

Alzheimerova choroba

Ako žiť ďalej?

©

Orazio Zanetti
Marco Trabucchi
Giuseppe Boschi
Gabriele Tonini

Alzheimerova choroba

Ako žiť ďalej?

Orazio Zanetti
Marco Trabucchi
Giuseppe Boschi
Gabriele Tonini

Obsah

Úvod	4
Starnutie, mýty a predsudky.....	4
Pamäť	5
Demencia.....	9
Alzheimerova choroba	10
Diagnóza, prognóza, riziká.....	12
Starostlivosť o postihnutého.....	13
Komunikácia.....	13
Obliekanie	14
Stravovanie.....	15
Preležaniny (dekubity).....	15
Pády	16
Samovoľný odchod moču a stolice.....	18
Pridružené ochorenia	18
Zmätenosť	19
Poruchy správania	20
Dezorientácia	21
Depresia.....	22
Agresivita a nepokoj.....	22
Bezcieľne blúdenie a nespavosť	23
Delíria a halucinácie	23
Rodina.....	24
Prostredie a pomôcky.....	26
Pomoc rodine.....	28
Etické problémy	30
Záver	31
Dôležité kontakty	31

Úvod

Ludský život sa neustále predlžuje. To prináša celý rad nových skutočností. Do života spoločnosti čoraz viac zasahujú ochorenia typické pre starší zrelý vek. Patrí sem i Alzheimerova choroba - najrozšírenejšia forma senilnej demencie v krajinách Európy a USA. Postihuje okolo 5% šesťdesiatnikov, ale až 20% osemdesiatročných.

Ochorenie sa priamo týka troch subjektov: chorého, jeho príbuzných a ošetrojúceho personálu.

V rodinnom kruhu dnes žije 80 až 90% osôb postihnutých demenciou. S Alzheimerovou chorobou môže pacient žiť 15 až 20 rokov, hoci priemer je okolo 8 rokov.

Subjekty starajúce sa o postihnutého musia počítať s ťažkosťami, ktorým budú vo väčšej, či menšej miere čeliť. Od zoznámenia sa s prejavmi diagnózy, cez spôsoby primeranej liečby, až po povinnosti viažuce sa na starostlivosť o chorého. Je prirodzené, že v tejto situácii sa obracajú na kompetentné inštitúcie zdravotníckej a sociálnej starostlivosti s prosbou o všestrannú pomoc.

Cieľom tejto brožúrky je ponúknuť všetkým, ktorí sa stretávajú s Alzheimerovou chorobou prvýkrát, serióznym, pozitívnym pohľadom na starnutie a zdôrazniť význam správnej telesnej i duševnej činnosti, ako ochrany pre mozog i celý organizmus.

Starnutie, mýty a predsudky

Dodnes vládne názor, že starnutie sprevádza strata väčšiny telesných i mentálnych funkcií. V súlade s touto predstavou by sa mal rokmi neúprosne zhoršovať sluch, zrak, pamäť, inteligencia, ohybnosť, rovnováha...

Výskum potvrdzuje, že zhoršenie zdravotného stavu a niektorých schopností, pokladané za prirodzený prejav staroby, v skutočnosti spôsobuje samota, izolácia, strata citových väzieb, zlý životný štýl, chybné stravovanie, ale i duševná a telesná nečinnosť.

Vedci svorne zdôrazňujú, že väčšina ľudí nad 65 rokov veku má mozog zachovaný pre ďalšie bezchybné fungovanie. Zaujímavá je metafora o hodinách. Každý má v sebe od narodenia časomieru, odbíjajúcu čas života. Pomyslenú pružinu má natiahnutú tak, aby vydržala 110 až 120 rokov. Ak je v pružine našich génoch predurčená šanca dožiť sa vysokého veku,

závisí od spôsobu údržby, ako dlho budú hodiny funkčné. Či sa nezanesú, neskorodujú, nezaseknú. Vieme už, že bunky a ich spojenia si i v starúcom mozgu zachovávajú isté regeneračné schopnosti. Nazývame ich „neurónová plasticita“. Sú našim hodinárom, schopným opraviť čosi z toho, čo sa pokazilo. Prírodzene ide o proces samo regulovaný vlastným mozgom. Starnutie mozgu nie je jednorázový proces opotrebenia s prevahou strát! Vplyvajú naň faktory, ktoré pri udržaní rovnováhy medzi opotrebovaním a plasticitou zachovávajú dlhodobú vitalitu. Ako teda pomôcť usilovnému hodinárovi zachovať bezchybný chod hodín? Ako chrániť, zlepšovať a zväčšovať neurónovú plasticitu?

Účinným prostriedkom zvyšovania obranscapnosti organizmu, najmä však mozgu, je duševná a telesná činnosť. Prostredie bohaté na podnety a intenzívnu aktivitu pomáha zväčšovať mozgový objem, zvýšiť hmotnosť a rozmnožiť počet spojení medzi jednotlivými mozgovými bunkami, čím sa zlepši jeho výkonnosť.

Väčšina pozorovaní dokázala ochranný účinok aktivizujúcich podnetov na mozog. „Používaj ho, inak oň prídeš!“ Tento názov odborného článku môže byť pre nás mottom na celý život.

Veľa ľudí si do vysokého veku udržiava schopnosť vykonávať zložité činnosti. S výnimkou takých, ktoré žiadajú veľkú obratnosť, či svalovú silu (tie klesajú po tridsiatke). Berú na seba neraz aj náročné spoločenské úlohy spojené s vysokým duševným výkonom.

U ľudí pokračujúcich po odchode do dôchodku v pravidelnej telesnej činnosti zisťujeme, že si dlhšie zachovávajú lepší krvný obeh v mozgu a mentálne funkcie, ako neaktívni. Vidieť teda, že staroba nemusí byť slzavým údolím.

Spomenuté informácie nech sú povzbudením, že starnúť možno pri uchovaní si nezávislosti a jasnej mysle.

Pamäť

Poruchy pamäti sú častým dôvodom privádzajúcim starších ľudí do ordinácie geriatra. Bohužiaľ, neraz až vtedy, keď ich zábudlivosť postupne zbavuje sebestačnosti. V niektorých prípadoch sa dokonca na odborníkov obracajú príbuzní, lebo postihnutý si svoj stav už nevedomuje. Stále prevláda názor, že pribúdajúce roky nevyhnutne vedú k určitému zhoršeniu pamäti. Tým sa často zanedbajú ľahké poruchy, považované za čosi prirodzené. Dajú sa pritom efektívne odstrániť liečbou. Preto neustále zdôrazňujeme

všeobecné pravidlo: Účinná liečba, teda možnosť odstrániť, alebo zmierniť účinky ochorenia, závisí od včas stanovenej diagnózy a následne aplikovanej liečby. To platí pre poruchy pamäti.

Čo je pamäť? Ako pracuje? Spolu s intelektom patrí medzi najkomplexnejšie kvality osobnosti človeka. Spočíva v schopnosti obnoviť v myslí minulé, prežitú skúsenosť. Inými slovami, ide o súbor funkcií mozgu, ktoré sa v spolupráci so zmyslovými orgánmi (zrakom, sluchom, a hmatom) podieľajú na zápise správ či informácií a na ich opätovnom vybavení práve vtedy, keď to potrebujeme. Zapamätaná udalosť sa pritom mohla udiať pred sekundou, alebo mnohými rokmi. Mohla trvať krátko, ale i veľmi dlho. Mohla aktivovať všetky zmyslové orgány, mohol to však byť zážitok iba sluchový, čuchový, pohybový, či týkajúci sa reči. Náš mozog dostáva denne cez zmysly množstvo signálov rozličného druhu, ktoré si viac alebo menej uvedomuje. Väčšina z nich však nezanecháva stopu. Zmysly hrajú podstatnú úlohu pri získavaní nových informácií, ktoré sú ukladané do pamäti. Ak napríklad niekto horšie vníma tóny vyššej frekvencie, ľahko prepočuje zvonenie telefónu, horšie zachytí hlasy iných, najmä žien. Môže mať tak isto ťažkosti s vyslovovaním slov bohatých na spoluhlásky F, S a Z. Osoby s touto poruchou niekedy považujeme za zábudlivé, hoci pravou príčinou je nedostatok informácií. Preto napríklad poruchy zraku, nepriamo ovplyvňujú poruchy pamäti. Jej dobrá činnosť závisí od stupňa integrity zmyslových orgánov i od stupňa pozornosti, ktorú človek udalosti venuje. Ďalej od citovej odozvy, ktorú v ňom zážitok vyvolal a tiež od okolností, za ktorých sa všetko udialo. Veľmi dôležitým faktorom je dostatok času na vybavenie si informácie. To znamená, či sme nútení reagovať rýchlo, alebo si môžeme odpoveď dôkladne premyslieť. Podobnú rolu hrá postoj k zážitku. Udalosť môže tešiť i rozrušiť. To pamäť negatívne ovplyvní. Podobne rozpomätávanie podporí, alebo tlmí miesto, v ktorom sa osoba nachádza. Ruší nás hluk, prítomnosť cudzích ľudí a pod.

Na kvalitu pamäti vplývajú rôzne ochorenia (endokrinné, infekčné, nádorové ...). Ich správna liečba môže pamäťové schopnosti úplne napraviť. Dobrú funkciu pamäti môže zhoršiť užívanie nesprávnych liekov, ako napríklad uspávacích prostriedkov.

Častou, ale odstrániteľnou príčinou porúch pamäti je depresia a úzkosť. Ide o psychické stavy neustálej sebakontroly s poklesom pozornosti voči okoliu. Depresívny človek pociťuje vlastnú neschopnosť, stratu dôvery i strach bez reálneho motívu. Prestáva plánovať a zaujímať sa o budúcnosť. Aj prítomnosť prežíva pasívne. Depresiu (medzi ľuďmi označovanú ako

„nervové vyčerpanie“) vyvoláva obmedzenie spoločenských kontaktov, odchod do dôchodku, strata drahých, choroba spôsobujúca bolesť, alebo imobilita. Tieto skutočnosti sú v staršom veku častými príčinami zhoršenia pamäti. Naopak, pamäťový deficit, ako v začarovanom kruhu, sám podporuje depresie a úzkosť. Istý počet ľudí (10% populácie nad 65 rokov) však trpí poruchami pamäti, ktoré sa stále zhoršujú a vedú ku strate nezávislosti. Ich najčastejšou príčinou je Alzheimerova choroba, alebo multiinfarktová demencia (predtým označovaná arteriosklerotická). Treba ale zdôrazniť že 90% ľudí nie je dementných a má dobre pracujúci mozog, ak ho naďalej trénuje.

Existuje veľa definícií pamäti. Najpoužívanjšie sú tie, ktoré rozlišujú krátkodobú a dlhodobú pamäť. Prvá sa vzťahuje na schopnosť opätovne si vybaviť priebeh udalostí, čísla, predmety onedlho po vneme. Druhá sa týka schopnosti rozepamätať sa na udalosti po hodinách, alebo dňoch. Týka sa teda skutočností, ktoré sa udiali dávnejšie a je odolnejšia voči chorobám mozgu.

Počas normálneho starnutia niektoré zložky pamäťovej činnosti klesajú. Napríklad schopnosť spomenúť si na dlhšie telefónne číslo pri opätovnom vytáčaní, či reprodukovať správu z rádia vypočutú počas šoférovania. Možnosti starších v porovnaní s mladšími sú rozdiely. V staršom veku rozptyľujúce momenty „rušia“ príjem informácií. Zhoršuje sa schopnosť plniť úlohy, na ktoré je málo času. Sú však zložky pamäti, ktoré nede-generujú ani v staršom veku, ba neraz sa i zlepšujú. Takzvaná sémantická pamäť týkajúca sa schopnosti určiť význam slov a operujúca so zásobou už známych slov (podporovaná vzdelaním), môže sa s pribúdajúcim vekom ľahko zlepšovať.

Schopnosť osvojiť si poznatky a celkový rozsah pamäti zostávajú u starších ľudí relatívne neporušené. Vedci sa domnievajú, že pamäť začne slabnúť, keď človek prestane používať metódy ľahkého rozepamätávania, ktorými si pomáhal v minulosti. Netrénované schopnosti strácame. Treba zdôrazniť, že takmer všetky negatívne štúdie o pamäťových schopnostiach starších ľudí prebiehali v laboratórnych podmienkach, kde riešili abstraktné, bežnému životu často vzdialené úlohy. V skutočnosti to majú starší ľudia oproti mladším ľahšie. Nové poznatky prijímajú v kontexte existujúcej siete vedomostí. Väčšie množstvo predchádzajúcich, už spracovaných poznatkov a väčšia schopnosť kriticky rozlišovať, im uľahčuje učenie i rozepamätanie sa na nové veci. Nemožno očakávať, že určité údaje, alebo mená si starší človek vybaví rovnako rýchlo ako v mladosti. Vyžiada si to viac času. Ale schopnosť rozepamätania zostane v podstate nezmenená. Ak si to uvedomíme, zbavíme

sa zbytočnej úzkosti. Po zistení porúch pamäti oslabujúcich schopnosť konať a uvažovať samostatne, musí starší človek vyhľadať pomoc lekára. Napokon i u zdravých ľudí sa môže objaviť porucha pamäti súvisiaca s vekom, ktorá však nenaruša bežný denný režim. Situáciu v takomto prípade netreba dramatizovať. Nejde o chorobný príznak. Podobne nie je chorobou starecké zhoršenie sluchu, či úbytok výkonu.

Existujú metódy a cvičenia, ktoré pomáhajú udržiavať pamäť sviežou a svižnou, prípadne využiť to, čo jej chýba. Mnohí ľudia používajú jednoduché pomôcky, aby si zapamätali mená, alebo iné údaje. Ak si starý človek zatrieduje nové informácie a nahlas si ich opakuje, spája ich s určitou zrkovou predstavou, jeho pamäťová schopnosť sa zlepšuje. Účinnosť cvičenia je známa už od Ciceróna. „Memoria minuitur, credo, nisi eam exerceas“ (Pamäť sa stráca, ak ju necvičíš). Cvičenie môže spočívať v zhrnutí obsahu prečítaného článku, sledovaného TV programu v mysli, alebo nahlas aspoň raz denne. Ďalšou možnosťou je spomínať na udalosti zo školských čias, riekanky, básne, či príhody. Tvorba spojení medzi menami, predmetmi, udalosťami. Ich prenos do predstáv, farieb, či čísel vyžaduje spracovanie obsahu istej udalosti, aby sa potom mohla vybaviť v mysli, predstavuje ďalšiu často užívanú metódu, uľahčujúcu rozpamätávanie sa.

Ak sa však už na pamäť nedá spoľahnúť, možno si pomôcť používaním určitých pomôcok. Najbežnejšou sú kalendáre, notesy, záznamníky na zápis stretnutí, denného programu, nákupov. Podobne slúži populárny uzol na vreckovke. Moderná doba ho však nahradila elektronickými „timermi“, ktoré zvukovým signálom pripomínajú, že máme čosi urobiť. Výhodné sú i malé magnetofóny (diktafóny), kde môžu byť záznamy nahráte. Osobitne v súvislosti s kombinovanou poruchou zraku.

Častým problémom starých ľudí je strácanie predmetov kľúčov, pier, nožníc a pod. Môžeme mu predísť ukladaním určitého predmetu na konkrétne miesto. Osvedčilo sa tiež „zviditeľňovanie“ pomocou uviazaných farebných stúh, alebo uchytenie šnúrok o odev, telo, nábytok (okuliare okolo krku). Použiť sa dajú i malé zvukové hlásiče iniciované diaľkovým ovládačom (ako prívěsky na kľúče).

Dôležité je tiež dokončiť začatú činnosť. Vyhne sa tak neistote, či sme vyplý plyn, zhasli svetlo.

Na záver niekoľko rád, ako zlepšiť funkciu pamäti:

- Doprajme staršiemu človeku viac času na učenie sa nových vecí. Učenie od neho žiada väčšie sústredenie.
- Počas učenia mu vytvorme vhodné prostredie. Pokoj, dobré svetlo,

- okuliare, načúvací strojček, ak ich potrebuje. Zopakujme mu všetko viackrát, kým nebude mať v nových informáciách jasno.
- Nečakajme, že na mená alebo udalosti si spomenie rovnako rýchlo ako v mladosti.
 - Motivujme ho a pomôžme mu pravidelne vykonávať pamäťové cvičenia, buď v myslí alebo nahlas, formou krátkych obsahov prečítaného článku, TV programu aspoň raz denne.
 - Uvedomme si, že poruchy pamäti občas „skryjú“ aj to, na čo sa nechce spomínať, čo človeka nezaujíma.
 - Na zlepšenie pamäti neexistuje nijaký zázračný liek. Ak sa napriek používaniu spomenutých pravidiel starý človek aj naďalej zle rozepamätáva, vyhľadajte lekára.

Demencia

Označuje postihnutie mozgu vedúce k zhoršeniu rozumových schopností (pamäti, úsudku, reči), že v rôznej miere obmedzí človeka v jeho samostatnosti. Demencia však nie je nevyhnutným dôsledkom či „nezvratným osudom“ starnúceho človeka. Poznáme ľudí, ktorí aj ako deväťdesiatroční majú „čulý“ a dobre fungujúci rozum. Nie sú ľudskými „karikatúrami“, ale jasným dôkazom, že život možno dožívať v duševnom zdraví. Sú svedectvom dôstojného zostarnutia.

Demencia zahŕňa súhrn rozličných príznakov. Môže byť prejavom mnohých bežných aj zriedkavých chorôb. Významným problémom súčasnosti sa stáva preto, lebo s vyššou kvalitou života pribúda staršej populácie. Práve tá je demenciou najviac postihovaná (už uvedených 10% nad šesťdesiatpäť a 20% nad osemdesiat rokov).

Alzheimerova choroba spôsobuje asi 50% demencií. Je to pomaly sa zhoršujúce ochorenie, ktoré prvý opísal v roku 1907 nemecký lekár Alois Alzheimer.

15% pacientov trpí demenciou podmienenou mozgovou aterosklerózou (kôrnatenie lézie), spôsobené poruchou krvného zásobenia mozgu. Hovoríme o multiinfarktovej demencii. Toto ochorenie je známe aj ako mozgová arterioskleróza – diagnóza, ktorou sa v minulosti označovali takmer všetky mentálne poruchy starších ľudí. Zdôrazňujeme, že tejto forme demencie sa dá, na rozdiel od Alzheimerovej choroby, predísť správnou liečbou rizikových faktorov podporujúcich jej vznik, najmä vysokého krvného tlaku a cukrovky.

U 15 až 20% pacientov je príčinou demencie Alzheimerova choroba a ischemické poškodenie mozgu súčasne. Hovoríme o zmiešanej demencii. Zostávajúcich 15 až 20% demencií padá na vrub iných, liečiteľných chorôb (endokrinné, normotenzný hydrocefalus, depresia, užívanie liekov atď.). Zhoršenie rozumových poznávacích funkcií nie je vždy zhodné s demenciou. Príznaky pripomínajúce demenciu sa môžu prejavovať napríklad v priebehu akútnych horúčkovitých ochorení, ako dôsledok nedostatočne liečených chronických chorôb, najmä srdca a pľúc.

Nevhodné užívanie niektorých liekov (sedatív na upokojenie, hypnotík na spanie) môže vyvolať poruchy pamäti, alebo zhoršenie poznávacích funkcií. Depresia je najčastejšie duševné ochorenie starých ľudí. Hlbšie formy depresie neraz zložito odlišujeme od ťažkej demencie, avšak i ľahšia depresia môže spôsobiť poruchy pamäti, alebo zmätenosti. Rovnako umiestnenie do nemocnice alebo domova dôchodcov, môže byť pre neho stresom, ktorý vyvoláva stav podobný demencii.

Alzheimerova choroba

Je najčastejšia forma demencie v krajinách Európy. Výskyt ochorení narastá s vekom. U 65-ročných a mladších sa objavuje u menej než 1%, nad 65 rokov postihuje 47% ľudí a nad 80 rokov asi 20% ľudí.

Klinické príznaky ochorenia sú veľmi variabilné. Prevažne však začína nenápadne, záludne a má chronicko-progresívny priebeh. Prvé príznaky Alzheimerovej choroby pripisujú postihnutí, alebo ich príbuzní starnutiu, stresu alebo depresii. Starší človek sa začína povahovo meniť, prestáva sa zaujímať o svoju prácu, či koníčky. Začína sa často opakovať. Niekedy sa ako prvá objaví podozrievavosť. Začne obviňovať iných z odcudzenia vecí, ktoré nevie nájsť. Inokedy ochorenie spúšťa úraz, pobyt v nemocnici, chirurgický zákrok. Príbuzní neraz pripisujú príčinu ochorenia týmto okolnostiam. V skutočnosti stresogénna udalosť len zviditeľní či urýchli manifestáciu existujúceho ochorenia. U väčšiny postihnutých sa až v druhom roku od prvých príznakov choroby zhorší pamäť tak, že príbuzní vyhľadajú pomoc odborníka.

Porucha pamäti je základným a zväčša prvým príznakom ochorenia, reč a úsudok bývajú postihnuté neskôr. Pamäťové poruchy sa vo všeobecnosti prejavujú ľahkou stratou schopnosti spomenúť si na nedávne udalosti, alebo skutočnosti. Tie sa postupne zväčšujú a neskôr sa k nim pridružujú zmeny osobnosti a pokles kognitívnych funkcií. Schudobnie abstraktné

myslenie i schopnosť racionálne uvažovať. Postihnutý zlyháva v posudzovaní a riešení jednoduchých úloh. Poruchy úsudku zhoršia pracovný výkon a vyvolávajú veľké obavy u príbuzných a kolegov. Špecifickým prvkom je zmena osobnosti, apatia, strata záujmu o okolie, o iných, izolácia. Neraz sa nadmerne zvýraznia jeho negatívne povahové črty z minulosti, ako nut-kavé konanie, agresivita, podozrievavosť. Niektorí, predtým pokojní a ovlá-dajúci sa ľudia, začínajú byť impulzívní, neznesiteľní, neraz dokonca násilní. Ako prvý príznak ochorenia sa objavujú ťažkosti so správnym pomenovaním predmetov, zjednodušením reči, či užívanie stereotypných viet. Porucha pamäti sa môže prejavíť i v schopnosti viesť auto. Istý postihnutý napríklad narazil do dverí garáže, pretože nebol schopný odhadnúť správne priestorovo-orientačné vzťahy. Iný, bývalý mechanik nedokázal opraviť defekt. Skrátka nezvláda činnosti, ktoré mu skôr nerobili problémy. Táto fáza choroby sa nápadne prejaví u mladších, alebo ešte pracujúcich. Naopak uniká u prestárlych osôb, alebo tých, ktorí sa nevenujú intelektuálnej činnosti. Postihnutý si neuvedomuje ťažkosti. Skôr okolie registruje jeho „zvláštne“ konanie. Poruchy pamäti často sprevádza depresia z uvedomenia si neschopnosti zvládať vlastný život i odkázanosti na iných. Okrem depresie sa u postihnutého môžu objaviť ďalšie príznaky, ktoré u príbuzných vedú k stresu. Nepokoj, strach z okradnutia, podozrievavosť, pocity opustenosti, obdobia výbuchov pri rozhovore, nemotivovaného plaču, alebo násilné chovanie. Jedným z najvážnejších sú poruchy spánku.

Postihnutý v noci nespí, blúdi po miestnostiach presvedčený, že je čas obeda alebo vychádzky a dožaduje sa ich. V strednej fáze ochorenia prestáva chápať nové informácie, nezriedka sa stratí a to i v známom prostredí. Má porušenú dlhodobú pamäť, aj keď ju úplne nestratil. Je ohrozený pádmi, žiada pomoc pri bežných činnostiach (umývaní, obliekaní, jede-ní). Sám sa však pohybuje a väčšinou i stravuje. Neskôr pristúpia skraty v chovaní i úplná časopriestorová dezorientácia.

V pokročilom štádiu Alzheimerovej choroby postihnutý prestáva chodiť, vykonávať bežné činnosti, je inkontinentný. Krátkodobá a dlhodobá pamäť sa úplne stratia. Môže sa pridružiť mutizmus (strata komunikácie, najmä slovnej). Zhoršuje sa prehĺtanie, treba nasadiť umelú výživu. Zvýši sa riziko komplikácií, ako sú podvýživa, dehydratácia, infekčné ochorenia najmä zápal pľúc a preležaniny.

Alzheimerova choroba má rozličný priebeh i dobu prežívania. Postihnutí prežívajú od dvoch do dvadsať rokov. V priemere najčastejšie od osem do desať rokov.

Diagnóza, prognóza, riziká

Rôznorodosť faktorov, ktoré môžu byť príčinou demencie i častá koincidencia iných ochorení v staršom veku, vyžaduje dôkladné a náležité zhodnotenie zdravotného stavu. Iba správna diagnóza totiž odlíši formy liečiteľné od neliečiteľných. Presná diagnóza navyše dovolí určiť prognózu vývoja ochorenia a dĺžku prežitia. Je nevyhnutná pre správnu prevenciu, liečbu, rehabilitáciu i zabezpečenie sociálnej pomoci.

Dôležité je vyhľadať lekára už pri prvých náznakoch kognitívnej poruchy. Skorá diagnóza pomôže v prípade liečiteľného ochorenia uchovať mentálnu činnosť.

Príčinu mentálnych porúch lekár zisťuje zo súhrnu informácií o predchorbí postihnutého. Musia ich preto poskytnúť príbuzní, alebo blízki. Okrem vstupného vyšetrenia sú na určenie diagnózy potrebné i vyšetrenia krvi, moču, RTG hrudníka, EKG a CT mozgu. Diagnózu Alzheimerovej choroby možno vysloviť až po vylúčení iných ochorení. Napríklad CT mozgu zasiahnuté Alzheimerovou chorobou sa na počiatku nelíši od snímky zdravého. Prognóza demencie závisí od typu (príčiny), sprievodných príznakov a veku. Rýchlejšie zvyčajne postupuje u mladých a tam, kde nastáva porucha komunikácie (ťažkosti vyjadrovania, hľadanie vhodných slov, chápanie reči). Tiež formy so závažnejšími poruchami akými sú nepokoj, delírium, blúdenie, nespavosť, majú rýchlejší priebeh.

U prestarnutých ľudí vývoj postihnutia podmieňujú aj iné, práve prebiehajúce choroby. U multiinfarktovej demencie s stav klasickej demencie zhoršuje skokovo. Náhle strácanie samostatnosti sa strieda s fázami istej stabilizácie celkového stavu. Na rozdiel od Alzheimerovej demencie si postihnutý uchováva i v pokročilých fázach niektoré kognitívne funkcie. Dementní ľudia zvyčajne nezomierajú priamo na demenciu. Bezprostrednou príčinou býva zápal pľúc, dehydratácia, poruchy výživy, infekcie, preležaniny, alebo v starobe bežné nádorové či srdcovo-cievne ochorenia.

Sú príbuzní chorého s Alzheimerovou diagnózou vystavení riziku dedičného postihnutia? To je častá otázka pri debatách s odborníkmi. I keď gény môžu zohrať istú úlohu vo „väčšej náchylnosti“ k chorobe, dedičný prenos sa zistil v štatisticky nevýznamnej vzorke menej ako 5%. Väčšina ľudí ochorie náhodou, nepredvídane.

Ak opomenieme ľahkú prevahu výskytu ochorenia u žien, príčinu ktorej nepoznáme, Alzheimerova choroba sa objavuje vo všetkých etnických skupinách a spoločenských vrstvách.

Výskyt ochorení rastie s vekom, ako najvýznamnejším rizikovým faktorom ochorenia. Najmä medzi 75 a 85 rokom života. U storočných je však ochorenie zriedkavé. Zdá sa že po deväťdesiatom roku života ohrozenie klesá.

Starostlivosť o postihnutého

Po určení diagnózy demencie sa približne 15 až 20% postihnutých vďaka chirurgickej alebo primeranej farmakologickej liečbe vráti do života (postihnutí so sekundárnou demenciou, ktorú zapríčinilo liečiteľné ochorenie). Pre väčšinu však začína obdobie vývoja demencie, poznačené problémami celej rodiny, ktoré si žiadajú pomoc zdravotníckych a sociálnych inštitúcií.

Nároky a potreby jednotlivých postihnutých sa líšia. Nemožno ich jednoznačne definovať. Treba ich riešiť postupne tak, ako sa objavujú, pri opakovaných návštevách lekára. Príbuzní preto musia poznať príčiny chorobných javov a spôsob, ako ich zvládnuť, alebo im predchádzať. Mali by vedieť, že vývoj ochorenia ich prinúti neustále sa prispôbovať meniacemu sa zdravotnému stavu chorého. Napriek progresii ochorenia je však vždy šanca urobiť niečo pre dôstojné bytie človeka. To nie je prázdny optimizmus. Aj pre veľmi ťažko postihnutého existuje priestor a šanca zlepšiť jeho životné podmienky. Prináša ju láska, trpezlivosť, fantázia a všestrannosť. Tieto vlastnosti našťastie prejaví väčšina príbuzných. Ak budú o ochorení dostatočne informovaní a ak im poskytneme účinné rady, upevnia si voči chorému postoj lásky, oddanosti, tolerancie. Neprepadnú frustrácii, zúfalstvu, či bezmocnosti.

V nasledujúcich kapitolách podrobne preberieme hlavné problémy, ktoré vývoj demencie prináša.

Komunikácia

Vývoj demencie znázorňuje zložitú komunikáciu s postihnutým. Stráca sa zásoba slov, ktorú nadobudol. Preto tvorí stále „chudobnejšie“ vety s jednoduchými slovami všeobecného významu, alebo začína používať slová „passepartout“. To značí, že predmet, ktorý nevie pomenúvať, označí „tamta vec“, alebo „daj mi vec na jedenie!“ Stráca sa tiež schopnosť zapamätať si obsah toho, čo hovorí druhá osoba. Z tejto jednoduchej

úvahy vyplýva niekoľko pravidiel, ako postupovať pri komunikácii s postihnutým. Základná metóda spočíva v používaní jednoduchých krátkych viet. Okuliare, načúvací strojček musia efektívne korigovať oslabený zrak, či sluch. Je veľmi dôležité rozprávať s postihnutým pomaly, zreteľne, nekričať. Ak hneď nechápe, treba mu informácie zopakovať častejšie a bez nervozity. Dokonca sa odporúča opakovať všetko, čo sme už povedali. Dlhší a zložitejší rozhovor musí mať postihnutý možnosť pochopiť postupne, myšlienku za myšlienkou.

Veľmi dôležitá je neverbálna komunikácia. Úsmev, gestá, chytanie za ruku. Všetko toto vyjadruje náš postoj k pacientovi. Komunikáciu uľahčí aj sledovanie úst rozprávajúcej osoby. Osvedčuje sa zapájať ho do rozhovorov s členmi rodiny, alebo s priateľmi.

Obliekanie

Základným pravidlom starostlivosti o postihnutého (obliekanie, umývanie, jedenie...) je odmietnuť prehnanú pomoc. Ak ho nepovzbudíte, aby si denné úkony robil sám, rýchlo ich stratí. Tie stratené už potom viac nezíska.

Približne v druhom až treťom roku postihnutia začne mať ťažkosti s výberom oblečenia a správnym postupom pri obliekaní. Spôsobuje to zhoršenie pamäti, ale i neschopnosť zvládať činnosti vyžadujúce presnosť (zaväzovanie šnúrok, kravaty, zapínanie gombíkov).

Ak sa postihnutý ešte vie obliecť sám, je dobré zostať v jeho blízkosti možno mu bude treba pripomenúť niektorú časť odevu, ktorú si má vziať. Skriňu plnú oblečenia, treba vytriediť. Veľa vecí postihnutého zbytočne mätie a sťažuje mu výber. Keď si odev nevie vybrať sám, pomôžte mu pripraviť jednotlivé súčasti v poradí v akom nasledujú, teda spodné prádlo, šaty, obuv.

Ak si niektorú časť odevu oblečie zle, taktne zakročte a pomôžte mu obliecť sa správne. Pri veľkých ťažkostiach so zaväzovaním šnúrok mu radšej kúpte zipsové topánky. Dbajte, aby celý deň netrúvil v papučkách. Šnurovací obuv spevní nohu a dovoľí kráčať s istotou.

Upravený, udržiavaný zovňajšok zvyšuje dôstojnosť. Keď sa prestane sám starať o vzhľad, motivujte ho k náprave. Musí i naďalej navštevovať holiča či kaderníčku. Vhodný elektrický strojček zase dovoľí holenie bez rizika.

Stravovanie

Dementného človeka neraz prestane zaujímať jedlo, prípadne sa ho naopak stále dožaduje, nezriedka hneď po dojedení predchádzajúceho. Môže mať navyše ťažkosti s jedením určitých potravín, alebo používaním príboru.

Jeho strava má byť vyvážená. Má obsahovať všetky základné zložky: bielkoviny, tuky, cukry, vlákninu, vitamíny, minerály a dostatok tekutín (aspoň liter denne). Je dôležité pacienta informovať, ktoré denné jedlo mu podávame, aby si dokázal primerane vybrať z ponuky. Osvedčuje sa priniesť iba jeden chod a ďalší núkať až po jeho zjedení. Nedávajte chorému nadmernú šancu výberu. Vedomie, že si má vybrať, ho môže dezorientovať. O pravidelnej hygiene ústnej dutiny, či funkčnej protéze snád ani netreba hovoriť.

Vzhľadom na to, že stravovanie bude časom pre postihnutého stále náročnejšie, odporúčame užívať jednorázové, alebo umývateľné obrúsky, savé servítky, stabilný riad so širším dnom. Keď začne jesť prstami, podávajte mu jedlo v tuhej forme a sústach, ktoré bez komplikácií prehltnie. Hlavným jednom je obed, večera má byť ľahšia. Vyhnite sa ťažkostiam s trávením a nepokojnej noci. Ak odmieta jesť základné jedlá, treba pristúpiť k doplnkovej výžive.

Pokiaľ chorý nemusí dodržiavať diétu, stravujte ho bežným zaužívaným spôsobom. Jedlo má nielen nasýtiť, ale i potešiť. Varte pestro a vyhovejte prianiu chorého!

Preležaniny (dekubity)

Sú rany na koži a podkožných tkanivách, spôsobené dlhodobým zvýšeným tlakom na miesta tela, dotýkajúce sa podložky. Ich výskyt u starších postihnutých je vysoký. Súvisí so zníženou pohyblivosťou a ďalšími rizikovými faktormi v tejto populácii. Ohrození sú najmä pacienti na oddelení s nedostatočnými vybavením a stavom personálu.

Liečenie chorých s preležaninami znamená vyššie náklady. Priemerná doba hospitalizácie je 3,5 až 5 krát dlhšia. Aj včasný zákrok proti začínajúcej preležanine nezabráni predĺženiu liečby o 50%. Preliečení pacienti sú pritom naďalej vystavení vyššiemu riziku komplikácií.

Je veľa klasifikácií preležanín. Ani dnes ešte nepoznáme všetky príčiny ich vzniku. Najväčším je však dlhodobý tlak (ťah) pri kontakte tela s podložkou, brániaci prekrveniu kože. Oblasti vystavené tlaku časom bolia,

čo núti meniť polohu. Prekrvenie sa obnoví. Zdravý organizmus sa sám bráni vzniku preležanín. Ako sú na tom bezvládni, dementní a prestarli ľudia? Dôsledkom zmeny citlivosti na bolesť, nehybnosti i celkovej otupenosti ich spontánny obranný mechanizmus ustúpi, či absentuje vôbec. Krátkodobý zvýšený tlak znamená menšie zlo ako malý, dlhotrvajúci tlak. Nebezpečným faktorom vzniku preležanín je samovoľný odchod stolice. Je horší ako spontánne pomočovanie, lebo udržuje kožu neustále vlhkú, vystavenú riziku nákazy. V zrovnaní s nehybnosťou je menej závažný. Na vzniku preležanín majú podiel tiež utlmujúce lieky. Spiaci, alebo apatický pacient spontánne nemení polohu. Nevyžaduje pomoc po zacítení bolesti.

Medzi známe príčiny patrí zanedbanie starostlivosti ošetrojúcich. Podceňujú prvé príznaky, chorého pravidelne nepolohujú, zle aplikujú zdravotnícky materiál.

Základom prevencie vzniku preležanín je skoré rozpoznanie rizikového pacienta, ktorému treba venovať vyššiu pozornosť (neschopný vôľových, či samovoľných pohybov, pravidelne odľahčujúcich časti tela dotýkajúce sa podložky). Bez zníženia miestneho tlaku je iný preventívny i liečebný zásah neúčinný. Dnes už našťastie máme pomôcky eliminujúce vznik preležanín (mechanicky polohovateľné posteľe, matrace s pohyblivým povrchom, vodnou náplňou atď.). Nesmú však chorému brániť v spontánnej pohybe. Neexistuje univerzálne vyhovujúca poloha tela na lôžku. Chorých treba pravidelne polohovať. Nesmú spočívať na preležanine ani niekoľko minút (i pri použití antidekubitických pomôcok). Polohuje sa každé dve hodiny, cez deň i v noci. To je limit, kedy sa prekrvenie kože samo obnoví a riziko preležania zmenší na minimum.

Polohovanie je bežný spôsob prevencie preležanín. Kladie vysoké nároky na ošetrojúceho (sila, empatia, zodpovednosť), i postihnutého (bolesť, budenie). Nesmie sa vynechať ani z dôvodu spánku, či neustáleho rušenia.

Pády

Majú pre postihnutých zväčša vážne následky. Preto ich predchádzaniu venujeme osobitnú pozornosť.

Príčiny pádov u starších a dementných ľudí sú rôzne. Pri ich odstraňovaní treba posúdiť vplyv užívaných liekov (tlmenie, spanie, liečba depresie) a podiel ostatných chorôb, ktoré môžu pád tiež zapríčiniť.

Ako zabrániť pádom a ich nepriaznivým následkom? Pád je výslednicou súhry viacerých okolností, alebo rizikových faktorov. Niektoré z nich však možno úspešne ovplyvniť. Zmeny v schopnosti udržať rovnováhu pri chôdzi, či inej činnosti súvisia u staršieho človeka čiastočne s fyziologickým starnutím, ale i chronickými ochoreniami. Ich správna liečba a rehabilitačné cvičenia sú pri prevencii pádov neoddiskutovateľné.

Rovnako dôležité je i prostredie, v ktorom postihnutý žije (dom, nemocnica, domov dôchodcov). Časom totiž zistí, že je preň nevyhovujúce. Začne si nedôverovať, lebo stráca schopnosť rozpoznať jeho prvky. V spálni môže k pádu prispieť tma, zlé ovládanie spínača osvetlenia, výška a poloha postele, prípadne kresla. Najrizikovejšími miestami pádov sú kúpeľňa a WC s klzkými mokrymi povrchmi i relatívne zložitými úkonmi, ktoré pri hygiene musí vykonať. Pre starších osamotených ľudí sú častým miestom pádov schody. Neraz neosvetlené s labilným zábradlím. Padajú zvlášť pri schádzaní, lebo zabúdajú na posledný schodík.

V chodbe, kuchyni, záhrade sú nebezpečné voľne stojace predmety (v prirodzených terasách), neupevnené šmýkajúce sa koberce. Riziko straty rovnováhy sa zvyšuje v menej známom prostredí a presídlení. Väčšina starších ľudí padá pri bežných činnostiach. Len malé percento prípadov ide na vrub nebezpečným aktivitám (šport, hobby). Ako pohotovo upravíte bývanie pre nové okolnosti života? Začnite osvetlením. Primerané svetlo má byť rozptýlené, nie priame s ostrými tieňmi. Spínače musia byť v dosahu. Užitočné sú malé nočné svetlá na dôležitých trasách (spálňa, WC). Nasledujú podlahy. Tie majú byť čo najrovnejšie (odstráňte prahy), koberce upevnite k podlahe, umývateľné povrchy aplikujte s protišmykovým dezénom. Tiež je potrebné vyrovnať výšku schodových stupňov. Zábradlia musia byť pevné a dostatočne dlhé. Držadlá môžu byť i v izbách, ale nesmú chýbať v kúpeľni a WC. Dbajte o skrátenie hlavných trás a ich „vyčistenie“ od kolíznych predmetov (rozmiestnenie nábytku). Aká je výška lôžka a kresiel? Pre pohybovo indisponovaných ľudí až okolo 60 cm od zeme. Spevnite tiež operadlá. Tieto úpravy nemusia zákonite znamenať zásah do estetiky prostredia.

Vynaložené náklady sa vám isto vrátia v zamedzení strát z možných budúcich komplikácií. Navyiac vás budú hriať prejavy lásky a vďačnosti tých, ktorým ste pomohli.

Alzheimerova choroba

...ako žiť ďalej?

Bezplatná infolinka Alzheimerovej choroby podporovaná spoločnosťou LUNDBECK Slovensko, s.r.o. **telefón: 0800 15 77 77**

v stredu: 17,00 - 20,00 hod.

Samovoľný odchod moču a stolice

Sú ďalšími príznakmi každej formy demencie. Objavujú sa už v strednom štádiu Alzheimerovej choroby. U multiinfarktovej demencie aj na začiatku. Inkontinencia môže byť prvý príznak jednej z liečiteľných foriem demencie zvanej normotentný hydrocefal.

Inkontinenciou trpí asi 40 - 60% chodiacich dementných pacientov. Dá sa väčšinou úspešne liečiť. Najčastejšou príčinou liečiteľnej inkontinencie moču je akútny stav zmätenosti, infekcia, zápcha, užívanie určitých liekov, ale napríklad aj imobilita. Skôr než ju označíme za trvalú, treba chorého dôkladne vyšetriť.

Dementným pacientom uniká moč ešte pred príchodom na toaletu. Preto musia mať k dispozícii nočníky a ľahko snímateľný odev (tzv. suché zip-sy). Neraz nedokážu v nervozite nájsť cestu na WC. Pomôžu im výrazné, farebné, dobre rozlíšiteľné znaky (lepšie ako nápisy).

Pri trvalej inkontinecii, treba pacienta pravidelne, každé 2 až 3 hodiny vodiť na záchod. Najmä ráno, pred spaním a raz počas noci. Ulahčením je použitie nočníka a večerné obmedzenie príjmu tekutín. Treba oddialiť zavedenie trvalého katétra. Ohrozuje pacienta infekciou a negatívne vplyva na jeho psychiku. Do úvahy prichádza u ťažkých, nevládnuteľných prípadov.

Skorá diagnóza i správny prístup dokážu znížiť zataž pacienta, výkon ošetrojúcich, ako aj nevyhnutné náklady.

Pridružené ochorenia

Dementný pacient je vystavený zvýšenému riziku ochorení, vedúcich napokon k väčšej závislosti od iných. Aj ľahšie ochorenie môže prehĺbiť jeho zmätenosť, podráždenosť, alebo nepokoj. Ten môže byť napr. prvým prejavom horúčky. Problémy s komunikáciou neraz bránia skorému zisteniu už prebiehajúceho ochorenia.

Ak sa pacient náhle zmení, prestane byť samostatný, alebo sa výrazne zhoršia jeho intelektové schopnosti, treba vyhľadať lekára. Skôr, než tieto zmeny budeme považovať za prejav demencie, musíme vylúčiť iné patologické príčiny. Choroby a užívanie liekov môžu vyvolať aj psychiatrické príznaky (delíria, halucinácie, nepokoj). Zhoršenie zraku, či sluchu výrazne dezorientáciu a bráni pacientov správne vnímať okolie.

K únave, úzkosti a stresu prispieva i nevhodné bývanie, zmena prostredia,

či vysoké nároky na pacienta zo strany príbuzných. Dementní pacienti trpia rovnakými chorobami ako ostatná populácia starých ľudí. Ak sa niekto stále ponosuje na nejaký chorobný príznak a opisuje ho rovnako, treba upovedomiť lekára.

V rámci predchádzania komplikáciám treba upraviť domáce prostredie. Odstrániť zdroje nebezpečenstva, zabezpečiť primeranú stravu, dostatočný príjem tekutín, starostlivosť o hygienu ústnej dutiny, nôh a kontrolu pravidelnosti stolice.

Zmätenosť

U postihnutého Alzheimerovou chorobou sa neraz objavia nevysvetliteľné stavy zmätenosti. Je ospalý a spomalený, ale niekedy i nespokojný, podráždený. Starí ľudia sa často dostávajú do stavu zmätenosti. U postihnutého demenciou sa však tento stav ťažko rozpoznáva.

Zmätenosť vyvolávajú viaceré faktory. Od procesu starnutia mozgu, zhoršenia zraku a sluchu, cez chronické choroby, zníženie imunity voči akútnym ochoreniam, reakcie na lieky, až po nedostatok nočného odpočinku, smútok, premiestnenie do neznámeho prostredia. Podozrenie na akútny stav zmätenosti máme pri skokovej zmene úrovne vedomia, správania, alebo činnosti pacienta.

Typické je zhoršenie celkových kognitívnych funkcií. Býva rýchle a krátkodobé (nie dlhšie ako mesiac), sprevádzané poruchami pozornosti, psychomotoriky a poruchami cyklu spánok - bdenie. Pozornosť kolíše a môže oslabiť, ak nie znemožniť, postihnutému záujem komunikovať. Prestáva uvažovať s obvyklou jasnosťou a zameraním na cieľ. Úvahy sú nesúvislé a pôsobia dezorganizovane, postihnutý nie je schopný udržať myšlienkový tok. Reč sa niekedy ochudobní, inokedy pacient rozpráva vzrušene. Preskakuje z témy na tému. Rozhovor si často nesprávne vysvetlí. Trpí poruchami vnímania a halucináciami (najmä zrakovými). Buchnutie dverí povzuje za výstrel z pištole, záhyby na prikrývke sa mu javia ako živé organizmy. Takmer vždy je narušený cyklus spánok - bdenie (od nespavosti po nadmernú ospalosť).

Pacient býva dezorientovaný v čase a priestore, často je nadmieru aktívny. Može sa prejavovať úzkosťou, strachom, hnevom, eufóriou, trasom, potením, búšením srdca. Najčastejšou príčinou akútneho stavu zmätenosti staršieho človeka sú infekcie, srdcová dekompenzácia, srdcový infarkt, cukrovka, nedostatočná činnosť obličiek, pokles hladiny cukru v krvi, dehydratácia a epilepsia.

Vyskytuje sa veľmi často u pacientov chirurgických oddelení (zlomeniny krčka stehennej kosti). Ďalšou frekventovanou príčinou zmätenosti je nesprávne užívanie liekov proti nespavosti, nervozite i depresii. Akútne epizódy zmätenosti navodzuje i fyzická bolesť. Treba na to myslieť najmä u osôb s poruchou komunikácie.

Správna liečba akútneho stavu zmätenosti vyžaduje presnú identifikáciu jeho príčiny. Tichá, vhodne osvetlená izba, dobre viditeľné hodiny a kalendár, menej ľudí okolo dokážu pacienta upokojiť a pomôžu mu nájsť orientáciu v čase a priestore. Treba ho ubezpečiť, že zmätenosť je prechodná porucha. Pri veľkom rozrušení sa zasahuje medikamentózne. Starší ľudia v stave akútnej zmätenosti, však vzhľadom k potrebe diferencovaného diagnosticko-liečebného postupu, patria do nemocnice. Musíme ich považovať za naliehavý geriatrický stav.

Poruchy správania

Lekár Alois Alzheimer opísal v roku 1907 chorobný stav 51-ročnej ženy, ktorý sa prejavoval časovo-priestorovou dezorientáciou, poruchami pamäti, depresiou, pocitmi stihomamu i žiarlivosti. Pacientka obviňovala manžela z nevery, lekára a susedov z ohrozovania života. Navyiac trpela sluchovými halucináciami. Táto žena bola prvým príkladom ochorenia, ktoré sa neskôr stalo známe ako Alzheimerova demencia.

Demenciu charakterizujú poruchy pamäti a iných intelektových funkcií, ku ktorým sa vždy, za rozličných okolností priradí široká paleta ďalších príznakov, definovaných ako poruchy správania, či psychické príznaky.

Poruchy správania sú klinickým problémom, nie vždy ľahko zvládnuteľným. Predstavujú stres a záťaž pre členov rodiny. Navyše vedú k definitívnemu zhoršeniu už predtým narušeného stupňa samostatnosti postihnutého v bežnom živote. Nepokoj sa objavuje u 24 až 61% chorých s Alzheimerovou chorobou, agresivita u 21%, bezcieľne blúdenie u 26%, delíria u 30 až 50%, porucha spánku u 50%, depresia u 40 až 50%. Ďalšie príznaky, ktoré sa netýkajú kognitívnych funkcií, zahŕňajú zmeny osobnosti, stravovania (nadmerná chuť do jedla, alebo nechutenstvo), halucinácie, zhoršenie stavu zmätenosti vo večerných hodinách, neprimerané reakcie. Môže sa zjaviť podozrievavosť, apatia vedúca až k mutizmu, neúčelné opakovanie činnosti, užívanie nadávok, odmietanie pomoci, schovávanie vecí, chorobná zamestnanosť (neustála neúčelná manipulácia s predmetmi alebo časťami odevu). Delíria sú veľmi časté v počiatočnom štádiu a počas pr-

vého roku ochorenia. Postihnutý je presvedčený, že ho niekto okradol, žiarli, alebo sa cíti byť prenasledovaný. Ďalším, obavy vzbudzujúcim psychickým príznakom, sú katastrofické reakcie pretrvávajúce rôzne dlho. Neraz ako dôsledok stresujúcich zážitkov (aj menej závažnejších). Na rozdiel od porúch pamäti sú poruchy správania často liečiteľné. Je veľa liekov na ovplyvnenie nespavosti, alebo deliriantných stavov (aj keď niektoré iné príznaky - krik, blúdenie, mutizmus, nechutenstvo na liečbu málo reagujú). Neraz sa však zmiernia, či dokonca doznejú v prítomnosti inej osoby, ktorá dá chorému pocit istoty. Častým príznakom demencie je bezcieľne blúdenie. Liekmi sa ťažko ovplyvňuje. Môže byť dokonca príčinou pádov a zranení, keď postihnutého príliš tlmia, alebo mu spôsobujú zápchu, nechutenstvo, sucho v ústach, ktoré chce napríklad v noci odstrániť. Najzávažnejšie poruchy správania si podrobne preberieme na nasledujúcich stránkach.

Dezorientácia

Je to neschopnosť chorého orientovať sa v priestore a čase. Nevie napríklad určiť miesto, kde sa nachádza. Dezorientáciu často prevádza zmätenosť. V mysli postihnutého sa prelína prítomnosť s minulosťou. Skôr stratí orientáciu v čase, až neskôr sa mu stáva neznámym miesto.

Nedokáže sa zorientovať ani vo vlastnom byte, nevie nájsť cestu do kúpeľne, alebo kuchyne. Pomôžu mu na viditeľnom mieste rozostavané pomôcky dávajúce základne informácie o čase (kalendár, hodiny), o mieste (označenie izieb, WC), o ľuďoch z blízkosti, reáliách a programe (fotografie, informačná tabuľa o tom, čo treba urobiť, zapamätat si). Označenia a zápisy musia byť zreteľné, stále na rovnakom mieste.

Veľmi sa osvedčuje už po prebudení pripomenúť postihnutému základné skutočnosti. Napríklad: „Dobré ráno. Som Mária, tvoja žena. Dnes je utorok. Krásny, slnečný deň.“ Ak vás nesúhlasne presvedča o inom, neoponujte. Odpútajte jeho pozornosť inou témou a správnu informáciu skúste zopakovať neskôr. Korigujte jeho presvedčenie veľmi citlivo. Protirečenie a káranie v ňom iba zvýši zmätok. Ak sa neustále pýta na to isté, odpovedajte veľmi trpezlivo. Uvedomte si, že odpoveď naozaj zabudol, alebo si už nepamätá, že nám položil otázku.

Čím je pacient informovanejší, tým menej sa bude opakovane pýtať!

Depresia

Častým príznakom staroby a demencie je pokles nálady (skleslosť). Na jej liečbu existujú účinné antidepresíva. Výsledky jednej talianskej štúdie nedávno ukázali, že 86% dementných depresívnych pacientov priaznivo reagovalo na liečbu antidepresívami. Navyše sa u týchto pacientov mierne, alebo významne zlepšila úroveň kognitívnych funkcií.

Žiaľ, depresia sa u nich často nediagnostikuje, nelieči. Najčastejšie sa prejavuje únavou, poruchami spánku, nechutenstvom a chudnutím, zmenami správania. Nepokojom a agresivitou. Už tri, či viac týchto príznakov v období dlhšom ako dva týždne, môžeme považovať za kritérium pre pravdepodobnú diagnózu depresie.

Okrem medikamentózneho liečby je dôležité postihnutému upraviť denný program tak, aby mohol stále robiť čosi zaujímavé (počúvať hudbu, hrať karty, pracovať v záhrade, chodiť na prechádzky). Pomáhajú i bežné rutinné činnosti, ako utieranie prachu, čistenie príborov, umývanie riadu - i keď ich po pacientovi budeme musieť pravdepodobne zopakovať.

Agresivita a nepokoj

Chorý človek býva niekedy aj agresívny. Agresivita môže byť prejavom poškodenia mozgu, iných ochorení, či skutočností, ale i toho, že nerozumie daniu okolo seba.

Pod nepokojom rozumieme stavy úzkosti, napätia podráždenosti, neposednosti, zmätenosti, opakujúcej sa neúčelnej motorickej činnosti, poruchy spánku. Dementní sú často nepokojní slovne i fyzicky. Nepokoj však môžu vyvolať aj iné chorobné stavy, akými sú bolesť hlavy, začínajúca infekcia, zápcha, depresia, zlé užívanie liekov.

K postihnutému musíme pristupovať čo najpokojnejšie. Komunikovať s ním zdvorilo a usilovať sa rozptýliť jeho obavy. Neraz stačí prítomnosť niekoho blízkeho, alebo ošetrujúceho personálu, aby sa upokojil. Nemá význam s postihnutým o ťažkostiach diskutovať. Nie je nahnevaný, agresívny voči komusi, kto mu chce pomôcť, ale preto, že trpí ochorením, je zmätený, stresovaný situáciami, ktoré nechápe a nedokáže zvládnuť.

Agitácia a frustrácia môžu byť predohrou k reakciám ťažkého nepokoja. Vhodná je pokojná, jednoznačná odpoveď, ktorá rozptýli jeho obavy.

Po upokojení treba zistiť príčinu nepokoja a v budúcnosti sa jej vyhnúť. Naučme sa chváliť postihnutého za veci, ktoré vykonal dobre a nevyčítať

mu to, čo pokazil. Ak sa prejavy agresivity zväzujú, treba vyhľadať lekára. Dajú sa totiž účinne liečiť.

Bezcieľne blúdenie a nespavosť

Sú častými príznakmi demencie. Postihnutý cíti nepochopiteľnú potrebu pohybovať sa, podobne ako prijímať potravu.

Tejto skutočnosti treba prispôbiť prostredie, v ktorom žije. Odstráňte všetky kolízne predmety, prekážky, šmykajúce sa koberce. V nevyhnutných prípadoch zamknite niektoré miestnosti a kľúče schovajte. Dvere možno vybaviť zvončekom oznamujúcim ich otvorenie.

Ak postihnutý blúdi po byte v noci, môže to znamenať, že nie je dost unavený. Hľadajte spôsob, ako zvýšiť jeho dennú fyzickú aktivitu. Nedovoľte mu spať počas dňa. Tma môže rovnako prehĺbiť nepokoj a zmätenosť. Používajte nočné tlmené osvetlenie (spálňa, chodba ku WC, kúpeľni). Ak pacient rád chodí von, absolvujme s ním pravidelné prechádzky.

Nočné blúdenie a nespavosť sú závažné poruchy správania, ktoré nadmerne vyčerpávajú okolie postihnutého. Niekedy sú príbuzní nútení vyhľadať postihnutému prechodné, alebo trvalé umiestnenie v zdravotníckom, či sociálnom zariadení. Niektoré formy nespavosti sa však dajú liečiť (vyvolané somatickým ochorením a pod.). Ukludňujte ho uvoľneným prostredím s hudbou a tlmeným svetlom. Zaspáť pomáha i teplá sprcha. Obmedzte večerný príjem tekutín. Močopudné lieky ordinujte ráno. Ak opatrenia nepomôžu, vyhľadajte lekára. Po zlyhaní odbornej liečby bude treba hľadať iné formy pomoci.

Delíria a halucinácie

Pod pojmom delírium rozumieme poruchy vnímania existujúcej reality. Pacient nie je usmerniteľný a porucha podmieňuje jeho chorobné chovanie. Halucinácie sú vnemy, ktoré nemajú skutočný vonkajší podnet. Dementní ľudia, trpia najčastejšie zrakovými halucináciami.

Oba príznaky sú súčasťou Alzheimerovej i multiinfarktovej demencie a u vysokého percenta postihnutých sa spolu s poruchou pamäti objavujú až na začiatku ochorenia. Dementný človek napríklad verí, že ho niekto prenasleduje, alebo chce okradnúť. Tretia, najčastejšia forma, sa týka falošnej identifikácie skutočnosti. Postihnutý sa napríklad domnieva, že

v jeho byte sa zdržiava cudzia osoba. Inokedy v zrkadle nepozná seba samého a reaguje na svoj obraz ako na votrelca. Môže sa tiež zhovárať s postavami na televíznej obrazovke. Domnieva sa, že ho oslovujú. Stáva sa, že nespoznáva členov rodiny, alebo si ich zamieňa (matku s manželkou).

Prvým liečebným krokom je taktný diskretný pokus o návrat pacienta do skutočnosti. Akékoľvek protirečenie ho však dokáže podráždiť. Pomoc spočíva v rozptýlení obáv. Nenechajte ho pozeráť televíziu, zakryte zrkadlo, zveste rušivé obrazy...

Ak chorobný stav trvá, či sa dokonca prehlbuje a úzkosť postihnutého i nepokoj narastá, je vhodné preliečiť ho liekmi. Liečba býva často úspešná.

Rodina

V živote rodiny žijúcej s dementným človekom sa postupne vytvorí určitá rovnováha, neraz sprevádzaná únavou a bolesťou. Nedávne výskumy ukázali odolnosť tejto dynamickej rovnováhy, ktorá sa láme až pod náporom závažných ochorení, akými sa choroba, či smrť opatrovateľa, keď jeho povinnosti musia prevziať iní členovia rodiny. Alebo keď závažné zhoršenie stavu postihnutého rodina už nezvláda. Najčastejšou príčinou narušenia tejto rovnováhy sú poruchy správania, najmä nespavosť a nočné blúdenie. Veľkou pomocou pre rodinu je odborná rada ošetrojúceho lekára.

Aby rodina mohla pacientovi účinne pomôcť, musí byť dostatočne informovaná o všetkom, čo sa týka ochorenia a musí nájsť podporu v úsilí o dobro postihnutého.

Tabuľka 1 podáva prehľadnú informáciu o charaktere ochorenia, o schopnosti pacienta vykonávať jednotlivé činnosti, o dôležitosti začleniť ho do všetkých bežných denných aktivít. I o úpravách prostredia na lepšiu adaptáciu chorého. Poukazuje v súvislosti s jednotlivými štádiami ochorenia na povinnosti a úlohy, ktoré rodina musí prijať, teda o nich i vedieť.

Nie je ľahké zaujať správny postoj k prejavom ochorenia, ktoré sa objavia nečakane. Vždy ich preberte s lekárom. Najmä tie, ktoré vedú k úpadku mentálnych funkcií, alebo závažným poruchám správania. Významným i delikátnym okamihom je prvý kontakt lekára s chorým a rodinou. Musia prijať skutočnosť, že „zvláštne“ chovanie, pre ktoré to už dlhší čas nie je on“, spôsobila choroba, že určité prejavy nie je schopný ovládať. Treba sa pripraviť na premenlivosť priebehu ochorenia, vyžadujúceho neustále prispôsobovanie sa.

Príbuzní sa často cítia smutní, osamelí, unavení, bez odvahy. Neraz si dávajú za vinu, že vlastného príbuzného odmietajú, alebo sa zaň hanbia. Že stratia trpezlivosť, alebo sa zaoberajú myšlienkou umiestniť ho v niektorom sociálnom zariadení. Lekár by mal tieto pocity rozobrať, objektívne ich posúdiť a ak je to možné, sprostredkovať výmenu názorov a skúseností s inými rodinami.

Príbuzní majú vedieť, že existuje reálna možnosť pomôcť pacientovi uchovať si priemernú úroveň životnej pohody. Musia však nájsť zázemie, ktoré ich psychicky podporí. Výskumy v západných krajinách ukazujú, že výchovné programy pre rodiny postihnutých znižujú psychickú záťaž a odďaľujú umiestnenie pacientov v zdravotných, alebo sociálnych zariadeniach. Príbuzní, ktorí sa pod vedením kvalifikovaného zdravotníckeho personálu pravidelne stretávajú, získavajú viac poznatkov o ochorení, strácajú pocit osamelosti, lepšie prekonávajú negatívne pocity, ktoré v nich uvedomujú vlastnú úlohu a sú oveľa zdatnejší v boji s problémami.

Tab.1 Štádia demencie a jej vplyvu na okolie postihnutého

	ŠTÁDIUM 1	ŠTÁDIUM 2	ŠTÁDIUM 3	ŠTÁDIUM 4
LIMIT OD – DO	spoznané zvyčajne neskôr	stanovenie diagnózy až inkontinencia moču a stolice	inkontinencia moču a stolice až strata samostatnosti a komunikácie	strata samostatnosti a komunikácie až smrť
PRÍZNAKY	len ľahké zhoršenie pamäti a inteligencie, strata spontánnosti, zmena osobnosti	ťažká komunikácia, poruchy spánku, zhoršenie samostatnosti, delíria, blúdenie	problémy s jedlom, inkontinencia moču a stolice, ťažkosti s chôdzou, prehlbenie porúch	návrat do fetálneho obdobia* zlé prehĺtanie, imobilita na lôžku, smrť (inf. choroba)
TRVANIE	2 – 4 roky	rozične dlhé 1 – 7 rokov	2 – 4 roky	3 – 5 rokov
REAKCIA RODINY	vyhľadať lekára, aby určil diagnózu a poskytol rady	eliminovať riziká porúch správania, učiť sa zvládať denný režim a rozptýlenie postihnutého	zvládnuť pribúdajúcu stratu samostatnosti, alebo umiestniť postihnutého v ústave	vyjadriť sa k záverečnej starostlivosti o postihnutého (umelá výživa, katétre, atď.)

*obdobie vnútramaternicového vývoja

Prostredie a pomôcky

Demencia časom stále viac chorého zneschopňuje. To žiada od príbuzných, aby mu primerane upravili prostredie, v ktorom je odkázaný žiť. Je totiž dôležitou súčasťou liečby.

V každej fáze choroby môže prostredie zmierniť, alebo naopak zhoršiť prejavy kognitívnej poruchy a tak ovplyvniť funkčný stav i správanie postihnutého. Má teda pre dementného človeka liečebný efekt, ktorý sa žiaľ podceňuje a nevyužíva. Súčasne však môže byť spúšťacím mechanizmom neočakávaných porúch správania. Úpravu prostredia podmieňujú povahové poruchy a charakter porúch správania.

Tabuľka 2 ponúka prehľad všeobecne platných odporúčaní. Vždy ale platia nasledovné zásady:

- zaistiť bezpečnosť pacienta
- zmierniť nemohúcnosť, poruchy pamäti i orientácie
- vylúčiť stresujúce a nadbytočné podnety.

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

1. **O**dstrániť všetko, čo ohrozuje bezpečnosť
2. **Z**ariadiť jednoducho, predmetmi s ľahkou obsluhou
3. **N**emeniť zažitú polohu zariadenia a doplnkov
4. **A**plikovať označenie miestností a dôležitých trás
5. **M**ať zabezpečené primerané osvetlenie, ticho a klud

Zabezpečte predovšetkým vlastnú ochranu postihnutého, napríklad istením plynových horákov automatickým kontrolným zariadením, upevnením šmýkajúcich sa kobercov k podlahe, nočným osvetlením chodby a schodiska. Starší ľudia často trpia poruchou zmyslového vnímania, najmä zraku a sluchu. U dementných ľudí tieto poruchy ešte umocnia stupeň kognitívnej poruchy a nemohúcnosti. Treba im tiež starostlivo kontrovať funkčnosť protéz.

Farby stien, podláh a kobercov by mali byť vo vzájomnom kontraste, kvôli dobrému rozlíšeniu. Vhodné sú základné farby, neodporúčajú sa nevýrazne odtiene. Použitie farebných označení miestností môže nahradiť zníženú schopnosť čítať slovné zápisy. Ďalšími pomôckami sú kalendáre, hodiny, vlastná fotografia pripevnená na dverách jeho izby. Dementných ľudí vyrušujú silnejšie podnety z okolia. Vyvolávajú v nich pocit úzkosti, stresu. Súvisí to so zníženou schopnosťou ovládať senzorické podnety a správne ich využívať.

Druhým extrémom je prostredie chudobné na podnety vedúce k rovnako škodlivej „zmyslovej deprivácii“. Na stupeň správnej a vyváženej hladiny podnetov z prostredia existujú protichodné názory. Niektorí presadzujú prostredie bohaté na podnety. Iný je za „sterilne čisté“. Voliť bude treba podľa individuálnych prejavov postihnutého. Človek bezcieľne chodiaci s ťažkým stupňom Alzheimerovej demencie sa cíti bezpečnejšie v miestnosti takmer bez nábytku. Naopak, chorí a ľahkou kognitívnou poruchou v prostredí maximálne zodpovedajúcom bežným podmienkam s priestorom vyhradeným len jemu (nočný stolík, kreslo, miesto pri stole) i s miestom, kde sa môže kedykoľvek „utiahnuť“. Zmyslom zásahu do prostredia je pomôcť pacientovi kompenzovať jeho funkčné obmedzenia, zvládať niektoré poruchy chovania a zorientovať ho v priestore.

Zmätený človek neraz stráca schopnosť rozpoznať predmety, alebo situácie, ohrozujúce jeho zdravie. Na druhej strane nie je príliš vhodné obmedziť ho v slobode konania. Uvedomte si, že všetky riziká nejde odstrániť!

Netreba zvlášť pripomínať, že do domácnosti s dementným človekom nepatria poškodené elektrické káble, alebo prístroje, zlomené klince, deravé koberce. Skrátka všetko, čo môže viesť k zraneniu. Chemické čistiace prostriedky a lieky uskladňujte mimo dosahu postihnutého. Veľkým problémom je dodržiavanie osobnej hygieny, najmä schopnosť umyť sa. Dementného človeka treba naučiť správne používať pomôcky dennej očisty, aby si čo najdlhšie zachoval samostatnosť a intimitu, najmä doma.

V nemocnici neraz všetko robí personál (je to výhodnejšie). Žiaľ postihnutému v konečnom dôsledku škodia. Kúpeľňa býva tiež miestom častých pádov. Preplnená obvyklými doplnkami obmedzuje manévrovací priestor. Používať sprchu je vhodnejšie ako vaňu. Musíte ju doplniť protišmykovou podložkou. Mydlo vložte do závesnej sieťky a upevnite ho na dosah. Nespadne a umožní postihnutému namydliť sa jednou rukou. Pri sprche, alebo nad vaňou namontujte držadlá. Vedľa vane by mala byť stolička, prípadne aspoň podložka, umožňujúca bezpečný presun. Osobám po mozgovej porážke s ochrnutou pravou rukou, či ľavou polovicou tela veľmi pomôže stolík opretý o vaňu. Ochrnutý si sadne na jeho hornú dosku. Zdravou polovicou tela sa otočí k vani. Vloží do nej zdravú nohu, potom zdravou rukou zdvihne nevládnú končatinu v bedrovom kĺbe a preniesie ju do vane. Stolík sa nesmie šmýkať. Umývanie uľahčí špongia s rukoväťou, ktorou si postihnutý dočiahne na všetky miesta tela. Vhodná je najmä pre ľudí s poškodením chrbtice.

Menej pohyblivým ľuďom uľahčia pohyb rôzne držadlá nielen v kúpeľni, ale i na WC. Ak má postihnutý problém vstať zo záchodovej misy, pomôže mu podložka zvyšujúca úroveň podlahy.

Na záver niekoľko dobrých rád zhrnutých v prehľadnej tabuľke 2:

Tab. 2 Prispôsobenie miestností potrebám postihnutého

	ČO UROBIŤ?
OBÝVACIA IZBA	<ul style="list-style-type: none"> - na nábytku mať čo najmenej voľne položených predmetov - predmety denného užívania dajte vždy na rovnaké miesto - odstráňte zdroje hluku, TV a rádio púšťajte ticho, využite muzikoterapiu - podlahu farebne odlíšte od stien, radšej bez vzorov - koberce odstráňte, alebo ich upevnite o podlahu - doplňte vhodné osvetlenie, osobitne bezpečnostné na noc - zo schodov a zábradlí odstráňte prekážky - všetky všeobecné nebezpečné predmety (ostré, ťažké, elektrospotrebiče) odložte z dosahu postihnutého - chemikálie, náterové hmoty, horľaviny a lieky uschovávajte zamknuté - namontujte bezpečnostné zámky, aby postihnutý nemohol odísť, ale ani sa osamote zavrieť (predávajú pod názvom „antipanic“)
KUCHYŇA	<ul style="list-style-type: none"> - plynový horák po použití vždy bezpečne uzavrite - detergenty na umývanie riadu uložte na bezpečné miesto - kuchynské náradie (nože) upratujte na bezpečné miesto
SPÁLŇA	<ul style="list-style-type: none"> - odložte predmety, ktoré sa denne nepoužívajú - pripravte odevy len na príslušný deň - do stredu miestnosti (strop) upevnite dobré osvetľovacie teleso (napr. i s diaľkovým spínaním) a osobitnú lampu dajte na nočný stolík (vybrať ľahko ovládateľný spínač), odstráňte koberce okolo lôžka zaistíte voľný a bezpečný priechod (napr. na WC) použiteľný i v prípade zlyhania osvetlenia (podvedome)
KÚPEĽŇA & WC	<ul style="list-style-type: none"> - vyložte iba predmety, ktoré sa denne používajú, naoko bezpečné veci (zubná kefka a pasta) môže postihnutý použiť nevhodne (spôsobia pád) - ak zrkadlo postihnutého rozčuľuje, zakrývajte ho - lieky, prostriedky hygieny a kozmetiky odstráňte z dosahu postihnutého - namontujte viacero vhodných umiestnených držadiel - na noc zapínajte tzv. nočné svetlo (orientačné)

Pomoc rodine

Nedostatočná sieť sociálnych a iných zdravotníckych zariadení neraz stavia rodinu postihnutého do pozície jediného opatrovateľa. Tá potom často rieši situáciu umiestnením postihnutého na psychiatrii, či v domove dôchodcov. Naliehavou sa preto stáva požiadavka zriadiť zariadenia, ktoré poskytnú rodine všestrannú pomoc.

Ich prvoradým cieľom by malo byť vytvorenie takých podmienok, aby postihnutý čo najdlhšie zotrval v domácom prostredí. Napríklad formou návštev u postihnutého, v domácej „hospitalizácii“ i denných stacionárov. Pomoc v domácnosti by predstavoval komplex lekárskeho, sesterského, rehabilitačného a sociálneho služieb, ktoré by sa nesamostatným, alebo

čiasťočne samostatným osobám poskytovali doma. Spočívajú v lekárskej vyšetrení (základom i špecializovanom), sesterskej, rehabilitačnej a sociálnej starostlivosti, vrátane pomoci v domácnosti, pri osobnej hygiene, príprave jedla, praní, vybavovaní rôznych záležitostí, v psychickej podpore atď.

„Domáca hospitalizácia“ má v súkromí zabezpečiť liečbu pacientov, ktorých stav žiada hospitalizáciu, alebo doliečenie po ústavnej starostlivosti s možnosťou skoršieho návratu z nemocnice. Malo by sa tak diať pod priamym dozorom a zodpovednosťou vedenia príslušného ústavu. Poskytol by vlastný personál (na pacienta zvyknutý), alebo úzko spolupracoval so zamestnancami iných zariadení. Obe formy pomoci by sa týkali rodín, ktoré sa ešte dokážu o dementného človeka postarať.

Denné stacionáre sú štruktúry otvoreného typu s cieľom poskytnúť pomoc a podporu rodine postihnutého, ak sa oň nemôžeme starať počas dňa, aby rodina odstúpila od zámeru umiestniť chorého do niektorého z ústavov. V rámci pobytu v dennom stacionári by mal mať postihnutý možnosť využiť napríklad kolektívne stravovanie, spoločenské a kultúrne programy, poradenské služby, rehabilitáciu. Prevoz z bytu do denného stacionára a späť by mal zabezpečiť miestny úrad, alebo podobná inštitúcia. Tieto strediská musia zasa poskytnúť odborný zdravotnícky i pomocný personál.

Jednou z úloh budúcnosti je reštrukturalizácia domovov dôchodcov na ustanovizne schopné postarať sa o starých ľudí s kognitívnou poruchou. V niektorých krajinách sa už dnes podobné inštitúcie orientujú na organizovanie špecifických jednotiek pre postihnutého s poruchami správania. Rodine by sa umožnilo kratšie umiestnenie dementného príbuzného do takéhoto zariadenia, aby si oddýchla a vyriešila nahromadené problémy. Pomôže to prekonať nesprávnu predstavu, že do domova sa chodí natrvalo.

Dôležitou súčasťou liečby je systematická rehabilitácia, brzdiaca vývoj choroby a aspoň čiastočne zmierňujúca jeho dôsledky, hlavne nesamostatnosť. Má sa uberať dvoma smermi:

- s použitím špecifických postupov, zameraných na pacienta.
- zásahmi do pacientovho prostredia, ktoré mu uľahčia dennú činnosť a zmiernia handicap.

Niektoré štáty majú dobrú skúsenosť s tzv. ROT terapiou (liečba zameraná na orientáciu postihnutého v realite). Osvedčuje sa najmä pri stavoch zmätenosti a kognitívnych poruchách. Jej cieľom je posilniť a uchovať

kognitívne funkcie cez sériu podnetov súvisiacich s orientáciou postihnutého vlastnou osobou v čase i priestore. Možno ju vykonať doma metódami. Prvá, „informačná“ spočíva v stálom prísune podnetov. Predpokladá spoluprácu rodiny s ošetrojúcim personálom. Postihnutého, pokiaľ to ide, 24 hodín denne informujú. Metóda vychádza z princípu, že dementný človek potrebuje množstvo dát súvisiacich, s orientáciou v priestore a čase. Dá sa to robiť rozhovorom, ale i pomocou vhodných predmetov hodinami, kalendárom, fotografiami, odkazovými tabuľami. Vnemy sa stálym opakovaním dlho uchovávajú.

Druhá, (doplnková) metóda sa nazýva „formačná“. Spočíva v každodennom sedení skupiny 4 až 6 osôb s rovnakým stupňom poruchy, počas ktorých inštruktor využíva štandardizovanú simuláciu. Metóda sa aplikuje najmä v ústavnej opatere a nemocniciach.

Etické problémy

Stretávame sa s nimi v snahe pomôcť postihnutému. Rôznia sa v závislosti od stupňa a závažnosti ochorenia. Citlivé riešenie si žiada spoluprácu rodiny a ošetrojúcich.

Etické úvahy sa objavia už v prvej fáze ochorenia, pri oznamovaní diagnózy a určení limitu osobných kompetencií i slobody konania. Aj keď Alzheimerovu demenciu diagnostikujeme skoro, zväžte na základe osobnostných daností postihnutého, kultúry a sociálneho zázemia, čas a rozsah informovania. Všeobecne ho však nevystavujte neistote, lebo dramatickosť prejavov choroby je nepredvídateľná. Do popredia vystupuje i vzťah postihnutý - rodina. Nie iba v zmysle vzájomnej tolerancie a obety, žiaľ i neraz zlé chápaného presunu kompetencií (fyziologickej i právnej spôsobilosti).

V strednej fáze postihu, po zreteľnom zhoršení kognitívnych funkcií, väčšina problémov súvisí so snahou uchovať znesiteľnú kvalitu života pri reálnej úrovni opatery. V konečnej fáze ide o eticky najdramatickejšie rozhodnutia o udržaní základných životných funkcií, či odhadov vitálnej perspektívy (umelá výživa, výhody, polohovanie, tlmenie bolesti). Prístup musí byť výsostne individuálny!

Vo svete sa stáva zvykom písať akýsi druh poslednej vôle o pokračovaní liečby, keď už človek nie je spôsobilý sám rozhodnúť. Väčšina oprávnených námietok voči nej spočíva v skutočnosti, že sa vtedy neriadime realitou.

Záver

Alzheimerova choroba je „choroba storočia“. Jedna z najobávanejších diagnóz súčasnosti. Patrí do štvorice najčastejšie sa vyskytujúcich ochorení (po ochoreniach srdca, nádorových ochoreniach a chorobách centrálného nervového systému). S predlžovaním priemerného veku jej výskyt neustále rastie. Je preto zákonité, že podnietila obrovský záujem vo vedeckých a odborných kruhoch.

Hoci dnes ešte neexistuje kauzálna liečba, osud postihnutého nemusí byť beznádejný. Úlohou lekára je zahájiť liečbu umožňujúcu postihnutému s rodinou zniesiteľný život v rámci možností určenej diagnózy.

Zo strany príbuzných si to žiada veľké pochopenie i trpezlivosť. V chorom treba vidieť vždy človeka a starať sa oňho podľa najlepšieho svedomia a vedomia.

Keď sa spresní etiopatogenéza ochorenia, nájde sa aj účinný liek. Výsledky doterajšieho výskumu v nás oprávnene vzbudzujú nádej, že to bude v dohľadnej dobe.

Dôležité kontakty:

Slovenská Alzheimerova spoločnosť
Mlynarovičova 21
851 03 Bratislava
Tel: 02/62410885
e-mail: spolocnost@alzheimer.sk

Centrum MEMORY
Mlynarovičova 21
851 03 Bratislava
Tel: 02/62414143
e-mail: centrummemory@nextra.sk

Preložené z talianskeho originálu:
Conoscere e vivere la malattia di Alzheimer a le altre demenze

3. vydanie, 2015

Preklad:	MUDr. Anna Miklášová
Jazykový redaktor:	Mgr. Mária Mišovičová
Grafická úprava:	© Branislav Jelenčík

Nadácia
MEMORY



podpora
ľudskosť
empatia



spolupatričnosť
pomocná ruka
osveta



Centrum
Centrum
MEMORY, n.o.
starostlivosť o postihnutých
metodológia – výskum
vzdelávanie

Preložené z talianskeho originálu:
Conoscere e vivere la malattia di Alzheimer e le altre demenze

Preklad: MUDr. Anna Miklášová
Jazykový redaktor: Mgr. Mária Mišovičová
Grafická úprava: © Branislav Jelenčík