

Problematika v ošetřování pacientů s Alzheimerovou chorobou

Jana Janečková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana JANEČKOVÁ**
Osobní číslo: **H10107**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Problematika v ošetřování pacientů s Alzheimerovou chorobou**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky v ošetřování pacientů s Alzheimerovou chorobou.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu v ošetřování u pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BRUNOVSKÝ, Martin, 2003. Objektivizace diagnostiky a změn vigility u demencí: doktorská disertační práce, 3. LK UK, Psychiatrické centrum, Praha. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-236-6.

BUIJSSEN, Huub, 2006. Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.

HALOVÁ, Miroslava, 2010. Nemocný v domácí péči. Bouzov: VEF Enterprises. ISBN 978-80-904611-0-9.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Česká Alzheimerovská společnost a gerontologické centrum. ISBN 978-80-86541-28-0.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1998. Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada. ISBN 80-716-9615-3.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Tomáš Miča
Ústav ošetřovatelství


Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 4. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka

L.S.


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.5. 2013

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, učje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Ve své závěrečné bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na podstatu demence, konkrétně na Alzheimerovu demenci. Toto téma jsem si vybrala v souvislosti se stárnoucí populací a vysokým počtem osob s tímto onemocněním. Hlavním cílem práce je zjistit možnosti nefarmakologické léčby.

Teoretická část je tvořena kapitolami zaměřenými na Alzheimerovu demenci jako nemoc, kde popisuji počáteční příznaky a symptomy nemoci, diagnostiku, možnosti léčby a ošetrovatelský proces. Jelikož je Alzheimerova nemoc progresivní a nakonec zcela vysilující soustředím se na dopad nemoci na život osoby takto nemocné.

V praktické části poukazuji na teoretické poznatky v kazuistice, která je směřována na ošetrovatelskou péči u pacienta s tímto onemocněním. Dále pak na druhy aktivizačních technik a přístupů, a na možnosti nefarmakologické léčby.

Klíčová slova: Stáří, stárnutí, Demence, Alzheimerova nemoc, paměť, pozornost, myšlení, onemocnění mozku

ABSTRACT

I would like to focus on these sense of dementia, particularly Alzheimer's dementia in my final thesis. I chose this topic in the context of anaging population and high growth of the number of people with this disease. The main objective of this work is to determine the possibility of non- pharmacological treatment.

Theoretical part contains chapters focused on dementia like Alzheimer's disease, where I describe the early signs and symptoms of disease, diagnosis, treatment options and nursingprocess. Since Alzheimer's disease is a progressive and ultimately debilitating I am high ligt the impact of diseases the lives of people what this problems.

I point to the theoretical knowledge in the case study, which is focused nnursing care of the patient with disease. Furthermore, the types of activation techniques and approaches and the possibility of non-pharmacological treatment.

Keywords: Age, agying, dementia, Alzheimer's dementia, memory, attention, thinking, brain diseases.

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala MUDr. Tomášovi Míčovi za jeho čas, ochotu, cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu a trpělivost při mém studiu a psaní bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CO JE DEMENCE	12
1.1 RIZIKOVÉ FAKTORY DEMENCE.....	13
1.2 TYPY DEMENCÍ.....	14
1.3 PŘÍZNAKY DEMENCE	15
1.3.1 Poruchy kognitivních funkcí.....	15
1.3.2 Behaviorální a psychologické příznaky demence	17
1.3.3 Poruchy denních aktivit.....	17
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA	18
2.1 STÁDIA ALZHEIMEROVY CHOROBY	19
2.1.1 První neboli počínající stádium.....	19
2.1.2 Druhé neboli střední stádium	20
2.1.3 Třetí neboli pokročilé stádium	21
2.2 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	22
2.2.1 Přijetí diagnózy z pohledu pacienta a rodiny	24
2.3 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY	26
2.4 PREVENCE ALZHEIMEROVY CHOROBY	28
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES	29
3.1 PRVNÍ FÁZE – ZHODNOCENÍ.....	30
3.2 DRUHÁ FÁZE – DIAGNOSTIKA	30
3.3 TŘETÍ FÁZE – PLÁNOVÁNÍ.....	31
3.4 ČTVRTÁ FÁZE – REALIZACE.....	31
3.5 PÁTÁ FÁZE – VYHODNOCENÍ	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	34
5 METODIKA	35
5.1 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA U ALZHEIMEROVY CHOROBY	35
5.2 AKTIVAČNÍ METODY A PŘÍSTUPY.....	41
5.3 KAZUISTIKA OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU U PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	45
6 SHRUTÍ	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	56

ÚVOD

Dříve jsem onemocnění s názvem Alzheimerova demence nevěnovala tolik pozornosti, až do té chvíle, než nám v rodině touto nemocí někdo onemocněl a než jsem začala pracovat v Domě pokojného stáří, jehož součástí je i oddělení se zvláštním režimem a s těmito lidmi jsem se setkávala téměř denně. Mohlo by se říci, že se jedná o chorobu vyššího věku, ale počáteční příznaky mohou přijít už i kolem 50. roku života. Snad je to i důvod, proč byla tato nemoc do nynějška tak opomíjena. V široké veřejnosti je často tato nemoc spojována s dřívějším prezidentem USA Ronaldem Reaganem, který bývá uváděn jako jeden z výše postavených lidí, který touto nemocí onemocněl. Alzheimerova choroba má pomalý nástup a dochází zde k postupnému ubývání mozkové kůry. Nejprve se projevuje malým zapomínáním, které se stupňuje, až nemocný nepoznává své členy rodiny, nezvládá denní aktivity a je zcela odkázán na pomoc druhých. Toto onemocnění je stále častější a proto je velmi důležitá komplexní ošetrovatelská péče. Tito lidé se velmi těžce umísťují. Práce s nimi je velmi náročná a vysilující. Proto jsem vždy chápala lidi, kteří se o nemocné starali doma a museli je nechat umístit do zařízení kde se specializují na péči s Alzheimerovou chorobou, protože péče o ně byla nadále již velmi těžká. Vždy jsem slyšela, jak říkají, že je bude okolí pomlouvat a rodina se k nim otočí zády, protože se nedokázali o své blízké s touto nemocí dostatečně postarat a strčili je někde zemřít. Mají pocity viny. „Co jsem udělal špatně? „Proč jsem to nedokázal?“ Bylo to smutné zjištění, ale jen ti co tuto péči někdy dělali, vědí, jak je to časově, finančně, zdravotně a psychicky náročné. Veškerý osobní a rodinný život je na úkor péče o takto nemocné. Nemáme právo je soudit nebo odsuzovat, že to nezvládli. Spíše na nás bylo je povzbudit a dát jim nový pohled na jejich další život.

Alzheimerově chorobě se dříve říkalo „skleróza“, tento termín se považoval za normální součást stáří, kdy se ztrácela paměť a zhoršovalo se myšlení. Příčinou tohoto onemocnění není jen stáří, ale několik nemocí což si jistě nikdo z nás neuvědomoval. Během 90. let se začal používat pro toto onemocnění termín demence, jejíž příčinou je Alzheimerova choroba. Velkou zásluhu na uveřejnění informací o této nemoci má i vznik České Alzheimerovské společnosti, která se podílela na osvětě veřejnosti. Začalo se o této nemoci více mluvit, a o nemocné tak bylo postaráno ve, stacionářích, nebo ve specializovaných odděleních v domovech důchodců nebo i v různých zdravotnických zařízeních. Léčba se hnula dopředu a léky, které se dostaly na trh pomohly průběh nemoci zpomalit a zlepšit tak kvalitu života nemocných.

V teoretické části popisují vznik demence, a její nejčastější příčinu Alzheimerovu chorobu. Dále se zaměřují na jednotlivé příznaky a stádia, diagnostiku, ošetrovatelský proces a léčbu.

V praktické části popisují druhy nefarmakologické léčby, aktivizační techniky a postupy. Pro praktickou část v bakalářské práci jsem si zvolila metodiku pozorování a formou kazuistiky popisují veškerou péči u vybraného klienta s tímto onemocněním.

Cílem mé práce je poukázat na druhy nefarmakologické léčby, která je nedílnou součástí léčby farmakologické a jistě je i nemálo důležitá ke zkvalitnění života u lidí trpících touto nemocí.

Výstupem mé práce je brožurka, ve které naleznou pečující pár rad jaké aktivity lze s nemocnými provádět v domácím prostředí. (Holmerová, 2009, s.1; Alzheimerova nemoc, © 2003 – 2012)

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CO JE DEMENCE

Pojem demence vznikl spojením latinských slov *de* (odstranit) a *mens* (mysl). Jedná se o poruchu kognitivních neboli poznávacích funkcí, které jsou spojeny se změnou osobnosti, poruchy paměti, vnímání a pozornosti. Jsou ty funkce, které nám pomáhají poznávat svět kolem sebe, orientovat se v něm a vnímat sami sebe. Dále se také ještě kromě kognitivních funkcí a aktivit denního života popisují poruchy emocí, nálad, spánku a bdění.

Demence je popisována jako syndrom s určitými soubory příznaků, které mají různé příčiny. Bývá důsledkem chorobného procesu, ale ne jasnou známkou stáří. Často bývá nazývána jako „senilní demence“, ale tento pojem je nesprávný, protože stáří sebou vždy nepřináší poruchu kognitivních funkcí. Toto onemocnění není výhradně onemocněním stáří můžeme se setkat i s lidmi, kteří takto onemocněli již v mládí nebo dříve než kolem 60. roku věku.

Člověk, který touto nemocí trpí se velmi změní a v poslední fázi se nepodobá člověku, kterým byl na začátku. Počáteční fáze, bývá dlouhá a často ani nepoznáme, že je člověk nemocný. Tato porucha je velmi závažná, stává se obtížnou pro každodenní činnosti a ztěžuje zapojení člověka do normálního života a má dopad i na jeho rodinu. Nemocný se pak stává závislým na druhých lidech. Vše co se naučil zapomněl a svůj život končí jako malé bezmocné dítě nejčastěji v ústavech sociální péče. Někomu se tento výraz může zdát hanlivý nebo až silně přehnaný. Ale nemocný se chová tak jakoby se vývojem vracel vlivem své nemoci zpět do dětství, ze kterého před několika lety vycházel. Vzpomínám si na jednu starou paní, která žila u nás na vesnici, že když jsem ji potkala vždycky nosila sebou panenku, které říkala Honzíček a vždy si s ní krásně povídala, hladila ji a všem kdo kolem ní procházel ji ukazovala. Tehdy jsem tomu nerozuměla, proč se žena v jejím věku tak asi chová, ale postupem času jsem zjistila, že je nemocná Alzheimerovou chorobou a panenku co sebou neustále nosí považuje za jejího syna, který již byl tehdy dospělý. A termín malé bezmocné dítě, je bezesporu na místě, protože tato paní mi tak opravdu připadala. (Buijsen, 2005, s.13; Holmerová, 2009, s.9-10; Jiráček, 2009, s.12-13)

1.1 Rizikové faktory demence

Lékařská praxe již sice popsala onemocnění, které způsobuje demenci, procesy jejich vzniku, ale ve spoustě případů není známa příčina onemocnění, která by vedla k demenci a to především u degenerativních onemocnění jako je např. Alzheimerova choroba. Vaskulární demence je pak důsledkem aterosklerózy cév v mozku. Nemůžeme říci, jaké faktory demenci mohou způsobovat, ale existují rizikové faktory, které bezesporu zvyšují možnost vzniku demence a mohou se s největší pravděpodobností na ní podílet.

Může se jednat o tyto faktory např. **věk**. Demence přichází většinou po 60. roce věku, ale jsou známy i případy kdy se demence vyskytla dříve. Dalším rizikovým faktorem může být **pohlaví**, uvádí se, že častěji jsou postiženy ženy než muži. **Genetické faktory a výskyt onemocnění v rodině** jsou také podnětem pro vznik demence, zejména pokud se onemocnění objeví před 60. rokem věku, jedná se onemocnění, které je dědičné. Samozřejmě je, že blízcí příbuzní jako jsou sourozenci nebo děti mají větší pravděpodobnost vzniku onemocnění. Dalším možným rizikovým faktorem **je vzdělání**. Lidé, kteří mají vyšší úroveň vzdělání bývají méně postiženi, ale ve své praxi jsem se setkala právě spíše s lidmi, kteří dosahovali vysokého vzdělání a tato nemoc se jim nevyhnula. Různá **poranění hlavy, cévní mozkové příhody, hypertenze, cukrovka, infekční onemocnění nebo onemocnění srdce** mají také svůj velký podíl na vzniku demence. **Kouření** a větší množství požívání **alkoholu** mají také prokazatelně větší účinek na vznik demence. Za další rizikový faktor je považována **hormonální léčba nebo užívání protizánětlivých léků**, které zvyšují riziko vzniku nejen demence, ale jiných onemocnění. V neposlední řadě bych chtěla dodat, že **pravidelná tělesná i duševní aktivita**, společenský a rozmanitý kulturní život, trénink paměti pomocí křížovek a hlavolamů, četba knih a spoustu jiných aktivit jsou nejlepším ukazatelem proto, aby k onemocnění nedošlo. (Holmerová, 2009, s.12-14)

1.2 Typy demencí

Demenci můžeme rozdělit na:

1. Demence u kterých se setkáváme s atroficko - degenerativním procesem mozku.
2. Infekce, různé úrazy, nádorová onemocnění, nebo jiné metabolické poruchy, které mohou postihnout mozek označujeme za demence sekundární, nebo bychom je mohli ještě označit za demence ostatní a vaskulární.

Atroficko-degenerativní procesy

Ve své podstatě se jedná o stav, kdy dochází ke snížení nervových buněk, k poruše jejich funkcí, a k nevhodnému ukládání bílkovin v mozku. V rámci tohoto typu demence dochází k poruše přenosu buněčných informací a následně pak k celkovým poruchám mozku, které mají za následek vznik demence. (Jirák, 2009, s.19-20)

Vaskulární demence

Tento typ demence vzniká na podkladě cévních poruch v mozku, především mozkových infarktů nebo aterosklerózy což má za následek vznik nekrózy části tkáně mozku, který byl špatně prokrven. Může se jednat o jeden nebo více infarktů. Svůj vliv tady také hraje alkoholismus, kouření, stres a dědičné dispozice. V místech kde došlo k špatnému prokrvení pak můžeme pozorovat problémy s pamětí. (Jirák, 2009, s.20, s.54-56)

Ostatní symptomatické demence

Ostatní symptomatické neboli také sekundární demence jsou způsobeny například různými infekcemi, úrazy a nádory mozku. Veškeré tyto negativní vlivy mají pak celkový dopad na nervový systém. (Jirák, 2009, s.19-20)

1.3 Příznaky demence

Počáteční příznaky demence od příznaků stárnutí lze těžko rozeznat. Z obyčejného zapomínání jmen, čísel, pojmů se může časem vyvinout demence. Často ani sama rodina nedokáže tyto příznaky rozeznat a proto je velmi důležité již v časném stádiu tyto příznaky dokázat rozlišit. Chceme-li u nemocného dosáhnout celkového obrazu nemoci, je třeba kromě kognitivních funkcí se také zabývat vztahy nemocného k rodině a tím také stanovit o jaké stádium nemoci se jedná. Příznaky demence můžeme rozdělit do těchto jednotlivých okruhů, které spolu úzce souvisejí a v celkové diagnostice nemoci, pak mají na sebe návaznost.

Jedná se o tyto okruhy:

- Poruchy kognitivních funkcí;
- Behaviorální a psychologické příznaky demence;
- Poruchy denních aktivit;

1.3.1 Poruchy kognitivních funkcí

Tyto příznaky se objevují jako první. Jedná se o poruchy spojené s myšlením, orientací, pozorností nebo pamětí. Nacházíme také zde pokles intelektových vlastností, tito lidé také mívají problémy s vyjadřováním a mluvenou řečí. Mezi první a nejčastější poruchy patří poruchy paměti. Nemocný si nedokáže zapamatovat nové informace a neustále se opakovaně vyptává na potřebné informace. Pokud máme v paměti dostatek informací můžeme v nich vyhledávat a to v nás tak probouzí nápaditost a tvořivost. Nejprve dochází k poruše krátkodobé paměti, která se projevuje tak, že se nemocný neustále ptá na stejnou věc, zapomene na sjednané schůzky, není schopen přiřadit názvy k předmětům, ztrácí osobní věci, nepamatují si jména a nic nového. Porucha dlouhodobé paměti se projeví až později a to tak že si nevybavují určitou situaci. V této chvíli je velmi důležitá rodina, i když nemocný si často může říkat jednotlivá slova třeba i tisíckrát denně za sebou, nebo neustále zapíná svoji oblíbenou kazetu a tím jistě může rodina šít. Ale i tak jim může rodina stimulovat paměť pomocí reminiscenční terapie což je terapie, která má u pacienta podpořit vzpomínání. Paměť se u nemocného vrací až do stádia dětství, nemocný žije ve svém světě, který pro nás není autonomní. Není ale dobré ho z jeho světa a života chtít vyprostit, snažit se ho vracet do našeho reálného světa, vyvolalo by to u něj agresivní chování. (Holmerová, 2009, s.17-19)

Další možnou poruchou, kterou zde můžeme zařadit je porucha orientace, kdy je nemocný ztracen v čase, prostoru, místě a pak i svou osobou. Nemocný je zcela dezorientován. Ve své podstatě je zcela ztracen. Čím dál častěji začíná bloudit ve svém domě, nenajde cestu na WC, neví jak se chodí do obchodu, kde je autobusová zastávka. Velmi složité je pro něj psaní, protože si již nepamatuje, který je právě rok, nezná dny ani měsíce v kalendáři, nezná roční období, nedokáže rozeznat jestli je den nebo noc. Nevybavuje si kolik je mu let. Můžeme u nemocných pozorovat neschopnost přizpůsobit se. Nejsou schopni dělat věci, které po nich chceme. Proč taky že? Byl zvyklý na určitý stereotyp, vstával si kdy chtěl, šel kam chtěl, koupal se kdy chtěl, jedl co chtěl a nyní má vše dělat podle nás? Vše se pak odráží na jeho chování a projevuje se změnami nálad. Není vhodné vše za něj dělat, stačí na něj jen dohlížet, aby měl pocit samostatnosti. (Holmerová, 2009, s.19-20; Jiráček, 2009, s.74-75)

Dále se vedle poruchy orientace u nemocného setkáváme s poruchou myšlení a pozornosti. Nemocný si nedokáže nic přečíst, spočítat, neví co si má obléknout na sebe a jak patří jednotlivé typy oblečení na sebe. Bývá velmi podezřívavý vůči své rodině, které často viní že mu něco ztratili, nebo ho okradli. Tady bychom měli být obezřetní a sledovat doklady, peníze, aby zde nedošlo k vážným neshodám, kdy je nemocný někde schován a nebudeme je moci najít. Poruchy pozornosti jsou také velmi časté, protože nemocný není schopen začít ani ukončit nějaký úkon, často také můžeme u nemocného sledovat apatii, nemají zájem o televizi, rádio i když ho velmi rádi poslouchali. Dalším možným projevem demence jsou poruchy, které bychom mohli zařadit mezi poruchy senzorké.

Jedná se o tyto poruchy:

- Afázie - porucha řeči;
- Alexie - porucha čtení;
- Akalkulie - porucha počítání;
- Agrafie - porucha psaní;
- Apraxie- porucha motoriky; (Holmerová, 2009, s.20-22)

1.3.2 Behaviorální a psychologické příznaky demence

U těchto typů poruch demence popisují různou škálu záporných projevů. Nemocný velmi strádá a jeho nemoc se prohlubuje. Pozorujeme u něj úzkostné stavy, různě velké emoční vypětí, bludy a halucinace, které ho vracejí do svého světa. Často se u nemocných setkáváme s neklidem, který se může vystupňovat až v agresivní chování, které bývá velmi nepříjemné jak pro rodinu, tak i pro osoby které o nemocné pečují. Typické je pro ně střídání vzteku, pláče a smutku. Náročnost péče spočívá i v tom, že mají přehozený spánkový rytmus. Velmi často tito lidé v noci nespí a přes den pak nejsou k probrání a téměř celý den prospí. To by nás mělo vést k zamyšlení, abychom mu uspořádali denní aktivity jinak, omezili kofein v odpoledních hodinách a dodržovali spánkový rytmus. Snažit se u něj, naučit rozeznávat denní a noční světlo. Můžeme také u nemocných pozorovat vznik delirií a depresí. (Holmerová, 2009, s.23-27; Jiráček, 2009, s.23-24, s.76)

1.3.3 Poruchy denních aktivit

Demence často vede k poruchám v péči o sebe samého, nejprve se jedná o základní činnosti a později i o ty složitější. Nemocní nejsou schopni vykonávat osobní hygienu, neumí se svlékat ani oblékat, trpí inkontinencí. Při posuzování soběstačnosti, můžeme využít hodnotící škály. Využívá se test IADL dle Lawtona, který hodnotí jednotlivé úkony v domácnosti, nebo test ADL dle Barthelové, kdy se jedná o hodnocení soběstačnosti v instrumentálních aktivitách denního života a soběstačnost v základních aktivitách. Vyhodnocení těchto škál nám pak může ukázat v jaké fázi se onemocnění nachází a do jaké míry je třeba zajistit kvalitní profesionální péči, ať už se jedná o domácí prostředí nebo ústavy sociální péče. (Jiráček, 2009, s.22; Holmerová, 2009, s.16)

2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

V životě se můžeme setkat s tím, že nám část mozku začne stávkovat a slábnout. Nedokážeme si vybavit některá slova, jména a zjišťujeme, že to co jsme dříve dělali, nám nyní dělá potíže a dokonce nám to může i déle trvat. Často vina může být v našem uspěchaném životě plném stresu, nedostatek spánku, různé životní situace a deprese, ale dokážeme se s tím vyrovnat. Pokud, ale zjišťujeme, že se nemůžeme vyrovnat s určitou situací, měli bychom uvažovat o prvním varovném zvonění, zda se jedná pouze o stárnutí nebo se jedná o nějaké onemocnění. Pak si asi hodně z nás klade otázku: „Nemám náhodou Alzheimer? Je důležité pokud máme nějaké nejasnosti ohledně výpadků paměti navštívit lékaře, protože u většiny nemocných se diagnóza stanoví pozdě. Podíl na včasnosti má jak nemocný tak i jeho rodina, která příznaky spíše nevidí a potlačuje je než, aby se k tomu postavila čelem. Včasná diagnóza je základem pro zahájení léčby a zkvalitnění života. Ale skutečnost je jiná. Někdy se stává, že nemocný se na vyšetření tak zaměří, že lékař není schopen odhadnout zda se jedná o stav momentální nebo trvalý, proto jistě dobrý lékař stanovuje diagnózu z více návštěv a vyšetřeních. Lékaři by dále měli informovat nemocné a jejich rodinu o možnostech farmakologické léčby tak i nefarmakologické, která je jistě nedílnou součástí léčby a má za následek prodloužení kvalitního života. Alzheimerova choroba je nejčastějším typem demence, která způsobuje odumírání nervových buněk v mozku. Jak uvádí Holmerová (2009, s.9), tuto chorobu poprvé popsal v prvním desetiletí dvacátého století Dr. Alois Alzheimer. Nemoc se projevuje různou délkou, bývá individuální a u každého jedince může mít jiné tempo, jiné příznaky, záleží také na typu osobnosti, duševním a tělesném stavu a předcházejícím stylem života. Pokud jsme se již s tímto onemocněním setkali, víme, že jako první můžeme popsat fázi popírání, kdy máme na tuto nemoc podezření a začne u nás kolotoč vyšetřeních, abychom zjistili zda se o tuto nemoc jedná. Nemocní, ale také i rodina mají strach z budoucnosti. U Alzheimerovy choroby se setkáváme s ukládáním bílkoviny, úbytku neuronů, atrofii mozkové tkáně a v nemalé míře se na této nemoci podílí genetika. Onemocnění můžeme přiřadit k chronickým onemocněním, protože rozvoj jednotlivých příznaků a nástup jednotlivých stádií může trvat i několik let. I přesto, že je farmaceutický průmysl na vysoké úrovni, nejsou léky, které by tuto nemoc vyléčily. Jsou k dispozici léky, které mohou jen jednotlivé příznaky zpomalit a zajistit tak život s méně razantním průběhem. (Jiráček, 2009, s.29-30; Holmerová, 2009, s.30-31; Callone, 2008, s. 25-29)

2.1 Stádia Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba se projevuje u každého jiným způsobem, závisí to na osobnosti nemocného, jeho kondici a celkovém životním stylu. Toto onemocnění rozdělujeme do tří stádií. Každé stádium má charakteristické problémy, které ovšem nejsou neměnné a můžeme se s nimi setkat i v jiných stádiích. V průběhu nemoci se můžeme také setkat s přechodným zlepšením. V každém stádiu bychom měli hledat způsoby jak důstojně bojovat s nemocí a přitom zajistit kvalitní život nemocným, měli bychom v nich neustále probouzet nějaký cíl, nějaký smysl života, podporovat jeho samostatnost.

2.1.1 První neboli počínající stádium

V první stádiu může nemocný žít v podstatě normálně jako doposud, akorát občas potřebuje něco napsat, co má udělat, kam má zajít nebo komu má zavolat, mívá tedy poruchy s krátkodobou pamětí, může nastat porucha řeči apod. Příznaky jsou pozvolné a často mohou být přehlédnutelné jak pro nemocného tak pro rodinu, ale je podstatné v této fázi zvolit léčbu, aby mohlo dojít k zmírnění nebo zastavení nemoci. Nemocní bývají vystrašeni z možných prvních příznaků, jsou nejistí a často se stahují do ústraní a omezují kontakty s lidmi. V tomto stádiu lze naprosto normálně vykonávat veškeré činnosti, pouze ti, kteří se o nemocné starají, si musí umět rozvrhnout péči, a popřemýšlet jak nemocnému pomoci zvládat jeho život, aniž by pocítil ztrátu samostatnosti. U nemocného můžeme pozorovat tyto obtíže:

- Vyjadřování se stává stále obtížnější;
- Dochází ke zhoršování paměti, především v tom co se odehrálo nedávno;
- Objevuje se neschopnost orientace v čase, prostoru, dříve známých místech;
- Mohou ztrácet zájem o oblíbené činnosti, které rádi provozovali;
- Při ztrátě paměti můžeme u nemocného pozorovat depresi, agresi nebo naopak apatii;
- Velkým problémem jsou pro nemocného změny, nové přístroje, pomůcky, domácí spotřebiče; (Holmerová, 2009, s.34-35; Callone, 2008, s.39-43)

2.1.2 Druhé neboli střední stádium

V tomto období se nemoc prohlubuje a již se setkáváme s výraznějším nástupem příznaků a nemocný již potřebuje velký dohled a dopomoc v běžném životě. Často bývá považováno za nejdělnější období a také bývá hodně náročné pro toho kdo se o nemocného stará. Nynější život se ubírá jiným směrem a veškeré péče už nemůže zůstat pouze na jednom člověku. Ale ještě je stále spousta věcí co se u nemocného dá rozvíjet. Najdeme zde rozvoj jak příznaků psychických tak i somatických.

Můžeme uvést tyto příznaky:

- Prohlubuje se zapomínání, neschopnost pamatovat si jména, nepoznává domov, přátele;
- Ztrácí soběstačnost a potřebuje pomoc s hygienou, použitím WC, oblékáním, nedokáže si připravit stravu;
- Ztrácí orientaci, zabloudí doma i venku;
- Mívá problémy s vyjadřováním, špatně mluví;
- Není schopný korigovat pocity svého těla;

V tomto období již péči rodinní příslušníci zvládají obtížně a proto je dobré využít denních stacionářů nebo krátkodobých pobytů v různých zařízeních, kde se na tuto nemoc specializují a kde se věnují různým činnostem k podpoře soběstačnosti a mohou tak být nápomocny pro rodinu. Holmerová (2009, s.36) ve své knize poukazuje na projekt, který uvádí Česká Alzheimerovská společnost. Projekt se nazývá „Bezpečný návrat“ a spočívá v tom, že nemocní dostanou náramek s kódem kde je uvedeno telefonní číslo. Vlastníci těchto náramků jsou zaevidováni v databázi rodinných příslušníků. V případě, že se nemocný ztratí mají možnost ti co ho najdou zavolat na uvedené telefonní číslo, aby se předešlo možným tragickým případům, kdy se nemocný ztratí. V této fázi můžeme zvolit použití některých aktivizačních metod, metody vzpomínání, zpívání oblíbených písní. (Holmerová, 2009, s.35-37; Callone, 2008, s.59-63)

2.1.3 Třetí neboli pokročilé stádium

V tomto posledním období je již většinou nemocný zcela odkázaný na 24 hodinovou pomoc nejlépe v některém zdravotnickém zařízení, kde mu bude poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče. Jisté je, že péče doma je nejlepší, klidné prostředí, zcela přizpůsobené individuálním potřebám nemocného. Ale z vlastní zkušenosti vím, že tato péče je velmi namáhavá jak po stránce fyzické tak i psychické. Pečující musí být trpělivý, pozorný, mít dostatek času na veškeré úkony, umět nemocnému naslouchat a znát řeč těla. Tito lidé potřebují laskavou pomoc a péči, především v oblasti pohodlí a čistoty. Mnoho z nás si myslí, že tito lidé již nic nevnímají a nemají pocity a tak ani nic nepotřebují. To je omyl, právě naopak i tito lidé si zaslouží laskavou péči, potřebují úsměv, pohlazení, vlídné slovo, které potěší jejich duši i když to vnímají jinak než my ostatní. V tomto období se také již může objevovat slovo smrt a terminální stádium. Rodina se musí pomalu začít připravovat na to, že jejich blízký zemře. I když vlivem nových léčebných metod se prodlužuje Alzheimerova choroba, mohou nemocní často zemřít na jiné choroby, vlivem upoutání na lůžku, malnutrice, špatné hydratace, zápalu plic apod.

Vlivem celkové poruchy funkce mozku u nemocného můžeme pozorovat:

- Těžké poruchy pohybu, týkající se chůze tak i motorické činnosti kdy většinou musí nemocný využívat kompenzačních pomůcek např. invalidní vozík nebo v horším případě je zcela upoutaný na lůžko;
- Mívá již velmi těžké poruchy paměti a řeči, nemocný často neví co mu říkáme, ale můžeme u něj použít neverbální komunikaci, gesta, mimiku, postoj;
- K fyzickým obtížím se přidávají i somatické potíže např. inkontinence moči a stolice;
- U nemocného se, ale také můžeme setkat s poruchami chování jako je apatie, vztek, agrese, při běžných úkonech jako je krmení, oblékání, při použití WC, proto je vhodné u nich sledovat řeč těla;

Vlivem nemoci se každý den budeme setkávat s tím, že některá část těla nebo funkce vypoví službu a bude ji muset nahradit péče někoho druhého. Každý den se nemocný bude potýkat s myšlenkou, že trpí nevyléčitelnou chorobou, která se bude zhoršovat. Ale i přes všechny tyto nepříjemné zážitky se může u nemocného rozvinout jiný pohled na dosavadní život. Třeba objeví i jiná kouzla života, začne se věnovat věcem, které dříve nedělal, bude

poznávat nové lidi, může navštěvovat společnost lidí, kteří trpí stejnou nemocí. (Holmerová, 2009, s.37-39; Jirák, 2009, s.32-33; Callone, 2008, s.78-90)

2.2 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Proč je stále tolik otázek ohledně diagnostiky Alzheimerovy choroby? Proč, stále lidé přicházejí pozdě k určení diagnózy, když je v dnešní moderní době tolik informací o této nemoci? Ze všech koutů můžeme slyšet nové poznatky jak věda pokročila, že jsou nové léky, nové nefarmakologické techniky apod. Čím to je? Každý lékař vás zahltní informacemi týkající se prevence jakékoliv nemoci tak proč tomu také není tak u tohoto onemocnění? Problém je jak na straně rodiny tak i nemocného. Rodina příznaky spíše zastírá a jakoby je nechce vidět a sám nemocný ten si radši nemoc nepřipouští. Nevěří tomu, že by mohl trpět nějakou psychickou poruchou, která mu bude způsobovat problémy s myšlením, pamětí, orientací apod. Hlavním kritériem pro určení diagnózy je tedy včasnost, která má velký vliv na další život nemocného, protože se jedná o chronické, dlouhodobé onemocnění se spoustou postupných symptomů. Jako prvního si u nemocného všimneme zapomínání, vyskytují se problémy s pamětí, orientací, neschopnosti vybavit si určité termíny, datum apod. Postupem času se přidávají různé další příznaky jako je např. apatie, nervozita, vztek, bludy, halucinace, neschopnost provádět denní aktivity. Mezi jednotlivými stádii jsou různé časové intervaly a projevy příznaků jsou individuální. Délka trvání nemoci je různá, pohybuje se v rozmezí od 3-10 let a většinou dříve tomuto onemocnění podlehnou muži. Můžeme také pozorovat zhoršení příznaků u nemocných, kteří trpí nějakou formou poruch řeči. (Holmerová, 2009, s.30-31; Koukolík, 1998, s.91). Diagnóza Alzheimerovy choroby se zakládá na mezinárodně doporučených a užívaných kritériích skupiny NINCDS/ADRDA z roku 1984. Kritéria rozlišují diagnostiku dle typických klinických, případných atypických příznaků spolu s dalšími systémovými chorobami a s neurologickým a psychologickým testováním. Konečnou diagnózu je pak možné stanovit i z histologického vyšetření.

Mezi základní vyšetření Alzheimerovy choroby můžeme přiřadit:

Neurologické a psychologické vyšetření- cílem těchto vyšetření je stanovit poruchy kognitivních funkcí a k rozlišení Alzheimerovy choroby od příznaků stárnutí, které se projevuje některými příznaky jako Alzheimerova choroba v počátečním stádiu. K jejich objasnění slouží testy.

1. MMSE (Mini-Mental-State-Examination), jedná se o vyšetření, které se skládá ze souboru otázek zaměřených na poruchy paměti, orientace, vědomí, pozornosti, logiky, počítání, řeči a jestli je nemocný schopen vykonávat každodenní činnosti.
2. ADL (Activity of Daily Living)- zde se hodnotí jestli je nemocný schopen vykonávat každodenní činnosti, jako je schopnost se sám najíst, vykoupat, obléct se apod. opět formou otázek.
3. IADL (Instrumental Activity of Daily Living)- při tomto vyšetření se stanovuje pomocí otázek a odpovědí schopnost nemocného provádět činnosti jako jsou nakupování, vaření, telefonování, schopnost řídit auto, finanční schopnosti apod. (Koukolík, 1998, s.92-96, 99; Brunovský, 2003, s.28-31)

Zobrazovací techniky- jsou užitečné k vyloučení změn nacházejících se v mozku např. tumorů.

1. Výpočetní tomografie (CT)- což je rentgenového záření, které umožňuje vyšetřit část těla pomocí jednotlivých řezů.
2. Magnetická rezonance (MR)- je zobrazovací vyšetření, které taktéž pomocí řezů z určité oblasti těla nebo orgánu, vytváří obraz a využívá k tomu magnetické pole a elektromagnetické vlnění s vysokou frekvencí.

Obě tyto vyšetření jsou důležité pro diagnostiku týkající se různých patologických změn ať už se jedná o nález tumorů nebo odumření mozkové tkáně. (Koukolík, 1998, s.100)

3. Pozitronová emisní tomografie (PET)- která hodnotí průtok krví mozem
4. Jednofotonová emisní počítačová tomografie (SPECT)- která dokáže rozlišit různé typy demencí od involučního stárnutí organismu.

Nadpis Jedná se o modernější metody, které by do budoucna mohly velmi kladně přispět v diagnostice a následné celkové léčbě Alzheimerovy choroby.

5. Elektroencefalologické vyšetření (EEG)- jedná se o vyšetření aktivity v mozku pomocí elektrických impulzů. Metoda se využívá k rozlišení metabolického postižení, rozlišení deliria, demence a spánkového rytmu. (Brunovský, 2003, s.38, s.45-46)

Klinické vyšetření- Je velmi důležité k rozlišení jiných systémových onemocnění. Stanovuje z podrobných neurologických a psychologických výsledků testů, z výsledků zobrazovacích technik, podrobné rodinné anamnézy nemocného, biochemických odběrů moči a krve, vyšetření štítné žlázy a množství vit. B12 v krvi.

Histologické vyšetření- odběr mozkové tkáně z různých míst mozku. (Koukolík, 1998, s.128)

2.2.1 Přijetí diagnózy z pohledu pacienta a rodiny

Sdělení a přijetí diagnózy je důležitým mezníkem v léčbě Alzheimerovy choroby. Často tím, že se nemocnému řekne tato diagnóza se mu uleví. Již ví s čím souvisejí jeho změny chování a může tak přizpůsobit svůj nový život, zároveň to může ovlivnit i chování a přístup rodiny k nemocnému. Sdělení diagnózy má svou důležitost, je to vztah mezi pacientem a lékařem. Je vhodné, aby si lékař při sdělování této nemoci našel čas a nemocnému podrobně vysvětlil veškeré informace. S tím souvisí i to, aby nemocný při stanovení diagnózy byl v raném stádiu nemoci a jednotlivé informace pochopil a dokázal tak navázat na dosavadní život novými skutečnostmi.

Přijetí diagnózy bychom mohli popsat podle Elizabeth Kübler-Rossové, která jednotlivé fáze přijetí diagnózy popsala takto:

- Šok;
- Popírání;
- Hněv;
- Deprese;
- Smlouvání;
- Přijetí;

Přijetí diagnózy je individuální a každý nemocný potřebuje jiný časový úsek, aby se s tím srovnal. Nemocní mohou vyhledat lidi s touto diagnózou, psychologickou pomoc, mají právo dát průchod svým emocím, aby pochopili co se s nimi děje. Určitě by neměli nechávat svých koníčků, právě naopak spíše by si mohli splnit svá přání, kterých se už vzdali. Nevzdávat se společnosti, stanovit si cíle, kterých může dosáhnout. Pokusit se nastavit si denní rytmus, na veškeré činnosti si dávat dostatek času, najít si čas na odpočinek. Měli by mít na paměti, že jejich stav se bude zhoršovat a proto je nutné posilovat činnosti, které mu nepůsobí problémy.

Ve své praxi se setkávám s tím, že hůře přijetí diagnózy snáší rodina než nemocný. Asi je to podmíněno i tím, že ví, že se později budou muset o ně starat, že se budou muset připravit na změny nálad, že péče o ně bude fyzicky a psychicky náročná. Mají strach, že jim neporozumí, když budou něco chtít. Důležité je, aby sebrali všechny své síly a co nejlépe podpořily nemocné v boji s jejich nemocí. Aby podporovali jejich společenskou, kulturní, zájmovou činnost. Naplánovat si denní harmonogram, dle činností, které nemocný zvládne sám, snažit se u něj podporovat soběstačnost, aktivitu, cestování, doprovodit ho na procházky, třeba na místa, která má rád a které zná. Pokud si rodina nebude vědět rady mají možnost se poradit s různými společnostmi nebo lidmi, kteří se o takto nemocné již starají a mají více zkušeností. Život pro nemocné přeci nekončí, tak proč by měl končit pro ty kdo se o nemocné stará. (Holmerová, 2009, s.56-59)

2.3 Léčba Alzheimerovy choroby

Aby mohli nemocní s Alzheimerovou chorobou i nadále vykonávat své činnosti musí podstoupit léčbu. I přesto, že tato nemoc nelze vyléčit lze aspoň zmírnit příznaky, nemoc zpomalit a tím zlepšit život nemocného. Léčba Alzheimerovy choroby je různorodá, spočívá v komplexním přístupu k nemocnému, kdy využíváme léčbu farmakologickou a nefarmakologickou, psychologickou a rehabilitační péči. V léčbě Alzheimerovy choroby můžeme využít biologické i nebiologické přístupy. Do biologických přístupů můžeme zahrnout farmakologii symptomatickou, která se zaměřuje na poruchy spánku, nálad a agresivity a na farmakologii, která působí na paměť a intelekt tedy léčbu kognitivní. (Koukolík, 1998, s.213)

Kognitivní léčba

- U tohoto druhu léčby se využívá účinku inhibitorů acetylcholinesterázy, který velmi příznivě působí na mozkovou činnost a podporuje uvolňování acetylcholinu, který velmi dobře působí na paměť. Tyto léky jsou velmi důležité pro podporu kognitivních funkcí. V lékařské praxi se jedná o léky: Donepezil (Aricept), Rivastigmin (Exelon), Takrin (Cognex), Galantamin, Serotonin (Fluoxetin);
- Další skupina, kterou lze využít v léčbě jsou nootropika. např. Piracetam AL, Geratam, Enelbin;
- Excitační aminokyseliny-glutamát, např. Memantin, tato skupina léků chrání nervové buňky před škodlivými radikály;
- Využití scavengerů (zametači), kteří ničí volné kyslíkové radikály- např. vitamin C, vitamin E, retinol apod. jedná se o doplňkovou léčbu;
- Mozkové hormony- které slouží k obnově nových nervových buněk;

Některé protizánětlivé léky, nesteroidní antirevmatika a estrogeny je možné využít k potlačení vzniklého zánětu. (Koukolík, 1998, s.213-219; Jiráček, 2009, s.88-89)

Symptomatická léčba

Tento typ léčby se využívá u příznaků, které doprovází Alzheimerovu chorobu. Jedná se např. o depresivní stavy nebo halucinace, poruchy spánku. U těchto poruch se hypnotika používají jen v krátkodobých intervalech, protože mají špatný vliv na paměť a může u nemocných vzniknout závislost. V léčbě poruch spánku, depresivních stavů, výskytu halucinací využíváme tyto léky:

- Benzodiazepinové hypnotika- Midazolan(Dormicum);
- Nová nebenzodiazepinová hypnotika- Zolpidem (Stilnox);
- Psychofarmaka- Clomethiazol (Hemineurin)- má dobré účinky v léčbě delirií;
- Neuroleptika- Tiaprid (Tiapridal), Melperon (Buronil), haloperidol, Risperidon (Risperdal);
- Thymoleptika- Dibenzein (Novéril), Fluoxetin (Deprex); (Koukolík, 1998, s.219-224)

Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba je vedle farmakologické léčby také velmi důležitá. Především se jedná o různé psychoterapeutické postupy. Ty využívají prohloubení a udržení si dovedností, které u pacienta zůstaly. Využívá se práce s jednotlivcem nebo skupinou. Můžeme využít muzikoterapii, ergoterapii, canesterapii apod. Jednotlivé druhy nefarmakologické léčby jsou podrobněji popsány v praktické části. (Koukolík, 1998, s.224 -225)

2.4 Prevence Alzheimerovy choroby

Prevenci této nemoci spočívá v celoživotním procvičování mozku, tzn. neustále aktivně mozek zapojovat, namáhat ho a dodávat mu podněty k práci. Za prevenci můžeme považovat celkový životní styl, který by měl být vyvážený, protože vše se pak časem podepíše na funkci našeho mozku. Je to nejkrásnější, ale také nejkřehčejší orgán v těle, který časem vlivem špatných podnětů jako jsou špatný životní styl, málo pohybu, stresující zaměstnání, různé vypjaté životní situace vypoví službu a nedokáže dál pracovat. Je tedy na nás jakou cestu si zvolíme, abychom mozek procvičovali. Musíme, začít již v mládí. Čtení knih, luštění křížovek nebo hádanek, různá rébusová cvičení, logické testy nebo hry mohou být aspoň malinkým tréninkem naší paměti. Pomůže i společenský život např. návštěva divadla, výstav, koncertů, přednášek nebo návštěva různých seniorských klubů. Celoživotní vzdělávání je velmi přínosné a není to jen doména mladých lidí, protože dnes existují i university třetího věku, kde se mohou senioři vzdělávat v různých oborech a mohou si tak třeba splnit svůj životní sen. Další typ prevence souvisí s včasnou diagnostikou a již s prvními příznaky, kdy je třeba i nadále paměť a mozek trénovat vhodně vybranými paměťovými cvičeními, ergoterapií nebo různými aktivizačními technikami. Ať už zvolíme jakýkoliv postup, abychom procvičili a potrápili mozek bude to jen dobře.

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Ošetřovatelství bylo definováno dle Světové zdravotnické organizace jako: „ *Systém typicky ošetřovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu.* “ (Tóthová, 2009, s.14).

Ošetřovatelství podporuje zdraví, pomáhá zvyšovat soběstačnost nemocným, napomáhá zmenšovat utrpení a je velmi důležité v podpoře umírajícím. Je významnou součástí v práci sestry, která se podílí na uspokojování všech potřeb nemocných. Je také nedílnou součástí v rozvoji prevence. Ve 20. století docházelo k velkému rozvoji medicíny a ošetřovatelství. Vlivem modernizace se v ošetřovatelství více klade důraz na plánování péče a na individualitu nemocného, než jak tomu bylo dříve, kdy byl spíše kladen důraz na profesní péči než na péči o člověka. Moderní ošetřovatelství se opírá o hodnoty, kdy je důležité respektovat a chápat člověka jako celek a podporovat ho v péči o zdraví a nemoci. (Tóthová, 2009, s.14 - 15)

Ošetřovatelství je v praxi vykonáváno formou ošetřovatelského procesu. Dle Staňkové (2004, s.5), je „ *ošetřovatelský proces základním kamenem vyspělého ošetřovatelství. Základně ovlivňuje jeho kvalitu a přivádí sestru od techniky zpátky k pomoci nemocnému člověku a jeho rodině. Realizace ošetřovatelského procesu přináší sestře mnohem silnější zpětnou vazbu – lepší kvalitu péče i její pozitivní hodnocení nemocným umocňují osobní pracovní motivaci sestry, která ji připravila a zajistila. Ošetřovatelský proces předpokládá změnit tradiční a zaběhlý způsob práce sester*“.

Ošetřovatelský proces je realizován pomocí jednotlivých činností v péči o nemocného a je založen na individuálním vyhledávání a uspokojování potřeb. Je popsán v pěti fázích, které jsou:

- Zhodnocení;
- Diagnostika;
- Plánování;
- Realizace;
- Vyhodnocení;

Sestra si stanovuje priority péče, plánuje jednotlivé úkony, které pak následně realizuje. Výsledkem její péče je vyhodnocení, kdy zjišťuje zda jednotlivé kroky byly pro nemocného přínosem nebo naopak. Mezi sestrou a nemocným tak vzniká jakýsi vztah. Ošetrovatelský proces se prolíná s lékařským procesem.

Lze tedy říci, že ošetrovatelský proces je velkým přínosem v moderním ošetrovatelství a podporuje profesionalitu v práci sestry. (Tóthová, 2009, s.16 - 18)

3.1 První fáze – zhodnocení

V první fázi sestra aktivně zjišťuje veškeré informace o nemocném. Zaměřuje se jak na aktuální tak i na předchozí zdravotní stav. Sběr jednotlivých informací provádí od pacienta, rodinných příslušníků nebo od ostatního ošetrujícího personálu. Velmi přínosným a důležitým je pak sběr informací z dokumentace, týkající se iniciál, adresy, kontaktu na příbuzné, diagnóz, chronických onemocněních, alergií, předchozích hospitalizací apod. Mimo informací z dokumentace by ji mělo zajímat stávající bydlení nemocného, zda používá hůl k chůzi, jestli nosí brýle, jestli má zubní protézu, jestli má obtíže se spánkem apod. Rovněž můžeme při sběru dat využít i měřicí techniky. Sběr informací by měl probíhat v klidu, nespěchat, sestra by se měla snažit vytvořit příjemné prostředí při rozhovoru s nemocným což je důležité pro navázání dobrého vztahu mezi nemocným a sestrou. Veškeré získané informace by měla sestra přijímat důstojně, zachovávat anonymitu, dbát na etické, kulturní a spirituální potřeby nemocného. Vše můžeme provádět formou rozhovoru, pozorováním a fyzikálním vyšetřením. Cílem první fáze je stanovení problémů a potřeb nemocného. Při sběru tak získáme ucelený pohled na nemocného. Dle těchto údajů pak lze naplánovat ošetrovatelskou péči. Veškeré údaje se zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. (Tóthová, 2009, s.38 – 43, s.60-61)

3.2 Druhá fáze – diagnostika

V této fázi ošetrovatelského procesu sestra zpracovává jednotlivé informace a dle získaných informací stanovuje hierarchii jednotlivých problémů u nemocného. Tedy zjišťuje, které potřeby vzhledem ke svému onemocnění jsou narušeny a je třeba je uspokojit, aby u nemocného došlo ke zlepšení. Musí myslet na to, že vlivem nemoci se mohou priority jednotlivých potřeb u nemocného měnit. Veškerou činnost spojenou s vyhledáváním a uspokojováním potřeb nemocného provádí samostatně dle svých profesionálních kompe-

tencí. Vhodně zvolená diagnostika pomáhá v komunikaci mezi ošetřujícím personálem a nemocným. Při stanovování jednotlivých ošetřovatelských diagnóz sestra využívá klasifikační systém NANDA taxonomie. Jedná se o terminologii možných ošetřovatelských diagnóz, seřazených do skupin, které sestra využívá ve své práci a dle nich pak identifikuje problémy u nemocného. Tento systém tak nastavuje společnou mezinárodní komunikaci. (Tóthová, 2009, s.64-65, s.88- 90)

3.3 Třetí fáze – plánování

Třetí fáze je typická plánováním ošetřovatelského procesu. Sestra si zde stanovuje cíle, které souvisí s nemocným a na základě nich pak stanovuje ošetřovatelskou péči, která vede k jejich dosažení. Jednotlivé cíle si stanovuje dle hierarchie potřeb nemocného. Využívá stanovení dlouhodobých tak i krátkodobých cílů. Určuje priority v uspokojování potřeb jak z pohledu nemocného tak z pohledu jejího a stanovuje si očekávané výsledky. Dle těchto kritérií sestavuje plán péče. Plán péče je systematický postup, kdy sestra provádí jednotlivé úkony, aby vyřešila stanovené problémy. Veškerou činnost zpracovává písemně a plán obměňuje dle aktuálního stavu nemocného a dle výsledků péče. (Tóthová, 2009, s.91-92, s.95-96, s.103)

3.4 Čtvrtá fáze – realizace

V průběhu čtvrté fáze se uskutečňují jednotlivé úkony stanovené ve všech předchozích fázích. Průběžně si ověřuje zda nepřibily nové potřeby, které by byly důvodem pro aktualizaci ošetřovatelského plánu. Vše vykonává dle aktuálního stavu nemocného. Spolu s realizací je potřeba zajistit dostatek vhodných pomůcek a ošetřovatelských pracovníků. Při realizaci je velmi důležité zapojit nemocného do spolupráce, ale opět musíme přihlížet k jeho zdravotnímu stavu a momentální náladě. Je vhodné zjistit v které činnosti ošetřovatelském plánu bude nemocný potřebovat naši pomoc. Sestra by měla prokázat profesionalitu ve své práci. Formou edukace může sestra pomoci zapojit do péče o nemocného jeho rodinu, která pak bude mít veškeré potřebné informace k provádění péče doma. V rámci realizace by pak mělo dojít k uspokojení potřeb nemocného a k vyřešení daného problému. (Tóthová, 2009, s.109-111, s.115, s.122-123)

3.5 Pátá fáze – vyhodnocení

V této konečné fázi sestra provádí hodnocení celého ošetrovatelského procesu. Jedná se o zhodnocení jednotlivých potřeb, cílů a problémů, které byly u nemocného zjištěny a zda došlo k jejich splnění nebo odstranění. Vyhodnocení nám tak dává ucelený výsledek, zpětnou vazbu a rozvoj dalších možných problémů u nemocného. Veškeré změny v činnostech ošetrovatelského plánu projednává s nemocným. Díky vyhodnocení nedochází k plnění nevhodných úkonů, ale provádí se takové úkony, které jsou účinné a tím tak sestra dokazuje svou zodpovědnost práce. (Tóthová, 2009, s. 25, s. 28, s.136)

Ošetrovatelský proces se stal důležitou součástí ošetrovatelské péče o nemocného. Dává nemocnému cílenou péči vzhledem k jeho momentálnímu zdravotnímu stavu. Důležitou součástí v ošetrovatelském procesu je nemocný nebo rodina, které by sestra měla zapojit do péče a podpořit tak rychlejší uzdravování. Ošetrovatelský proces nám udává systematickou péči, kdy jednotlivé fáze na sebe navazují. Samozřejmě že sestra musí počítat i s tím, že někdy náročnost práce na oddělení může jednotlivé fáze prohodit.

Dle Staňkové (2004, s.25) „ *ošetrovatelský proces poskytuje myšlenkový rámec pro celkovou systematickou individualizovanou péči o pacienta.* “ (Staňková, 2004, s.25 - 26)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem bakalářské práce je zjistit možnosti nefarmakologické léčby u pacientů s Alzheimerovou chorobou.

5 METODIKA

V praktické části bakalářské práce se zabývám kazuistikou u klienta s Alzheimerovou chorobou. Popisuji zde ošetrovatelskou péči, příznaky jeho chování, léčbu, aktivizační techniky a celkový pohled na klienta s touto nemocí.

5.1 Nefarmakologická léčba u Alzheimerovy choroby

Nefarmakologická léčba by měla spolu s farmakologickou léčbou vytvářet celkový plán péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Do nefarmakologické léčby můžeme zařadit:

- Ergoterapii;
- Fyzioterapii;
- Nácvik soběstačnosti;
- Kognitivní rehabilitaci;
- Senzorická stimulaci;
- Kinezioterapii;
- Taneční a pohybovou terapii;
- Arteterapii;
- Terapeutické pečení;
- Muzikoterapii;
- Pet- terapii;

Vedle těchto druhů zmíněných činností můžeme zařadit i do léčby různé aktivizační metody a přístupy.

Jedná se o tyto druhy:

- Reminiscenční terapie;
- Validační terapie;
- Rezoluční terapie;

- Preterapie;
- Bazální stimulace;
- Kraniosakrální terapie;

K provádění veškerých těchto činností je třeba u pacientů vzbudit zájem a dobře je namotivovat. Což bývá velký problém, protože tito lidé ztrácejí vlivem své nemoci zájem o různé činnosti, koníčky, ztrácí fantazii, spíše jsou apatičtí a často se bojí větší společnosti lidí. Tyto činnosti by měli být individuální, pro konkrétní pacienty, neměla by jedna činnost trvat dlouho, spíše činnosti prostřídat, důležité je odhadnout která činnost je pro kterého pacienta vhodná, aby ji zvládl a nedošlo k negativní reakci. Aby se pacienti správně namotivovali můžeme některé výrobky vystavit u něj v pokoji nebo je může někomu věnovat. (Holmerová, 2009, s.136 – 137)

Každá vhodně zvolená aktivita dodává pacientovi nějaký životní smysl a časové naplnění jednotlivého dne, což u pacienta podmiňuje pocit bezpečí a jistoty. Podporuje dovednosti, procvičuje kognitivní funkce, zabraňuje změnám v chování, má kladný vliv na emoce pacienta. Mezi jednotlivými druhy aktivit ponecháváme nějaký čas, kdy se pacienti věnují sami sobě. (Holmerová, 2009, s.139 – 141)

Ergoterapie

Je to terapie, která se hojně využívá u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Slouží k podpoře soběstačnosti, cíleně se zaměřuje na činnosti, které pacient provádí každý den. Zaměřuje se na zvýšení pohyblivosti, podporuje svalovou práci, využívá se k procvičování kognitivních funkcí. Tuto terapii mohou společně s pacientem využít i rodinní příslušníci pro případ péče v domácím prostředí. Ergoterapie má co nejvíce posílit nezávislost a zpříjemnit tak životní podmínky pacientů. (Holmerová, 2009, s.142 – 143)

Fyzioterapie

Fyzioterapie patří k dalším velmi užitečným činnostem, které využíváme v péči o nemocné. Při této činnosti musíme mít na nemocné dostatek času, veškeré úkony provádět pomalu, být trpělivý pokud mu něco nejde. Je vhodné použít dobrou motivaci, můžeme využít

i neverbální komunikaci, třeba dotyky, abychom navodili vzájemnou důvěru. Veškeré činnosti provádíme s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav, jednotlivé úkony si rozdělíme na 2 -3 cvičební bloky, aby se neunavil.

Můžeme využívat širokou škálu činností např:

- Přejíždění a tlačení přes tělo pomocí různých balónků a kamenů;
- Protahovací cviky;
- Využití známé hudby při cvičeních;
- Dechová cvičení;
- Využití polohovacích pomůcek;
- Jednoduchá aktivní nebo pasivní cvičení;
- Posilovací cvičení;
- Skupinová cvičení;
- Cvičení proti odporu;
- Velmi důležitá je vertikalizace, nácvik vstávání z lůžka, nácvik chůze, nácvik chůze po schodech, přesun z lůžka na invalidní vozík nebo mobilní WC; (Holmerová ,2009, s.151 – 157).

Nácvik soběstačnosti

U pacientů nacvičujeme základní denní činnosti týkající se hygieny, přípravy a příjmu stravy, použití WC, schopnost se obléct. Dále činnosti jako jsou vaření, uklízení, mytí nádobí a celková pohyblivost. Při těchto činnostech můžeme využít různých pomůcek, které jednotlivé činnosti usnadňují.

Jsou to např.:

- Madla, sedačky, protiskluzové podložky, vodovodní baterie na páku v koupelnách;
- K pití mohou použít slámky;
- Příbory s větší úchopovou částí;
- Označení pokoje a WC předmětem, který pacient zná; (Holmerová, 2009, s. 142–147)

Kognitivní rehabilitace

Je složená z různých činností, které mají zlepšit funkce jako jsou čtení, myšlení paměť, pozornost apod.

K procvičení mozku můžeme využít např.:

- Hry, hlavolamy, luštění křížovek;
- Četbu knih;
- Procvičování matematických úkolů;
- Fyzickou aktivitu;
- Návštěva divadel, kin, výstav, plesů;

Veškeré činnosti, kterými chceme procvičovat paměť je vhodné využívat jako prevenci před možným stárnutím nebo u lehké formy v těžké fázi již nemá smysl procvičovat to co již bylo ztraceno. Spíše u nich tímto typem terapie povzbuzovat dlouhodobou paměť formou hry. Nesmíme ale zapomínat na to, že jednotlivé činnosti musí nemocný zvládnout a musí ho zaujmout. Při kognitivní rehabilitaci můžeme využít pracovní sešit s názvem „Cvičte si svůj mozek“ který vymyslela Česká Alzheimerovská společnost.

Druhy využití kognitivní terapie:

- Ukazování obrázků;
- Doplnování slov do věty;
- Vyjmenovávání čísel;
- Hra pexeso, křížovky;
- Vyjmenovávání předmětů, ovoce a zeleniny; (Holmerová, 2009, s.158 – 172)

Senzorická stimulace

Zde se využíváme procvičování jednotlivých smyslů jako je hmat, čich, zrak, sluch. (Holmerová, 2009, s.172)

Kinezioterapie

Je metoda, která využívá cílenou pohybovou aktivitu. Takto cílená pohybová aktivita pomáhá zpomalovat stárnutí, je důležitá jako prevence různých onemocnění, je důležitá pro pohybový systém, podporuje zvýšení soběstačnosti a má pozitivní vliv na psychiku nemocného. Provádíme cviky vsedě, vestoje, cviky s míči, kruhy apod. Terapeut musí vždy dávat pozor na nevhodné pohyby, které by mohly nemocnému uškodit. Do kinezioterapie můžeme také zařadit procházky, které mají pozitivní vliv na spánek nebo zahrádkaření. (Holmerová, 2009, s.189 – 203)

Taneční a pohybová terapie

Jedná se o terapii, která využívá tanec spojený se cvičením. Při něm dochází k prolínání emocí se sociální stránkou, psychickou tak i k nácviku souhry pohybu u nemocných. Většinou se vytvoří ohraničený kruh ve kterém se nemocní pohybují na hudbu buď klidnou nebo rychlejší, nebo se využívají hudební nástroje. Opět je důležitá motivace, úsměv a dobrá nálada, kterou bychom měli přenést na nemocné, což je největším úspěchem této terapie. (Holmerová, 2009, s.204 -207)

Arteterapie

Je jedna z dalších metod, která bývá velmi oblíbená u nemocných. V podstatě je to léčba uměním. Tato metoda v nich posiluje sebevědomí, procvičuje jemnou motoriku a paměť, a také se v nich snaží probudit kreativitu. Při arteterapii mohou vyrábět různé výrobky vztahující se k různým svátkům, nebo vyrobit dárky pro své blízké nebo jen tak pro své potěšení.

Jedná se o tyto činnosti:

- Výroba velikonočních, vánočních nebo narozeninových přání;
- Výroba velikonočních kraslic;
- Společné zdobení máje nebo vánočního stromečku;
- Výroba vánočních ozdob;
- Pečení cukroví nebo perníčků;
- Malování na plátno,
- Výkresy, kameny, květináče;
- Výroba výrobků z levandule;
- Malování barvami;
- Tvoření z papíru nebo vlny; (Holmerová, 2009, s.212 – 223)

Terapeutické pečení

Metoda se prolíná s arteterapií. Většinou bývá hodně oblíbená, jedná se o činnost, kterou si nemocní velmi rychle vybaví z dřívějších dob. Navíc se zde zapojuje i sensorická stimulace, která může vyvolat pěkné vzpomínky třeba na domov nebo rodinu. (Holmerová, 2009, s.224)

Muzikoterapie

Jako další metodu u Alzheimerovy choroby můžeme využít muzikoterapii. Tato metoda podporuje procvičení dlouhodobé paměti a využívá se také k relaxaci. Může jít buď o zpěv písní nebo poslech hudby, jejíž výběr je velmi důležitý. Opět zde můžeme využít cvičebních prvků nebo spojit s nácvikem dechové gymnastiky. Nemocní mají také rádi různá vystoupení dětí, nebo posezení s harmonikou kde si mohou společně zazpívat. (Holmerová, 2009, s.225 – 228)

Pet-terapie

Je metoda kdy se využívají při léčbě zvířata. Zvíře nemocnému napomáhá ke zklidnění, pozitivně ovlivňuje psychiku, podporuje komunikaci. V domácím prostředí tvoří s nemocným silnou citovou vazbu. Nejvhodnějšími zvířátky v pet-terapii jsou morčata, želvy, králíci, křečci, rybky nebo psi. (Holmerová, 2009, s.229 – 230)

5.2 Aktivační metody a přístupy

Aktivizační metodou se myslí jakákoliv činnost, kterou se snažíme u nemocného podpořit schopnosti v sebezpečí, navozuje u něj pocit bezpečí a podporuje u něj spokojené stáří. Do určité míry můžeme do aktivizace zařadit i komunikaci, která je velmi důležitá při veškerých činnostech s nemocnými. (Malíková, 2011, s.122)

Reminiscence

Je metoda, která má u nemocného vyvolat vzpomínky. Může se využívat u zdravých lidí kde má preventivní charakter tak i u nemocných, kde má podpořit především paměť. Můžeme říci, že se jedná o vzpomínání týkající se prožitého života, rodiny, práce a zálib. Velmi dobrým prostředkem jsou fotky nebo osobní předměty. Účinkem reminiscence je pomocí vzpomínek, vytvořit příjemné emotivní prožívání což má kladný vliv na psychickou stránku nemocného. Ovšem musíme dávat pozor, abychom v nemocném nevyvolali bolestné a nepříjemné vzpomínky. Umožňujeme nemocnému návrat do dob kdy se cítil šťastný a tím mu tak pomáháme odprostit se od posledních negativních událostí. Tento typ terapie se může využívat formou skupinového sezení, kdy pomáhá jak nemocnému, tak

rodinným příslušníkům a můžeme tak dosáhnout k lepší komunikaci mezi všemi zúčastněnými. Reminiscence u jednoho člověka se pak provádí pokud má obtíže se setkáváním se s větší společností lidí. K této terapii můžeme využít i některých pomůcek jako jsou např. valcha, hmoždíř, káča, loutkové divadlo, kávový mlýnek apod. Pomocí těchto předmětů můžeme s nemocnými pomalu vyprávět různé příběhy, vzpomínat na svatbu, školu, dětství, první ples, apod. Jak uvádí Holmerová (2009, s.188) *reminiscenční terapie je účinnou aktivizační metodou, která by měla být součástí dobré praxe v péči o pacienty postižené demencí.* (Malíková, 2011, s.238 – 239; Holmerová, 2009, s.181 – 188)

Validační terapie

Je terapie, která se hojně využívá u lidí s demencí. Vychází z toho, jak se nemocný s demencí chová má příčinu v nevyřešených emocích, které někdy prožil a je důležité je dobře zhodnotit. Je to také možnost jak si znovu připomenout negativní emoce u nemocného, tím že si na ně vzpomene. Pak je ale důležité mu pomoci se s nimi vypořádat, aby mohl klidně prožít svůj zbytek života. Malíková (2011, s.244) uvádí, *validaci je možné používat jako cílený způsob, který systematicky vede klienta a pomáhá mu objevit a zpracovat jeho prožitá traumata, nebo validační přístup uplatňovat v každodenní péči opírající se o respekt ke klientovi a o porozumění pro jeho životní příběh.* (Malíková, 2011, s.239 – 245)

Rezoluční terapie

Je metoda, která se používá u těžké fáze demence. Nemocní si nevybavují reálný svět a vracet je zpět je již nevhodné. Ve své podstatě je to metoda kdy nemocný žije tak, že se mu minulost prolíná do současnosti a žije život tak jako kdysi. Není vhodné mu to vyvracet, spíše je dobré situaci prožívat s ním, přitakávat mu, neopravovat ho, když se zmýlí. Při této metodě je vhodné znát veškeré podrobnosti ze života nemocného, abychom dokázali vždy adekvátně zareagovat a nezvyšovali v nemocném neklid. (Malíková, 2011, s.245 – 246)

Preterapie

Podstatou této terapie je přístup a reakce na jednání nemocného a především rozvoj komunikace, která je zhoršená. Je prováděna pomocí zrcadlení, což je ve své podstatě opako-

vání toho co klient dělá a jak se chová. Může si tak sám sebe uvědomovat a rozvíjet svou osobnost. Může se provádět buď slovně nebo pomocí pohybu. Je to terapie velmi přínosná, protože dává klientovi pocit, že mu někdo rozumí, že může formou této terapie říci co potřebuje, ví že ho někdo vnímá a má možnost s ním nějakým způsobem komunikovat. Při této terapii je potřeba zachovat klid, být trpělivý a možné neúspěchy opakovat. Dle Malíkové (2011, s.249) *dlouhodobá systematická aplikace preterapeutického přístupu postupně umožňuje přiblížit se ke klientovi, porozumět jemu samotnému i jeho potřebám, Klient postupně „ roztává“ ze své uzavřenosti, odkládá svou nepřístupnost, sociální izolaci, negaci, apatii, otevírá sebe a své nitro a umožňuje pracovníkům, kteří o něj pečují, aby mu porozuměli. Stává se sdílným, radostnějším a optimističtějším.* (Malíková, 2011, s.246 – 250)

Bazální stimulace

Pro tuto metodu je podstatné stimulování receptorů na těle. Cíleně se snažíme u klienta vyprovokovat vnímání jeho těla, aby si uvědomil sám sebe. Snažíme se u něj podpořit orientovanost v prostoru a čase. A využíváme možnosti rozvoje komunikace mezi nemocným a okolím. Při této terapii je také důležité prostředí nemocného, které bychom měli doplnit o předměty a fotky představující jeho vzpomínky. Do terapie zapojujeme i rodinné příslušníky. Bazální stimulace se provádí formou doteků nebo pomocí smyslů těla jako jsou zrak, sluch, chuť a čich.

U bazální stimulace můžeme popsat tyto polohy:

- Somatická- stimuluje vnímání těla, má zklidňující účinek, využíváme změnu polohy;
- Vestibulární- souvisí s pohybem hlavy;
- Vibrační- pomocí této terapie se stimulují receptory v kůži, pomocí předmětů co vytváří jemný kmitavý pohyb;
- Optická- jedná se o stimulaci pomocí zraku se změnou polohy;
- Auditivní- pomocí sluchu se stimulují vzpomínky, třeba pomocí hudby;
- Orální- tento typ vzniká třeba při péči o dutinu ústní, kdy dochází ke stimulaci chuťových pohárků;
- Olfaktorická- zde se využívá vůní ke vzpomínání;

- Taktilně-haptická- jedná se o stimulaci pomocí doteků s využitím známých předmětů;

Při bazální stimulaci musíme dbát na negativní nebo pozitivní projevy u nemocného. Ve své podstatě bazální stimulaci provádíme při veškeré ošetrovatelské činnosti, ale akorát si ji neuvědomujeme, protože doteky provádíme většinou zcela rutinně. Nezamýšlíme se jestli jsou pro něj prospěšné nebo nikoliv. V tomto případě se spíše dá hovořit o typu komunikaci mezi nemocným a personálem. Bazální stimulace je pro ošetřující personál hodně náročná, jedná se o dlouhodobou souhru pochopení mezi ním a nemocným. (Holmerová, 2009, s.249 – 253; Malíková, 2011, s.194 – 196)

Kraniosakrální terapie

Je metoda, která cíleně působí na celý organismus a působí na psychickou i fyzickou stránku klienta a především na nervový systém. Podstatou kraniosakrální terapie je kraniosakrální systém, který se nachází mezi lebkou až kostrčí. Jedná se o systém, který pravidelně proudí kolem mozku. Proto, aby mohl správně fungovat potřebuje mít správný pohyb lebečních kostí na něž tlakově působí mozkomíšní mok. Pokud je pohyb zachován, kraniosakrální systém je funkční. Pokud ale dojde k nějaké změně v pohybu, dochází k poruchám v těle i na psychice nemocného. Provádí se pomocí tlaků na různých místech těla, které se uvolňují a dochází k relaxaci. Terapie je jistě velmi zajímavá a příjemná. Dochází při ní k celkové regeneraci organismu a ke stabilizaci emoční stránky nemocného. (Malíková, 2011, s.197 – 200)

5.3 Kazuistika ošetřovatelského procesu u pacienta s Alzheimerovou chorobou

V následující kazuistice popisují svého rodinného známého pana F.H., kterému je 78let a touto nemocí onemocněl před 5 lety. Ví, že nemoc si nevybírání, ale stále si říká, proč zrovna on. Vždy úžasný, milý, pomáhající s milým úsměvem a vřelým srdcem tak takhle si jej vybavuji. Nikdy nedokázal nikomu odmítnout pomoc, nikdy jsem na něm neviděla smutek nic pro něj nebylo neřešitelné, vždy se dokázal ze vším poprat. Měl úžasnou životní energii a sílu, kterou předával všem kolem sebe. Miloval zvířata, doma se staral o kanárky, andulky, králíky, psi. Má jezevčíka se kterým se vždy ráno přivítal tím, že si ho vzal do náruče. Ale jeho největší životní láskou byly koně. Měli doma velké stáje a pole, takže práce mu nebyla cizí a naplňovala jeho život. Druhým jeho největším koníčkem byl fotbal v klubech z okolních vesnic, které vždycky v sobotu a neděli odpoledne objížděl na kole. Rád poslouchal dechovou hudbu. Pokud byla příležitost rád si dal skleničku dobrého „vínečka“. Vyučil se strojníkem a celý život se tomuto povolání věnoval. V 58 letech odešel do předčasného důchodu, aby se postaral o svou nemocnou matku. Ve svých 23 letech se oženil. Má dvě děti syna, dceru a čtyři vnoučata, kterým se po celou dobu než onemocněl věnoval a učil je lásce ke zvířatům. Jeho manželka i celá rodina se stále snaží mu jeho život něčím naplnit, i když ví, že už žije ve svém světě a jeho čas jakoby se zastavil někde v dětství. Často vzpomínají u fotek, při poslechu dechové hudby, nebo když přijdou jeho přátelé na návštěvu...

Zhruba před 5 lety jsme začali pozorovat nějaké změny v jeho chování a hlavně paměti, především zapomínání jmen a příjmení lidí ve vesnici, pletli se mu jména vnoučat. První jsme si mysleli, že je to příznak stáří, ale tyto změny se stále zhoršovaly. Pamatuje si co se stalo před několika lety, ale nic z toho co se stalo včera. Když jsme se ho na něco zeptali, vždy řekl že se nic neděje, že je vše v pořádku. Ale všichni jsme cítili, že je to jinak. Stále něco hledal, ztrácel své nářadí, které před tím měl vždy vzorově uspořádané v dílně. Myslí si, že spouštěcím signálem mohlo být to, že mu ve velmi krátké době zemřela jeho matka, synovec a sestra. Pak také upadl na zahradě, ale to nám řekl až později. Býval náladový, agresivní. Podezíral tetu, že mu vzala peníze nebo schválně ukryla jeho osobní věci, aby je nemohl najít. Během jeho života nebyl nikdy vážně nemocný jen jednou ležel na neurologickém oddělení v nemocnici, protože trpěl velkými bolestmi zad. Veškeré chřipky

vždy přecházel a nikdy je neléčil. Než odešel do důchodu nebyl v jeho zdravotní dokumentaci žádný záznam o nemoci a nikdy neužíval žádné léky.

Výpis ze zdravotní dokumentace:

Záznam od neurologického lékaře. Byly vyšetřeny kognitivní funkce, příjemné vystupování, lehce zpomalená psychická a motorická činnost, velmi málo se zapojuje do rozhovoru. Na základě výsledků z jednotlivých vyšetření stanovena diagnóza Alzheimerova choroba s pozdním nástupem.

Byly provedeny tyto vyšetření:

- MMSE (Minimal-Mental-State- Examination), jehož výsledek byl 26 bodů (maximální počet je 30 bodů). Projevuje se u něj časová dezorientace, sleduji u něj poruchy paměti, z možných 10 nabídnutých slov si pamatuje jen 5 slov;
- Test hodin – vše nakreslil správně, jednotlivé číslice byly správně, pouze ručičky byly otočeny;
- ADL(Activity daily living)- splnil vše úspěšně;
- IADL (Instrumental activity daily living)- 90 procentní úspěšnost;
- Sedmičkový test- zvládl zpočátku dobře, od poloviny se vyskytují obtíže, test do konce neprovedl;
- CT mozku- zde nalezeny patologie, poúrazový stav, přiznává pád v minulosti, manželka udává změny zhruba od té doby co upadl;

Farmakologická léčba:

Ebixa 10mg, prozatím 1-0-1, dávka se bude upravovat dle zdravotního stavu.

Navštěvuji strýce v rozmezí 3 měsíců. Ovšem kazuistika je psána v ročním rozmezí. Po každé mé návštěvě zjišťuji stále větší zhoršování jeho zdravotního stavu.

Jeden rok od stanovení diagnózy:

Od stanovení diagnózy uplynul asi rok. Strýc ztrácel smysl pro své koníčky, omezil jízdu na kole a návštěvy fotbalových utkání. Býval unavený, podrážděný, protože se ho stále někdo na něco ptal. Sedával často v kuchyni četl buď noviny, nebo luštil osmisměrky. Nemohl si vzpomenout na mé jméno. Připadal mi cizí a vzdálený, jakoby byl myšlenkami někde jinde, zamyšlený a něco si broukal sám pro sebe. Nezapojoval se do dění kolem sebe, velmi málo mluvil. Víím, že při této nemoci je velmi důležité promítat do jejich života jejich životní příběh. Jednoduše řečeno jejich minulost dávat do přítomnosti. Často dělají své činnosti stereotypně a nechtějí je měnit. Proto jsme celý den podřídili jeho vzpomínkám jeho stylu života, který vedl až doteď.

Využívané metody nefarmakologické léčby v tomto období:

- Ergoterapie- každodenní ranní krmení zvířat;
- Návčik soběstačnosti - holení, mytí, oblékání, příprava stravy;
- Arteterapie - výroba budky pro ptáky se synem a vnukem;
- Muzikoterapie -poslech dechové hudby v rádiu, návštěva koncertu v místní vesnici;
- Pet – terapie- každodenní krmení zvířat, procházky se psem;
- Fyzioterapie – ranní cvičení s manželkou a procházky po okolí;
- Kognitivní rehabilitace – luštění křížovek, četba novin, skládání modelů letadel s vnukem;
- Terapeutické pečení – velikonoční a vánoční pečení perníčků s manželkou;

Dva roky od stanovení diagnózy:

Jeho MMSE je již jen 16 bodů. Přestal chodit na WC. I když je označené panáčkem, nevzpomíná si, neví kde WC je. Musí nosit plenkové kalhoty, během dne ho na WC doprovází teta. Došlo k velkému zhoršení paměti, nikoho nepoznává, neví jak se jmenují jeho děti ani vnoučata. Nedokáže se podepsat, dokáže číst pouze velké titulky v novinách. Nemůže se oblékat, kalhoty si dává na ruce. Věci má každé ráno naskládané na hromádce u postele tak jak si je má obléci, ale ani takto to sám nezvládne a stále se dotazuje co s tím

má dělat. Nemá rád knoflíky, všechny je vždycky ukrotí, musí se mu proto dávat veškeré oblečení přes hlavu. Začal se bát sprchy, bojí se svého obrazu v zrcadle nebo okně říká, že tam někdo stojí. Ztrácí se ve svém domě, neví kde je koupelna, kde je ložnice nebo jak se jde na zahradu. Pokud se mu podaří se sám obléci tak je to většinou jinak než jaké je aktuální roční období. Stále říká, že chce jít pryč, ch e jít domů (do svého rodného domu, kde vyrůstal z rodiči), že tam má práci. Od stanovení diagnózy několikrát utekl z domu, zůstal vždycky stát na cestě, vzdálené od domu asi 800m. Stál tam a rozhlížel se, nevěděl kde je a kam má jít. Odtud ho museli dovést sousedé.

Využívané druhy nefarmakologické léčby během tohoto období:

- Návčik soběstačnosti - používal každý den holení, oblékání, pití apod.;
- Ergoterapie- třídil ořechy, fazole do misek, ale stále se ptal kam to má dát;
- Reminiscence- vzpomínání s fotkami, poznávání předmětů;
- Rehabilitace- cvičil každé ráno, pár protahovacích cviků s tetou, pokud počasí dovolilo chodil na procházky každý den;
- Kognitivní rehabilitace – prohlížel si noviny nebo knihy;
- Pet- terapie – ranní pozdrav se psem, spíše se už jen na něj díval, nevěděl co má dělat;

Tři roky od stanovení diagnózy:

Stav byl stále horší a horší. Téměř nemluvil a pokud ano tak se velmi špatně vyjadřoval. Často seděl v kuchyni ve svém oblíbeném křesle. Díval se na televizi jakoby skrz, spíše se jí bál, nemá rád detektivní pořady, bojí se střelby ze zbraní.. Má ale naopak velmi rád pohádky. Poznával už jen někdy tetu, ale i té občas řekl maminko. Stále volal Marušku nebo Josefa a těmito jmény všechny oslovoval (jsou to jména jeho sourozenců). Nedokázal se oblékat, holt se, vzít si sám něco do rukou, pouze pokud se mu to podalo. Ponožky si dával na ruce, rukavice na nohy apod. Pokud jsme s ním byli v místnosti a chtěli, aby něco udělal tak to nedokázal, ale pokud jsme odešli a byl sám tak to udělal. Stále hledal tetu, i když byla vedle něj. Občas si vzpomněl na své jméno a příjmení. Stále je zachována jeho mobilita.

Výpis z dokumentace: Lék Ebixu užíval první dva roky, poté byly vysazeny pro neúčinnost.

Využívané metody nefarmakologické léčby v tomto období:

- Nácvik soběstačnosti – mytí rukou, používání WC;
- Fyzioterapie – cvičení s manželkou ráno, odpolední procházky;
- Ergoterapie – nácvik držení hrníčku a příboru v ruce;

Čtyři roky od stanovení diagnózy:

Minulý rok v lednu se u něj začali projevovat halucinace a agresivita. Býval agresivní, když viděl svůj obraz v zrcadle nebo ve skle. Stále má velmi dobrý sluch. Slyšel, když zapnula lednička a hned si myslel, že tam někdo je. V noci viděl chodit po pokoji nějaké muže apod. Začal všechno ničit, co našel rozbil, noviny a fotky roztrhal na malinké kousíčky. Snědl třeba květiny, hlínu z květináče, papíry. Strhal závěsy a záclony, rozbil lampičku, nechtěl, aby se s ní svítilo. Musel se pro něho zřídit samostatný pokoj, kde je jen postel, křeslo a pár drobností. Stříдалo se u něj období kdy snědl velké porce jídla a z toho nesnědl vůbec nic. Často se stávalo, že po odklizení nádobí ze stolu se zeptal kdy už bude konečně oběd, že má hlad. V noci se budil a utíkal z pokoje, musel se tedy pořídít zámek na dveře a na noc se strýc ve svém pokoji zamyká.

V té době užíval léky na spaní zvané Mirzatem 30mg. Ale protože se po užívání tohoto léku zvětšovaly halucinace a blouznění museli mu být vysazeny. Strýc usnul bez potíží, ale budil se v noci a pak všechno ničil. Byl mu tedy nasazen lék Geroderm, který mu teta dávala, když se v noci probudil, po něm pak usnul a spal až do rána. Jeho zdravotní stav byl již natolik neúnosný, že ho rodina nechala hospitalizovat v psychiatrické léčebně. Zde se jeho zdravotní stav zhoršil byl apatický, nemluvil, uzavřel se do sebe. Zhubnul 5 kg a vážil pouze 50 kg. Proto si ho rodina vzala zpět domů. Začali jsme zkoušet používat místo stravy přípravek Nutridrink, který mu velmi chutnal. Později jsme přidávali opět stravu. Projevovalo se u něj špatné prokrvení rukou, které měl studené, takže přes den nosil rukavice. Začalo se u něj objevovat sebepoškozování. A to tak, že na rukou měl stařecké bradavice, které si strhával a myslel si, že je to špína. Jeho zdravotní stav se mírně doma zlepšil. Stále nemluvil, pouze šeptal, ale začalo mu opět chutnat.

Veškerá terapeutická činnost u něj v tomto období byla již velmi těžká.

- Muzikoterapie – poslech dechové hudby;
- Ergoterapie – poznávání předmětů a ovoce;
- Rehabilitace – procházky;
- Pet-terapie – hlazení zvířat;

Březen 2013 - pět let od stanovení diagnózy:

O strýce celodenně pečuje teta, bývá často unavená a psychicky vyčerpaná, pokud si potřebuje na chvíli odpočinout hlídá strýce jeho syn. U strýce již nelze zjistit orientaci, na kladené dotazy nereaguje, spíše působí bezradně a vystrašeně. Není schopen základní sebeobsluhy, je zcela nesamostatný a odkázaný na celodenní pomoc od okolí. Stav agresivity a negativismu se u něj již nevyskytují. Do příjmu stravy se musí nutit, sám si nic nechce vzít. V noci spí dobře, přes den se snažíme strýce všemožně zabavit a zaměstnat, aby neusnul a byl jeho spánek v noci kvalitnější.

Výpis ze zdravotnické dokumentace:

Orientaci nelze zjistit, na kladené dotazy nereaguje, ničemu nerozumí. MMSE již nelze zjistit, verbální projev je již prakticky zaniklý, neúčelná manipulace s věcmi kolem sebe. Nepoznává nejbližší příbuzné, není schopen sebeobsluhy. Situaci nepostihuje ani v hrubých obrysech. Prognosticky se jedná o stav závažný, kde nelze očekávat změnu k lepšímu.

31. 3. 2013

Při mé poslední návštěvě strýc opět seděl v křesle v kuchyni, usmíval se. Na pozdrav neodpověděl, jen si něco broukal. Seděli jsme s tetou u stolu a povídali si, stále nás pozoroval. Když jsem se ho zeptala jak se jmenuje odpověděl : „Franta“. Na otázku kolik je mu let odpověděl: „moc“. Zeptala jsem se ho jak se jmenuje teta: odpověděl „Anežka“. Stále jsem se ho snažila zapojit do rozhovoru, ale marně, odpověděl jen na tyto dotazy.

Používání aktivizačních metod je velmi těžké, protože strýc není již schopen nic vykonávat, vše co mu dáme do ruky tak jen drží a jakoby se očima ptal nás všech co s tím má dělat. Předělává si předměty z ruky do ruky a jen si to prohlíží. Zvířata na dvoře a psi jsou pro něj cizí. Snad jen nácvik soběstačnosti, ergoterapii a rehabilitaci se teta snaží ještě využívat. Často chodí na procházky do okolí, navštěvují koncerty nebo vystoupení dětí z mateřské školy, které se konají v místní vesnici.

V jeho očích jsem viděla lesk a dobrosrdečnost jakou míval než onemocněl. Stále se usmíval, žije ve svém světě na míle vzdáleném od toho našeho, ale ve své podstatě je naprosto spokojený.

6 SHRNUTÍ

Ve své bakalářské práci popisuji ošetrovatelskou péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Abych se seznámila a lépe vystihla informace týkající se tohoto onemocnění využila jsem odbornou literaturu. Získané informace jsem se snažila popsat v teoretické části. Popisuji zde demenci a její nejčastější typ Alzheimerovu chorobu, rizikové faktory, jednotlivá stádia, diagnostiku a léčbu této nemoci. Toto široké téma také zahrnuje ošetrovatelskou péči o nemocné, proto zde zmiňuji i jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu, podle kterých se provádí ošetrovatelská péče nejen o pacienty ve zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních poskytující sociální služby, ale také i v domácím prostředí.

V praktické části navazuji na problematiku týkající se nefarmakologické léčby a popisuji jednotlivé druhy aktivizačních metod, které se mohou využívat v léčbě u pacientů s Alzheimerovou chorobou. Samozřejmě, že v domácím prostředí se nebudou používat všechny zmíněné metody, protože na některé je potřeba vyškolený pracovník. Ale i tak se například obdobná forma bazální stimulace provádí. Jelikož podstatou bazální stimulace jsou doteky na těle, můžeme je odlehčenou formou provádět u nemocného třeba při koupele, při natírání těla nemocného krémem nebo při provádění masáže. Dále také můžeme zmínit např. reminiscenci (vzpomínání) kterou lze využít třeba jen tak při prohlížení alba s rodinnými fotkami. Tím, že je v domácím prostředí pouze jeden nemocný je zde bezesporu více času na jednotlivé druhy aktivizačních metod než v zařízeních kde se péče musí směřovat k více lidem. Dospěla jsem také k názoru, že i neškolený člověk může jednotlivé druhy nefarmakologické léčby nebo druhy aktivizačních metod použít v domácím prostředí v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou.

V rámci praktické části popisuji kazuistiku u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Jelikož je to rodinný známý a navštěvuji ho často, tak mohu posoudit jak ho nemoc velmi rychle pohltila. Měsíc po měsíci jsem měla možnost být u toho jak se jeho život měnil. Čím dál více jsem u něj pozorovala zlost, když mu něco nešlo nebo když si nemohl na něco vzpomenout. Stav zlosti se postupně změnil na stavy bezradnosti kdy na mě působil jako vystrašené dítě, které neví co má dělat.

Po zhodnocení veškerých teoretických informací ohledně nefarmakologické léčby a aktivizačních metod jsem měla možnost si je sama vyzkoušet v praxi. Z vlastní zkušenosti můžu říct, že některé druhy technik jsem nedokázala použít a že sběr pouze teoretických informací nestačí, chce to opravdu pomoc školeného pracovníka.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit druhy nefarmakologické léčby a to se mi myslím podařilo. S výsledkem mé práce jsem spokojená.

ZÁVĚR

Alzheimerova choroba se stala nemocí dnešní doby. Přibývá stále více nemocných i přesto, že výzkum neustále pokračuje dopředu. Nynější léčba dospěla pouze k oddálení jednotlivých příznaků této nemoci. Alzheimerova choroba se zásadně podepisuje na smyslu života, který doposud nemocný prožíval, tak i na životě celé jeho rodiny. Ta se při vzniku nemoci musí dnes a denně potýkat s jeho neobvyklým chováním, změnami nálad a zapomínáním. Veškerý jejich soukromý život se podřizuje nemocnému. Často se setkávají s mnoha obtížemi. Vedle problémů se zajišťováním trvalé ošetrovatelské péče se vyskytují i otázky týkající se financí, jak všechno dobře zorganizovat. Musí také řešit otázku jestli mají doma vhodné prostředí, zda jsou na péči o takto nemocného doma připraveni apod.

Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou sebou nese velmi dlouhou a trnitou cestu. Často pečující bude ovládat smutek, hněv, strach, stavy bezradnosti a vyčerpání. Ale vždy by měli mít kolem sebe něco nebo někoho kdo jim podá pomocnou ruku, naplní je silou a pomůže jim jít dál na této cestě pomoci. V praktické části popisují kazuistiku u pacienta s Alzheimerovou chorobou. Jedná se o rodinného známého, který se během pěti let od stanovení diagnózy stal naprosto bezbranným a nesoběstačným člověkem, uzavřeným ve svém světě. I když se mu všichni snažíme pomoci a víme že je jeho nemoc nevléčitelná, stále doufáme, že fáze jeho onemocnění ve které se právě nachází potrvá ještě dlouhou dobu. Nikdo z nás se zatím ještě nechce smířit s tím, že by tady jednou nebyl. Snad i doufáme a čekáme na zázrak? Je to asi pošetilé a naivní myšlení, ale vždyť je to naše milovaná osoba. S tou se nedá jen tak rozloučit. Chce to čas a celá rodina se na ten den odchodu musí připravit.

Psaním této práce jsem si uvědomila, že náš čas je velmi krátký a nikdo neví kdy touto nemocí může onemocnět. Proto bych chtěla v závěru své práce zdůraznit nutnost prevence.

Tak jako náš žaludek potřebuje potravu, tak i náš mozek potřebuje informace. Měli bychom ho stále nutit pracovat. Chce to každodenně trénovat paměť, třeba četbou knih, luštěním křížovek, vybavováním si lidových pranostik, zpíváním písniček, hraním logických her apod. Vzdělávání je výbornou formou prevence Alzheimerovy choroby, mimo jiné také zlepšuje kvalitu života a umožňuje, aby se náš život stal plnohodnotnějším. A i když si budeme myslet, že nás doběhlo stáří, nezoufejme, jsou tady university třetího věku, kde máme možnost splnit si svá přání a vzdělávat se i když máme nějaký ten rok navíc....

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BRUNOVSKÝ, Martin. 2003. *Objektivizace diagnostiky a změn vigily u demencí: doktorská disertační práce, 3. LK UK, Psychiatrické centrum, Praha*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2236-6.
- [2] BUIJSSEN, Huub. 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.
- [3] CALLONE, Patricia R. et al. 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2320-4.
- [4] HOLMEROVÁ, Iva a kol. 2009. *Péče o seniory s kognitivní poruchou*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost a gerontologické centrum. ISBN 978-80-86541-28-0.
- [5] JIRÁK, Roman. a kol. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [6] KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. ISBN 80-716-9615-3.
- [7] MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [8] STAŇKOVÁ, Marta. 2004. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-282-5.
- [9] TÓTHOVA, Valérie. a kol. 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-286-1.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- [1] Alzheimerova nemoc: demence. © 2003 - 2012 . In: *Anamneza* [online]. [cit. 2013-05-13]. Dostupné z: <http://www.anamneza.cz/Alzheimerova-nemoc-demence/nemoc/19>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Acetylcholinesteráza - je enzym působící v mozku, potřebný pro přenos vzruchů

Acetylcholin- je ester kyseliny octové, důležitý neuropřenašeč v mozku

ADL- Activity of Daily Living – test denních aktivit

Agrafie- porucha psaní

Afázie- porucha řeči

Akalkulie- porucha počítání

Alexie- porucha čtení

Apraxie- porucha jemné motoriky

Arteterapie- léčba uměním

Apod. – a podobně

Benzodiazepinové hypnotika- léčiva, která vyvolávají spánek

Canesterapie- terapie pomocí psů

CT- počítačová tomografie, vyšetřovací metoda

De- Latinské slovo- odstranit

EEG- Elektroencefalogram- vyšetření mozku

Excitační aminokyseliny- glutamát- látky důležité pro přenos informací mezi nervovými buňkami

IADL- Instrumental Activity of daily Living- test instrumentálních činností

Inhibitory- jsou látky, které zpomalují nebo zastavují činnost v těle

Kinezioterapie- pohybová cvičení

MMSE- Mini-Mental-State-Examination- test paměti

MR - magnetická rezonance, zobrazovací technika

Mens- latinské slovo - mysl

NINCDS/ARDA- hodnotící kritéria u Alzheimerovy choroby

Např. – například

Neuroleptika- léky potlačující psychické změny

Nootropika- potravinové náhrady urychlující schopnosti lidského myšlení

PET- Pozitronová emisní tomografie, diagnostická metoda

Pet- terapie- léčba pomocí zvířat

Preterapie- je metoda, která pomáhá při komunikaci s klienty

Psychofarmaka- látky ovlivňující duševní činnost lidí.

Reminiscence- metoda vzpomínání

Scavengery- zametači, uklízeči v těle

SPECT- diagnostická zobrazovací metoda

Thymoleptika- léky proti úzkostným stavům

Tzn- to znamená