, po kterých je nutno pátrat, jsou úrazy hlavy, mozkové příhody, onemocnění srdce, cukrovka, poruchy metabolismu tuků, stavy po léčených depresích a dalších psychických změnách, výskyt demence či jiné neurologické popř. psychické poruchy u přímých příbuzných a informace o užívaných lécích (některé mohou zhoršovat paměť) (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Při rozvoji příznaků hraje roli také charakteristika premorbidní osobnosti, jak reagoval pacient na zátěž nebo na stres před projevem prvních příznaků choroby. Některé z osobnostních rysů, které mohly být skryty nebo korigovány se mohou stát nápadnějšími. Největší problémy můžeme očekávat u osobností s paranoidními rysy a rysy emoční nestability (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Bohužel není vždycky situace zcela zřetelná a v některých rodinách nepanují ideální vztahy. Vyskytují se i smutné situace, kdy dědicové opravdu mají snahu starého rodiče „odstranit“ do domova důchodců, dostat se k jeho penězům apod. Tehdy informace, že ho rodina chce okrást může být bohužel pravdivá (Kučerová, 2006).



Již při prvotním navazování kontaktu a odebrání sesterské anamnézy je důležité si všimnout si toho, jak pacient mluví. Zda formuluje věty snadno či obtížně, rychle či pomalu, zda hledá slova nebo zda je opakuje, popř. opakuje-li celé věty a nedokáže se posunout v tématu, jestli je možné dalšími otázkami jeho řeč odklonit, zda pacient odpovídá k věci, vybavuje-li z paměti snadno a rychle, nebo jestli se dlouze rozvzpomíná a nezná základní, běžné údaje o své rodině. Sleduje se také to, jestli je řeč rozvláčná, zabíhavá, zda je potřeba některé otázky opakovat, jestli pacient rozumí naším dotazům, jestli je potřeba vysvětlovat některé pojmy. Na vidiny a hlasy je potřeba se většinou cíleně zeptat. Taktickým způsobem by se neměl opomenout ani dotaz ohledně případných sebevražedných myšlenek (Kučerová, 2006).

Je důležité získat maximum informací o pacientovi z předchozího života, na jejich základě navázat kontakt, přizpůsobit se jeho zvykům a potřebám. Cílem naší péče je dobrá kvalita života, docílit toho, aby se cítil pacient dobře po stránce fyzické, psychické, sociální i duchovní. Hlavním zdrojem informací je nejčastěji rodina. Informace můžeme získávat rozhovorem nebo dotazníkem. Důležité je pečlivé zaznamenání všech získaných dat a předání dalším pečujícím osobám. Ovšem ne vždy platí, že vše, co je dobré pro jednoho pacienta, musí vyhovovat i pacientovi druhému. (Jiráček, Holmerová a kol., 2009).

### **2.9.2 Somatické vyšetření**

Struktura vyšetření pacienta je stejná jako každé jiné psychiatrické vyšetření, jen je zde potřeba věnovat větší pozornost paměti, úsudku a dalším příznakům často s demencí spojených, jako je smutek, úzkost, únavnost, špatná soustředěnost, nespavost, točení hlavy či hučení v uších. Nejideálnější je průběh vyšetření takový, že si pacient ani neuvědomuje, že je zrovna vyšetřován. Lidé si rádi popovídají s lékařem. Je tedy dobře, pokud lékař v rámci konverzace nenápadně vede rozhovor takovým směrem, aby zjistil potřebné informace k určení diagnózy (Kučerová, 2006).

### 2.9.3 Orientační vyšetření poznávacích funkcí

U podezření na demenci se testují neurologicko-psychiatrické funkce, které jsou v případě demence narušené: paměť ve všech svých formách, schopnost řeči, tzv. vizuospeciální funkce a praxe – (orientace v prostoru, schopnost obsluhy televize, telefonu, auta, domácí spotřebiče, schopnost naplánovat a vykonat smysluplnou aktivitu). Dále se sledují poznávací funkce a tzv. frontální exekutivní, neboli výkonné funkce (plánování a dokončení úkolu, zvládnutí zaměstnání, jakékoli změny chování a osobnosti – agrese či apatie) (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009). Důležitá je informace, zda si pacient uvědomuje své postižení. U lidí, kteří trpí demencí je častá nozognozie (neuvědomění si své poruchy) (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Ke zhodnocení jednotlivých složek kognitivních funkcí se používají různé testy a provádí je s pacientem psycholog, neurolog nebo psychiatr. Ačkoli rozhodně sám o sobě test diagnózu neurčuje, bez těchto testů nejde zcela určit diagnózu postižení. Mnohdy jsou testy pro pacienty stresující, proto by měl být pacient předem na vyšetření připraven a měl by být co nejvíce v klidu. Podrobné informace z předchorobí a o počátečních příznacích nemoci pomohou vybrat co nejvhodnější testy, tím dosáhnout maximální výtěžnosti s minimální zátěží pro pacienta (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Neuropsychologické vyšetření nám přináší objektivní průkaznost deficitů u více kognitivních domén. Můžeme vyjádřit míru postižení funkcí porovnáním s normami (Franková, Vyškovská, 2010).

Nejužívanějším testem v diagnostice kognitivních poruch je MMSE (Mini-Mental State Examination) zobrazený v příloze 5, který je ovšem jen orientační a k diagnostice každého typu demence není vhodný a u pacientů s premorbidně vysokým intelektem a hodně vysokou mentální kapacitou selhává. Úbytek výkonu u neléčených pacientů v MMSE je zhruba 3 body za rok. Například u FTD dlouho nemusí jeho výsledek zaznamenat žádný odklon od normálu. Poměrně dobře rozlišuje demence alzheimerovského typu od demencí frontotemporálních Addenbrookova kognitivní

baterie, uvedená v příloze 6. V diagnostice FTD lze použít například tzv. Frontotemporal Behavioural Scale (FBS) – příloha 7. V tomto testu, složeného ze čtyř částí se mapují typické příznaky v chování i emoční oblasti (Krombholz, 2011).

Dalšími používanými vyšetřovacími metodami, které uvádí a stručně popisuje Jirák, Holmerová a kol. (2009) jsou: Wechslerova škála paměti, WAB, test řečové plynulosti, testy vizuospeciálních funkcí (prostorová paměť) + konstruktivní apraxie – Bender-Gestaltův test, test kreslení dráhy a Stroopův test.

Wechslerova škála paměti poskytuje podrobné informace o slovní a zrakové paměti; zvláště sleduje okamžité a oddálené vybavení; získává informace o orientaci, logické paměti, zapamatování si dvojice slov a tváří, seznamu slov, zrakové reprodukci, uspořádání písmen a čísel, rozsah čísel a prostoru.

WAB jsou testy řečových funkcí. Sledují spontánní řeč, pojmenování, opakování, porozumění. Ve druhé části testu jsou názorové testy hodnotící čtení, psaní, počítání, vykonání úkolu a doplnění obrazce do logické série.

V testu řečové plynulosti musí pacient vyjmenovat v určitém časovém intervalu co nejvíce slov podle zadání (například, ta která začínají na stejné písmeno, vyjmenovat zvířata, jména apod.). Zde se testuje pohotovost, iniciace, motivace, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť.

Testy vizuospeciálních funkcí, Bender-Gestaltův test, kde se testují se stoupající náročností schopnosti obkreslit obrazce (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Test kreslení dráhy hodnotí schopnost plánování, zrakově-pohybovou koordinaci, zrakové vyhledávání, pozornost, schopnost přizpůsobit se, sleduje i psychomotorické tempo.

Stroopův test je vhodný k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž. U pacientů s demencí hodnotíme i nekognitivní projevy, jako je chování (NPI), míra deprese (Hamiltonova škála), stupeň celkové integrity (škála ADL – aktivity denního života).

Klinické rozdíly mezi frontotemporální demencí a Alzheimerovou nemocí popisuje tabulka zobrazená v příloze 8 (Bartoš, Hasalíková, 2010).

#### **2.9.4 Diagnostické metody**

Nejprve je žádoucí, aby FTD byla odlišena od ostatních demencí. Podkladem, který hraje důležitou roli v diagnostické rozvaze, je anamnéza. Patologickoanatomické změny lokalizujeme u Alzheimerovy choroby zpočátku v oblasti hipokampu, temporálních, nebo parietálních laloků. Frontotemporální demenci naopak doprovází nejprve proměna osobnosti nemocného a až poté změny chování. Poměrně brzy se mění i eticko-estetické schéma hodnot pacienta. Také dochází ke změnám afektivity s poměrně časnou přítomností patických nálad. Co se týká patologickoanatomické lokalizace změn z vyšetření CT mozku, popř. MRI mozku, jsou nejprve postiženy frontální a přední temporální oblasti (Lužný, 2012).

U diagnostiky Pickovy choroby samotný klinický nález nestačí. Cesta za výsledky ze strany lékaře vyžaduje vynaložení mnoho úsilí a je na něm, kam směřuje svá vyšetření a jakou cestu zvolí. Nezbytné je vyšetření psychologem se zaměřením na frontální laloky (posouzení pozornosti, myšlení, řešení a plánování, abstraktní myšlení), vyšetření psychiatrem, který se zaměřuje na projevy osobnosti a další běžná laboratorní vyšetření, speciální rentgenové vyšetření, popřípadě další vyšetření zvolená lékařem (Halová, 2010).

Robinson (2015) uvádí, že s jistotou lze určit diagnózu Pickovy choroby až při pitvě mozku.

#### **2.9.5 Základní vyšetření při podezření na kognitivní poruchu**

U osob, u nichž se objevilo podezření na poruchu kognitivních funkcí nebo demenci, se provádí vyšetření laboratorních parametrů, kardiopulmonálního systému, popř. vyšetření dalašími pomocnými metodami, protože odchylky od normálu mohou mít také vliv na kognitivní poruchu. Pacienta spolu s výsledky základních vyšetření a s osobní a farmakologickou anamnézou vyšetřují další odborníci – neurolog,

psycholog, geriatr. Možností je i odeslat pacienta do kontaktního místa České Alzheimerovské společnosti (Bartoš, Hasalíková, 2011).

Základní laboratorní vyšetření jsou: FW, CRP, KO, biochemické vyšetření (glykemie, hladina vit. B12 v krvi, ionty - vápník, osmolarita, urea, kreatinin, jaterní testy, albumin – metabolické choroby, rozvrat malnutrice), hormony štítnice – TSH, fT4 (hypothyreóza) (Bartoš, Hasalíková, 2010).

### *Zobrazovací metody*

Podle současných doporučených diagnostických postupů je základním zobrazovacím vyšetřením CT mozku. Ještě lepší vypovídající hodnotu má MR. Včasné změny v činnosti mozku může odhalit tzv. kombinované vyšetření - společná aplikace PET a CT (Jirák et al., 2013).

CT mozku poskytuje velmi přesné vrstvené zobrazení mozku. CT může zobrazit různé afekce, které se projevují kognitivní poruchou – vaskulární změny, subdurální hematom, hydrocefalus, tumor. MR mozku zpřesňuje diagnostiku demence. Toto vyšetření je schopné identifikovat jiné příčiny demence (potencionálně léčitelné). MR určuje cévní změny mozku. Alzheimerova demence se projevuje v obraze MR atrofií mozku či jeho částí a posuzujeme míru úbytku mozkové tkáně na pěti strukturách – celý mozek, mozkové komory, hipokampus, entorinální kůra a amygdala (Bartoš, Hasalíková, 2010).

SPECT a PET podávají informace o metabolické aktivitě neuronů, krevního průtoku mozkiem, o přítomnosti a aktivitě přenašečů vzruchů – neurotransmiterů. Toto vyšetření není ve většině případů nezbytné, ale používá se v případech, kdy není diagnóza evidentní, nebo kde jsou podezření u některé oblasti mozku na chronickou hypoperfúzi (snížené prokrvení), popřípadě pro některé metabolické poruchy mozku. SPECT vyšetření má určitou roli při odlišení Alzheimerovy demence od demence vaskulární nebo FTD. Na FTD poukazuje hypoperfuze, která se vyskytuje v obou předních částech mozku. Přesnější vyšetření PET mozku se v ČR k diagnostice demencí užívá jen zřídka. Na změnu mozkové aktivity ve smyslu zpomalení upozorňuje EEG. Toto zpomalení může být difuzní či ložiskové (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

### **2.9.6 Seznámení pacienta s diagnózou**

Každý pacient by měl být o své diagnóze informován. Diagnóza demence nepředstavuje žádnou výjimku. Ačkoli pacient mnohdy svému stavu nerozumí, šetrné předání informací může paradoxně přinést určitou úlevu a může přispět i ke zlepšení vztahů a posílení důvěry nejen v rámci rodiny, ale také se zdravotníky. Je samozřejmě lepší dozvědět se diagnózu od lékaře, než např. z příbalového letáku podávaného léku. Je velmi důležité, aby pacient podávaným informacím o své diagnóze dostatečně rozuměl. Sdělení diagnózy je pro pacienta závažnou událostí, proto je zapotřebí věnovat pacientovi dostatek času, poskytnout potřebnou oporu a nabídnout další pomoc. Je-li pacient schopen rozhodnutí o sdělování diagnózy dalším osobám, měla by mu být tato možno umožněna. Na druhé straně by sdělení diagnózy nemělo být pacientům vnucováno, někteří pacienti tyto skutečnosti buď nechtějí vědět, nebo již toho nejsou v souvislosti s progresí onemocnění schopni. Proto Evropská asociace Alzheimerových společností klade důraz na důležitost včasného odhalení onemocnění, které vede k demenci. Vyrovnaní se s diagnózou může probíhat ve fázích obdobných jako u jiných závažných onemocnění podle Elizabeth Kübler-Rossové. Pacient by měl mít prostor k průchodu emocí, k truchlení nebo k možnosti vyhledání dalších stejně či podobně postižených. Měla by mu být nabídnuta schůzka s psychologem k nalezení strategie, jak se s touto situací vyrovnat (Holmerová, Jarolímová et al., 2009).

### **2.10 Sebepojetí nemocného pacienta s demencí**

Lidé v lehkém stádiu demence své pocity popisují s velikou lítostí. Je pro ně velice těžké být svědkem svého vlastního úpadku. S postupem nemoci narůstají pocity osamělosti, izolace a samoty. Najít společnou řeč v těžkých stádiích demence je pro pečující tou nejlepší odměnou a velkým oceněním námahy při jejím hledání. Prožívání nemocného je orientované na „tady a teď“. Velice pacienta ovlivňují reakce jeho okolí.

Nepochopení nebo okřiknutí může mít za následek „stažení se do sebe“ (Bartoš, Hasalíková, 2010).

Pacientům s demencí je pro ztrátu schopnosti orientace okolní svět zdravých lidí nesrozumitelný. Nedokáží předměty, situace a osoby zařazovat do širšího kontextu ani vyřešit ty nejběžnější každodenní situace (Plch, 2013).

#### *Vlastní zkušenost s Alzheimerovou chorobou popisovaná pacientkou*

Brydenová (2013) ve své autobiografické knize popisuje svou vlastní zkušenost s diagnózou Alzheimerovy choroby. Líčí pocity, obavy i své naděje od prvních příznaků a rozvoje nemoci, popisuje, jak se s nemocí vypořádává, způsob jakým se snaží udržovat mozek v činnosti, svou cestu k víře a v neposlední řadě oceňuje obrovskou oporu, kterou má ve svých blízkých. Velice úspěšné, pracovité a zaměstnané ženě, matce samoživitelce je diagnostikována tato zákeřná choroba v pouhých čtyřiceti letech. V tu dobu zastává stresující zaměstnání v úřadu australského premiéra. Diagnóza Alzheimerovy choroby ji zaskočí o to více, že bývá spojována většinou se seniory. Žena, která se vždycky mohla chlubit vynikající pamětí a intelektem, se nyní potýká se strachem, úzkostí a otázkami: „jak rychle jí mozková hmota bude ubývat, kdy začne bloudit při cestě domů, jak se její 3 dcery budou vyrovnávat s její očekávanou smrtí...“ Velkou roli v autorčině boji s nemocí hraje víra, modlitby a komunikace s Bohem. Víra ji pomáhá překonávat překážky a stává se pro ni opěrným bodem. Za velice důležité v boji s demencí považuje autorka „mozkový tělocvik“. Mozek udržuje v činnosti čtením knih (píše si i základní informace o hrdinech, dějišti a zápletkách, aby v případě zapomenutí děje lépe navazovala na příběh). Dále autorka poukazuje na lék Tacrin, který vnímá jako svou životní nutnost a díky němuž má pocit, že je schopná „držet krok s ostatními“, rozumět řeči ostatních a pomáhá ji ve snaze odpovídat na otázky (tacrin je lék, který zvyšuje hladinu acetylcholinu na nervových spojích a pomáhá udržet mozkovým buňkám alespoň minimální funkčnost). Pokud si lék nevezme, cítí se zpomalená, zmatená, neklidná a vyčerpaná, nerozumí okolnímu dění a „vypíná“ - kouká prázdným pohledem a nechápe, co se děje. Další životní nezbytností je krabička na tabletky, která zapípáním upozorňuje na nutnost vzít si tabletu. Každé

ráno rutinně vkládá tabletky do příhrádek a nastavuje časový spínač. Je důležité, aby tato rutina nebyla ničím narušena. Pípání musí být dostatečně zřetelné a dlouhé, aby krabičku našla. Někdy se stane, že tabletky v krabičce nejsou, protože je tam nedala. I když se sluchem nemá problémy a soustředěně se snaží pípání odhalit, tak problém vězí v nedostatečné schopnosti filtrovat zvuky okolního prostředí a má potíže porozumět tomu, odkud přichází zvuk. Někdy nezachytí první dvě slova při komunikaci a zbytek věty jí již nedává smysl. Velice důležitý je pro ni diář, kde má pečlivě zapsané běžné úkony na týden dopředu. Rutina je pro autorku životně důležitá. Má propracované své každodenní úkoly i jasně určená místa pro ukládání jednotlivých věcí. Uvažuje o snaze vůbec mluvit, protože to vždycky dopadá nevalně a mnozí se smějí tomu, co řekla. Když píše (i když pomalu a pečlivě), pár písmen jí v textu chybí, písmena mají nezvyklé tvary a výsledek je poněkud nečitelný. Únava přichází velmi snadno. Jelikož si připadá bombardována mnoha nejrůznějšími podněty, pronesení prosté věty vyžaduje z její strany obrovské úsilí. Mluví velmi pomalu, uprostřed věty se zadržává. Uvažuje nad tím, jak by si asi vedla nyní, kdyby neoplývala před nástupem choroby takovou úrovní verbálních schopností.

## **2.11 Léčba**

„Léčba demencí by měla být komplexní a měla by být konzultována v multidisciplinárním týmu. Kromě léčby farmakologické by se měla uplatnit integrující a následně aktivační terapie a trénink kognitivních funkcí“ (Hátlová, Suchá, 2005, s. 27).

K léčbě Alzheimerovy demence jsou určena kognitiva, které mají za cíl do určité míry zlepšení a zpomalení zhoršování příznaků demence, ovšem příčinu nejsou schopny odstranit. Hlavní složkou péče o postižené demencí by mělo být zajišťování co možná nejlepší kvality života, spokojenosti a pohody (Franková, Vyškovská, 2010).

Pro celou skupinu frontotemporálních demencí je terapeutické ovlivnění zatím jen velmi omezené. Určitý úspěch je zaznamenán u podávání atypických neuroleptik



(snižují napětí nervových tkání) a antidepresiv. Antidepresiva III. generace (SSRI) se podávají ve vyšším dávkování a slouží k ovlivnění poruch nálady, nestálosti, neklidu, agresivity a kompulzivity (Rusina, 2010). K ovlivnění poruchy chování Krombholz (2011) uvádí vliv atypických antipsychotik – risperidon, olanzapin, quetiapin, aripiprazol. Dále Krombholz zmiňuje studie prokazující vliv thymoprofylaktik - valproát, které také příznivě ovlivňují chování – především naléhavost, perseveraci a stereotypii. Podle Halové (2010) se léky z oblasti inhibitorů (s tlumivými účinky) doposud neosvědčily. Raboch, Pavlovský a kol. (2012) uvádějí, že určitý význam má i užití extraktů z Ginko biloba, která je silný antioxidant a zlepšuje paměť.

Na Pickovu chorobu dosud neexistuje žádný speciální lék. Léčba je zaměřena na zlepšení chování, uvolnění nálady a zmírnění dalších příznaků, např. logoped může pomoci nemocnému zlepšit schopnost komunikovat (Barrett., 2014).

Je nezbytné přistupovat k léčbě s vědomím, že tato léčba je neodkladná, komplexní a dlouhodobá. Dva kroky léčby, které spolu velice souvisí, jsou léčba behaviorální a farmakologická. Postupy léčby se kombinují individuálně tak, aby vyhovovaly pacientovým požadavkům. Behaviorální léčba zahrnuje pět oblastí: životní styl, fyzickou aktivitu, psychickou aktivitu, optimalizaci sensorických funkcí a péči o výživu (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Lužný (2012) poukazuje na svízelnost terapie frontotemporálních demencí. Kognitiva u tohoto typu demencí nejen selhávají a paradoxně mohou vést i k zhoršení chování. Jako doporučenou skupinu farmak uvádí serotoninergní antidepresiva nebo trazodon, při kterých může dojít ke zmírnění behaviorálních poruch.

V léčbě má velký význam pravidelný režim, rodinné zázemí nemocného, život v domácím prostředí co možná nejdéle a vhodná aktivace v průběhu dne (Hátlová, Suchá, 2005).

Denní fyzické cvičení pomáhá maximalizovat tělo i mysl. Pokud je to vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu možné, doporučuje se alespoň 20ti minutová procházka svižným tempem. Vhodné jsou hádanky, hry, čtení, bezpečné koníčky a různá řemesla. Nemocným se nedoporučuje kouřit nejen z hlediska ochrany zdraví, ale i z důvodu bezpečnosti (Barrett, 2014).

Do aktivační terapie podle Hátlové a Suché (2005) patří: kondiční ergoterapie, pet-terapie, reminiscenční terapie, muzikoterapie, taneční terapie, kognitivní rehabilitace a kinezioterapie. Kinezioterapie je cílené působení na psychiku pohybem. Velký význam má i správná motivace. Cílem kondiční ergoterapie je smysluplná činnost, vnímání své důležitosti a sounáležitosti s druhými, náplň volného času a působí jako ventil „k uvolnění nahromaděné energie“. Používají se výtvarné techniky (malba, kresba na různé materiály), textilní techniky (koláže, výroba polštářů, batikování), práce s papírem, práce s přírodními materiály (aranžování květin, používání sušených přírodních materiálů), pečení, vaření, nácvik jemné motoriky (puzzle, stavebnice, navlékání korálek). Pet-terapie je asistovaná psychoterapie za přítomnosti zvířecích miláčků, která má velmi pozitivní účinky na psychiku. Zde je možno použít více způsobů: pravidelné docházení dobrovolníků se zvířaty, trvalé umístění zvířat v instituci, kde se mohou o jejich péči podílet i pacienti. Reminiscenční terapie využívá vzpomínek a jejich vybavování na základě různých podnětů, neboli využití dlouhodobé paměti. Součástí této terapie je hledání co nejlepšího způsobu komunikace. V muzikoterapie můžeme využít zpívání písní za doprovodu, zpívání bez doprovodu nebo jen poslech hudby. Taneční terapie pozitivně působí na emoční, kognitivní, sociální integraci člověka. Kognitivní rehabilitaci je vhodné provádět v menší skupině formou hry (pozor na to, aby trénink nepůsobil na pacienty jako zkoušení) (Hátlová, Suchá, 2005).

V pozdních stádiích bývají pacienti podobně jako u Alzheimerovy choroby, odkázáni na péči okolí. Umírají často v důsledku interkurentních chorob nebo úrazů (Jiráček, Koukolík, 2004).

Halová (2010) udává časový interval 10 – 15 let, během nichž dochází k terminálnímu stavu.

## 3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

### 3.1 Ošetrovatelský přístup k pacientům se syndromem demence

Z hlediska ošetrovatelské péče patří práce s lidmi, kteří jsou postiženi demencí k těm nejtěžším. Potřeby těchto pacientů se liší podle stupně demence. Sestra by měla mít na paměti, že změna prostředí při příjmu do nemocnice může mít na pacienta negativní vliv, bude si obtížně zvykat a celkový stav se může zhoršit. Péče o demenční pacienty je velice náročná zejména duševně, ale také fyzicky - především pokud se jedná o pacienta, který není schopen udržet čistotu a je nepohyblivý (Kučerová, 2006). Ošetrovatelská péče o demenčního pacienta je komplikovaná a ošetrovatelský personál by měl vědět, že onemocnění nerovnoměrně postihuje všechny tyto složky: schopnost vykonávat běžné denní činnosti, psychické a behaviorální příznaky a kognitivní funkce. Sestra by si měla uvědomit, že nejdůležitější pro efektivní ošetrovatelskou péči je komunikace. Správná komunikace mezi ošetrovatelským personálem a pacientem by měla být věcná a srozumitelná (Petr, Marková a kol., 2014).

Vzhledem k faktu, že demence progreduje v čase, probíhá v několika stádiích s ohledem na stupeň postižení kognitivních funkcí, je nutné, aby sestra přizpůsobila péči aktuálnímu stavu pacienta. V počátečních stádiích se pacienti s demencí obtížně orientují v novém prostředí a mají problémy s přizpůsobením se. Sestra by měla rozlišit příznaky a progresi u nejběžnějších typů demence a zvolit adekvátní ošetrovatelskou strategii. Každé zhoršení psychického stavu pacienta je potřeba evidovat a zaznamenávat, protože pokud dojde k náhlému zhoršení kognitivních funkcí, může to být známka nějakého somatického onemocnění. V případě, že léčba tohoto onemocnění není včas započata, může dojít k rozvoji deliria (Petr, Marková a kol., 2014).

Základem dobrého vztahu k nemocným je především postoj pečujících a ošetřujících osob. Dobré přijetí je předpokladem toho, že se pacient cítí dobře. Musíme člověka vidět celistvého, nikoli jen diagnózu (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Úkolem sestry je správné hodnocení bolesti, sledování pitného režimu pacienta, příjmu potravy, užívání léků, dohled nad dodržováním léčebného režimu a zajištění dostatečné hygienické péče. Velice důležitá je adekvátní rehabilitace k udržení kloubní hybnosti a prevenci kontraktur a aktivizace pacienta, přiměřená jeho schopnostem (nácvik sedu, přesuny, chůze), která má za cíl udržení schopností zvládat základní denní činnosti, nikoli vykonávat tyto činnosti za pacienta. Programované aktivity, zaměřené na zachování soběstačnosti by měly vytvářet pravidelný denní harmonogram. Pochybení, které se nezdá vyskytuje v ošetrovatelské péči je automatické používání inkontinentních pomůcek a přisouzení diagnózy inkontinence a přitom může být problém pouze v neschopnosti pacienta najít toaletu. Sestra by měla sledovat skutečný stav pacienta a průběžně se dotazovat na jeho potřeby. V rámci ošetrovatelských diagnóz by také sestra měla včas identifikovat riziko pádu, předcházet možným nežádoucím událostem a průběžně do péče zařazovat vhodná preventivní opatření. V současné době je doporučovaná i práce s konceptem bazální stimulace, která se snaží najít cestu k navázání kontaktu s pacientem a formou autostimulace nám pacient ukazuje, co se mu líbí, co je mu příjemné. Desatero bazální stimulace je uvedeno v příloze 9. Bazální stimulace pacientovi poskytuje oporu, zachovává důstojnost, komfort a kvalitu života (Petr, Marková a kol., 2014).

Na pacientovu krátkodobou paměť by sestra neměla moc spoléhat. Běžné úkony na krátkodobé paměti závisí a proto je zapotřebí pomáhat nemocnému při běžných činnostech, kontrolovat jeho bezpečí a vést ho k jednotlivým krokům v těchto činnostech. Nemocný by neměl být kárán za své nedostatky. Je zapotřebí důslednost a trpělivé opakování. Velice důležité pro pacienta je dodržování denního programu, což přináší nemocnému jistotu a možnost se zorientovat. Využíváme-li dlouhodobé paměti a pacienta vyzíváme k vyprávění o minulosti, vrátíme se k člověku bez demence. Navodíme tím dobrou atmosféru, nemocný vzpomíná na své dovednosti a cítí se lépe (Venglářová, Mahrová, 2006).

Počáteční stadia demence provázejí často deprese a úzkost. Pacient je smutný, nešťastný, stáhne se do sebe, jeho reakce i myšlenky mohou být ještě pomalejší a může se zhoršovat i soběstačnost. Nemocnému by se měla projevovat podpora. O těchto stavech,

zejména pokud trvají delší dobu, by si sestra měla promluvit s lékařem nebo psychiatrem a počítat s tím, že i při nasazení léčby příznaky ustupují až po několika týdnech (Na pomoc pečujícím, 2014). U pacientů s těžkou kognitivní poruchou, kteří jsou často trvale upoutáni na lůžko a jsou plně závislí na ošetrovatelské péči, je zapotřebí především to, aby sestry a další ošetrovatelský personál byly laskaví, trpěliví a empatictí. S ohledem na omezené komunikační schopnosti pacienta je nutné, aby sestra pozorovala změny v chování a nonverbální projevy. Ke změnám v chování, jako jsou neklid, agresivita či agitovanost, mohou vést somatické obtíže, bolest, nebo další příčiny – hlad, žízeň, těsné oblečení. Přes veškeré limity v komunikaci by měla sestra dbát na to, aby s pacientem komunikovala, aby byl pacient informovaný o tom, co s ním právě dělá a co se dít bude. Se správným přístupem k pacientovi lze snížit riziko agresivního chování. V případě, že se agrese vyskytne, měl by se personál snažit odhalit vyvolávající příčinu a popřípadě možnosti, které jsou účinné ke zklidnění pacienta a takovými postupy a preventivními opatřeními obeznámit celý zdravotnický tým. Taková situace lze ošetřit vytvořením možného tzv. krizového plánu, což znamená písemně zpracovat individuální postup u rizikových situací, které lze u pacienta předpokládat a které mohou v souvislosti s poskytovanou péčí nastat (Petr, Marková a kol., 2014).

Svět pacientů s demencí je sestram často nesrozumitelný a jejich reakce nepředvídatelné. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty patří k nejnáročnějším. Předcházet konfliktům a nedorozuměním lze respektováním tempa pacientů, zajištěním srozumitelného a bezpečného prostředí. Sestra a ostatní ošetrovatelský personál by měly mít na paměti, že každý z pacientů se syndromem demence, má svůj životní příběh a je potřeba respektovat je takové, jací jsou i nyní, podporovat je a zachovávat jejich důstojnost (Petr, Marková a kol., 2014).

### 3.2 Komunikace

Vhodná a neustálá komunikace může zajistit pečovateli i nemocnému lepší kvalitu života. Pokud někdo trpí progresivní demencí, tak pravidelná a oboustranná komunikace, jak verbální, tak i neverbální pomůže rozpoznat potřeby nemocného a zůstat si vzájemně blízcí. Onemocnění se postupně zhoršuje a na blízkých a ošetřujících osobách bude stále více zodpovědnosti, co se týká iniciování komunikace, posuzování potřeb nemocného a především celkové péče o něj. Nemocný bude stále více komunikovat spíše než slovy, tím co dělá, jak se chová a na ošetřující osobě je porozumět mu. Čím lépe ošetřující zná nemocného, tím snadněji může posoudit, co potřebuje i při stále méně používané verbální a více neverbální. Čím lépe budeme rozumět pocitům a potřebám nemocného, tím bude snazší péče o něj (Glennner a kol., 2012).

Pacient trpící demencí, potřebuje ujišťování, že mu člověk přichází pomoci. Je nezbytné respektovat lidskou důstojnost pacienta. Mnohdy stačí úsměv nebo jiný pokyn a pacient se pak cítí lépe. V opačném případě, kdy je pacient přehlížen, je kolem něj velký ruch, hodně lidí, spěch – může reagovat negativně neklidem, agresivitou nebo křikem. Pacienta je třeba brát takového, jaký je, zacházet s ním jako s ostatními lidskými bytostmi. Vhodné je přizpůsobit se pacientovým individuálním možnostem a potřebám, jeho osobnost přijmout se všemi lidskými aspekty přesto, že ji demence hodně změnila (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Péče o pacienty, kteří mají poruchu intelektu, klade velké nároky na trpělivost a takt. Přístup sestry k nemocnému může být vzorem pro členy pacientovy rodiny. Chybě, které je dobré se vyvarovat v přístupu k pacientovi s demencí, je apelovat na něj, aby se více snažil. Na pacienta působí rušivě mnoho podnětů najednou, také spěchem se může situace spíše komplikovat (Venglářová, Mahrová, 2006).

„I dementní lidé mohou být schopni vývoje a rehabilitace. Největším problémem v každodenním životě jsou „utíkači“, agresivní nebo křičící pacienti a ti, kteří stále něco odmontovávají, rozmísťují, nebo si svlékají šaty. Přehlížet nelze ani „tiché“ pacienty, kteří se stahují do ústraní, nejedí nebo nepijí. Lidem s demencí bývá obtížné rozumět,

někdy používají jinou řeč nebo obrázky, které mají něco vyjádřit, vypráví básničky a příběhy. Tito pacienti špatně snášejí všechny druhy stresu, již odeslání do nemocnice je pro ně maximální zátěží (Schuler, Oster, 2010, str. 77).“

V příloze 10 je uvedeno desatero komunikace s pacienty se syndromem demence, které vypracovala Národní rada zdravotně postižených ČR za účelem pomoci zdravotníkům při komunikaci s lidmi s různými postiženími.

### **3.3 Přístup k pacientům s jednotlivými typy demence**

U jednotlivých typů demence se liší jak příčina demence, její projevy a měl by se lišit i přístup k pacientům. Jsou různé způsoby, jak s pacienty s demencí komunikovat. Norská klinická psycholožka Reidun Ingebretsen popsala tři typy chování: máma, táta a kouč, které přiřadila k jednotlivým typům demence (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Chování typu „máma“ přiřazuje Ingebretsen k Alzheimerově chorobě. „Pacienta je třeba přijímat a podporovat, laskavě ho provázet životem a jednotlivými jeho úskalími, na každém kroku vyjadřovat pochopení a snahu pomoci. Ani tato vstřícnost však nemůže být bezbřehá, a proto je třeba nastavit určité rituály dohodnutá pravidla, která budou obě strany respektovat, ale na druhou stranu bude pečující chápat, že jejich porušení plyne z povahy onemocnění“ (Jirák, Holmerová a kol., 2009, str. 109).

Ke skupinám frontotemporálních poruch do nichž řadíme Pickovu chorobu je přiřazováno „chování typu „táta“ – v popředí těchto onemocnění jsou zejména poruchy chování, zatímco kognitivní funkce zůstávají po dlouhou dobu relativně zachovány. Pacientovi je možné určité věci vysvětlit a předpokládat, že je bude chápat, nicméně často nebude motivován je přijmout a řídit se jimi. Proto je mnohdy vhodný ráznější a důraznější přístup, který však nesmí přerůst v hrubost či aroganci - to je nutné zdůraznit“ (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 109-110).

Chování typu „kouč“ se týká vaskulární demence, kdy bývá u pacientů s touto demencí v popředí nejistota a větší sklon k depresím. Proto je zde na místě častá motivace, chvála, pozitivní zpětná vazba i při sebemenším úspěchu a stálá podpora.

Toto schéma tří přístupů je potřeba nebrat doslovně, ale je určitě dobrým připomenutím potřeby diferencovaného přístupu k nemocným s různou formou demence (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

### **3.4 Respektování osobnosti nemocného**

Informace, které získáváme, jsou například o pacientově oblíbené knize, oblíbené hudbě, způsobu života, rituálech a zvycích atd. Podle nonverbálního výrazu pacienta můžeme soudit, zda při konání určité činnosti s ním, jsme udělali dobře. Stále je potřeba zjišťovat, co pacientovi vyhovuje, co si přeje. Často se stává, že pacient nerozumí, nebo nedokáže srozumitelně odpovědět. Poté je vhodné sledovat pacienta, jeho chování v určitých situacích a jeho reakce. Pozorovat co si vybere. V případě pacientova neklidu, který může znamenat to, že něco hledá nebo si něco přeje. Také je potřeba pátrat po případné bolesti nebo jiné příčině neklidu, jako chybě v přístupu, prostředí apod. Velký důraz by měl být kladen na sledování nonverbálních signálů pacienta (Jirák, Holmerová a kol., 2009).

Pacient trpící demencí potřebuje ocenění, potřebuje mít stále vlastní hodnotu. Měli bychom být vždy zdvořilí. Pacienta není vhodné nijak kritizovat, poukazovat na nedostatky – mohl by se cítit zahanben a reagovat agresí. I když může pacient mít potíže s pochopením obsahu našeho verbálního sdělení, většinou chápe velice dobře tón sdělení i atmosféru, ve které vše probíhá. Neměli bychom na něj nikterak naléhat. Vhodné je vyhýbat se situacím, kde by mohl nemocný selhávat. Ošetřovatelský personál by se měl snažit ho povzbuzovat a to i v případech, že není schopen nám odpovědět na otázky například tím, že to není podstatné, nebo že si řešení najdeme sami. Velkou roli hraje i podpora paměti s využitím řady pomůcek. Komunikace by měla být co nejjednodušší a věcná, nenechávat pacienta vybírat mezi více možnostmi. Pacient by nám měl vidět do obličeje a měli bychom dbát na správnou výslovnost, pomalejší tempo a přiměřenou hlasitost. Pokud nemocnému opravujeme nesprávné výrazy, zvyšujeme



jen jeho pocit neschopnosti a beznaděje. Je-li to možné, měli bychom ignorovat jeho nevhodné chování (Venglářová, Mahrová, 2006).

### **3.5 Jak zvládat problémové chování**

Na standartních zdravotnických odděleních mají často zdravotníci problém s akceptováním zvláštností projevů základního onemocnění pacientů s demencí. S ohledem na velké množství své práce sestry považují péči o člověka s demencí za zatěžující. Pacienti neakceptují vyslovená doporučení, což narušuje běžný chod oddělení (Marková, 2012).

Je nutné mít na paměti, že člověka s demencí nelze nijak přimět chovat se „normálně“. Je však často možné zvládat problémové chování tak, aby s ním bylo možno lépe žít. Prostě nejde dělat víc, než co je v našich silách. Někdy je jednodušší s určitým problémovým chováním žít, než se pustit do boje s ním. Očekávání musí odpovídat míře postižení a soustředit se na oblasti, kde lze dosáhnout úspěchů. Každý by respektovat to, že v mozku člověka s demencí proběhly změny, které nelze zvrátit. Nejedná se o žádné „druhé dětství“, ale o chování na základě nemoci (Glennner a kol., 2012).

Mělo by se zhodnotit, zda problém, který sestra řeší, je opravdu skutečným problémem (řešit by se měly opravdu podstatné věci). Při hledání příčiny problému a při sledování spojitostí výskytu problému ošetřovatel sleduje, zda se objevují v přítomnosti konkrétních osob, v určitém prostředí, v určitou dobu. O problému je dobré několik dní přemýšlet a popřípadě požádat o názor další zúčastněné, rodinu. V některých případech není možné podstatu problému odhalit a zde je na místě zkoušet postupně různá řešení (Glennner a kol., 2012).

### 3.6 Smyslová aktivizace pacientů s demencí

Aktivovat znamená uvést do pohybu či činnosti, zintenzivnění působení něčeho, dopomoci něčemu k vyšší účinnosti. Smyslová aktivizace lze chápat jako uvedení v pohyb za pomoci veškerých smyslů. Očekávaný výsledek této aktivizace je vytvoření komplexní činnostnosti (motorické, kognitivní, verbální) (Wehner, Schwinghammer, 2013).

„Využitím smyslové aktivizace se impulzy ze smyslových orgánů nervovými drahami přivedou do mozku. Tam se uspořádají, uloží a připojí k předchozím získaným informacím. Právě u klientů s demencí představuje využití smyslové aktivizace novou možnost, jak poznat využitelné zdroje možné obnovy, jak je podchytit a použít. Přitom se posílí i schopnosti ještě přítomné, ale ladem ležící, trénuje se schopnost vyrovnat se s běžnými každodenními úkony (činnostmi), umožní se vyvolat příhody, představy a emocionální dojmy, a tak se zase povzbudí možnost najít pozapomenutá slova. Člověk s demencí tak (zase) dostává možnost komunikace – a to komunikace komplexní, všemi smysly a systémy“ (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 11-12). Tímto komunikačním tréninkem se uchovávají velice důležité sociální kontakty a má velký vliv na kvalitu života.

Aktivitu volíme co nejcitlivěji s ohledem na stupeň postižení, především tak, aby nemocného pokud možno těšily. Snažíme se přistupovat k pacientům individuálně s ohledem na jeho zájmy, osobnost nebo hodnoty. Důležitá je podpora a pochvala v provádění běžných denních činností – hygiena, jídlo, oblékání. Podceňování, ale i přeceňování mohou vést k problémovému chování, rozvoji úzkosti nebo deprese (Franková, Vyškovská, 2010).

Krátkodobá smyslová aktivizace během obvyklého ošetrovatelského dne má za cíl pocit pohody. Je potřeba brát v úvahu a používat čtyři základní pilíře: dotyk, sblížení, komunikace a pozornost. Dotyk by měl být citlivý, srdcem a duší. Sblížení je myšleno emočním sblížením, vědomý pocit blízkosti danému člověku. V rámci třetího pilíře: komunikace, je vhodné své jednání doprovázet slovy a věnovat se i neverbální stránce komunikace. Obě komunikační úrovně lze používat, i pokud již postižený není sám

schopen verbální komunikace. V rámci pozornosti bychom měli aktivně naslouchat, dodržovat kontakt z očí do očí a vnímat vzájemnou interakci (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Body, kterým bychom se při práci s dementními pacienty v rámci krátkodobé aktivizace měli věnovat pozornost je používání důvěrně známých předmětů – z domácnosti, rodiny, dětství. Další z bodů, které autoři uvádějí je pravidelnost, jednotka aktivizace (plně postačí 15 minut), ponechání dostateku času k odpovědi, k vyjádření pocitů, pro vyprávění. Raději by se sestra měla vyvarovat určitým tématům – válka, hlad a podobné a respektovat biografii klienta. V prvním a druhém stupni demence je klient schopen pracovat ve skupině, ale na hraně druhého a třetího stupně již je potřeba pracovat s jednotlivcem, protože ve velkých skupinách se cítí pacient ztracen. Sestra by si měla dát pozor, aby pacienta nepřetěžovala nadměrnými požadavky, ale naopak u jasně orientovaných pacientů na nedostatečné zatížení (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Speciální pomoci v orientaci jsou štítky na dveřích pokojů se jmény a fotografiemi obyvatel pokoje, štítky na dveřích - srozumitelný symbol. Uvádí celou řadu dalších aktivizací, například vypracování životopisu od rodinných příslušníků (a stále doplňovat – fotografie, poprosit rodinné příslušníky, aby založily album fotografií (Wehner, Schwinghammer, 2013).

V dnešní době, kdy je medicína založena na důkazech, tedy na postupech dostatečně podložených pozitivními výsledky v rozsáhlých kontrolovaných studiích, je hodnocení psychoterapeutických technik komplikovanější více než u farmak. Kognitivně stimulační terapie je jedinou technikou, jejíž efekt byl ověřen rozsáhlými studii. Tato kognitivně stimulační terapie se stala základem pro aktivační terapii s názvem Program Mates. Ačkoli většinou nevedou ke zlepšení kognitivních funkcí, tak jejich efekt je jakýsi ochranný faktor problémovému chování, lepšímu sociálnímu začlenění a k větší spokojenosti nemocných i pečujících. Přístup by měl být zachován ke každému klientovi - individuální, lidský, s úctou (Franková, Vyškovská, 2010).

Program Mates je rozčleněn do čtyř fází:

- Vytvoření týmu terapeutů a jejich edukace
- Rozvrh programu, příprava pomůcek a materiálů
- Tvorba skupiny a sběr dat o účastnících, spolupráce s rodinou
- Vlastní práce podle programu Mates

(Franková, Vyškovská, 2010, s. 7)

„Program Mates je cílený na člověka jako na jedinečnou bytost, ne na příznaky demence“ (Franková, Vyškovská, 2010, s. 8)

Program Mates se zaměřuje především na zachovalé schopnosti s jejich co největším využitím a rozvojem. Hlavním cílem programu je zlepšit kvalitu života a radost z příjemně strávených chvil. V komplexní péči o seniory s demencí je Mates jen součástí této péče a je vhodné ho doplňovat i dalšími aktivitami – tělesná cvičení, ruční práce, tanec apod. (Franková, Vyškovská, 2010).

### **3.7 Úskalí ošetrovatelské péče o pacienta s demencí**

Konkrétnímu stavu demence by měl odpovídat způsob komplexní péče, kterou sestra a ošetrovatelský personál provádí s ohledem na duševní i fyzický stav nemocného. Neexistuje žádný univerzální návod, jak se o tyto pacienty starat. Nejde jen o klasickou ošetrovatelskou péči, ale i o prostý lidský přístup, schopnost empatie. Je potřeba získat co nejvíce informací o pacientově minulosti, jaké měl koníčky, co měl a naopak co neměl rád, popřípadě jaké dramatické situace prožil. (Marková, 2012).

Při poskytování komplexní péče hraje roli odborné vzdělávání zdravotníků, zlepšování jejich dovedností, schopnost ošetrovatelského personálu samostatně vyhodnocovat danou situaci. Je potřeba průběžné sledování a zaznamenávání změn stavu pacienta sestrou, vědět jakou má léčebnou terapii i znalost vedlejších účinků léků. Důležitá je i schopnost předávání si vzájemně informací mezi ošetrovatelským personálem, který obstarává přímou obslužnou péči. Tato oblast zahrnuje především

dbaní na hygienu, preventivní opatření před vznikem dekubitů, zajištění dostatečné hydratace a výživy, prevence pádů a úrazů. Pacienti mívají často kůži suchou a proto je potřeba včasná a správná péče o pokožku a udržování její optimální vlhkosti. Pokožka by se měla omývat vlažnou vodou, měla by být promašťována a ošetrovatelský personál by se měl snažit nepoužívat agresivní mýdla nebo taková, která pokožku vysušují. Přes veškerou snahu o dodržování zásad prevence se setkáváme s různými rankami a defekty, ke kterým někdy dochází následkem úrazu a může se objevit i počáteční stupeň dekubitu. Jindy jsou pacienti přijímáni s defekty již z domova nebo jiného zdravotnického či sociálního zařízení. Velkým problémem je přimět pacienta ke spolupráci, aby ke zhojení defektu došlo co nejrychleji a bylo to pro něj minimálně zatěžující. Komunikace sestry s pacientem hraje zásadní roli, snaha o získání pacienta alespoň k minimální spolupráci (Marková, 2012).

#### *Předcházení zbytečné nesoběstačnosti*

O zbytečné nesoběstačnosti hovoříme tehdy, pokud postižení navenek působí větší, než je tomu ve skutečnosti. Zbytečná nesoběstačnost se objevuje, pokud z nějakých důvodů pacient nedělá to, co by ještě byl schopen zvládnout. Důvody proč nastává takováto situace, mohou být ty, že pacient nemá dostatek času k provedení dané činnosti a proto za něj ošetrovatelský personál činnost provede, neboť je to pro pečující stranu jednodušší a rychlejší. Pečující by měli mít na paměti, že pokud pacient postižený demencí nevyužívá své dovednosti, brzy o ně přijde. Sestra by měla tedy této nesoběstačnosti předcházet a dohlížet i na ostatní ošetrovatelský personál (Glenner a kol. 2012).

#### *Péče o vzhled*

Činnosti, které souvisí s péčí o vzhled – česání, nanášení tělového mléka či manikúra, jsou pro pacienta lépe pochopitelné, neboť souvisí s doteky a vyvolávají v něm většinou příjemné pocity. K obtížnějším úkonům patří ústní hygiena – čištění zubů a holení, protože již se jedná o úkony složitější a pokud se pacient nedívá do zrcadla, nevidí co se s ním děje. Čištění zubů je činnost zautomatizovaná, což je pro

dementní pacienti výhoda, ovšem na druhou stranu se jedná o činnost poměrně složitou pro pacienty v těžším stádiu postižení. Ošetrovatelský personál by měl být pacientovi vždy nápomocný. Při provádění hygieny by neměly být v dosahu nebezpečné a zbytečné věci. Nemělo by se zapomínat ani na pravidelnou kontrolu zubní náhrady, jejímu správnému umístění a snažit se předcházet tomu, aby nedošlo k jejímu nepozorovanému vyhození. Při jídle lze pozorným sledováním (vraštění obličeje, žvýkání pouze na jednu stranu úst, ukončení jídla dříve než obvykle) vypožorovat, že pacienta bolí v ústech. Sestra by v tomto případě měla co nejpečlivěji ústa prohlédnout a v případě potřeby zajistit pacientovy návštěvy zubního lékaře (Glennner a kol., 2012).

V případě ztráty schopnosti pacienta rozpoznat, kdy se má dojit vyprázdnit, kde se toaleta nachází nebo to, co má na toaletě zrovna udělat, se doporučuje vytvořit si rozvrh chození na toaletu v rámci každodenních stereotypů, jasně a zřetelně označit dveře, aby tomu pacient rozuměl. Pokud je to možné, lze ponechat dveře na toaletu otevřené, snadněji ji pak najde. Ošetrovatelský personál by měl zabezpečit dveře zevnitř proti zamknutí. V souvislosti s vyprazdňováním je důležité i to, aby se dalo oblečení snadno svléci. Před spaním by měl pacient omezit příjem tekutin. Pokud není záchod lehce dostupný a viditelný, měl by mít pacient na noc u lůžka podložní mísu, močovou lahev nebo toaletní židli (Na pomoc pečujícím, 2014).

Ošetrovatelský personál by měl používat stejná slova jako pacient, pokud mluví o vyprazdňování, měl by si u pacienta všimnout signálů v chování, které naznačuje potřebu vyprázdnit se. Pacient by měl používat takové židle a křesla, že kterých se dokáže snadno zvednout a z cesty na WC by měla sestra dohlédnout na to, aby byly odstraněny překážky, které mohou pacientovi bránit dostat se na WC včas. Měla by být snaha všech ošetřujících o zachování soběstačnosti pacienta při vyprazdňování a kontinence co nejdéle. (Glennner a kol., 2012)

### *Inkontinence*

Pokročilá demence je jednou z příčin inkontinence. Zpočátku se vyskytuje jen občas, později může přerůst ve stav chronický. Nejprve se objevuje inkontinence moči, s odstupem času většinou i inkontinence stolice. Problém s inkontinencí může vyvolávat

v pacientovi pocit studu, trapnosti a může ho omezovat v mnoha činnostech. Péče o pacienta s inkontinencí je z hlediska ošetrovatelství velice náročná a měla by zde být zvýšená míra preventivních opatření před kožními defekty. (Glenner a kol., 2012)

### *Koupání a osobní hygiena*

Sám nemocný často hygienu podceňuje, což je u Pickovy choroby v počátečních stádiích nemoci poměrně častý jev. Někdy pacient necítí potřebu, později nemusí vědět, jak má hygienu provést. Nemocnému je potřeba pomoci a přitom stále mít na paměti, že je důležité respektovat jeho důstojnost. Návyky spojené s mytím by měly co nejvíce zjednodušené a také zařazeny do pravidelného denního stereotypu. Z koupání lze udělat příjemnou odpočinkovou záležitost, ale pokud pacient koupel odmítá, není nutné naléhat. Snadnější a rychlejší je sice sprcha, ale někomu může být nepříjemná. Měli bychom zachovat co největší soběstačnost, podat mu pomůcky, poradit jak má postupovat a pochválit ho. Pacient se může stydět, v tomto případě můžeme nechat část těla zakrytou (i při koupání). Stále bychom měli mít na paměti svou i pacientovu bezpečnost – pomocná madla, záchytné body, neklouzavé podložky (Na pomoc pečujícím, 2014).

Pacient v mírném stupni postižení demencí se o sebe většinou dokáže postarat sám, přesto by měla být ze strany ošetrovatelského personálu prováděna kontrola. Denně by mělo být nezbytností omytí obličeje, rukou, podpaží a genitální a anální oblasti. Koupel by měla být provedena dvakrát týdně. Pokožka starších lidí je více suchá a křehká a časté koupele vysušují pokožku ještě více., přesto pokud se pacient koupe rád, mělo by se mu to v rámci organizačních možností oddělení umožnit a zbytečně nekomplikovat situaci. V pokročilejších stádiích nemoci se koupání a mytí vlasů může stát velkým problémem, protože z pohledu pacienta se toho děje mnoho najednou: změnila se okolní teplota, šumění vody, svléknutí se, pocit nahoty a namáčení do vody. Pacient by se neměl koupat neklidný nebo unavený a jednotlivé kroky při hygieně by měly následovat pokaždé ve stejném pořadí, pokud možno i ve stejnou dobu (Glenner a kol. 2012).

### *Oblékání*

V prvních fázích choroby zpravidla oblékání nepředstavuje velký problém, později však se jím většinou stává. Pacientovy je potřeba nechat na oblékání dostatek času, oblékání se snažit co nejvíce zjednodušit a dbát na přiměřené oblečení (chladno, horko). Pacienti často zapomínají, jak se mají obléci a mohou být nevhodně oblečeni. Je dobré, aby ošetřovatel připravil oblečení v takovém pořadí, jak si je má pacient vzít na sebe, na pacienta nepospíchal, klidně zopakoval to, co již řekl. Oblečení by mělo být co nejpohodlnější, bezpečné a bez složitých zapínání (knoflíky, háčky, zipy), vhodná je guma v pase. Pozornosti by neměla ujít ani nevhodná, nepohodlná obuv s klouzavou podrážkou. (Na pomoc pečujícím, 2014).

### *Jídlo a stravování*

Zdravotní potíže u pacientů s demencí, mohou být způsobeny špatnou výživou – nedostatek základních živin, vlákniny a tekutin. Vyvážený jídelníček přispívá nejen k dobrému stavu svalů a pokožky, zachování energie, funkci imunitního systému, prevenci proleženin, ale i k lepšímu zvládnání stresu (Glenner a kol, 2012).

Jídlo je nedílnou součástí denních rituálů a stereotypů, mělo by být podáváno pravidelně. Lidé často zapomínají, že už jedli. Pokud si nemocný neví rady s příborem, trpělivě bychom mu měli vysvětlit nebo předvést jak na to a popř. připravit jídlo tak, aby mohl jíst jen vidličkou nebo lžící. Pokud i to nezvládne, lze se nažít předkládat jídlo, které může jíst rukama. Pokud má pacient problémy s polykáním, je vhodná měkká, kašovitá nebo želatinová konzistence, přesto by strava neměla vypadat nevzhledně. V případě potřeby by měly být podávány výživové doplňky. Pokud má pacient potíže s polykáním tekutin, lze použít přípravky na zahuštění jídla (Na pomoc pečujícím, 2014).

Základní ošetřovatelské cíle v této oblasti výživy a stravování jsou ve shrnutí takové, aby pacient neztratil chuť k jídlu, aby tato činnost byla především bezpečná – pozor na vdechnutí sousta, aby strava měla přiměřený kalorický přísun a obsah potřebných živin, předcházení zácpě, nebo naopak průjmu ( Glenner a kol., 2012).



### *Nepřiměřené sexuální chování*

Součástí klinického obrazu v počáteční fázi demence u Pickovy choroby bývá také nepřiměřené sexuální chování. Může jít o nevhodné a nepřiměřené poznámky, svlékání se na veřejnosti, sahání si na vlastní pohlavní orgány nebo nevhodné dotyky ostatních. V takové situaci bychom se měli snažit nepřehánět své reakce, protože toto chování k nemoci patří. Je vhodné pokusit se odvést pozornost jiným směrem. V případě, že se pacient svléká, můžeme se tomu pokusit zabránit oblečením, které se hůře svléká (Na pomoc pečujícím, 2014).

### *Potíže se spaním*

V noci mohou být dementní pacienti neklidní a rušit okolí. Ošetřovatelský personál by se měl pokusit zabránit nemocnému spát přes den a do programu zařadit přiměřenou aktivizaci a stimulaci pacienta a více fyzické aktivity. Dostatečné denní osvětlení také podporuje denní bdělost. Pravidelné rituály před spaním ve formě malé večere, toalety, koupele atd. přispívají k tomu, aby se nemocný cítil spokojeně (Na pomoc pečujícím, 2014).

### *Ztrácení věcí, obviňování z krádeže*

Pacienti s demencí zapomínají, kam něco položili a hledají si pro to vysvětlení. Mohou obvinít pečovatele nebo sestru z krádeže. Tato nejistota vyplývá ze ztráty paměti a kontroly nad okolním světem. Na obvinění bychom měli reagovat klidně, nerozčilovat se a nedohadovat se s ním. Je dobré zjistit, kam obvykle dává pacient své věci, raději zkontrolovat odpadkové koše a vyjádřit souhlas s tím, že se věc ztratila a pomoci ji pacientovi hledat (Na pomoc pečujícím, 2014).

### *Bludy a halucinace*

Bludem může být falešná představa, že ze strany okolí hrozí pacientovy nebezpečí. Představa může být natolik naléhavá, že vyvolává v pacientovi strach a obranné reakce. Pokud má pacient halucinace, vidí, slyší neexistující věci. Nedoporučuje se, aby se s ním sestra dohadovala a přesvědčovala ho, že to není pravda. Pokud má pacient pocit

ohrožení, měl by se ošetrovatelský personál snažit uklidnit ho klidným hlasem, držet ho za ruku a pokusit se obrátit pozornost k něčemu, co opravdu v místnosti je. V případě trýznivých příznaků by se sestra měla obrátit na lékaře a poradit se o lécích, které pacient užívá (Na pomoc pečujícím, 2014).

Ačkoli u mnoha typů demencí, především v pokročilých fázích nemoci není výskyt bludů a halucinací neobvyklý, pro demenci u Pickovy choroby jejich projevy nejsou zaznamenány (Na pomoc pečujícím, 2014).

### *Bloudění*

Bloudění je důsledkem dezorientace a může mít závažné následky. Pacient může bloudit po pokoji, po oddělení, ale také může odejít a ztratit se. Je důležité dbát a průběžně kontrolovat řádné označení pacientů identifikačními páskami s čitelnými údaji. Pokud se pacient sám vrátí, nemá význam se na něj zlobit, ale mluvit na něj klidně. Na tomto principu Česká alzheimerovská společnost založila projekt „Bezpečný návrat“, kdy nabízí pomoc pečujícím vytvořením databáze ohrožených lidí, kteří jsou vybaveni identifikačními pomůckami. Poté jsou průběžně informováni lidé, kteří se s dezorientovanými mohou setkat – policie, doprava, záchranná služba apod. (Na pomoc pečujícím, 2014).

### *Násilí a agresivita*

Pacient může být zlostný, neklidný až agresivní. Je potřeba pátrat po příčině, která toto chování vyvolává. Může to být důsledek toho, že nerozumí dané situaci. Toto chování může ale signalizovat jinou potřebu – močení, stolice, bolest, hlad, žízeň apod., kterou nedokáže vyjádřit jinak. Měli bychom se pokusit zachovat klid a neukazovat strach nebo neklid a pokusit se najít příčinu tohoto jednání. Odstraněním vyvolávající bychom se měli pokusit vyvarovat se obdobným situacím. Pokud však se tyto stavy opakují často a jsou nebezpečné pro okolí pacienta, nebo samotného pacienta a není možné jim předcházet, měla by se sestra obrátit s tímto problémem na (Na pomoc pečujícím, 2014).

### 3.8 Řešení etických otázek

Jsou-li zdravotníci během své ošetrovatelské praxe vystaveni morálním dilematům a jejich řešení, měli by na ně nahlížet podle základních a všeobecně sdílených hodnot etiky lékařů. Petr, Marková a kol. (2014) uvádí čtyři základní uznávané principy, jež tvoří rámec k řešení v dilematických situacích:

- Princip zachování autonomie - respektovat schopnosti člověka dělat vlastní a svobodná rozhodnutí s ohledem ke svým hodnotám a schopnostem.
- Princip neškození - posoudit míru užítku pro nemocného a zvážit případná rizika, vyvarovat se případného poškození nemocného, které by léčebný zisk převažovalo.
- Princip konání dobra - konat pro dobro nemocného a směřovat k úlevě bolesti a utrpení.
- Princip spravedlnosti - spravedlivě distribuovat užitek, riziko a cenu a mít rovný přístup ke všem pacientům.

Etická pravidla zdravotní péče pro sestry stanovují, že „se zdravotní a ošetrovatelskou péčí nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva“ (Holmerová, Jarolímová et al., 2009, s. 54).

Osobní zkušenosti, posouzení každé situace individuálně, dobrá informovanost patří k hlavním zdrojům etického chování a ve spojitosti se základními etickými principy tvoří předpoklady ke správnému vyřešení komplikovaných situací (Petr, Marková a kol., 2014).

V rámci poskytování péče se sestry setkávají s agresivními pacienty, s pacienty nedůvěřivými, s pacienty, kteří nejsou schopni společenských pravidel, hygienické péče, atd. Tato skupina pacientů je velmi zranitelná v souvislosti s respektováním lidských práv, s rizikem neprofesionálního a neetického chování. Odpovídající přístup a důstojné zacházení s těmito pacienty má na osobnost sestry a ostatního ošetrovatelského personálu vysoké nároky. Pro jednodušší vyrovnání se s náročnějšími pacienty je důležité, aby byla dobrá atmosféra mezi spolupracovníky, dostatek času na odpočinek, aby dokázali ošetrovatelé ventilovat emoce pramenící z péče o takto náročné pacienty.

Pokud by se objevil náznak nevhodného přístupu, měl by být zachycen včas a prodiskutován uvnitř týmu v rámci předcházení jeho dalšího rozvoje (Petr, Marková a kol., 2014)

V příloze 11 jsou ve 12 bodech stručně shrnuta Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence.

### **3.8.1 Používání omezovacích prostředků**

Použití omezovacích opatření je zakotveno v Úmluvě o lidských právech a biomedicině a v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. § 39, který je uvedený v příloze 12, vymezuje celkem šest druhů prostředků k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb. Používání těchto prostředků je popsáno i v Doporučených postupech vydaných Psychiatrickou společností ČSL JEP (Petr, Marková a kol., 2014)

Podle doporučení Evropské alzheimerovské společnosti lze omezovací prostředky použít pouze v krajním případě, kdy je to nezbytné pro ochranění pacientů a za předpokladu, že všechny ostatní varianty řešení příčiny problematického chování již byly vyčerpány. Použití těchto omezovacích prostředků musí mít vždy vyšší přínos, než je možné riziko. Nesmí se stát, že důvodem použití omezovacích prostředků je pouze neklid pacienta nebo nedostatečný počet personálu, a nebo dokonce ulehčení práce. V ideálním případě by o použití omezovacího prostředku měl rozhodnout celý multidisciplinární tým. V případě použití tohoto prostředku by se měl důvod a doba tohoto opatření pokusit pacientovi řádně vysvětlit. Po celou dobu použití prostředku musí být pacient pod trvalým dohledem minimálně jednoho člena personálu. Použití omezovacích prostředků výrazně zasahuje do osobní svobody jedince a proto je nezbytné řádné zdokumentování indikace a průběhu omezení. Záznam by podle vyhlášky o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb. měl obsahovat následující údaje: záznam o indikaci omezení, včetně specifikace druhu, důvod a účel omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu (Petr, Marková a kol., 2014).

Provedení omezení musí být provedeno plánovaně a profesionálně. Předem by tedy mělo být připraveno lůžko s popruhy, pokoj by měly opustit návštěvy i spolupacienti. Při omezení v lůžku je možno postupně omezení jednotlivých končetin upravit a vypořádat tak, aby bylo omezení účelné, ale co nejméně nepohodlné. Nezbytnou součástí profesionálního přístupu je blízkost ošetrovatelského personálu, citlivost k projevům pacienta a poskytování informací. Omezování může vést ke stresu i fyzickému zatížení, vhodné proto je na počátku omezení měřit TK a P. Komplexní ošetrovatelská péče musí zahrnovat péči o hydrataci, péči o vyprazdňování, péče o hygienu – závisí na délce omezení, prevenci dekubitů, prevenci negativních důsledků omezení končetin – kontroly prokrvení. V průběhu omezení jsou návštěvy možné, pokud neurčí lékař jinak. Návštěvu je nutné dostatečně informovat o důvodech omezení a současně je schopná akceptace tohoto opatření. Návštěvy by měly být krátké, pod dohledem ošetrovatelského personálu. (Petr, Marková a kol., 2014)

Téma omezovacích prostředků je tématem stále diskutovaným a zákon konkrétně nedefinuje, přesně v jaké situaci lze použít některý z omezovacích prostředků a vždy záleží na konkrétní situaci. Česká republika se v nedávných letech stala terčem kritiky v souvislosti s používáním klecových lůžek. Objevují se názory kritiků, kteří tvrdí, že během normalizace byl zcela přerušen v Čechách kontakt s vývojem oboru s argumentací o zrušení síťových a klecových lůžek v mnoha vyspělých zemích. Jedním z prostředků náhrady těchto lůžek je silná medikace, která ovšem není u všech pacientů účinná. Základní problém týkající se mnoha našich nemocnic, léčeben a ústavů je nedostatek především kvalifikovaného personálu, který by už svou přítomností dokázal agresivního pacienta zklidnit. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že hlavním problémem je nedostatek personálu při řešení situací s neklidným pacientem. Kdyby zde pracovalo více mužů, také by mohlo ubývat případů použití omezovacího prostředku, ale bohužel personální situace není ideální.

### *Terapeutická izolace*

Terapeutickou izolací se rozumí znemožnění pacientovi volnému pohybu po oddělení tím, že je uzavřen v samostatné, k tomu určené místnosti. Toto fyzické omezení je indikováno buď v případech, kdy je zásadně narušován terapeutický režim chováním pacienta (např., rozšíření infekční nemoci), nebo i v případě silného psychomotorického neklidu, který má prvky ohrožující okolí a je zhodnoceno jako vhodnější varianta, než omezení v lůžku. Obecně tedy lze říci, že se jedná o projevy pacienta, které narušují klid a pocit bezpečí dalších pacientů, nebo projevy, které mohou vyvolávat agresivní a ohrožující jednání v ostatních pacientech vůči jeho osobě. Vlastní žádost pacienta může být dalším důvodem k terapeutické izolaci. Kritérii pro terapeutickou izolaci jsou: uzavřená místnost – nepřístupná ostatním pacientům, eliminace nebezpečných faktorů a rizik poranění (nerozbitné sklo, krytí topných těles), adekvátní způsob monitorování, adekvátní způsob komunikace s možností přivolání pomoci a tepelný a světelný komfort. (Petr, Marková a kol., 2014)

### *Farmakologické zvládnání neklidu*

Lék ke zvládnání neklidu by měl co nejlépe splňovat tyto kritéria: rychlý nástup účinku, minimální nežádoucí účinky, minimální nežádoucí lékové interakce a různé lékové formy (preferuje se perorální podání). V některých situacích lze nechat volbu lékové formy na samotném pacientovi a touto možností pacient získává pocit, že není jen pasivní součástí zdravotní péče. Ordinace léku je vždy na lékaři. Průběh léčby psychomotorického neklidu a agitovanosti je potřeba průběžně hodnotit a podle aktuálního stavu pacienta dále upravovat léčebné prostředky a přístupy. Při psychomotorickém neklidu v souvislosti s psychózami je vhodná kombinace Haloperidolu inj. i. m. a Apaurinu inj. i. m. V případě potřeby se injekce opakuje až do stavu zklidnění. Možné je použití také atypických neuroleptik. Nutné je trvalé sledování stavu pacienta a monitorace nežádoucích účinků: hypotenze, akutní dyskyneze, extrapyramidové nežádoucí účinky, kardiotoxické nežádoucí účinky, psychomotorický útlum. U geriatrických pacientů se doporučuje při neklidu a agitoanosti podání tiapridu (Tiapridal, p.o., i.m., i.v.), haloperidolu (p.o., i.m., i.v.), melperonu (Burinil, p.o.) nebo

quetiapinu (p.o.).Cerebrální metabolismus zlepšuje podávání piracetamu (p.o., i.v.) v dopoledních hodinách (Petr, Marková a kol., 2014).

### **3.9 Dopad demence na pečovatele**

Pokud péče probíhá v domácím prostředí, postupně se na pečovatele přesouvá veškerá péče o domácnost i o nemocného. Je potřeba s nemocným trávit stále více času, pečovatel je stále vyčerpanější a často se vyostřují i vzájemné vztahy. Nemocný sice příčině nerozumí, ale přesto tuto atmosféru vnímá (Bartoš, Hasalíková, 2010). Změny osobnosti nemocného je dlouhodobý a velice náročný proces pro všechny. Pro pečovatele přicházejí stavy bezmoci a zoufalství. Nejtěžší je přijmout fakt, že nemoc je neléčitelná. Někteří mají tendenci vyhledávat různé osoby, metody přesvědčující o opaku, často tráví dlouhé hodiny vyhledáváním informací na internetu o čemkoli, co by vývoj nemoci zvrátilo. Obecně by mělo být dodrženo pravidlo, že při použití jakýchkoli metod nebo doplňků stravy by to mělo být konzultováno s ošetřujícím lékařem. Přístup k příbuzným by měl být co nejcitlivější, protože razantní odsouzení alternativních metod může mít za následek ztrátu důvěry (Bartoš, Hasalíková, 2010).

Pokud příbuzný není připraven na rozvoj příznaků, může jednat zkratkovitě, následně může docházet ke konfliktům v okolí. Vysoké nároky na pečovatele jsou spojeny s jejich vyšší nemocností. Pečovatel reaguje na řadu projevů nemocného, které jsou různé intenzity a různé závažnosti a jejich zpracování nemusí být standartní. Mezi tyto situace, které nejvíce pečovatele zatěžují, patří výčitky nebo útoky ze strany nemocného, neustálé přizpůsobování se požadovanému režimu nemocného, bloudění nemocného, změna cirkadiálního rytmu a pasivní přístup nemocného ve vztahu k běžným denním činnostem – oblékání, toaleta, jídlo (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Vyskytují se situace, kdy člověk trpící demencí se natolik upne na svého nejbližšího a nechce bez něho být ani na chvíli. Je potřeba si uvědomit, že příčinou jeho chování je nejistota, strach, že se pečující již nevrátí. Pokud tedy má nemocný takovéto obavy, měl by být stále ujišťován, že je pro svého nejbližšího důležitý a že se vrátí, pokusit se

upoutat pozornost nemocného na něco jiného, domluvit si s někým, kdo by byl schopen péči alespoň občas zastoupit (Na pomoc pečujícím, 2014).

Faktor snižující hladinu stresu u pečovatele je zejména podpora rodiny a okolí, kterou pečovatel cítí. Přiměřené seznámení s problematikou demence týkající se teoretickým ale i praktických znalostí pomáhá pečovateli lépe zvládat péči o nemocného. Edukace pečovatele zahrnuje dostatek adekvátních informací, které by mu měly danou problematiku objasnit a předem se vyhnout přehnaným očekáváním. Další možností pro pečovatele je kooperace pečovatelů v různých podpůrných skupinách a využití poradenských služeb pro péči o pacienty s demencí. Pečovatel může využívat možnosti komunikace s profesionály. V neposlední řadě je nutno uvést i finanční situaci pečovatelů, která není nikterak povzbudivá (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Pidrman a Kolibáš (2005) uvádějí prevalenci depresí mezi pečovateli starající se o demenční pacienty mezi 15 a 50 % (a přes 10 % splňuje kritéria některé úzkostné poruchy). Dále 7-35 % pečovatelů užívají pravidelně některé z psychofarmak. Duševní zdraví nejvíce ohrožují afektivní poruchy, zejména deprese a úzkostné poruchy. Tělesné zdraví ohrožuje celá škála nemocí, tzv. psychosomatické nemoci. K těmto nemocem patří vyšší krevní tlak, trávicí obtíže, častější výskyt infekčních chorob (Pidrman, Kolibáš, 2005).

Z doposud publikovaných údajů vyplývá, že by se měla soustředit větší pozornost a zájem odborníků na významný fenomén - psychické zátěže pečujících osob. Důraz by měl být kladen na adekvátní a kvalifikovanou primární péči. Zřetel by měl být brán na požadavky a potřeby zdravotního stavu a psychické pohody obou zúčastněných stran. Nadměrné psychické zátěži lze předejít aktivními preventivními opatřeními (sít' poradenských služeb a podpůrných skupin, kurzy základních praktik pro pečující osoby, respitní péče, aj.) (Zvěřová, 2010).



## 4 ZÁVĚR

Bakalářská práce Pickova choroba a specifika ošetrovatelské péče u pacienta s tímto onemocněním si za cíl stanovila zmapovat definice, diagnostiku Pickovy choroby, definovat potřeby pacienta s Pickovou chorobou a vyjmenovat základní ošetrovatelské problémy pacienta s touto chorobou. Práce je zaměřena na péči sestry ve zdravotnickém zařízení a péči z hlediska komplexní péče o pacienta s Pickovou chorobou s ohledem na postupný rozvoj demence u Pickovy choroby. Tato bakalářská práce je založena na shrnutí prostudovaných materiálů a dána srozumitelnou formou do jednoho celku. Z hlediska metodiky jsou v práci využity metody explanace, syntézy a indukce.

Nejznámějším typem demence je Alzheimerova choroba, za kterou je mnohdy Pickova choroba považována, ovšem v mnohém se od ní odlišuje. Pickova choroba je nejčastějším a nejznámějším zástupcem skupiny frontotemporálních demencí. Nemoc se u pacientů může projevit změnou stravovacích návyků, emocionálními výkyvy, nevhodným chováním ve společnosti, zanedbáváním zevnějšku. Chování k druhým bývá často sobecké, nemocný není schopen druhým naslouchat a přehlíží své okolí. Často Pickovu chorobu doprovází i nepřiměřené sexuální chování. Propuknutí choroby je uváděno v odborné literatuře s malými odchylkami, ale v průměru se uvádí začátek choroby mezi 50 - 60 roky věku.

Ačkoli se definice a zařazení Pickovy choroby v rámci demencí v průběhu doby měnily a ani nyní není její postavení jednohlasné. Bylo zjištěno, že dělení demencí není zcela jednotné, ale v zásadních skutečnostech se stanoviska autorů neliší.

Konkrétnímu typu a stavu demence by měl odpovídat ze strany sester způsob komplexní péče o konkrétního pacienta. Pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je informovaný a znalý personál důležitým prvkem. Z tohoto důvodu by měly být v této problematice znalé i sestry, které běžně s pacienty s demencí do styku nepříjdou. Univerzální návod, jak pečovat o duši těchto pacientů neexistuje. Nezbytnou součástí péče by měl být i zdánlivě obyčejný lidský přístup. Sestra by měla vědět i to, jak předcházet vzniku nežádoucích či nebezpečných situací.

Lze konstatovat, že Pickova nemoc je nevyléčitelné onemocnění. Včasnou diagnostikou, vhodně zvolenou farmakologickou i nefarmakologickou léčbou, lze průběh onemocnění zpomalit, potlačit a s pomocí správného přístupu lze nemocným zajistit kvalitní a důstojné prožití zbytku života.

Tento materiál je určen primárně pro zdravotníky. Práce by mohla najít uplatnění nejen u sester a ostatního ošetrovatelského personálu, ale i u rodinných příslušníků, kteří se s touto problematikou mohou setkat při péči o blízkou osobu, popř. u těch, kteří se chtějí o této problematice dozvědět více.

## 5 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *Alzheimer Europe*. 2014. National Dementia Strategies [online]. [cit. 2016-08-09]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies>
2. BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ, 2010. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. 182 s. ISBN 978-80-204-2282.
3. BARTOŠ, Aleš, 2012. Vaskulární demence a vaskulární kognitivní porucha. *Neurologie pro praxi* [online]. 13(2) [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/02/04.pdf>
4. BARRETT, Anna. 2014. Brain and Nervous System Topics: Pick Disease. *EMedicineHealth: experts for everyday emergencies* [online]. [cit. 2015-07-31]. Dostupné z: [http://www.emedicinehealth.com/pick\\_disease/article\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/pick_disease/article_em.htm)
5. BRYDENOVA, Christine. 2013. *Jaká budu umírat?*. Praha: Triton. 190 s. ISBN 978-80-7387-641-8.
6. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. 2014. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum. 140 s. ISBN 978-80-246-2296-5.
7. BUIJSSEN, Huub. 2006. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
8. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. 2014. *Na pomoc pečujícím: Příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidí s demencí* [online]. [cit. 2015-07-19]. ISBN 978-80-86541-33-4. Dostupné z: <http://www.praha8.cz/file/jVo1/BROZURA-Pece-WEB.pdf>

9. Desatero bazální stimulace. *E-learning VOŠZ a SZŠ* [online]. 2014 [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: <http://moodle.zshk.cz/mod/page/view.php?id=7532>
10. Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. 2006 [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>
11. FOUCALT, Michel. 2009. *History of Madness*. New York: Routledge, 776 p. ISBN 978-0-415-27701-3.
12. FRANKOVÁ, Vanda a Eva VYŠKOVSKÁ. 2010. *Program Mates: Manuál pro skupinovou práci se seniory s poruchami paměti*. Praha: Maxdorf. 35 s. ISBN 978-80-7345-205-6.
13. FRANKOVÁ, Vanda. 2013. Frontotemporální demence. *Zdravotnictví a medicína: Příloha: lékařské listy* [online]. (10) [cit. 2015-07-24]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/frontotemporalni-demence-472917>
14. GLENNER Joy A. a kol. 2012. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
15. HALOVÁ, Miroslava. 2010. *Nemocný v domácí péči II, Demence a demence Alzheimerova typu*. Bouzov: VEF Enterprises. 157 s. ISBN 978-80-904-6110-9.
16. HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. 2005. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.

17. HOLMEROVÁ Iva, JAROLÍMOVÁ Eva et al. 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
18. HORT, Jakub. 2007. Demence frontotemporální. *Medicabaze.cz: lékařské repetitorium online* [online]. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: [http://www.medicabaze.cz/index.php?&sec=term\\_detail&termId=54&tname=Demence+frontotempor%C3%A1ln%C3%AD](http://www.medicabaze.cz/index.php?&sec=term_detail&termId=54&tname=Demence+frontotempor%C3%A1ln%C3%AD)
19. CHOW, Susan. 2015. Pick's Disease History. *News Medical: The Latest Developments in Life Sciences & Medicine* [online]. [cit. 2015-07-18]. Dostupné z: <http://www.news-medical.net/health/Picks-Disease-History.aspx>
20. JIRÁK Roman a František KOUKOLÍK. 2004. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. 335s. ISBN 80-7262-268-4.
21. JIRÁK, Roman. 2011. Demence. *Postgraduální medicína* [online]. (02) [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-457923>
22. JIRÁK, Roman. 2011. Demence. In: FIŠAR, Zdeněk a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. s. 297-336. ISBN 978-80-247-2737-0.
23. JIRÁK, Roman et al. 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 348 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
24. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

25. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
26. KERTESZ, Andrew, and David G. MUNOZ, ed. 1998. *Pick's Disease and Pick Complex*. New York: Wiley-Liss. 320 p. ISBN 0-471-17792-X.
27. KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 978-80-247-2608-3.
28. Krátké kognitivní testy. 2016. *AD Centrum* [online]. [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: [http://www.nudz.cz/adcentrum/kratke\\_kognitivni\\_testy.html#ace](http://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html#ace)
29. KROMBOLZ, Richard. 2011. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. (12(3)). 196-200 [cit. 2016-06-06]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/12.pdf>
30. KUBEŠOVÁ, Hana et al. 2007. Velké interdisciplinární - Intelektové poruchy, instabilita syndromy v geriatrici. *Postgraduální medicína* [online]. (8) [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz) <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/velke-interdisciplinari-intelektove-poruchy-instabilita-syndrom-323585>
31. KUČEROVÁ, Helena. 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. 109 s. ISBN 80-247-1491-4.
32. LITVAN, Irene. 1997. What are the obstacles for an accurate clinical diagnosis of Pick's disease? A clinicopathologic study. *Neurology*. vol. 49 no. 1 62-69 [online]. [cit. 2016-08-09]. Dostupné z: <http://www.neurology.org/content/49/1/62.short>

33. LÍNEK, Vladimír. 2006. Alzheimerova nemoc a jiné demence. *Postgraduální medicína* [online]. 2006(5) [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/alzheimerova-nemoc-a-jine-demence-271479>
34. LUŽNÝ, Jan. 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
35. MARKOVÁ, Lenka. 2012. Specifika péče o rány u pacientů s demencí. *Sestra: odborný měsíčník pro sestry a ostatní nelékařské pracovníky*. [online]. (03) [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/specifika-pece-o-rany-u-pacientu-s-demenci-463874>
36. MATĚJ, Radoslav. 2006. Tauopatie a frontotemporální demence. *Prolekare.cz* [online]. (4(4)) [cit. 2015-08-08]. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr\\_06\\_04\\_05.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?id=gr_06_04_05.pdf)
37. MÁTL, Ondřej a Martina MÁTLOVÁ. 2015. *Zpráva o stavu demence 2015*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., Mare CZ. 31 s. ISBN 978-80-86541-45-7.
38. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2016. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 - 2019* [online]. 2016 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Lenka/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/XJO7SM/C9/Národní\\_akční\\_plán\\_pro\\_Alzheimerovu\\_nemoc\\_a\\_další\\_obdobná\\_onemocnění\\_na\\_léta\\_2016\\_-\\_2019.pdf](file:///C:/Users/Lenka/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/XJO7SM/C9/Národní_akční_plán_pro_Alzheimerovu_nemoc_a_další_obdobná_onemocnění_na_léta_2016_-_2019.pdf)
39. OREL, Miroslav a kol. 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 296s. ISBN 978-80-247-3737-9.

40. Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence. 2016 *Domov Matky Vojtěchy Prachatice* [online]. [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: <http://www.alzheimerpt.cz/prachatice/poskytovane-sluzby/poskytovane-sluzby/pece>
41. PETR Tomáš, MARKOVÁ Eva a kol. 2014. *Ošetřovatelství v Psychiatrii*. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
42. Pick's disease. 2015. *The Association for Frontotemporal Degeneration: Opening the gateway to help and a cure* [online]. [cit. 2015-07-30]. Dostupné z: <http://www.theaftd.org/understandingftd/disorders/ftpicks>
43. PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. Praha: Grada. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
44. PIDRMAN Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
45. PLCH, Ladislav. 2013. O demenci všeobecně. A také z hlediska péče o postižené. DIAKONIE ČESKOBRATRSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ. *Pečuj doma* [online]. [cit. 2015-07-22]. Dostupné z: <http://www.pecujdoma.cz/skola-pecovani/naucne-texty/o-demenci-vseobecne-a-take-z-hlediska-peco-o-postizene/>
46. PRAŠKO, Ján, LÁTALOVÁ, Klára et al. 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis. 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.
47. PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ. 2009. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2738-7.
48. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.



49. REKTOROVÁ, Irena. 2006. Frontotemporální lobární degenerace - diagnóza z neuro-psychiatrického pomezí. *Neurologie pro praxi* [online]. (4). [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2006/04/07.pdf>
50. ROBINSON, Lawrence at al. 2015. *HelpGuide.org: A trusted non-profit guide to mental health and well-being* [online]. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://www.helpguide.org/articles/alzheimers-dementia/picks-disease.htm>
51. RUSINA, Robert. 2010. Terapeutické a preventivní aspekty demencí - na čem opravdu záleží. *Interní medicína pro praxi* [online]. (12(11), 545-547 [cit. 2016-06-06]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/11/05.pdf>
52. SACKS, Oliver. 2009. *Musicophilia: příběhy o vlivu hudby na lidský mozek*. Praha: Dybbuk. 375 s. ISBN 978-80-86862-92-7.
53. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
54. STAŇKOVÁ, Ivana. 2011. Arnold Pick - 160. výročí narození velikána české neuropsychiatrie. *Zdraví E15: Zdravotnictví a medicína* [online]. (16). [cit. 2015-06-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/arnold-pick-160-vyroci-narozeni-velikana-ceske-neuropsychiatrie-461045>
55. UDE, Christian at al. 2013. Ginkgo biloba Extracts: A Review of the Pharmacokinetics of the Active Ingredients. *Clinical Pharmacokinetics* [online]. (05) [cit. 2015-07-29]. Dostupné z: [http://www.researchgate.net/publication/236908586\\_Ginkgo\\_biloba\\_Extracts\\_A\\_Review\\_of\\_the\\_Pharmacokinetics\\_of\\_the\\_Active\\_Ingredients](http://www.researchgate.net/publication/236908586_Ginkgo_biloba_Extracts_A_Review_of_the_Pharmacokinetics_of_the_Active_Ingredients)

56. ÚZIS. 2015. [online]. [cit. 2015-06-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>
57. VÁGNEROVÁ, Marie. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014, 815 s. ISBN 978-802-6206-965.
58. Velké interdisciplinární - Intelektové poruchy, instabilita syndromy v geriatrici. 2007. *Postgraduální medicína* [online]. (8). [cit. 2016-08-10]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/velke-interdisciplinari-intelektove-poruchy-instabilita-syndrom-323585>
59. VENGLÁŘOVÁ Martina a Gabriela MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
60. WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.
61. What is Dementia?. 2015. *Alz.org®: Alzheimer's Association®* [online]. [cit. 2015-07-17]. Dostupné z: <http://www.alz.org/what-is-dementia.asp>
62. ZVĚŘOVÁ, Martina. 2010. Alzheimerova demence a zátěž na pečovatele. *Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Psychiatrickej spoločnosti SLS* [online]. (106(5)) [cit. 2015-07-22]. Dostupné z: <http://www.csppsychiatr.cz/detail.php?stat=652>
63. Alzheimer's Association. 2009. 10 Early Signs and Symptoms of Alzheimer's. *Alz.org®: Alzheimer's Association®* [online]. [cit. 2015-07-21]. Dostupné z: [http://www.alz.org/alzheimers\\_disease\\_10\\_signs\\_of\\_alzheimers.asp](http://www.alz.org/alzheimers_disease_10_signs_of_alzheimers.asp)

64. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), §39, 2011. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 131, s. 4753-54. ISSN 1211-1244.

## **6 PŘÍLOHY**

- Příloha 1 – Zařazovací kritéria diagnózy demence MKN-10 a DSM-IV
- Příloha 2 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00 – F09)
- Příloha 3 – Diagnostická kritéria pro frontotemporální demence
- Příloha 4 – Příklad kazuistiky – frontotemporální demence
- Příloha 5 – Test na hodnocení kognitivních funkcí MMSE
- Příloha 6 – Addenbrookský kognitivní test
- Příloha 7 – Frontotemporal Behavioural Scale
- Příloha 8 – Klinické rozdíly mezi FTD a AN
- Příloha 9 – Desatero bazální stimulace
- Příloha 10 – Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence
- Příloha 11 – Charta práv pacientů
- Příloha 12 – Doporučení k použití omezujících prostředků

## Příloha 1 – Zařazovací kritéria diagnózy demence MKN-10 a DSM-IV

### Definice syndromu demence

#### MKN-10

Demence je syndrom způsobený onemocněním mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, při kterém dochází k porušení řady vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, rozpoznávání, počítání, jazykové schopnosti, učení dovednostem a úsudek. Vědomí není porušeno. Obvykle je přidružena porucha chápání, někdy předchází porucha emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.

#### DSM-IV

A) Vývoj mnohotných kognitivních poruch, projevujících se současně:

- poruchou paměti,
- alespoň jednou z následující symbolických poruch:  
afázie, apraxie, agnózie, porucha exekutivních funkcí.

B) Tyto poruchy jsou příčinou postžení sociálních funkcí nebo výkonu v zaměstnání a představují výrazný pokles z předchozí úrovně.

C) Průběh je charakteristický pozvolným nástupem a pomalou progresí obtíží.

Zdroj: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/alzheimerova-nemoc-a-jine-demence-271479>

## Příloha 2 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických

### ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY VČETNĚ SYMPTOMATICKÝCH (F00–F09)

Tento oddíl obsahuje skupinu duševních poruch, seskupených na podkladě společné prokazatelné etiologie u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození vedoucího k mozkové dysfunkci. Tato dysfunkce může být primární, jako je tomu u nemoci, poranění nebo poškození, které postihují mozek přímo a selektivně; nebo sekundární, kdy je mozek postižen pouze jako jeden z mnoha orgánů nebo tělesných systémů u systémových chorob nebo onemocnění.

Demence (F00–F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.

K vyznačení základní nemoci lze použít dodatkový kód.

#### F00\* Demence u Alzheimerovy nemoci (G30.–+)

Alzheimerova choroba je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let.

##### . 0\* Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (G30.0+)

Demence u Alzheimerovy choroby, která začíná před 65. rokem, s relativně rychle se zhoršujícím průběhem a s výraznými mnohočetnými poruchami vyšších korových funkcí.

Alzheimerova nemoc, 2. typ

Presenilní demence Alzheimerova typu

Primární degenerativní demence Alzheimerova typu, vznikající v preseniu

##### . 1\* Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (G30.1+)

Demence u Alzheimerovy choroby, která začíná po 65. roce, obvykle v 70 letech a později. Má pozvolný průběh. Hlavním příznakem je porucha paměti.

Alzheimerova nemoc 1. typu

Primární degenerativní demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem demence

Alzheimerova typu

##### . 2\* Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)

Atypická demence Alzheimerova typu

##### . 9\* Demence u Alzheimerovy nemoci NS (G30.9+)

## F01 Vaskulární demence

Vaskulární demence je následek mozkových infarktů, způsobených cévní chorobou včetně hypertenzní cerebrovaskulární choroby. Infarkty jsou většinou malé, ale jejich vliv se kumuluje. Výskyt je obvykle v pozdním věku.

*Patří sem: arteriosklerotická demence*

- . 0 **Vaskulární demence s akutním začátkem**  
Obvykle se vyvíjí rychle po opakovaných iktech, způsobených mozkovou trombózou, embolií nebo krvácením. Ve vzácných případech může být příčinou i jediná masivní ischemická nekróza.
- . 1 **Multiinfarktová demence**  
Začátek je postupnější. Vzniká jako následek řady přechodných ischemických příhod, které vedou k hromadění ischemických nekróz v mozkovém parenchymu.  
Převážně kortikální demence
- . 2 **Subkortikální vaskulární demence**  
Zahrnuje případy s anamnézou hypertenze a ložisky ischemické destrukce v hloubce bílé hmoty mozkových hemisfér. Mozková kůra je obvykle zachována, toto kontrastuje s klinickým obrazem, který značně připomíná demenci u Alzheimerovy nemoci.
- . 3 **Smišená kortikální a subkortikální vaskulární demence**
- . 8 **Jiné vaskulární demence**
- . 9 **Vaskulární demence NS**

## F02\* Demence u jiných nemocí zařazených jinde

Případy demence, které jsou způsobeny, nebo to alespoň předpokládáme, jinou příčinou než Alzheimerovou nebo cerebrovaskulární nemocí. Může se objevit v kterémkoli životním období, ačkoliv zřídka ve stáří.

- . 0\* **Demence u Pickovy choroby (G31.0+)**  
Progresivní demence, přicházející ve středním věku, charakterizovaná časnými, pomalu progredujícími změnami charakteru a sociální deteriorací, následovaná poruchou intelektu, paměti a jazykových funkcí, s apatií, euforií a příležitostně s extrapyramidovými příznaky.
- . 1\* **Demence u Creutzfeldt–Jakobovy nemoci (A81.0+)**  
Progresivní demence s velkým neurologickým nálezem, způsobeným specifickými neuropatologickými změnami, o nichž se domníváme, že jsou způsobeny přenosným agens. Začátek je obvykle ve středním nebo pozdějším věku, ale může se vyskytnout kdykoli během dospělosti. Průběh vede k smrti během jednoho až dvou let.
- . 2\* **Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)**  
Demence, vyskytující se jako část difuzní degenerace mozku. Porucha je přenášena jediným autosomálně dominantním genem. Symptomy se typicky hlásí ve 3. a 4. dekádě. Progrese je pomalá. Vede ke smrti obvykle během 10–15 let.  
Demence u Huntingtonovy choroby
- . 3\* **Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)**  
Demence se vyvíjí v průběhu diagnostikované Parkinsonovy nemoci. Dosud nebyly prokázány její žádné zvláštní rozlišující klinické projevy.  
Demence při:
  - . paralysis agitans
  - . parkinsonismu
- . 4\* **Demence u onemocnění virem lidské imunodeficience [HIV] (B22.0+)**  
Demence se vyvíjí v průběhu onemocnění HIV, v nepřítomnosti současně jiné nemoci nebo stavu jiného než infekce HIV, které by mohly vysvětlit klinické projevy demence.
- . 8\* **Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde**

Demence u (při):

- . mozkové lipidózy ([E75.-+](#))
- . epilepsie ([G40.-+](#))
- . hepatolentikulární degenerace ([E83.0+](#))
- . hyperkalcemie ([E83.5+](#))
- . hypothyreóze, získané ([E01.-+](#), [E03.-+](#))
- . intoxikace ([T36-T65+](#))
- . sclerosis multiplex ([G35+](#))
- . neurosyfilis ([A52.1+](#))
- . deficitu niacinu [pellagra] ([E52+](#))
- . polyarteritis nodosa ([M30.0+](#))
- . systémového lupus erythematos ([M32.-+](#))
- . trypanozomóze ([B56.-+](#), [B57.-+](#))
- . urémii ([N18.5+](#))
- . karenci vitamínu B<sub>12</sub> ([E53.8+](#))

### **F03** Neurčená demence

Presenilní:

- . demence NS
- . psychóza NS

Primární degenerativní demence NS

Senilní:

- . demence
  - . NS
  - . depresivní nebo paranoidní typ
- . psychóza NS

*Nepatří sem:* senilní demence s deliriem nebo s akutním stavem zmatenosti ([F05.1](#))  
senilita NS ([R54](#))

Zdroj: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>



### Příloha 3 – Diagnostická kritéria pro frontotemporální demenci

<b>Diagnostická kritéria pro frontotemporální demenci</b>	
<b>Kritéria pro progresivní afázii</b>	<b>Primární non-fluentní afázie</b>
náhlý nástup, postupná progresse	hlavní porucha – alespoň 6 měsíců porucha vyjadřování:
neplynulá řeč s alespoň jedním příznakem z následujících:	neplynulost řeči (snižující se frekvence slov za minutu)
– agramatismy	agramatismy
– fonemické parafázie	obtížné hledání slov
– anomie	řečová apraxie (pracnost, nejistota)
<b>Kritéria pro sémantickou demenci</b>	<b>Sémantická demence</b>
náhlý nástup, postupná progresse	hlavní porucha – alespoň 6 měsíců:
jazyková porucha se všemi následujícími příznaky:	porucha rozumění významu slov
významově prázdná plynulá řeč, ztráta významu slov	nebo identifikace objektů či rozpoznávání tváří
(exprese i rozumění), sémantické parafázie, porucha	
vnímání charakterizovaná prosopagnózií nebo	
neschopností identifikovat objekty	
zachované porovnávání vjemů a grafická reprodukce,	zachované zrakově-konstrukční praktické
zachovaná reprodukce jednotlivých slov,	dovednosti, zachovaná schopnost číst a psát
zachovaná schopnost číst nahlas a psát diktát	
<b>Kritéria pro frontotemporální demenci</b>	<b>Frontotemporální demence: behaviorálně-dysexekutivní syndrom</b>
náhlý nástup, postupná progresse	syndrom zahrnuje výše uvedené hlavní poruchy
	a alespoň 6 měsíců trvajících:
časný (2 roky od začátku onemocnění?)	odbrzděnost, impulzivita, v časně fázi sociální
úbytek sociálně-interpersonální vazby	stažení a vyhýbavost problémům
časná (2 roky od začátku onemocnění?)	neklid, kompulzivní či stereotypní jednání,
porucha jednání	poruchy sebeobsluhy, apetence nebo hyperoralita
časná (2 roky od začátku onemocnění?)	citová inkontinence, labilita, snížená empatie,
citová otupělost	apatie
časná (2 roky od začátku onemocnění?)	ztráta náhledu, porozumění
ztráta chápavosti	

Zdroj: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/alzheimerova-nemoc-a-jine-demence-271479>

## **Příloha 4 – Kazuistika**

### Příklad kazuistiky – frontotemporální demence

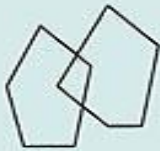
Muž, 46 let, si sám žádné poruchy není vědom, neví, co by měl být problém. Pracuje jako vedoucí nákupu pro firmu, která vyrábí tramvaje, nakupuje náhradí díly. V práci je vše naprosto v pohodě. Spíše manželce přijde něco v nepořádku.

Manželka pozoruje velké změny v chování. Během půl roku se celkově snížila jeho aktivita, je líný, nevydrží u žádné činnosti. Ztratil společenské zábrany. Na ulici oslovuje lidi, se kterými dříve nemluvil. Neustále sleduje televizní seriály, bulvár a debatuje o tom s ostatními. Někdy náhle a bezdůvodně opustí společenskou místnost. Přestává mít zájem o okolní dění. Nezaujalo ho, že se mladší dcera dostala na střední školu. Častěji masturbuje, nehlídá si soukromí, sexuálního styku ale není schopen. V práci nevydrží u žádné soustředěné činnosti. Většinu pracovní doby bezúčelně promrhá. Stále častěji se stává, že ráno prohlásí, že do práce vůbec nepůjde. Matka zemřela v 54 letech v psychiatrické léčebně, kde byla hospitalizována kvůli údajné Alzheimerově nemoci, ale pitevní diagnóza chybí. Podle výpovědi otce pacienta chování syna nápadně připomíná potíže u jeho matky.

Při vyšetření pacient žvýká, odchází několikrát močit na toaletu, sbírá předměty a dokumenty z lékařova stolu, vyžádá si odpočinek na vyšetřovacím lůžku, náhle přerušuje a ukončuje návštěvu u lékaře a odchází pryč. Na SPECT mozku, má frontotemporální hypoperfuzi.

Zdroj: Bartoš, Hasalíková, 2010

## Příloha 5 – Test na hodnocení kognitivních funkcí MMSE

Test kognitivních funkcí – Mini-Mental State Exam (MMSE)	
Oblast hodnocení	Max. skóre
<b>1. Orientace</b> Položte nemocnému 10 otázek. Který je teď rok? Které je roční období? Můžete mi říci dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je teď měsíc? Ve kterém jsme státě? Ve kterém jsme kraji? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)? Ve kterém jsme poschodí?	každá správná odpověď = 1 bod 1 1 1 1 1 1 1 1 1
<b>2. Paměť</b> Vyhledejte a jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta – např. okno, židle, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval.	každá správná odpověď bez ohledu na pořadí = 1 bod 3
<b>3. Pozornost a počítání</b> Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5krát po sobě.	každá správná odpověď = 1 bod 5
<b>4. Krátkodobá paměť (= vybavnost)</b> Úkol zopakovat 3 dříve jmenované předměty.	každá správná odpověď = 1 bod 3
<b>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti</b> Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: „Žádná ale, jestliže a kdyby.“ Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči.“ Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl). Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník.	správná odpověď nebo splnění 1 úkolu = 1 bod 2 1 3 1 1 1
	
Celkové skóre .....	Max. 30 bodů
Hodnocení: 0–10 b. těžká kognitivní porucha, 11–20 b. středně těžká kognitivní porucha, 21–23 b. lehká kognitivní porucha, 24–30 b. pásmo normálu	

Zdroj: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/velke-interdisciplinarni-intelektove-poruchy-instabilita-syndrom-323585>

## Příloha 6 – Addenbrookský kognitivní test

### Addenbrookský kognitivní test (ACE-CZ) – 2012

**2010 – Addenbrookský kognitivní test (ACE-CZ)**, revidovaná verze 2010 je opravená a graficky upravená [původní česká verze z roku 2008](#). Test slouží k podrobnějšímu zjištění kognitivního profilu, k časnému záchytu kognitivních poruch a k přesnější diferenciaci diagnostice kognitivních poruch a demencí. Výsledkem je nejen celkový skóre kognitivních funkcí, ale i zhodnocení kognitivních domén (pozornost a orientace, paměť, slovní produkce, jazyk a zrakově-prostorové schopnosti). Nemá omezení autorských práv jako Krátký test kognitivních funkcí (Mini-Mental State Examination). Revizi české verze testu podpořila společnost Pfizer.

**ADDENBROOKSKÝ KOGNITIVNÍ TEST (revidovaná verze 2010)**

Ime a příjmení: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_  
Datum vyšetření: \_\_\_\_\_  
Příjmení lékaře: \_\_\_\_\_  
Příjmení pacienta: \_\_\_\_\_  
Příjmení vyšetřovatele: \_\_\_\_\_  
Příjmení vyšetřovatele: \_\_\_\_\_ Datum vyšetření: \_\_\_\_\_

Subtest	Skóre	Normální
Pozornost a orientace	18	18
Paměť	26	26
Slovní produkce	14	14
Jazyk	14	14
Zrakově-prostorové schopnosti	16	16

**CELKOVÉ SKÓRE**

ACE-R	700	700
MMSE	30	30

**1. ORIENTACE**

1. Znáte-li své jméno a věk?  2. Na kterou stranu se díváte?  3. Jaký je rok?  4. Kde se nacházíte?  5. Kde jste se narodil?  6. Jak se jmenuje váš lékař?  7. Jaký je váš povolání?  8. Jak se jmenuje váš rodinný lékař?  9. Jak se jmenuje váš rodinný lékař?  10. Jak se jmenuje váš rodinný lékař?

**2. POZORNOST A ORIENTACE**

1. Jaký je rok?  2. Jaký je měsíc?  3. Jaký je den?  4. Jaký je rok?  5. Jaký je měsíc?  6. Jaký je den?

#### Charakteristika testu:

- polo-neuropsychologické vyšetření
- 6 stran záznamových archů, 26 úkolů na 5 kognitivních domén
- kvantifikace kognitivního postižení s maximálním skórem 100 bodů
- kvalita kognitivních funkcí: testuje se podrobněji a více kognitivních oblastí (proto lze zjistit kognitivní profil, nejen míru postižení)
- více prověřována paměť (zejm. oddálené vybavení) a zrakově-prostorové funkce
- navíc obsahuje vyšetřování exekutivních schopností
- poskytuje samostatné podskóre pro každou kognitivní funkci: 1) pozornost a orientace (max. 18 bodů), 2) paměť (max. 26 bodů), 3) slovní produkce (max. 14 bodů), 4) jazyk (max. 26 bodů) a 5) zrakově-prostorové schopnosti (max. 16 bodů)
- trvání: 12-30 minut
- umožňuje třdit druhy demence
- obsahuje v sobě Mini-Mental State Examination (MMSE), takže lze získat orientační skóre MMSE (i když struktura není zcela identická s původním MMSE)
- nový fenomén: i když je MMSE normální (29-30 bodů), tímto testem se přesto dokáže již zachytit zjevná kognitivní porucha

Zdroj: [http://www.nudz.cz/adcentrum/kratke\\_kognitivni\\_testy.html#ace](http://www.nudz.cz/adcentrum/kratke_kognitivni_testy.html#ace)

## **Příloha 7 – Frontotemporal Behavioural Scale**

Tento test se skládá ze čtyř částí mapujících typické příznaky v chování i emoční oblasti:

- a) Ztráta sebekontroly (extrémní upovídanost, změny v jídelních zvyklostech, nezdravý vztah k alkoholu, ztráta schopnosti kontrolovat své chování i jednání, nedostatek společenského taktu, roztěkanost, popudlivost, nepřiměřené emocionální reakce, roztržitost).
- b) Zanedbávání péče o sebe (zanedbávání osobní hygieny, nedbalost v oblékání, ztráta vkusu).
- c) Sebestředné chování (přehlížení ostatních, neschopnost naslouchat, nedostatek empatie, soustředěnost pouze na své potřeby).
- d) Emoční poruchy (smutek nebo naopak extrémní rozjařenost, nepředvídatelné změny emocionality, někdy až agresivita).

Zdroj: Holmerová, Jarolímová et al., 2009

**Příloha 8 – Klinické rozdíly mezi frontotemporální demencí a Alzheimerovou nemocí**

<b>Klinické příznaky</b>	<b>FTD</b>	<b>AN</b>
<b>Věk začátku</b>	Vzácně nad 75 let	Výrazně se zvyšuje s věkem
<b>Časné poruchy chování</b>	Běžné	Neobvyklé
<b>Společensky nevhodné chování</b>	Běžně v časných stádiích	Obvykle v pokročilejších fázích
<b>Poruchy paměti</b>	Méně zřetelné na počátku	Časné a výrazné
<b>Řečové potíže</b>	Mohou být izolované řečové potíže bez poruchy paměti	Obvykle společně s poruchou paměti
<b>Hybné příznaky</b>	Běžnější (u FTD s amyotrofickou laterální sklerózou)	Méně časté
<b>Nálada</b>	Značná vznětlivost, anhedonie, sociální stažení, neschopnost emočního prožívání, euforie, apatie, ztráta pocitu viny	Smutek, plačtivost, anhedonie, apatie, pocity viny
<b>Psychotické rysy</b>	Vzácné pronásledovací iluze, obvykle žárlivécké, somatické, náboženské, podivné chování	Obvykle iluze pronásledování, podezírání, ve středním nebo pozdním stádiu
<b>Chuť k jídlu, změny v příjmu potravy</b>	Zvýšená chuť, enormní chuť na sladké, zvyšování hmotnosti	Vzácnější: anorexie a ztráta váhy

Zdroj: Bartoš, Hasalíková, 2010

## **Příloha 9 – Desatero bazální stimulace**

1. Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluďte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
7. Nepoužívejte v řeči zdobněliny.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova.

Zdroj: <http://moodle.zshk.cz/mod/page/view.php?id=7532>

## **Příloha 10 – Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence**

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené.
5. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
6. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
7. Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
8. Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
9. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
10. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.

Zdroj: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/354-desatero-komunikace-s-pacienty-se-syndromem-demence.html>



## **Příloha 11 – Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence**

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

Zdroj: <http://www.alzheimerpt.cz/prachatice/poskytovane-sluzby/poskytovane-sluzby/pece>

## **Příloha 12 – Doporučení k použití omezujících prostředků**

č. 372/2011 Sb

§ 39

(1) K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít

- a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem,
- b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,
- c) umístění pacienta v síťovém lůžku,
- d) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu,
- e) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta,
- f) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo
- g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f),

(dále jen „omezovací prostředky“).

(2) Omezovací prostředky lze použít

- a) pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, a
- b) pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití podle písmene a).

(3) Poskytovatel je povinen zajistit, aby

- a) pacient, u kterého je omezovací prostředek použit, byl s ohledem na jeho zdravotní stav srozumitelně informován o důvodech použití omezovacího prostředku,
- b) zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta byl o použití omezovacích prostředků uvedených v odstavci 1 písm. b), c), d) nebo e) bez zbytečného odkladu informován; sdělení zákonnému zástupci pacienta se zaznamená do zdravotnické dokumentace

vedené o pacientovi, záznam podepíše zdravotnický pracovník a zákonný zástupce nebo opatrovník,

c) pacient po dobu použití omezovacího prostředku byl pod dohledem zdravotnických pracovníků; dohled musí odpovídat závažnosti zdravotního stavu pacienta a zároveň musí být přijata taková opatření, která zabrání poškození zdraví pacienta,

d) použití omezovacího prostředku indikoval vždy lékař; ve výjimečných případech, vyžadujících neodkladné řešení, může použití omezovacích prostředků indikovat i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen; lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení,

e) každé použití omezovacího prostředku bylo zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Zdroj: Sbírka zákonů České republiky, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)