

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalářské kombinované studium
2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Andrea Dolejšová

Stařecká demence a Alzheimerova choroba

Praha 2012

**Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Marie Vacínová, CSc.**

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies
2009 – 2012

BACHELOR THESIS

Andrea Dolejšová

Senile Dementia and Alzheimer Disease

Prague 2012

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:
PhDr. Marie Vacínová, CSc.**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 22. února 2012

Jméno autorky: Andrea Dolejšová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Marii Vacínové, CSc. za laskavé vedení mé bakalářské práce a poskytnutí cenných připomínek.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje pojmům stařecké demence a Alzheimerovy choroby. Zabývá se jejími příznaky, diagnostikou, následnou léčbou a možnostmi léčby v domácích podmínkách a dalšími možnými formami péče. Zdůrazněna je zde prevence a včasné zahájení léčby onemocnění.

V závěru je kladen důraz na informování široké veřejnosti o těchto nemocech. Za podstatné se považuje seznámit ošetřující členy rodiny o všech možnostech, které mohou využít v péči o rodinné příslušníky.

Vzdělavatel dospělých má znát odlišnosti psychiky a tím se tato práce zabývá. Onemocnění se netýká pouze starých lidí, ale i lidí mladých a ve středním věku.

Klíčové pojmy

Alzheimerova choroba, Česká alzheimerská společnost, Diakonie, farmakologické a nefarmakologické postupy, hospicová péče, kazuistiky, klasifikace demencí, legislativa, ošetřující členové rodiny, prevence, příspěvek na péči, příznaky, stacionář, stařecká demence, terapie

Annotation

This thesis is devoted to the term of senile dementia and Alzheimer disease. It deals with its symptoms, diagnosis, subsequent treatment and possibilities of treatment in some domestic conditions and further possible forms of treatment. It is emphasised the prevention and timely initiation of illness treating here.

At the end the emphasis is placed on informing the general public regarding these diseases. As essential it is considered to inform all family members about all possibilities that they can apply in care about family members.

The education of adults is to know the psyche differences and this work deals with it. The illness does not concern only old people, but also young and middle-aged people.

Key words

Alzheimer disease, Czech Alzheimer Society, diakonie, pharmacological and non-pharmacological procedures, hospice care, casuistry, classification of dementia, legislation, attending family members, prevention, contribution to care, symptoms, day care centre, senile dementia, therapy

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	STÁŘÍ A STÁRNOUCÍ POPULACE	11
2.1	Stárnoucí populace	11
3	Poruchy kognitivních funkcí	12
3.1	Mírná kognitivní porucha	13
4	DEMENCE.....	14
4.1	Demence a její rozdělení	15
4.1.1	Atroficko-degenerativní demence	15
4.1.2	Sekundární a smíšené demence	16
4.1.3	Smíšené demence	20
5	POSTIŽENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ PŘI DEMENCI	21
5.1	Ztráta paměti.....	21
5.2	Poruchy jazyka	21
5.3	Deficity pozornosti	21
5.4	Poruchy vhledu, úsudku a abstrakce	21
5.5	Poruchy ve vnímání a prostorové orientaci	21
5.6	Poruchy v oblasti motoriky	22
5.7	Postižení aktivit denního života	22
5.8	Behaviorální a psychologické příznaky demence	23
6	ALZHEIMEROVA CHOROBA.....	25
6.1	Historie Alzheimerovy choroby	25
6.2	Příčiny vzniku onemocnění a rizikové faktory.....	25
6.3	Příznaky choroby.....	26
6.4	Diagnostika onemocnění a vyšetřovací metody	26
6.5	Farmakologická léčba.....	29
6.6	Možnosti nefarmakologické léčby	29
6.6.1	Kondiční ergoterapie	29
6.6.2	Pet-terapie.....	30
6.6.3	Reminiscenční terapie	30
6.6.4	Muzikoterapie.....	30
6.6.5	Taneční terapie	30
6.6.6	Kognitivní rehabilitace	31
6.6.7	Kinezioterapie	31
6.7	Prevence onemocnění.....	31
7	STÁDIA DEMENCE	33
7.1	První stádium – lehká demence.....	33
7.2	Druhé stádium – střední demence	34
7.3	Třetí stádium – těžká demence	35
7.4	Shrnutí průběhu demencí.....	36
8	KOMUNIKACE S LIDMI TRPÍCÍMI DEMENCÍ.....	37
8.1	Zásady pro komunikaci člověka s demencí.....	37
9	PODPORA RODINÁM PEČUJÍCÍ O ČLOVĚKA S DEMENCÍ.....	39
9.1	Péče o nemocné v domácích podmínkách.....	39
9.2	Česká alzheimerská společnost	41
9.3	Legislativní zakotvení zákona	42

10	MOŽNÉ FORMY PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....	44
10.1	Stacionář České alzheimerovské společnosti.....	44
10.2	Diakonie.....	45
10.3	Domovy důchodců se zvláštním režimem.....	46
10.4	Hospicová péče.....	46
11	VÝZKUM ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	48
11.1	Alzheimer nadační fond.....	48
12	SHRNUTÍ.....	55
13	ZÁVĚR.....	56
14	SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	58
15	SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ.....	59
16	ZÁKONNÉ NORMY.....	59
17	ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY.....	60
18	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	61

1 ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou stařecké demence a Alzheimerovou chorobou.

V současné době dochází k prodlužování lidského věku, což lze pokládat za pozitivní. Skoro každý člověk se snaží užít si život plnohodnotným způsobem, ale ne každému se to podaří. Ve společnosti výrazně přibývá starých lidí. Současně se stářím souvisí i některé nemoci. Mezi ně také patří stařecká demence a Alzheimerova choroba.

Vzhledem k faktu, že v budoucnu bude starých lidí neustále přibývat, je velice nutné, aby se široká veřejnost seznámila alespoň rámcově s nejčastějšími projevy, průběhem a léčbou těchto onemocnění. Je také přínosné seznámit pečující osoby se specifickými příznaky, které provázejí tyto onemocnění. Zejména se jedná o pacienty s demencí, kde dochází ke změně osobnosti, nemocní ztrácejí náhled a někteří nechtějí přijmout pomoc, ač jí potřebují.

Velice důležitý je přístup příbuzných a ošetřujícího personálu k nemocným, měli by být nejen dostatečně informováni o onemocnění, ale i mít k nemocným lidský přístup a pochopení. Každý člověk, který onemocnění stařeckou demencí nebo Alzheimerovou chorobou byl a je určitou osobností a měl by svůj život žít důstojně.

Velice důležité je u nemocných včasné a správné rozpoznání prvních příznaků onemocnění, které usnadní včasné stanovení diagnózy a nastolení následné léčby. V posledních letech se stále více dostávají do popředí možnosti nefarmakologické léčby.

Za velice přínosnou lze považovat činnost České alzheimerovské společnosti, která poskytuje poradenství určené lidem, kteří trpí demencí a jejich rodinným příslušníkům a poskytuje různé služby. Za velice prospěšné služby poskytované rodinným příslušníkům je možné považovat odlehčovací služby.

Bakalářská práce je zaměřena na poruchy kognitivních funkcí, vysvětluje co je to demence a věnuje se i jejímu rozdělení. Podrobně se bakalářská práce zabývá Alzheimerovou chorobou, jejími příznaky, diagnostikou onemocnění a možnostmi

farmakologické a nefarmakologické léčby. V bakalářské práci je rovněž uvedeno jaké možnosti podpory má rodina, která pečuje o člověka s demencí. Následně jsou zmíněny možné formy péče o člověka s Alzheimerovou chorobou.

Jsou zde popsány dvě kazuistiky, které se zabývají popisem nemocných s Alzheimerovou chorobou.

Cílem této práce je nejen seznámení s danými onemocněními, ale hlavně je zde kladen důraz na nutnost informovat veřejnost.

2 STÁŘÍ A STÁRNOUCÍ POPULACE

„Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří.“¹

Každý starý člověk měl zcela individuální osud, který je odborníky nazýván-běh života či životní dráha. Problém celkového psychického profilu seniorů je totiž v tom, že mnohé vlastnosti, které jsou připisovány stáří, nejsou důsledkem věku, ale individuální zvláštností osobnosti. Stáří totiž karikuje povahu. Typické vlastnosti jednotlivců se s věkem zvýrazňují.²

2.1 Stárnoucí populace

Stárnutí populace je civilizační dlouhodobý a zákonitý proces, který je charakteristický poklesem porodnosti a úmrtnosti.

V hospodářsky vyspělých zemích se situace ještě zvýrazní zestárnutím populačně silných ročníků po roce 2015. Důsledkem je, že výrazně přibývá starých lidí a nastává i změna věkové struktury populace.³

Jelikož ve společnosti přibývá velké množství starých osob, společnost je označována jako dlouhověká. Významnou skupinou starých lidí, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby, jsou lidé, kteří trpí stařeckou demencí a Alzheimerovou chorobou. Nejzávažnějším duševním onemocněním je právě Alzheimerova choroba u níž významným rizikovým faktorem je právě vyšší věk osob.⁴

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří, str. 9

² HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří

³ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří

⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří

3 PORUCHY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

U mnoha seniorů se projeví poruchy kognitivních funkcí. Jedná se o funkce, které zahrnují paměť, řeč, abstraktní myšlení, počítání a rozpoznávání lidí a předmětů. Jedná se o duševní činnosti, které člověku umožňují interakce s okolním světem.⁵

Ne každý si příznaky kognitivního poškození uvědomí. Část seniorů zajde k lékaři a stěžuje si na problémy s pamětí a myšlením, často lékaře kontaktuje rodina nemocného, která si problému všimne. Často poruchy kognitivních funkcí bývají odhaleny při běžném vyšetření, kdy se provádí jednoduchý screeningový test. Včasné rozpoznání demence nebývá snadné. Nemocný si buď nepřizná, nebo neuvědomuje poruchu paměti. Mírné kognitivní poruchy bývají často tolerovány okolím. Závažnější a zjevné poruchy kognitivních funkcí jsou často nesprávně považovány za projevy běžného stáří, pokud není lékařem nebo jiným zdravotnickým personálem provedeno alespoň jednoduché orientační vyšetření kognitivních funkcí. Při vyšetření nemocného s kognitivními poruchami je nezbytné zjistit anamnézu, která se zjišťuje nejen od nemocného, ale i od jeho průvodce. Začátek příznaků, rychlost progresu, symptomy demence v jednání a v chování je nutné zjišťovat aktivními dotazy. Při fyzikálním vyšetření je důležité vyhledávat patologické neurologické příznaky. Jako základní test slouží-Test hodin. Pro přesnější hodnocení a orientační stanovení závažnosti demence slouží MMSE (Mini Mental State Examination), test sestávající se ze třiceti úkonů.

Důležité je provést psychologické vyšetření k přesnému posouzení hloubky a závažnosti postižení kognitivních funkcí a intelektu. U pacientů je nutné provést laboratorní a instrumentální vyšetření zahrnující základní biochemická vyšetření, stanovení hladiny hormonů štítné žlázy, hladiny vitamínu B12, EKG, EEG, CT mozku a magnetické rezonance. Na konci vyšetření by měla být zřejmá alespoň etiologie demence pro stanovení diagnózy demence.⁶

⁵ COHEN, R., M., Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi

⁶ PIDRMAN, V., Demence

3.1 Mírná kognitivní porucha

Pojem mírná kognitivní porucha, zahrnuje iniciální stádia různých demencí a je rizikovým faktorem pro jejich vznik. Asi u třetiny postižených zůstává stacionární a nepřechází do stádia demence. Klinicky se jedná o poruchu kognitivních funkcí, která je významná a je výsledkem patologického procesu CNS.⁷

⁷ JIRÁK, R, Demence a jiné poruchy paměti

4 DEMENCE

„Pojem demence pochází z latiny a doslova znamená bez „mysli.“⁸

„Demence je definována jako nevratná globální deteriorace kognitivních funkcí.“⁹

„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru.“¹⁰

Dochází zde k narušení korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči a úsudku, přičemž vědomí není zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.

Diagnózu demence lze stanovit na základě klinického obrazu – psychologického a psychiatrického vyšetření. Obecným kritériem pro stanovení demence je zjevné zhoršení krátkodobé a dlouhodobé paměti, narušení abstraktního myšlení, soudnosti a narušení ostatních kognitivních funkcí. Dochází tak, ke změně osobnosti u pacienta.

Nejznámějším rizikovým faktorem je věk. Stařecká demence před 60. rokem života se objevuje vzácně, v 85 letech jí trpí každý pátý člověk.

Ve stáří dochází k postupnému poklesu kognitivních funkcí, což bývá charakterizováno zhoršováním paměti. Jde o důsledek mozkové atrofie. Demence není projevem normálního stárnutí. Je vždy výsledkem chorobného procesu. Demence je získaná globální porucha intelektu, paměti a osobnosti. Hlavními jejími příznaky jsou poruchy paměti krátkodobé i dlouhodobé, poruchy abstraktního myšlení, rozhodování, zhoršení orientace v prostoru, dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, ke snížení soběstačnosti a schopnosti řešit běžné problémy a užívat získané percepční motorické dovednosti.

⁸ BUIJSSEN, H. 2006, s.21

⁹ COHEN, R., M., 2002, s.17

¹⁰ PIDRMAN, V., 2007, s. 8

Dochází ke změně lidské osobnosti a změnám sociálního chování. Poruchami paměti trpí asi 10% osob ve věku nad 70 let.

4.1 Demence a její rozdělení

Demence musí být správně diagnostikována, poté je nutné určit její etiologii, aby se mohlo začít s léčbou.

Dělení demencí – atroficko-degenerativní demence a demence symptomatické (sekundární), které mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek.

4.1.1 Atoficko-degenerativní demence

U ní dochází k atroficko degenerativním změnám v mozku. Jedná se o procesy, které vedou ke snížení počtu spojů nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk, kdy dojde k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů.

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně), což má za následek vznik syndromu demence.

Tato příčina demence je ze všech nejčastější a představuje v čisté podobě alespoň 50% všech demencí.¹¹

Demence s Lewyho tělísky

Je charakterizována kromě základních příznaků demence zejména fluktuujícími poruchami kognitivních funkcí, výskytem zrakových halucinací a parkinsonským syndromem. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy choroby. U tohoto onemocnění se mohou objevit bludy.

¹¹ JIRÁK, Demence a jiné poruchy paměti

Výskyt tohoto onemocnění ve stáří je vysoký. Demence s Lewyho tělísky je často zaměňována za demenci u Alzheimerovy choroby.

Frontotemporální demence

Patří mezi méně časté formy demence. Nejčastější formou této demence je Pickova nemoc. Dochází k degeneraci frontálních a temporálních laloků mozku. Nemoc se projevuje výraznou změnou osobnosti, sociálního chování a poruchou řeči.

4.1.2 Sekundární a smíšené demence

Sekundární demence jsou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek.

Vaskulární demence

Vaskulární demence vznikají kvůli narušení cévního zásobení mozku.

Jedná se o druhou nejčastější příčinu demence. Její rozvoj je spojen s onemocněním cév CNS, kardiovaskulárního systému, hypertenzí, často souvisí s prodělanou cévní mozkovou příhodou. Patologické kognitivní a další symptomy se objevují náhle, někdy dochází ke zhoršování ve skocích. Příznaky demence se zpravidla projevují do tří měsíců po prodělané cévní příhodě. V anamnéze nemocného bývají často uváděny rizikové faktory cévního onemocnění – ICHS, hypertenze.

Pro stanovení diagnózy je nezbytné, aby bylo anamnesticky, klinicky zobrazovacími metodami prokázáno cerebrovaskulární onemocnění. Toto onemocnění může mít několik forem.

Multiinfarktová demence je charakterizovaná mnohočetnými infarkty v mozkové kůře a podkorových oblastech

Metabolická demence

Poruchy látkové přeměny mohou vést ke vzniku demencí, které se dají vyléčit po odstranění základní příčiny. Vzácné bývají metabolické demence s genetickým podmíněním. V případě Wilsonovy choroby, se jedná o demenci, která je způsobena vrozeným nedostatkem tvorby bílkoviny ceruloplazminu, která přenáší v těle měď.

Častěji se, ale vyskytují geneticky nepodmíněné metabolické demence.

- Demence při selhání jater
- Demence při uremii

Toxické demence

Otravy některými látkami výrazně postihují centrální nervový systém a mohou způsobit obraz demence.

Z akutních otrav je nejzávažnější z hlediska vzniku demencí intoxikace oxidem uhelnatým.

Z chronických otrav mohou demence způsobit některé průmyslové škodliviny, což se ovšem děje vzácně.

Časté chronické demence jsou způsobeny alkoholem. Alkoholové demence vznikají při častém a dlouhodobém požívání velkých dávek alkoholu. Alkoholová demence může vzdáleně připomínat Alzheimerovu chorobu. Postihuje osobnost nemocného, dochází ke změně povahových rysů, celkovému zhrubnutí, úpadek v zájmech člověka. Alkoholová demence je v současné době nevyléčitelná, ale pokud nemocný člověk důsledně abstínuje, má přiměřenou výživu a dobré sociální zázemí může dojít k zlepšení.

Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, které postihuje především mozkový kmen. V pozdějších stádiích jsou postiženy i další oblasti mozku. Onemocnění způsobuje hlavně poruchy hybnosti a motorické příznaky. Zde se jedná především o třes, svalovou ztuhlost, poruchy rovnováhy a chůze.

Příznaky demence u Parkinsonovy choroby jsou – poruchy paměti, zhoršená pozornost a snížená schopnost soustředění. U nemocných je narušena schopnost formulovat a řešit problémy, řadit myšlenky do souvislostí, pracovat s myšlenkami a udržet je.

Léčba je možná pomocí antiparkinsonik, případně pomocí antipsychotik.

Demence při Huntingtonově choree

Jedná se o vzácné dědičné onemocnění, které progreduje a devastuje zdravotní stav nemocného a výrazně snižuje kvalitu jeho života. Příčinou onemocnění je změněná chybná genetická informace. V mozku vzniká hromadění patologické bílkoviny, která ničí mozkové buňky. Nejdříve je postižena oblast, která souvisí s řízením pohybu, pak další oblasti mozku.

Onemocnění se projevuje jak příznaky neurologickými, tak psychickými. U pacientů se v rámci demence kromě poruchy paměti vyskytuje i snížená schopnost až neschopnost fungovat během dne a věnovat se smysluplným i základním denním aktivitám. U pacientů se vyskytují poruchy chování, které se stávají velikou zátěží pro rodinu nemocného.

Léčbu je možné provádět pomocí antidepresiv a neuroleptik.

Traumatické demence

Častou příčinou traumatické demence jsou úrazy hlavy zejména mladších jedinců. Dochází zde k narušení poznávacích a výkonných funkcí, změn chování a k poruchám osobnosti, které úraz hlavy způsobí. Důsledky poranění mozku mohou být krátkodobé nebo trvalé. Různorodost příznaků je dána lokalizací a rozsahem poranění.

Častější jsou uzavřená poranění hlavy. Těžší úrazy hlavy způsobují kontuzní ložiska, což je pohmoždění a krvácení do mozku. Lehké úrazy hlavy vedou k výpadkům paměti, které se zcela upravují. Kognitivní poruchy a poruchy chování po úrazech často v určité podobě přetrvávají do konce života a věkem dochází ke zhoršování příznaků.

Těžké poranění mozku spojené s kómatem je léčeno na jednotce intenzivní péče, kde se podávají farmaka ke zlepšení prokrvení mozku a zlepšení jeho výživy. Velice důležitá je rehabilitace svalových skupin a rehabilitace kognitivních funkcí, trénink paměti, nácvik zhoršených dovedností, zlepšování soběstačnosti jsou naprostou nutností léčby.

Demence při normotenzním hydrocefalu

Jedná se o neurologicko-psychiatrické onemocnění. Ohrožen tímto onemocněním je jedinec, který měl úraz hlavy, měl v mozku cévní výdut', cystu, nádor, má za sebou operaci mozku nebo prodělal infekci centrálního nervového systému. Často je také příčina onemocnění nejasná. Při tomto onemocnění dochází k poruchám paměti, poruchy chůze, motoriky. Od normotenzního hydrocefalu je nutné odlišit Alzheimerovu a Parkinsonovu chorobu.

Specifická léčba neexistuje. Provádí se neurochirurgická léčba.

Demence při infekcích

Některé infekční choroby postihující mozkovou tkáň i mozkové pleny mohou vyvolat demenci.

Jedná se o různé formy postižení mozku luetickou infekcí (syfilis). Lues je pohlavně přenosné onemocnění, které je způsobeno bakterií *Treponema pallium*. Nejčastější forma luetického postižení mozku projevující se demencí je progresivní paralýza. Jedná se o chronický zánět mozku vedoucí k mozkové atrofii. Demence může mít různé podoby, od klinického obrazu podobajícího se Alzheimerově chorobě po demence s produkcí megalomanských bludů.

Další infekční choroba schopná vyvolat demenci je AIDS. Na vzniku demence se podílí jednak virus HIV, jednak i více faktorů při selhání imunity. Demence při AIDS zatím není léčitelná.

Velice nebezpečné jsou i demence způsobené virem herpes simplex.

4.1.3 Smíšené demence

U mnoha nemocných s demencí je jejich mozek současně postižen více typy chorobných procesů. Jedná se například:

o smíšenou Alzheimerovu demenci (vaskulární demenci)

a o smíšenou Alzheimerovu demenci (jinou primárně degenerativní demenci)

a ostatní smíšené demence¹²¹³¹⁴

¹² AMBLER, Z., Neurologické poruchy ve vyšším věku

¹³ PIDRMAN, V., Demence

¹⁴ ZGOLA, J., M., Úspěšná péče člověka s demencí

5 POSTIŽENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ PŘI DEMENCI

5.1 Ztráta paměti

Vznikají potíže se získáváním nových znalostí, dochází ke špatné orientaci v prostoru a čase. Dochází ke stále se opakujícím dotazům a k tvorbě paranoických představ, konfabulací. Častá je také úzkostlivost a nedostatek vhledu.

5.2 Poruchy jazyka

Rozpad schopnosti receptivního jazyka působí postižené osobě těžkosti s rozeznáváním slov a porozuměním složitým větám. Osoba, která má problém s expresivním jazykem, bude obtížně hledat slova, která by přesně vyjádřila její myšlenku. Bude mít problém s tvořením smysluplných vět.

5.3 Deficity pozornosti

Projevuje se neschopností nemocného člověka začít nebo ukončit úkol nebo akci, dochází k fixaci na jeden nepodstatný aspekt úkolu, přičemž úkol jako celek osoba zapomene. Dochází k neschopnosti vzdorovat rušivým podnětům. Projevuje se snížená schopnost reagovat a může docházet ke zmateným reakcím.

Tyto problémy vyplývají z neschopnosti osoby zaměřit pozornost, soustředit se.

5.4 Poruchy vhledu, úsudku a abstrakce

Poruchy vhledu, úsudku a abstraktního myšlení spolu se sníženou kontrolou emocionálních projevů, činí z osoby s kognitivní poruchou někoho, kdo se může jevit jako nerealistický a egocentrický. Tyto poruchy mohou vést k tomu, že jedinec reaguje následujícím způsobem. V důsledku nerealistického odhadu odmítá pomoc, trvá na svých starých vzorcích chování, nepřijme důkaz o snížení svých schopností, ztrácí schopnost chovat se podle společenských konvencí, ztrácí zábrany, nedokáže předvídat důsledky. Nedokáže si udělat představu o nepřítomných objektech nebo okolnostech, má tendenci brát věci doslovně.

5.5 Poruchy ve vnímání a prostorové orientaci

Deformace vnímání je neschopnost dát smysl vlastním vjemům. Poruchy zrakového vnímání mají nesmírný dopad na člověka. Poruchy zrakové percepcce mohou vyústit v následující problémy, v neúspěch pacienta rozeznávat předměty nebo lidi, mylný výklad podnětů z prostředí, potíže s nacházením věcí, zvláště když nejsou na svém místě, zakopávání a nepřesný odhad cílové vzdálenosti a potíže s nacházením správné cesty.

5.6 Poruchy v oblasti motoriky

Dochází zde ke zhoršování motoriky a k poruše pohybových vzorců, které si člověk za svůj život osvojil. Problémy mohou nastat u kteréhokoliv úkolu, který se skládá z více kroků. Osoba může ztratit přístup k automatickému vzorci.

5.7 Postižení aktivit denního života

Dochází k poruchám v aktivitách, které se týkají běžného života, který pacient žil před onemocněním. Běžné dovednosti jsou u demencí porušeny úměrně tíží demence. Na počátku onemocnění vypadávají například složitější profesní aktivity, postupně se porucha rozšiřuje i na další aktivity denního života. U pokročilých demencí jsou postiženy i aktivity denního života, jako je schopnost oblékání, správného vrstvení oblečení a samostatnosti při jídle a hygieně.

U velmi těžkých stadií demencí se vyskytuje inkontinence moči a stolice, neschopnost nemocného se sám najíst a napít, je zde plná odkázanost na péči okolí. O nemocného se stará jeho rodina nebo profesionální pečovatel, případně zdravotnická zařízení nebo sociální ústavy.

5.8 Behaviorální a psychologické příznaky demence

Behaviorální příznaky jsou pro okolí, ale někdy i pro pacienta samotného nejobtížnější projevy. Mohou se projevit v počátečním stadiu demence, ale zpravidla se rozvíjejí ve středních stádiích demence a nejvíce se projevují v těžkých stádiích.

Poruchy chování mohou mít různý charakter. Velice často se vyskytují stavy neklidu, které jsou výrazné u Alzheimerovy choroby. U pacientů je pozorován neustálý neklid, který nemusí být zvlášť výrazný. Někdy dochází u pacientů k stavům silného neklidu, který může být spojen s agresivitou. Jedná se například o útoky z domova, napadání členů rodiny, pečovatelů a zdravotního personálu. Pacienti ničí věci, vykřikují, nadávají, neustále se snaží upoutávat pozornost. Jindy pacienti provozují neúčelné jednání, kdy stále přenášejí jednotlivé věci, chodí bezcílně v místnosti a podobně.

U demencí se mohou objevit přechodně přidružené psychotické příznaky. Jedná se zde o porušení kontaktu s realitou. Mohou u pacientů vznikat bludy nesystematického obsahu – pacienti jsou přesvědčeni, že jsou okrádáni a napadáni i když je tato možnost vyloučena. Někdy se jedná o velmi bizarní situace. Svým bludným představám zcela věří, při prosazování svých přání jsou velice úporní a bludné představy si nenechají vymluvit.

U demencí dochází k poruchám vnímání, kdy u pacientů dochází k halucinacím, které bývají nejčastěji zrakové.

Deliria nejsou součástí demence, ale často se u demenčních pacientů vyskytují. Při zvýšeném výskytu delirií u demencí je nutné zjišťovat co je příčinou.

Poruchy emocí jsou velice časté u demencí, zpravidla bývají přechodného a kolísavého charakteru. Vyskytují se u nemocných nekontrolovatelné afekty, hlavně afekty vzteku. Mohou se také vyskytnout afekty smutku s pláčem, z chorobných nálad se nejčastěji vyskytuje deprese.

U nemocných s demencí se také často vyskytují poruchy spánku. Což se projevuje nespavostí nebo naopak nadměrnou spavostí. Ještě častějším je posun cyklu

spánku. Nemocní později usínají a později se probouzejí. Někdy nemocní spí přes den a v noci jsou bdělí.¹⁵

¹⁵ JIRÁK, R. Demence a jiné poruchy paměti

6 ALZHEIMEROVA CHOROBA

„Řekne-li se Alzheimerova choroba, vybaví se obvykle představa někoho, kdo ztrácí své věci, nepoznává své známé, nemůže najít cestu domů, pomočuje se. Skutečně i takto může vypadat pacient trpící Alzheimerovou chorobou. Tato neurodegenerativní nemoc se klinicky manifestuje jako demence.“¹⁶

6.1 Historie Alzheimerovy choroby

Alois Alzheimer, mnichovský neuropatolog, v roce 1907 popsal histologický nález v mozku paní Auguste D., která zemřela s diagnózou těžké demence ve věku 51 let. Žena trpěla halucinacemi, depresí a trpěla ztrátou paměti.

Od poloviny 70. let dvacátého století se začal prosazovat pojem Alzheimerova choroba pro obě její rozlišené podoby – presenilní a senilní.

6.2 Příčiny vzniku onemocnění a rizikové faktory

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů, v důsledku čehož dochází k mozkové atrofii. Toto má za následek vznik syndromu demence.

V mozkové tkáni nemocných trpících Alzheimerovou chorobou dochází v prostorách mimo nervové buňky k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny, která se nazývá beta-amyloid. Tato bílkovina tvoří krystalky, kolem nichž dochází k řadě dalších neurodegenerativních dějů. Vznikají útvary, které se nazývají neuristické plaky. V nervových buňkách dochází k další závažné změně, a to k přeměně bílkoviny, která se jmenuje TAU protein a vznikají tzv. tangles, což jsou neuronální uzlíčky. Takto postižené nervové buňky pak zanikají.

Alzheimerova choroba narušuje tu část mozku, která řídí myšlení, paměť a jazykové schopnosti.

¹⁶ JIRÁK, R., 2009, s.11

Příčina nemoci je neznámá, nejsou k dispozici farmaka, která by tuto chorobu vyléčila. V současné době jde významně zlepšit kvalitu života nemocných.¹⁷

Jako možné rizikové faktory se jeví dědičnost a pohlaví. Častěji onemocní touto chorobou ženy. V současné době je zkoumáno, zda se nepodílí na vzniku této nemoci také virové infekce, toxické vlivy okolí a poruchy imunitního systému a opakované úrazy hlavy.

6.3 Příznaky choroby

Prvním příznakem, který zpočátku rozlišuje pacient nebo jeho okolí, bývá porucha paměti. Projevuje se zapomínáním v běžných každodenních činnostech. Přidává se porucha jazyka. Řeč je sice plynulá, nicméně je obsahově prázdná, význam slovních spojení je nutno hledat. Dochází k poruše orientace v čase a prostoru, ke zhoršování úsudku a ke změnám nálad a ztrátě iniciativy.

Alzheimerova choroba postihuje každého člověka jiným způsobem. Průběh onemocnění závisí z velké části na tom, o jakou osobnost se jednalo před vypuknutím nemoci. Jaká byla pacientova kondice před onemocněním a jaký byl jeho životní styl.¹⁸

Počáteční stádium nemoci bývá přehlíženo a často je nesprávně označováno za příznaky stárnutí. Alzheimerova choroba se vyvíjí nejčastěji plíživě. Onemocnění se přesouvá do středního stadia, kdy problémy se více zvyrazňují a znesnadňují nemocnému jeho každodenní život. Nemoc může přejít do pozdního stadia, které je stadiem nesoběstačnosti.

6.4 Diagnostika onemocnění a vyšetřovací metody

Diagnostika onemocnění je velice nesnadná. Velice významný je zde pohovor s nemocným a jeho rodinnými příslušníky. Pacient trpící demencí si svůj problém často neuvědomuje, nepřipouští si jej. Objektivizace příznaků další osobou je velice důležitá.

Doprovázející osoba, což je většinou rodinný příslušník objektivizuje data o příznacích, době a délce vzniku, průběhu onemocnění, ale i anamnestické údaje. Z

¹⁷ JIRÁK, R. , et.al., Demence

¹⁸ Česká alzheimerská společnost, Na pomoc pečujícím rodinám

anamnestických údajů je pokládáno za velice důležité zjistit, zda u nemocného nedošlo v minulosti k úrazům hlavy, mozkovým příhodám. Zda pacient netrpí onemocněním srdce, cukrovkou nebo poruchou metabolismu tuků. Dále je nutné zjistit, zda se pacient neléčil s depresemi nebo jinými psychickými onemocněními. Zda je u přímých příbuzných nemocného diagnostikována demence nebo jiné neurologické či psychiatrické onemocnění.

Nejvíce používaným testem je MMSE (Mini-Mental State Examination). V testu je zjišťována orientace osobou, místem i časem. Vyšetřovaná osoba si má zapamatovat tři slova – hned a po jisté prodlevě, dále musí sčítat a odečítat, poznávat různé předložené předměty, překreslit obrázek a opakovat věty, které jsou vyšetřované osobě předneseny.

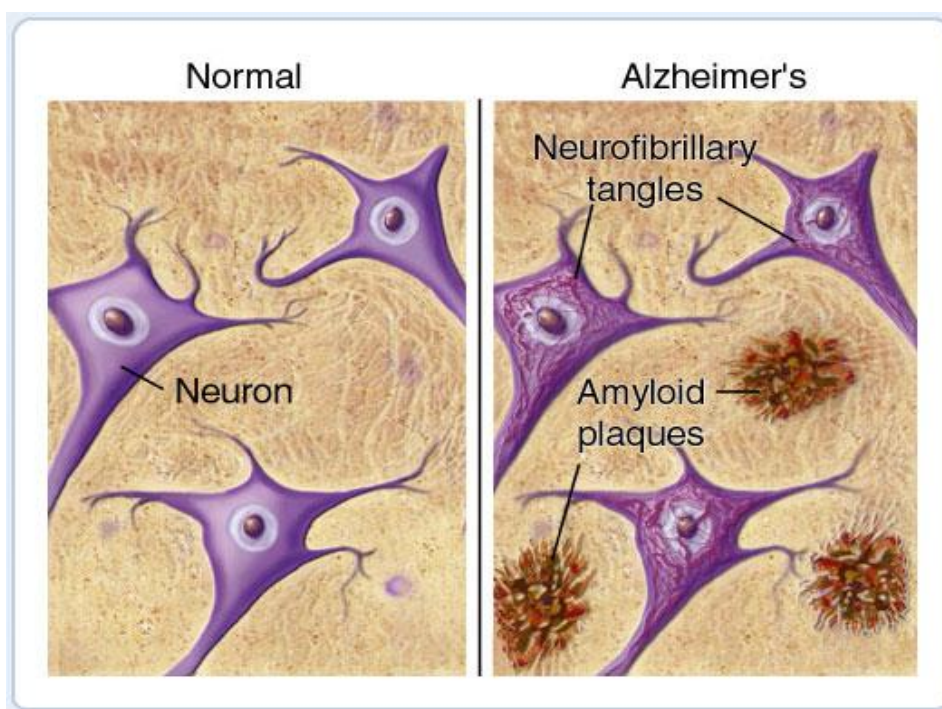
Mezi další orientační vyšetřovací metody patří:

- Weschslerova škála paměti, která poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojic slov i tváří, seznam slov, zrakové reprodukce, uspořádání čísel a písmen.
- WAB, jedná se o testy řečových funkcí. Testuje spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Zahrnuje i názorové testy, které hodnotí čtení, psaní, počítání, vykonávání úkonu a doplnění obrazce do logické série.
- Test řečové plynulosti, vyšetřovaná osoba musí v určitém časovém intervalu vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání. Může se jednat o slova zvířat nebo věcí začínajících na stejné písmeno. Hodnocena je zde zejména pohotovost, iniciace, motivace, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť.
- Testy vizuospaciálních funkcí (funkcí prostorové paměti), konstruktivní apraxie – Bender – Gestaltův test. Testují schopnost obkreslit obrazce se stoupající náročností.
- Test obkreslení dráhy, je testem, který 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.

V somatickém vyšetření se pacientovi provedou tato základní vyšetření – změří se krevní tlak a puls, provede se laboratorní vyšetření krve, kde se zkoumá krevní

obraz, hladina vitamínu B 12, kyseliny listové, hodnota krevních minerálů, kreatininu. Dále vyšetření jaterních testů, hormonů štítné žlázy a provedení neurologického vyšetření.

Pro diagnózu se využívají zobrazovací metody, které umožňují vyšetření mozku. Nejčastěji se používá počítačová tomografie, CT mozku a magnetická rezonance. CT mozku může prokázat nespecifickou povšechnou mozkovou atrofii, případně intracerebrální léze. Vyšetřením, počítačovou tomografií je možné zjistit úbytek neuronů, zmenšení mozku a ztenčení mozkové kůry. Důležitá vyšetřovací metoda je i magnetická rezonance. Bývají zde zjištěny změny v mozkové tkáni, úbytek v mozkové tkáni, změny v prokrvení. EEG vyšetření upozorňuje na změny v mozkové tkáni ve smyslu zpomalení – difuzního a ložiskového, které může být významné pro organickou změnu typu. Za přínosné vyšetřovací metody lze považovat zobrazovací metody s použitím radioaktivně značených látek – SPECT a PET, tyto metody zobrazují především látkovou přeměnu a průtok krve mozkiem.¹⁹



Obrázek č. 1: Normální stav a poškození mozku Alzheimerovou chorobou²⁰

¹⁹ JIRÁK R., et. al. Demence a jiné poruchy paměti

²⁰ <http://globalwarming-arclein.blogspot.com/2011/07/alzheimers-eye-examination.html>

6.5 Farmakologická léčba

V současné době neexistuje přímý lék proti Alzheimerově chorobě. K dispozici jsou farmaka, která mohou zpomalit průběh nemoci. Tyto léky působí v mozku nemocného člověka proti acetylcholinesteráze. Další skupinou léků jsou farmaka, která ovlivňují příznaky tohoto onemocnění. Mezi tyto příznaky patří deprese, nespavost, poruchy chování, jako je neklid.²¹

Při léčbě nemocného Alzheimerovou chorobou platí, že včasnější zahájení léčby má větší úspěch, než když se začne s farmakologickou léčbou až v pokročilých stádiích nemoci. Při farmakologické léčbě je důležité si uvědomit, že se nesmí zapomínat na individuální reaktivitu nemocného. Jsou však i nemocní, kteří i přes včasné zahájení léčby progredují velice rychle nebo léčbu nesnášejí.

6.6 Možnosti nefarmakologické léčby

Léčba demencí by měla být komplexní. Důležité je uplatnit u léčby demencí integrující a následně aktivační terapie a trénink kognitivních funkcí.

U pacientů trpících demencí je důležitý pravidelný režim. Důležitá je také přiměřená aktivita během dne. Do aktivačních terapií se řadí:

6.6.1 Kondiční ergoterapie

Hlavním cílem je smysluplná činnost člověka s demencí. Jedná o využití volného času, prevenci psychických příznaků. Jejím cílem je udržení i rozvíjení stávajících schopností pacienta. Je vždy nutné, vycházet z psychického a fyzického současného stavu pacienta. Je vhodné přihlídnout k dřívějšímu zaměstnání a zájmům pacienta. Mezi činnosti, které je možné s pacientem provádět, se mohou zařadit výtvarné techniky - kresba, malba, textilní techniky – výroba polštářů, batikování, práce s papírem – koláže, vystřihování, nácvik jemné motoriky – navlékání korálků.

²¹ VENGLÁŘOVÁ, M., Problematické situace v péči o seniory

6.6.2 Pet-terapie

Jedná se o asistovanou psychoterapii pomocí zvířat, která má významně pozitivní účinky na psychiku lidí postižených demencí. Léčbu je možné provádět pravidelnými návštěvami dobrovolníků se zvířaty.

6.6.3 Reminiscenční terapie

Jde o aktivizační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavení prostřednictvím různých podnětů. Součástí reminiscenční terapie je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem. Tato terapie vychází ze skutečnosti, že i v poměrně pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť poměrně zachována.

Společně s člověkem postiženým demencí je vhodné si vzpomínat na věci, které jsou pro něj důležité. Důležité je zde spolupracovat i s rodinnými příslušníky nemocného, kteří mohou poskytnout informace o životě a životním stylu, který vedl pacient před onemocněním.

Další možností je „memory book“, album ve kterém jsou mimo běžných rodinných fotografií, také další obrázky, plány domu, staré noviny a vysvědčení. Obdobný význam má „memory book“, což je krabice naplněná drobnými osobními věcmi pacienta, které mu připomínají předchozí život, jeho dětství a mládí. Je zde také možnost zprostředkovat pacientům poslech staré hudby a zajistit jim staré filmy a další.

6.6.4 Muzikoterapie

Jedná se o využití hudby jako léčebného prostředku. V terapii je využíváno prosté zpívání písní a zpívání písní za pomoci hudebního nástroje. Nebo je pouze pacientům zprostředkován poslech hudby.

6.6.5 Taneční terapie

Jedná se o psychoterapeutické využití pohybu. V taneční a pohybové terapii je tanec chápán jako terapeutický pohyb. Estetická stránka ustupuje do pozadí, důležité je, aby docházelo k zlepšení psychického a fyzického stavu pacientů.

6.6.6 Kognitivní rehabilitace

Kognitivní trénink může být užitečný lidem s demencí, a to zejména ve stadiu mírné a středně pokročilé demence. Náročnost cvičení se musí přizpůsobit jednotlivým účastníkům. Zejména u lidí s mírnou demencí může být trénink stresující a je důležité navodit pocit důvěry, volit vhodná cvičení. Část cvičení by měla být zaměřena na trénink dlouhodobé paměti, která bývá u dementních osob relativně dlouho zachována. U krátkodobé paměti bývá porušena výbavnost i vstřípivost. Procvičování krátkodobé paměti má význam hlavně u osob v počáteční fázi demence. Do kognitivní rehabilitace je možné zařadit i nácvik orientace v realitě.

6.6.7 Kinezioterapie

Jedná se o předem připravený a aktivně prováděný pohybový program, který využívá prvků tělesných cvičení. Jde o cílené působení na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy a funkce. Cílem je spolupůsobit na zmírnění a schopnost ovlivňování psychických a psychosomatických obtíží. U pacientů postižených demencí je důležité, aby pohybová činnost byla prováděna pravidelně v rámci denního režimu. Činnost musí být prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen. Používá se cvičení integrujícího charakteru s uvědomováním si vlastního tělesného schématu, jeho integrovanosti a možností.²²

6.7 Prevence onemocnění

Důležitou prevencí stejně jako i u jiných chorob je zdravý životní styl, správná výživa, aktivita a sociální interakce. Za velice podstatné je považováno, aby byl člověk po celý svůj život v dobrém psychickém a fyzickém stavu. I do pozdního věku je velice přínosné, aby lidé trénovali paměť, snažili se učit novým vědomostem a přijímali stále nové informace.

V současné době mají senioři možnost využívat PC techniku, kde jsou speciálně pro seniory vyvinuty PC programy a hry, které jsou zaměřeny na procvičování paměti. Jedním z programů na procvičování paměti má název „Happy neuron“. Jedná se o počítačové zábavné hry pro všechny věkové kategorie. Speciální programy zde jsou

²² HÁTLOVÁ, B., Kinezioterapie demencí

zaměřeny na seniory. Komplexní kognitivní program stimuluje pozornost, jazyk, paměť a vizuální, prostorové a výkonné funkce. Programy jsou zde nabízeny v různých úrovních.²³

²³ www.happy-neuron.com

7 STÁDIA DEMENCE

Vývoj choroby se může rozdělit do třech stádií. Jednotlivé potíže, které provázejí onemocnění mohou přecházet do dalšího stádia nebo nemusí nastat vůbec. Jednotlivá stádia se mohou překrývat.

7.1 První stádium – lehká demence

Demence se u nemocného člověka rozvíjí plíživě, pomalu a trvale se rozvíjí. V důsledku toho si okolí velmi často nepovšimne prvních projevů demence. U nemocného dochází k drobným změnám osobnosti, chování, návyků a zvyků. Mohou se u nemocného projevit poruchy úsudku, stejně tak bývají narušeny logické kroky.

Prvními příznaky bývají poruchy krátkodobé paměti a všípivosti. Poměrně brzy se v průběhu rozvoje demence objevují poruchy orientace v prostoru i v čase. Postižený může začít bloudit i v prostředí důvěrně známém.

Objevují se poruchy dalších korových funkcí, jako je afázie, apraxie a agnózie.

Afázie – je progresivní deteriorace kognitivních jazykových funkcí. Rozezná se afázie receptivní, kdy nemocný slyší slova, ale neví, co znamenají, nebo afázii expresivní, kdy nemocný slova zná, ale nedovede je říct.

Apraxie – je neschopnost provádět účelné pohyby i když motorické funkce nejsou narušeny.

Agnózie – je selhávání rozpoznávacích funkcí, u nemocného dochází i k narušení exekutivních funkcí, ztrátě schopnosti správně rozpoznat a adekvátně hodnotit situaci.

Nemoc začíná narušovat život nemocného. Nemocný přestává zvládat běžné úkony každodenního života. Přestává vyhledávat společnost přátel a rodiny. Nemocní často svojí nemoc popírají, stávají se konfliktními a vztahovačnými. Často obviňují rodinné příslušníky a přátele z toho, že jim chtějí uškodit, případně je také obviňují, že jim jejich věci záměrně schovávají, přemísťují nebo odcizují. V této fázi se mohou objevit u pacientů deprese, někdy i mánie. Také se mohou vyskytnout paranoidní

syndromy a bludy. Myšlení nemocného se stává chudým, neohebným, nemocný ztrácí schopnost syntézy, analýzy a logických úvah. Významně se u nemocného snižuje slovní zásoba. Poměrně časně je sníženo až zánik logického uvažování a soudnosti.

Lehká demence se vyznačuje poruchami paměti, které jsou jak subjektivní, postižený si uvědomuje úbytek paměti, který je možný objektivně měřit testovacími metodami. V této fázi dochází k poruchám deklarativní paměti, a to především v krátkodobé a střednědobé složce. Dochází k horšímu zapamatování si nových informací.

Při pomalu vznikající demenci, dochází k plynulému zhoršování bez větších výkyvů. Někdy dochází na určitou dobu ke zpomalení až zastavení zhoršování.²⁴

Osobnost nemocného se mění velice brzy. Objevuje se egocentrismus, egoizmus. Typická je ztráta motivace a ztráta zájmů a dřívějších aktivit. V této fázi je velice důležité včas stanovit diagnózu a nastolit další léčbu. Nemocný by měl sám nebo v doprovodu rodiny navštívit lékaře – specialistu.²⁵

7.2 Druhé stádium – střední demence

Střední stádium může trvat až deset let. U nemocného se začínají objevovat velké výpadky paměti, řeč je obsahově velice chudá. Přítomny jsou verbigerace (stereotypní opakování jednoho slova) a perseverace (ulpívání na jednom tématu, jedné myšlence). Myšlení je zabíhavé. U nemocného se objevují stavy zmatenosti. Mohou se také objevit bludy, které nejčastěji bývají paranoidně perzekuční, bývají bizarní. Ve sféře emoční je jedním z netypičtějších příznaků potupné oploštění. To se týká jak bezprostředních emocí, tak i vyšších emocí etických a estetických. Objevují se známky deprese.

Nemocný je z velké části v tomto stádiu onemocnění odkázán na péči okolí. U nemocného je snížena schopnost své obsluhy, dochází k problémům v dodržování

²⁴ PIDRMAN, V., Demence

²⁵ JIRÁK, R., Demence a jiné poruchy paměti

hygieny. Není si schopen sám připravit jídlo, jídlo mu musí být podáváno, musí se také sledovat jeho pitný režim, protože nemocný by mohl být dehydratován.²⁶

S postupující demencí bloudí i v okolí svého bydliště, v těžkých stádiích demence i ve svém bytě.

Nemocní se často myšlenkami vracejí zpět do minulosti. Minulé vzpomínky mohou vnímat jako realitu, vracejí se zpět do dětství, do doby kdy měli rodinu, byli zaměstnáni. Neuvědomují si co je realitou. Často si osoby, které se o ně starají, pletou se svými dávno zemřelými rodiči, sourozenci, přáteli. Vybavují si podrobnosti ze svého minulého domova, pamatují si různé detaily. Často tvrdí, že nejsou ve svém domě nebo bytě a chtějí odejít domů. Problémy nastávají i v čase a prostoru. Nemocní si často pletou den a noc, chtějí v noci chodit na procházku, nakupovat. Postupně se rozvíjí porucha paměti ve všech složkách, která může vést až k amnestické dezorientaci. Nemocní jsou kompletně dezorientováni, nic nového si již nepamatují. Zapomínají jména, jednotlivé pojmy, zapomínají i známé tváře (prosopagnozie).

7.3 Třetí stádium – těžká demence

Těžká demence se vyznačuje těžkými poruchami paměti ve více složkách. V tomto stádiu je nemocný zcela závislý na péči jiné osoby. Nemocný prakticky nekomunikuje s okolím, paměť je výrazně narušena. Nemocní si nejsou schopni zapamatovat nové informace, bývají dezorientováni místem i časem. Pacienti obvykle nepoznávají lidi, často ani své nejbližší příbuzné a pečovatele, nereagují na podněty okolí. Trpí poruchami chování, agresivitou, stavy zmatenosti, často spí během dne, v noci potom bývají aktivní.

Dochází k poruchám chůze, hybnosti, může docházet k pádům. Nemocní bývají upoutáni na invalidní vozík nebo na lůžko. Často bývají inkontinentní a musí používat papírové pleny. Mívají problémy s přijímáním potravy a polykáním. Bývají krmeni lžící a dostávají kašovitou stravu, případně mají k dispozici k pití sací láhev. Velice důležité je dbát na dostatečnou hydrataci organismu. Ve stádiu kdy nemocní nemohou přijímat potravu, bývá často lékařem, pacientům zavedena sonda, kterou nemocní přijímají

²⁶ PIDRMAN, V., Demence

potravu. Také je vhodné podávat pacientům nutriční přípravky, např. Nutridrink. Pokud jsou pacienti ležící, musí docházet k častému polohování, aby se předešlo dekubitům. Vhodná je také protidekubitová podložka. Pokud to zdravotní stav dovolí, je vhodné, aby část dne trávili v křesle s pomocí speciálních zdravotních protidekubitových polštářů.

U nemocných s demencí ve třetím stádiu nastává úplná ztráta soběstačnosti a péče o takto nemocné trvá po celých 24 hodin. Probíhá buď v domácích podmínkách, kde péči zajišťují rodinní příslušníci nebo pečovatelé nebo je péče zajišťována v některém zdravotnickém nebo sociálním zařízení za pomoci zdravotnického personálu.

7.4 Shrnutí průběhu demencí

Demence při Alzheimerově chorobě vznikají pomalu s průběhem lineárně progredientním. Dochází zde k plynulému zhoršování bez větších výkyvů, někdy dochází na určitou dobu ke zpomalení až zastavení zhoršování stavu. Alzheimerova choroba končí smrtí a trvá obvykle od objevení se prvních příznaků do smrti 7 – 10 let. V mladším věku u forem s časným začátkem a genetickým podmíněním může být průběh i rychlejší. Naopak u některých pacientů byla shledána doba přežití 15 i více let. Pacienti s Alzheimerovou chorobou umírají obvykle na jinou přidruženou chorobu. Velice častou nemocí je bronchopneumonie. Jinou příčinou smrti bývají úrazy nebo jejich následky. Mohou vzniknout pády bez jediného obranného pohybu.

Alzheimerovu chorobu je tedy nutno označit za základní, nikoliv za bezprostřední příčinu smrti.²⁷

²⁷ JIRÁK, R, et. al., Demence a jiné poruchy paměti

8 KOMUNIKACE S LIDMI TRPÍCÍMI DEMENCÍ

Dobrá komunikace s nemocným demencí se zdá být základem vztahu mezi pečujícím a příjemcem péče.

Základními stavebními kameny komunikace jsou iniciativa a její přijetí. Jedná se o signál, kterým se dává druhému najevo, že s ním chce být druhá osoba v kontaktu. Může se jednat i o pohled, dotek, oslovení, otázku, může mít verbální i neverbální charakter. Pro kvalitu každé interakce je rozhodující právě příjem, tedy kvalita odpovědi na jednotlivou iniciativu.²⁸ U člověka s demencí se mění jeho schopnost iniciativy přijímat, zachytit je, porozumět jim, přizpůsobit se. U osob s demencí se postupně mění jeho schopnost aktivně používat jazyk, verbální vyjadřování je obtížnější. Později člověk s demencí ztrácí i schopnost porozumět významu slov a jejich smyslu.

Každá osoba s demencí je jedinečná bytost, s různými zálibami, koníčky a se svými zážitky ze života. Demence každého člověka ovlivňuje jiným způsobem. Proto je důležité, aby rodinní i profesionální pečovatelé měli co nejvíce informací, jak komunikovat s nemocným postiženým demencí.²⁹

8.1 Zásady pro komunikaci člověka s demencí

Pečující osoba, která komunikuje s nemocným, musí dodržovat určitá pravidla a zásady:

- pro komunikaci je vždy dobré vytvořit podmínky, zajistit vhodné prostředí, omezit hluk
- snažit se navázat oční kontakt a udržovat vstřícný a klidný výraz tváře.
- vhodné je využívat několik komunikačních kanálů zároveň. Verbální projevy mají doprovázet i neverbální projevy
- osoba, která s nemocným komunikuje, musí mluvit jasně, srozumitelně a v krátkých větách
- při komunikaci je nutné naslouchat a na nemocného nespěchat
- pokud nemocný sdělovanému nerozumí, je nutné mu informaci říci jinou formulací

²⁸ JIRÁK, R. et. al. Demence a jiné poruchy paměti

²⁹ KOBĚRSKÁ, P., Společnou cestou

- vhodné je používat slova, které nemocný nejčastěji používá a kterým rozumí
- vždy je dobré dávat nemocnému pouze jeden pokyn
- při komunikaci je vždy nutné zachovávat úctu k nemocnému

9 PODPORA RODINÁM PEČUJÍCÍ O ČLOVĚKA S DEMENCÍ

„Není nad to být doma! řekla Dorothy, když se vrátila ze země Oz. Domov je styl, historie, význam a emoce, jenž se k němu váží. Neexistuje místo, které by představovalo takové množství proměnných veličin.“³⁰

Velice důležité pro pečující členy rodiny je, aby se v době kdy je stanovena diagnóza - Alzheimerova choroba u jejich rodinného příslušníka, se velice důkladně seznámili s průběhem onemocnění, s možností pomoci a způsoby péče, které zkvalitní nemocnému jeho život. Základní informace by rodina nemocného měla získat od ošetřujícího lékaře a dále od lékaře specialisty- neurologa, psychologa, psychiatra. Je přínosné, aby se pečující osoby seznámily se všemi dostupnými zdravotnickými pomůckami, které dovedou zpříjemnit život nemocného.

Velice důležitou institucí je Česká alzheimerová společnost, která zajišťuje poradenskou činnost a také se zabývá odlehčovacími službami. Za velice přínosnou lze požadovat brožuru, kterou vydala a která má název - Na pomoc pečujícím rodinám. Na svých webových stránkách uveřejňuje důležité informace, aktuality, pořádané přednášky a termíny setkávání pečujících rodin.

9.1 Péče o nemocné v domácích podmínkách

Pokud je to možné, je vždy lepší pokud člověk, který onemocněl Alzheimerovou chorobou může dále zůstat v prostředí svého domova, které zná a na něž je zvyklý. Známé prostředí pomáhá nemocnému využít plně jeho zachovalých schopností. Známé předměty v domácnosti mohou fungování nemocného usnadnit, nové, moderní předměty nemusí nemocný zvládat. Mezi zachovalé schopnosti u osob s Alzheimerovou chorobou patří nejčastěji staré, celoživotním učením silně zafixované pohybové vzorce. Tyto staré pohybové vzorce bývají spouštěny známými předměty.

V prvním a druhém stadiu choroby je vhodné, aby byt nemocného byl přizpůsoben jeho potřebám se zachováním původních předmětů denní potřeby. Nejvíce se musí dbát na bezpečnost nemocného tím, že z jeho dosahu vyloučí nebezpečné

³⁰ ZGOLA, J., M., Úspěšná péče o člověka s demencí

předměty. Zabezpečí se plynové a elektrické spotřebiče, elektrické zásuvky, musí se zakrýt ostré hrany předmětů. U nemocných osob bývají poruchy spánku, dochází k nočnímu bloudění, místnosti mají být volně průchodné, nemají zde být předměty, které by mohly vést k pádu nemocných. Ošetřující osoba musí zabezpečit léky a různé chemikálie. Také je vhodné označit jednotlivé dveře obrázkem nebo popisem, který sděluje o jakou se jedná místnost. Za velice přínosné je možné označit popisky u různých předmětů, které sdělují nemocnému, jak fungují či jak se s nimi pracuje.

Pokud u nemocného dochází ke stále zhoršování jeho zdravotního stavu, pečující osoba se musí především zaměřit na jeho bezpečnost. Z dosahu nemocného musí odstranit všechny potenciálně nebezpečné předměty. Mněla by být, ale zachována rovnováha, aby zde nemocný měl zachován svoje osobní věci, své obrázky, fotografie, dárky a věci, ke kterým má osobní vztah.

Velice důležité je, aby ostatní členové rodiny, kteří o nemocného pečují, měli také svoje soukromí a svůj prostor. Což je někdy velmi obtížné zařídit.

Pokud se nemocný s Alzheimerovou chorobou dostane do třetí fáze choroby, kdy vyžaduje 24 hodinovou péči, je nutné uzpůsobit byt nemocného jeho potřebám. Jedná se například o zabudované madlo do vany, zabudovaná madla na toaletě, sedací podložka do vany. Vhodná je elektrická protidekubitová nafukovací podložka na které nemocný leží. Do křesla je vhodné dát nemocnému protidekubitové polštáře. Výhodou pro nemocného i jeho ošetřovatele je pokud má nemocný, alespoň jednoduchý invalidní vozík, který je možno zapůjčit.

Náplně polštářů a přikrývek nemocného by měly být z dutého vlákna, aby je bylo možno prát, protože dochází k jejich častému znečištění.

Ošetřující osoby musí dbát na hygienu nemocného, často nemocného převlékat, umývat, přebalovat a dbát na dostatečný pitný režim.

9.2 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost vznikla v roce 1996 a zaregistrovaná byla jako občanské sdružení v roce 1997.

Docházelo zde k setkávání profesionálů z oboru gerontologie, kteří se zabývali problematikou nemocných postižených demencí.

Na svých webových stránkách pravidelně uveřejňuje aktuální informace, organizuje setkání pečujících osob, příbuzných nemocných s odborníky. Na těchto setkáních se řeší jednotlivé dotazy pečujících osob.

Služby ČALS. Poskytují dvě registrované sociální služby. Jedná se o konzultace, které jsou určené lidem trpících demencí a jejich rodinným příslušníkům. Další službou, která je poskytována, je respitní péče, což je odlehčující služba v domácnosti.

ČALS je také akreditovaným vzdělávacím zařízením MPSV ČR a pořádá několik akreditovaných vzdělávacích programů.

Další její činností je pořádání otevřených přednášek a pořádání Pražských gerontologických dní. ČALS pořádá také poradenskou činnost s názvem Konzultace pro profesionály. ČALS má vytvořen certifikační systém Vážka, který je zaměřen na kvalitu sociálních služeb pro nemocné s demencí. Velice významným projektem, který pomáhá pečujícím rodinám je projekt s názvem Bezpečný návrat. Člověk s demencí nemusí vždy najít cestu domů, může bloudit a být dezorientován. Jednou z pomoci ČALS je poskytnutí nemocnému náramky s kódem telefonním číslem na ČALS. Zde jsou pracovníci schopni nemocného identifikovat a spojit se s rodinou nemocného. Aby tato služba mohla fungovat, je nutné vyplnit rodinnými příslušníky přihlášku, která je ke stažení na webových stránkách ČALS.

Na webových stránkách je možné si i objednat různé kognitivní pomůcky pro nemocné a literaturu, která se zabývá tématem demence.³¹

³¹ <http://www.alzheimer.cz>

9.3 Legislativní zakotvení zákona

Příspěvek na péči (dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění platném od 1.1.2012)

Příspěvek na péči je poskytován osobám, které z důvodu nepříznivého stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o sebe a při zajištění soběstačnosti. Příjemce příspěvku sám rozhoduje o tom, kterým poskytovatelům pomoci příspěvek na péči předá a v jaké výši.

Poskytovatelem pomoci může být

- poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru sociálních služeb – jedná se o pečovatelské služby, odlehčovací služby, asistenční služby, domovy seniorů
- pečující osoba blízká (manžel, manželka, rodiče, dítě resp. další příbuzní, partner, partnerka
- asistent sociální péče
- je možné využívat a kombinovat pomoc od více poskytovatelů
- lůžkový hospic

Je třeba vyplnit Žádost o příspěvek na péči a podat na příslušné pobočce Úřadu práce. Žadatel musí uvést v Oznámení o poskytování pomoci uvést jména fyzických osob, které o nemocného péči zajišťují.

V místě bydliště žadatele proběhne sociální šetření, výsledkem šetření je vyhotovení seznamu úkonů, které je nebo není schopna daná osoba zvládnout. Poté proběhne posouzení zdravotního stavu žadatele. Žadatel poté dostane Rozhodnutí, kde je uvedeno v jakém stupni mu byl příspěvek přiznán.³²

Pro posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby.

- Mobilita
- Orientace

³² <http://www.socialni.praha.eu>

- Komunikace
- Stravování
- Oblékání a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologické potřeby
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost

Rozeznávají se čtyři stupně závislostí na pomoci jiné osoby³³

- stupeň I (lehká závislost), splňuje osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu
- stupeň II (středně těžká závislost), splňuje osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu
- stupeň III (těžká závislost), splňuje osoba, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu
- stupeň IV (úplná závislost), splňuje osoba, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu

Výše příspěvku u osoby starší 18 let

- 800,-Kč, jde-li o I stupeň
- 4000,-Kč, jde-li o II stupeň
- 8000,-Kč, jde-li o III stupeň
- 12000,-Kč, jde-li o IV stupeň

³³ <http://www.umirani.cz/prispevek-na-peci.html>

10 MOŽNÉ FORMY PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

„V současné době žije v České republice podle kvalifikovaných odhadů 100 – 140 tisíc lidí postižených některým z onemocnění způsobujících demenci. To znamená, že v hlavním městě se jedná cca o 15 tisíc pacientů a například každý praktický lékař má ve své péči deset až dvacet pacientů postižených demencí. Většina těchto lidí žije se svou rodinou a v péči rodinných příslušníků. Někteří jsou svěřeni do péče institucí zdravotnického či sociálního typu.“³⁴

10.1 Stacionář České alzheimerovské společnosti

Stacionář České alzheimerovské společnosti nabízí pečujícím rodinám, pomoc formou ambulantní služby, která je zaměřena na pacienty, kteří trpí Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí. Péče je poskytována osobám starším 45 let.

Cílem zařízení je ve spolupráci s rodinou individuálně podporovat a udržovat soběstačnost uživatele.³⁵

Pracovníci zařízení pomáhají nemocným při běžných úkonech v péči o vlastní osobu. Jedná se především o pomoc při oblékání, pomoc při osobní hygieně, poskytování stravy.

Zařízení se také zabývá výchovnými vzdělávacími a aktivizačními činnostmi. Taktéž sociálně terapeutickými činnostmi.

Zařízení pomáhá odlehčit pečujícím rodinám.³⁶

³⁴ JIRÁK, R., Demence a jiné poruchy paměti

³⁵ <http://www.alzheimer.cz>

³⁶ <http://www.gerontocentrum.cz>

10.2 Diakonie

Jsou zařízení, které poskytují sociální, zdravotní a vzdělávací služby. V rámci pomoci pro nemocné s demencí a Alzheimerovou chorobou poskytuje Diakonie terénní služby, ambulantní služby a pobytové služby.

Mezi terénní služby se zde řadí – pečovatelské ošetrovatelské služby a také možnost osobní asistence. Osobní asistence je terénní služba, kdy pomoc probíhá v domácím prostředí nemocného. Osobní asistent pomáhá při činnostech, které jsou pro nemocného potřeba. Osobní asistence je časově neomezena a je závislá na dohodě mezi osobním asistentem, nemocným a jeho rod. příslušníky.

Pečovatelské služby zahrnují zejména pomoc v domácnosti, nákup, úklid. Ošetrovatelské služby zajišťují zdravotní sestry, pečovatelky a lékaři. Zdravotní péče je zajišťována v domácím prostředí nemocných. Tato služba je zajišťována zejména z důvodu, aby nemocný mohl být co nejdéle ve své rodině a současně mu byla poskytnuta nutná zdravotnická péče.

Mezi ambulantní služby se řadí denní stacionáře pro seniory. Zde je osobám se sníženou soběstačností pomáháno s hygienou, oblékáním, je jim poskytnuta strava a také zde jsou zajišťovány vzdělávací a aktivizační činnosti.

Diakonie zajišťují také pobytové služby, které zahrnují Domovy se zvláštním režimem a týdenní stacionáře.

Domovy se zvláštním režimem zajišťují celoroční pobytové zařízení pro lidi, kteří z důvodu svého onemocnění či postižení potřebují služby přizpůsobit této nemoci či postižení. V Diakonii se tyto domovy zaměřují na poskytování služeb nemocným se syndromem demence, nejčastěji s Alzheimerovou chorobou.

Mezi další služby patří odlehčovací služby, které jsou zajišťovány přímo v domácnostech nemocných.³⁷

³⁷ <http://www.diakonie.cz>

10.3 Domovy důchodců se zvláštním režimem

Domovy důchodců se zvláštním režimem jsou určeny pro osoby nad 50 a více let se sníženou soběstačností způsobenou duševním onemocněním, zejména stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou a dalšími typy demencí. Jedná se o celoroční pobyt osob, které z důvodu zdravotní a sociální situace nejsou schopny pobývat ve svém domově.³⁸

V zařízení je přítomen terapeut, který pro pacienty zajišťuje volnočasové aktivity, které jsou zaměřené na trénování paměti a nácvik běžných dovedností.

Každý pacient je zde brán jako individualita a služby o něj jsou naplánovány s ohledem na jeho specifické možnosti, schopnosti a přání. Cílem toho zařízení je motivace pacienta k soběstačnosti a menší závislosti na poskytovaných službách. Podporuje se zde i kvalita denního života a běžných aktivit u pacientů.³⁹

10.4 Hospicová péče

Zakladatelka hospicového hnutí v ČR MUDr. Marie Svatošová říká: „*Hospic je umění doprovázet*“.⁴⁰

Jedná se o péči, která nabízí těžce nemocným pacientům a jejich blízkým, účinnou pomoc, kdy už nestačí prostředky klasické medicíny, ale i síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného.

Hospicová péče je poskytovaná jak v lůžkových hospicových zařízeních, tak i v domácím prostředí ve spolupráci s rodinou nemocného.

Jedním z domácích hospiců se nazývá „Cesta domů“. Ošetřovatelský tým hospice pečuje nejen o samotného pacienta, ale i o jeho příbuzné, kteří bývají vystaveni velké psychické, ale i fyzické zátěži.⁴¹

³⁸ <http://www.helples.cz>

³⁹ <http://www.zdravnet.cz/zdravotni-pece/index.html>

⁴⁰ <http://www.hospice.cz>

⁴¹ <http://www.cestadomu.cz>

U nemocných stařeckou demencí a Alzheimerovou nemocí přichází možnost hospicové léčby v posledním stádiu nemoci. Velkou výhodou je, že nemocný může být ve svém prostředí až do konce svého života.

11 VÝZKUM ALZHEIMEROVY CHOROBY

Výzkum Alzheimerovy choroby ve světě je řazen mezi priority. Alzheimerova choroba je jedno z nejzávažnějších onemocnění, pokud se týče prognózy, postižení kvality života nemocných a jejich pečovateli.

Vědci věnují mimořádnou pozornost zejména genetice Alzheimerovy choroby, mechanismu tvorby patologických bílkovin, poruše přenosu informace uvnitř buňky, nervovým růstovým faktorům a hlavně vývoji nových léčiv pro toto onemocnění.

Je zkoumána celá řada dalších mechanismů účastnící se poškození mozkové tkáně a z toho vyplývajících příznaků demence. Velké naděje jsou vkládány do použití kmenových buněk. Velké očekávání je vkládáno do očkování pacientů proti beta-amyloidu i do použití specifických protilátek proti této bílkovině.⁴²

11.1 Alzheimer nadační fond

Alzheimer nadační fond byl založen v roce 2011 na podporu výzkumu Alzheimerovy choroby dalších onemocnění mozku, které vedou k poruchám kognitivních funkcí a demencí.

Jeho dalším účelem je zlepšení kvality péče o pacienty, rozšiřování rámce poskytované péče a zlepšování podmínek jejího poskytování.

Alzheimer nadační fond se chce zaměřit na podporu výzkumu nových diagnostických a léčebných metod.⁴³

⁴² JIRÁK, R., Demence a jiné poruchy paměti

⁴³ <http://www.alzheimernf.cz/>

Kazuistika I

V první kazuistice popíši onemocnění Alzheimerovou chorobou, které bylo diagnostikováno u mé tchýně paní Věry D, která prošla všemi stadii onemocnění.

Tato choroba začala u naší babičky asi v 70 letech nenápadně a plíživě. Onemocnění se začalo projevovat drobným zapomínáním, nezapamatováním si běžných informací. Onemocnění se začalo zhoršovat po úmrtí jejího manžela. Babička byla vždy velice silná a dominantní osobnost, v produktivním věku byla zaměstnána jako právnička a po odchodu do starobního důchodu ještě několik let pracovala. Celý život se zajímalo o nové informace, hodně četla, scházela se, se svými přáteli. Také často docházela na preventivní prohlídky ke své praktické lékařce a každý zdravotní problém ihned řešila návštěvou odborného lékaře.

Drobné zapomínání se vždy snažila nějakým způsobem zakrýt, vše se snažila obrátit v legraci. Taktéž se snažila danou situaci obrátit, aby vyzněla tak, že danou informaci jsme jí neřekli a ona tudíž o ničem nevěděla. Její zapomínání a nepamatování si důležitých informací se stále stupňovalo.

V této době jsme žili společně s babičkou ve společné domácnosti, kam jsme se přestěhovali po smrti jejího manžela. V rodinném domě jsme žili v prvním patře, babička obývala přízemí. Kuchyň jsme měli společnou. Vzhledem k tomu, že jsme žili ve společné domácnosti měla jsem možnost poznat průběh celého onemocnění.

Jak jsem již zmínila, onemocnění začalo drobným zapomínáním, které jsme nepřičítali onemocnění, ale jejímu vyššímu věku. Mysleli jsme si, že v tomto věku je už drobné zapomínání běžné. Babička začala zapomínat vypínat plynový sporák, nechávala jídlo zcela vyvařit, neuvědomovala si, co udělala a co se mohlo stát. Vždy odpovídala stejně, že nic nezpůsobila, že nenechala zapnutý plynový sporák, nenechala otevřené dveře od domu a další.

Do doby, než babička onemocněla, jsem jí znala jako příjemnou a pozitivní osobu, která měla ráda život. Když se postupně narodily naše děti, měla je ráda a zajímala se o ně.

Několik let trval tento stav, který se začal zhoršovat. Babiččina povaha se začala výrazně měnit. Neustále si, na něco stěžovala a začala být hádavá. Stěžovala si příbuzným a sousedům, že jí někdo schovává věci a tudíž nemůže nic najít. Také si začala stěžovat, že hůře slyší a vidí, ale odborným vyšetřením nebylo nic zjištěno. Začala se zhoršovat její osobní hygiena, nechtěla si měnit své oblečení, tvrdila, že je čisté a že se právě převlékla. Začala jsem prát její oblečení a dávala jí je na stejné místo, aby je našla. Babička si, ale uvědomovala, že s ní není vše zcela pořádku. Uvědomovala si, že začíná zapomínat, ale nechtěla danou situaci řešit. Celou situaci popírala. Začal se zhoršovat její duševní stav. Několikrát se stalo, že odešla z domova, ale na zpáteční cestě zabloudila, vystoupila z autobusu na jiné zastávce a domů ji dovedli sousedé. Chtěli jsme, aby pokud půjde mimo domov, nám tuto informaci sdělila, ale babička čím dál více zapomínala a jakákoli dohoda zde nebyla možná.

Společně s babičkou jsme navštívili její praktickou lékařku, která jí vyšetřila a sdělila nám, že se jedná o stáří a doporučila, aby pobírala vitaminový přípravek Geriavit. Dále nám lékařka sdělila, že babička je na svůj věk velice čilá a také, že zapomínání je v tomto věku obvyklé a je nutné na ni dohlížet.

Během dalšího roku se její duševní stav zhoršil, střídaly se u ní nálady, od obrovské aktivity, kdy dokázala hodiny bezcílně chodit po místnosti až po stavy naprosté apatie. Začala mít problémy s rovnováhou a začala padat. Babičku jsme odvezli do nemocnice na neurologické oddělení, kde absolvovala četná vyšetření. V nemocnici jí byla odebrána krev na biochemické vyšetření, dále jí bylo provedeno EKG, EEG, CT mozku a magnetická rezonance. Vyšetřením byla zjištěna rozsáhlá atrofie mozku a posléze jí byla nasazena farmakologická léčba. Po propuštění z nemocnice se její stav nezměnil. Stále u ní byly prudké změny nálad, začala nahlas křičet a volala na nás, i když jsme byli ve stejné místnosti. Celé hodiny stála u stolu kde přerovnávala několikery noviny a časopisy. Na obrázky, které jí dávaly děti, nereagovala. Přestávala nás poznávat. Začala být inkontinentní. Celý den začala trávit v křesle, zhoršila se jí chůze, na toaletu jsme jí museli doprovázet. V této době už měla plenkové kalhoty. V křesle měla protidekubitové polštáře. Po čase přestala úplně chodit, museli jsme jí přenášet, koupat a přebalovat. Její svaly začaly ochabovat i když jsme prováděli rehabilitaci. Babička přestala sama jíst, musela být krmena, tekutiny dostávala z pítka,

později z kojenecké lahve. Jídlo dostávala kašovitě, rozmixované. Vzhledem k tomu, že část dne ležela na lůžku, musela být často polohována. Také jsme jí do lůžka pořídili protidekubitovou podložku. Babička přestala s okolím komunikovat, na dotazy přestala odpovídat, odpovídala jednoslabičně. Mě a mého manžela nazývala – mami a tati. Její stav, se na dva roky stal neměnným. Postupně přestávala jíst, hůře polykala. Na doporučení praktické lékařky jsme jí začali podávat v kojenecké lahvi Nutridring, který přijímala bez problémů. Situaci jsme několikrát konzultovali s praktickou lékařkou, která zvažovala zavedení sondy pro příjem potravy.

Ke konci svého života byla babička naprosto apatická, zcela závislá na péči někoho jiného. Čtrnáct dní před smrtí, začala vnímat. Posazovali jsme jí v kuchyni do křesla, kde byla nakrmena. Po letech apatie začala mluvit a zpívat. Zpívala starou lidovou píseň ze svého dětství. Začala také říkat česká slova, která překládala do němčiny. Na naše otázky však nereagovala. Mysleli jsme si, že došlo ke zlepšení jejího stavu.

Asi za čtrnáct dní začala babička velice namáhavě dýchat a působila schváceným dojmem. Zavolali jsme rychlou záchrannou službu. Když přijeli záchranáři, upadla babička do bezvědomí. Lékař konstatoval klinickou smrt. Následně byla babička intubována a byl použit defibrilátor. Srdeční akce byla obnovena a lékař zajišťoval převoz. Bohužel po 15 minutách se srdeční akce znovu zastavila a znovu byla babička oživována, ovšem bezvysledně. Lékař konstatoval smrt.

Celé onemocnění babičky trvalo asi 10 let, nemoc ji změnila psychicky i fyzicky. Nemoc začala nenápadně, později se její příznaky zhoršovaly, až skončila odkázaná zcela na péči jiné osoby.

Péči o babičku jsme zajišťovali vlastní pomocí, nevyužívali jsme odlehčovacích služeb, ani jsme nevěděli, jaké jsou možnosti pomoci pečujícím rodinám. Nevěděli jsme mnoho o Alzheimerově chorobě. Informace jsme získávali od praktické lékařky a od lékařů z neurologického oddělení.

Kazuistika II.

Ve své druhé kazuistice se budu snažit popsat onemocnění Alzheimerovou chorobou u své babičky paní Drahomíry S. Mojí babičce je nyní 88 let a dva roky je u ní diagnostikováno onemocnění Alzheimerovou chorobou.

Moje babička pracovala celý život jako výtvarnice a věnovala se i malbě obrazů. Byla tvořivá, měla fantazii a dokázala pracovat různými technikami. Celý život se vzdělávala. Zajímala se o vše nové, chodila na různé přednášky, výstavy, sama se spolupodílela na přípravě svých výstav. Velice ráda četla, z knih si neustále dělala výpisky. Mnoho lidí k ní chodilo pro radu a pro povzbuzení. Babička se snažila lidem pomáhat, navštěvovala své nemocné přátele.

Taktéž jako u mé tchýně bylo také u mé babičky onemocnění poměrně pozdě rozpoznáno a diagnostikováno. Babička byla vždy silná a nezávislá osobnost, která si svoje onemocnění delší dobu nechtěla připustit a snažila se je skrývat. U babičky se asi před deseti lety začaly objevovat první příznaky. Začala drobně zapomínat, ulpívala na některých slovech a zapomínání nahrazovala fabulacemi. Vzhledem k tomu, že moje babička byla stejně stará jako moje tchýně, přičítali jsme onemocnění vyššímu věku. Situace se začala zhoršovat po úmrtí jejího manžela. Celý život ráda vařila, vymýšlela si své recepty a pro své známé sepsala vlastní kuchařku. Nyní však říkala, že už jí nebaví vařit, přestávala také zvládat svou domácnost, ale vše zdůvodňovala tvrzením, že se chce věnovat jiným činnostem. Babička i v začátku svého onemocnění hovořila velice přesvědčivě a své chování velice rozumně zdůvodnila, nenapadlo nás, že se může jednat o nemoc. Babička byla po úmrtí svého manžela ve velice špatném psychickém stavu a stále více přestávala zvládat běžné úkony každodenního života. Přestala vařit, uklízet a prát si své oblečení. Nechtěla však nám říci, že tyto úkony nezvládá. Začali jsme jí donášet jídlo v přenosných nádobách, které si měla ohřát a také jsme jí chtěli pomoci s úklidem. Jídlo přijímala, ale úklid odmítala s tím, že si uklidí sama. Začala mít problémy s udržení pozornosti. Říkala, že jí přestaly bavit knížky, sledování televize jí také nebaví, přestávalo jí všechno zajímat. Na své okolí působila stále stejně. Sousedům a známým sdělovala, že vše zvládá a že nyní vaří pro celou svoji rodinu. I když už byla v této době nemocná, působila velice věrohodně. Později se stále více se u ní střídaly návaly smutku a agrese. Při záchvatu vzteku ničila své věci a upadala v dlouhý pláč.

Nebylo jí možné utišit. Často jsme jí navštěvovali, ale babička nám říkala, že je nejradši sama. Když jsme odešli tak nám telefonovala, že jí necháváme stále samotnou a nechodíme za ní. Nevěděla, že jsme jí byli navštívit. Stále nám telefonovala a říkala, že se jí z bytu ztrácejí staré tašky a někdo jí sundal ze stěny kalendáře a obrazy. Telefonovala nám pozdě v noci, říkala, že musí jít nakupovat. Snažili jsme se jí vysvětlit, že je noc a tak ať nikam neodchází, ale nedala si nic vymluvit. Několikrát jsme v noci jeli k ní domů, ale babička spala a nevěděla, že by s námi telefonicky hovořila. Nabídli jsme jí, že může bydlet u nás, ale babička řekla, že ona chce zůstat ve svém bytě a že je zde zcela spokojená. Přitom si stále stěžovala, že se jí chce někdo vloupat do bytu. Vyměnili jsme proto u dveří bytu nové zámky. Také si začala stěžovat, že celou noc v bytě hraje hlasitá hudba a v noci jí navštěvují různí lidé. Bohužel této situace zneužilo několik podomních prodejců. V jednom případě se jednalo o změnu tel. společnosti, v druhém případě babička podepsala smlouvu, o které do dnešního dne nevíme, čeho se týkala. Sousedé si začali stěžovat, že babička se neustále prochází po chodbě a je silně zmatená. Začala je také slovně napadat a dohadovala se sousedy.

Situaci jsme konzultovali s babiččinou praktickou lékařkou, která nám sdělila, že babička je už starší osoba a nejdůležitější je, aby dodržovala správnou životosprávu, opalovala se a otužovala se. Babičce se zhoršil zrak i sluch, ale na vyšetření odmítla jít, řekla nám, že je pořádku a nikam na vyšetření nebude chodit. Znali jsme dříve babičku, která byla vždy rozumná a laskavá a nemohli jsme pochopit takovou změnu jejího chování. I přes babiččin odpor jsme navštívili psychiatrii, která sídlila v poliklinice. Zde jí byla po sérii ambulantních vyšetření, kdy babička velice ochotně spolupracovala, diagnostikovaná, deprese s pokročilou stařeckou demencí. Po dalších vyšetřeních v nemocnici jí byla stanovena diagnóza – Alzheimerova choroba.

V současné době je babička v poměrně dobrém fyzickém stavu, ale trpí demencí. Střídají se u ní stavy apatie a stavy s dlouhou překotnou mluvou. Slova a věty se týkají hluboké minulosti, někdy jsou zcela špatně řazeny a nedávají smysl. Nejčastěji mluví o svém dětství a dospívání. Jedná se pouze o útržky vytržené z kontextu. Občas si vzpomene na svoji dceru, moji matku a ptá se přímo jí, co její dcera dělá. Jinak nikoho nepoznává, žije si ve svém vlastním světě. Na naše otázky nereaguje, sice babička velice ráda povídá, ale není zde žádná zpětná vazba. Vede sama dlouhý monolog.

Některé zažitě zvyky, které se týkají obsluhy její osoby má ještě zachovány. V současné době žije v domácnosti mé matky a já se snažím za babičkou docházet a pomáhat. Podle ošetřujícího lékaře není prognóza onemocnění dobrá.

Potřebuje 24 hod. péči, musí se jí pomáhat s oblékáním, krmením a hygienou a dodržovat farmakologickou léčbu.

12 SHRNU TÍ

S onemocněním s Alzheimerovou chorobou jsem se setkala ve své rodině. Jednalo se o ženy věkově blízké a velice povahově podobné. Obě byly vzdělané, celý život se snažily dále vzdělávat, měly své zájmy, koníčky a měly hodně přátel. Onemocnění u nich začala plíživě. Obě si uvědomovaly, že mají určitý problém, ale nechtěly jej řešit.

Za nejdůležitější považuji včasné rozpoznání příznaků nemoci a její následnou léčbu.

Neměli by se podceňovat a přehlížet první příznaky, které se běžně přičítají vyššímu věku.

V současné době jsem prostudovala velké množství literatury, které se týká tohoto onemocnění, ale i jiných demencí. Za podstatné považuji velice podrobně se seznámit s příznaky, diagnózou a léčbou tohoto onemocnění, ale i jak se chovat k takto nemocnému člověku.

Pečující rodiny, které se celodenně starají o nemocného člověka by měly být informovány o všech možnostech, které jim mohou pomoci. Měly by vědět, že existují odlehčovací služby, pořádají se přednášky a je k dispozici literatura týkající se tohoto onemocnění.

Myslím si, že i člověk, který se dostane do posledního stádia této nemoci je rád ve svém vlastním domácím prostředí, kde se nacházejí jeho osobní věci a kde jsou jeho blízcí.

Jistě je velkým přínosem, jestliže se rodina nemocného dozví všechny důležité informace už od praktického lékaře, který nemocného jako první vyšetřuje.

13 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku stařecké demence a Alzheimerovy choroby.

V dnešní době je velké množství lidí, kteří trpí těmito onemocněními. Často žijí v rodině s dalšími rodinnými příslušníky, kteří se o ně starají. Tito pečovatelé často nevědí jak se správně o takto nemocného člověka postarat, jak s ním mají komunikovat a jaké možnosti pomoci mají.

V bakalářské práci jsou popsány poruchy kognitivních funkcí, rozdělení demencí, stádia demencí. Je zde podrobně popsána Alzheimerova choroba, včetně jejích příznaků, diagnostiky onemocnění, vyšetřovacích metod, možnosti farmakologické a nefarmakologické léčby. Zvláště je zde zdůrazněna nutnost prevence a včasného rozpoznání tohoto onemocnění, z důvodu včasného zahájení léčby. Taktéž je zde popsána možná změna osobnosti a jak s nemocnými komunikovat.

V bakalářské práci jsou podrobně popsány možnosti pomoci, které může rodina nemocného využít. Dále zde jsou popsány možné formy péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou.

Za velice přínosnou lze považovat činnost České alzheimerovské společnosti, která se významně podílí na osvětě, organizuje poradenskou a přednáškovou činnost, zajišťuje pomoc pečujícím rodinám. V bakalářské práci je podrobně popsána její činnost.

Aby tato práce mohla vzniknout, musela jsem se seznámit s velkým množstvím literatury a zde najít velké množství informací a rad jak přistupovat k nemocnému s demencí.

Důležitou součástí bakalářské práce jsou i dvě poměrně obsáhlé kazuistické studie, které se týkající mých příbuzných. Popsala jsem zde počátek onemocnění, jeho průběh a jak je možné o tyto lidi pečovat v domácích podmínkách. Protože jsem pečováním získala cenné zkušenosti, uvědomuji si, že nejdůležitější je včasné

rozpoznání této nemoci a včasné zahájení léčby, která může toto onemocnění alespoň oddálit.

Za nejdůležitější považuji lidský přístup k nemocným a snahu o pochopení jejich potřeb.

Za přínos bakalářské práce považuji zpracování různých informací do jednoho celku, které mohou pečujícím rodinám podat ucelené informace o demencích a Alzheimerově chorobě.

14 SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

MONOGRAFIE

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 4. vydání, Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. ISBN 80-86541-10-X

HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. 2. vydání, Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 9788087109199

HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J., *Kinezioterapie demencí*. 1. Vydání, Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7

JIRÁK R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., et al. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. 1. vydání, Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6

JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F., *Demence*. 1. vydání, Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4

KOBĚRSKÁ, P. et al. *Společnou cestou: jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-71-78-981-X

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R., *Alzheimerova choroba a další demence*. 1.vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

PIDRMAN, V., *Demence*, 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5

PIDRMAN, V., *Demence pro praktické lékaře. Diagnostika a léčba*. 1.vyd. Praha: Maxdorf 2005. ISBN 80-7345-052-6

VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5

15 SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ

MONOGRAFIE

BUIJSSEN, Huub. *Demence: Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006. ISBN 80-7367-081-X

COHEN, R., M., *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*, 1.vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4

ZGOLA, J., *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2003. ISBN 80-247-0183-9

16 ZÁKONNÉ NORMY

Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění platném od 1.1.2012

17 ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

Česká alzheimerovská společnost. [online]. Praha: ČALS, [cit. 2012-01-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.alzheimer.cz/>> .

Gerontologické centrum. [online]. Praha: Gerontologické centrum, [cit. 2012-01-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.gerontocentrum.cz/>>.

Příspěvek na péči. [online]. Praha: Portál pro sociální oblast města Prahy, [cit. 2012-01-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.socialni.praha.cz./>>.

Příspěvek na péči. [online]. Praha: Umírání, [cit. 2012-01-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.umirani.cz/prispevek-na-peci.html/>>.

Happy neuron [online]. Happy neuron [cit. 2012-01-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.happy-neuron.com/>>

Diakonie ČCE. [online]. Praha: Diakonie, [cit. 2012-02-11]. Dostupné na WWW: <[http://www.diakonie.cz /](http://www.diakonie.cz/)>.

Nervová onemocnění. [online]. Praha: Alzheimer zařízení [cit. 2012-02-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.nervovaonemocneni/alzheimerzarizeni.cz/>>.

Domovy se zvláštním režimem. [online]. Praha: Zdravotní a pečovatelská péče [cit. 2012-02-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdravnet.cz/zdravotni-pece/index.html/>>.

Hospicová péče. [online]. Praha: Hospice, [cit. 2012-02-12]. Dostupné na WWW: <<http://hospice.cz/>>.

Cesta domů.[online]. Praha: Hospice, [cit. 2012-02-12]. Dostupné na WWW: <[http://cestadomu.cz/.](http://cestadomu.cz/)>

Výzkum Alzheimerovy choroby 2011. [online]. Praha: [cit. 2012-02-12]. Dostupné na WWW: <<http://alzheimernf.cz/>>

18 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1: *Normální stav a poškození mozku Alzheimerovou chorobou*

Zdroj: <http://globalwarming-arclein.blogspot.com/2011/07/alzheimers-eye-examination.html>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Andrea Dolejšová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Stařecká demence a Alzheimerova choroba

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 62

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 11

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových zdrojů: 10

Vedoucí práce: PhDr. Marie Vacínová, CSc.