

tes, poruchy příjmu bílkovin, nedostatek vitamínů, dalšími příčinami jsou endokrinní poruchy, jako hypotyreóza, Cushingov syndróm, taktiež jsou to intoxikace alkoholem, drogami, těžkými kovy, úrazy hlavy, expanzivní vnitřní orgány procesy, jako nádory, cysty, krvácení, a v neposlední řadě i behaviorální poruchy. Nejrozšířenějším typem demence je demence při Alzheimerově chorobě, primární demence označovaná i jako „tichá epidemie“, která se dnes pokládá za významné onemocnění budoucnosti pro velký počet lidí, kterých postihne a kteří na ni zomírají (1, 2). V zemích mimo Evropy, ale i v většině literárních zdrojů a zejména v klinických studiích se používá klasifikace Americké psychiatrické asociace. Aktuálně platí 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), v které se na označení organických a somatogenních poruch poprvé používá termín neurokognitivní poruchy. Ty zahrnují skupinu poruch s primárním klinickým deficitem kognitivních funkcí (tedy těch, kde porucha kognitivních funkcí je jádrem choroby), které jsou získané, ne vývojové, takže porucha kognice představuje úbytek z předcházející dosažené úrovně fungování. Demence se skrývá pod nově pomenovanou entitou velká neurokognitivní porucha. Jako kritéria pro velkou neurokognitivní poruchu uvádí DSM-5 tyto podmínky: evidentní významný kognitivní úpadek oproti předcházející úrovni výkonu v jedné nebo více kognitivních doménách (komplexná pozornost, exekutivní funkce, učení a paměť, řeč, perceptuálně-motorické schopnosti a sociální kognice) založený na subjektivních údajích pacienta, údajích spolehlivého informátora nebo klinickém nález významného úpadku kognitivních funkcí a podstatném narušení kognitivního výkonu přednostně dokumentovaném standardizovanými neuropsychologickými testy nebo, pokud nejsou k dispozici, jiným kvantifikovatelným klinickým hodnocením. Diagnóza syndromu demence je tedy v klasifikacích založená na přítomnosti „jadrových“ příznaků, za které se dosud považují výlučně poruchy kognitivních funkcí, a zároveň na poruše předchozí funkčnosti (3). Až v klasifikaci DSM-5 se přímo kódují i nekognitivní symptomy, ale jen

jako tzv. specifika demence, ne jsou uvedeny mezi základními diagnostickými kritérii. Alzheimerova choroba a jiné demence vyžadují holistický a multidisciplinární přístup více než jiné onemocnění. Behaviorální a psychotické symptomy demence, které se časem rozvinou u všech pacientů s demencí, jsou nejčastěji největší zátěží pro opatrovatelů. Nielen agitovanost, agresivita, blúdenie, ale aj apatia a nezájum o dianie sú pre opatrovatelů stresujúce. Dôležitou súčasťou komplexnej starostlivosti o chorých s demenciou sú nefarmakologické liečebné postupy, ktoré predstavujú spektrum intervencií, ktoré poskytujú pacientom špecifické benefity tým, že pôsobia na ich kognitívne schopnosti, schopnosti zvládať každodenné aktivity, prežívanie, náladu a problémové správanie a majú dosah aj na fyzický stav a záťaž opatrovateľa. Nefarmakologických liečebných postupov je viacero druhov a terapeut si vyberá zo spektra možností, pričom berie do úvahy vek pacienta, štádium ochorenia, pohlavie. Je nevyhnutné zvoliť individuálny prístup. Postupy by mali byť komplexné, adekvátne ovplyvňovať psychickú a fyzickú stránku a psychosociálne kontakty. Aktivity majú vždy podporovať klientove silné stránky (4). Dôležitý je samotný proces aktivít. Je dôležité, aby vyvíjané aktivity prebiehali v známom prostredí, kde sa klient dobre orientuje, a podporovali tie funkcie, ktoré ešte zostali zachované. Nepodarený výsledok neznamená prehru. Takáto liečba by sa mala stať pravidelnou súčasťou denného režimu klienta s demenciou (3). V nefarmakologickej liečbe sa využívajú rôzne psychoterapeutické a socioterapeutické prístupy, ktoré rozdeľujeme podľa toho, na ktorý problémový okruh sú zamerané – ide o včasnú diagnostiku a dostatočnú informovanosť klienta, zachovanie alebo zlepšenie kognitívnych funkcií, zachovanie alebo zlepšenie sebestačnosti v aktivitách denného života, zmiernenie alebo odstránenie behaviorálnych a psychotických symptómov demencie, zlepšenie kvality života klientov s demenciou a zlepšenie komunikácie medzi klientom a ošetrovujúcim, zlepšenie kvality života klientov v terminálnych fázach ochorenia, podpora opatrovatelů, adaptácia prostredia klientov s demenciou, organizačné opatrenia, systém starostlivosti a služieb (2).

Voľba vhodných či nevhodných nefarmakologických postupov závisí od individuálnych potrieb klienta, štádia ochorenia a terapeutů. Ako klient zareaguje, je ťažké predpovedať. Pozitívnu či negatívnu reakciu klienta vidíme až po prvých skúsenostiach, ktoré rozhodujú o tom, či v terapii pokračujeme, alebo ju ukončíme. Cieľom nefarmakologických prístupů nie je klienta vyliečiť, ale spomaliť progresiu ochorenia. Ak terapeut nevidí pozitívny výsledok, neznamená to, že jeho práca nemá zmysel. Niekedy sa len vzbudenie záujmu chorého považuje za úspech. Terapeutický tím sa skladá z viacerých odborníkov, ktorí sa na nefarmakologickej liečbe podieľajú. Môže to byť spolupráca sestier, sociálnych pracovníkov, inštruktorů sociálnej rehabilitácie, fyzioterapeutů, špeciálnych pedagógů, klinických psychológů, ergoterapeutů. Nefarmakologické prístupy si vyžadujú tímovú spoluprácu a okrem spomínaných odborníkov aj pomocný personál (ošetrovateľ, sanitár, zdravotnícky asistent, upratovačka...), pretože aj pri upratovaní, podávaní jedla dochádza ku komunikácii s klientom a zvyčajne sa nadväzuje na komunikačný štýl, ktorý začal terapeut. Spolupráca celého tímu v inštitucionalizovanej starostlivosti je nevyhnutnosťou. Školenia, vzdelávacie semináre, workshopy je preto potrebné pripravovať a implementovať pre celý tím. V domácej starostlivosti je využitie a pestosť aktivizačných prístupů limitovaná záujmom, vzdelaním a možnosťami neformálnych opatrovatelů. Využívanie aktivizačných technik je preferované hlavne pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti, pretože si to vyžaduje dôkladne poznať klienta, jeho denný režim, životnú históriu, zvyky, návyky a iné. Ak je postihnutý v inštitucionalizovanej starostlivosti, implementácia aktivizačných technik je v náplni práce sociálnych pracovníkov, inštruktorů sociálnej rehabilitácie, psychológů, špeciálnych pedagógů, fyzioterapeutů (3). Využívanie aktivizačných technik na nemocničných oddeleniach a v ambulanciách je limitované náplňou práce sestry, členmi tímu a dĺžkou hospitalizácie chorého. Úlohou pri akútnej starostlivosti je tiež erudované poskytnúť informácie o možnostiach nefarmakologických prístupů v starostlivosti o chorých s demenciou formálnym a neformálnym opatrovateľom, ktorí nadväzujú na