

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě

Petra Suchánková

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Suchánková**  
Osobní číslo: **Z11252**  
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**  
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**  
Název tématu: **Informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ. Vybrané kapitoly z gerontologie. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
2. RŮŽIČKA, Evžen. Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.
3. JIRÁK, Roman a Evžen KOUKOLÍK. Demence. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 334 s. ISBN 80-7262-268-4.
4. PIDRMAN, Vladimír. Demence. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
5. FRANKOVÁ, Vanda, Jakub HORT, Iva HOLMEROVÁ a kol. Alzheimerova demence v praxi. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
6. JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kolektiv. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
7. GLENNER, A. Joy. Péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 135s. ISBN 978-80-262-0154-0.

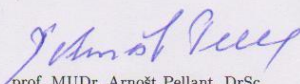
Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 14. července 2014

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2014

## **Prohlášení**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 3. 7. 2014

.....  
Petra Suchánková

## **Poděkování**

Tímto, bych ráda poděkovala paní PaedDr. Zdence Šándorové, Ph.D, za její odborné vedení, věnovaný čas, pomoc a podporu při vypracování mé bakalářské práce. Také děkuji domovu pro seniory, který mi umožnil provést výzkum a rovněž děkuji své rodině a blízkým, za trpělivost a oporu, kterou mi poskytli během mého studia.

## **ANOTACE**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě. Zvláště pak poskytuje základní informace o tomto onemocnění, poukazuje na možnou a dostupnou prevenci a zabývá se informovaností seniorů, především pak zdrojem informací. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Alzheimerova choroba, demence, stáří, informovanost, senioři

## **TITLE**

Awareness of seniors about Alzheimer disease

## **ANNOTATION**

This bachelor thesis is focused on awareness of seniors about Alzheimer disease. It primarily provides basic informations about this disease, points on possible and available prevention and deals with awareness of seniors, mainly with the source of informations. Bachelor thesis is divided into theoretical and practical part.

## **KEY WORDS**

Alzheimer disease, dementia, old age, awareness, seniors

# OBSAH

ÚVOD .....	11
I TEORETICKÁ ČÁST .....	13
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ .....	13
2.1 Diagnostická kritéria demence .....	15
2.2 První „zákon demence“ - narušené ukládání do paměti.....	16
2.3 Druhý „zákon demence“ - postupná destrukce dlouhodobé paměti .....	17
2.4 Dělení demencí.....	17
2.5 Kognitivní poruchy a další průvodní psychické limity u demence.....	18
2.5.1 Ztráta paměti.....	19
2.5.2 Poruchy jazyka .....	20
2.5.3 Deficit pozornosti .....	20
2.5.4 Poruchy úsudku a vhledu.....	21
2.5.5 Poruchy ve vnímání .....	21
2.6 Problémové chování u demence.....	21
2.6.1 Bránění se péči .....	22
2.6.2 Agitovanost.....	23
2.6.3 Syndrom zapadajícího slunce .....	23
2.6.4. Toulání se .....	23
2.6.5 Psychotické příznaky .....	24
3 ALZHEIMEROVA CHOROBA .....	25
3.1 Historie Alzheimerovy choroby .....	26
3.2 Etiologie .....	27
3.3 Příznaky.....	28
3.4 Diagnostika .....	28
3.5 Terapie.....	30
3.5.1 Behaviorální nefarmakologická terapie.....	31

3.5.2 Farmakologická terapie .....	32
3.6 Prevence .....	32
3.6.1 Kognitivní trénink .....	34
4 INFORMOVANOST .....	35
4.1 Česká alzheimerská společnost .....	36
II VÝZKUMNÁ ČÁST .....	38
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	38
5.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	39
5.2 Metodika zpracování dat .....	40
6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	41
7 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	42
8 DISKUZE .....	63
9 ZÁVĚR .....	69
10 POUŽITÁ LITERATURA .....	71
11 PŘÍLOHY .....	74

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 <i>Graf pohlaví respondentů</i> .....	42
Obr. 2 <i>Graf věku respondentů</i> .....	43
Obr. 3 <i>Graf vzdělání respondentů</i> .....	44
Obr. 4 <i>Graf zázemí respondentů</i> .....	45
Obr. 5 <i>Graf společnosti seniorů</i> .....	46
Obr. 6 <i>Graf zájmových aktivit seniorů</i> .....	47
Obr. 7 <i>Graf pojmu Alzheimerova choroba</i> .....	48
Obr. 8 <i>Graf typu demence</i> .....	49
Obr. 9 <i>Graf setkání respondentů s Alzheimerovou chorobou</i> .....	50
Obr. 10 <i>Graf místa setkání s Alzheimerovou chorobou</i> .....	51
Obr. 11 <i>Graf vlivu Alzheimerovy choroby na lidský organismus</i> .....	52
Obr. 12 <i>Graf věkové skupiny, která je postižena Alzheimerovou chorobou</i> .....	53
Obr. 13 <i>Graf příznaků Alzheimerovy choroby</i> .....	54
Obr. 14 <i>Graf informovanosti veřejnosti</i> .....	56
Obr. 15 <i>Graf zdrojů informací o Alzheimerově chorobě</i> .....	57
Obr. 16 <i>Graf léčby Alzheimerovy choroby</i> .....	58
Obr. 17 <i>Graf specializovaného zařízení zabývající se Alzheimerovou chorobou</i> .....	59
Obr. 18 <i>Graf povědomí respondentů o České alzheimerovské společnosti</i> .....	60
Obr. 19 <i>Graf možné prevence u Alzheimerovy choroby</i> .....	61
Obr. 20 <i>Graf aktivní prevence respondentů</i> .....	62

## **SEZNAM ZKRATEK**

<b>ACH</b>	Alzheimerova choroba
<b>ADL</b>	Activity daily living
<b>CT</b>	Výpočetní tomografie
<b>ČALS</b>	Česká alzheimerovská společnost
<b>HACH</b>	Hachinskiho ischemický skór
<b>MKN-10</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
<b>MMSE</b>	Mini-Mental-State-Examination
<b>MR</b>	Magnetická rezonance

# ÚVOD

Téma bakalářské práce je „Informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě.“ Práce má teoreticko-praktický charakter. Tuto problematiku jsem si vybrala záměrně, protože se v dnešní době prodlužuje délka života a zároveň se zvyšuje procentuální zastoupení seniorů v naší společnosti. To vše má za následek zvýšenou nemocnost (morbiditu) a problémy spojené se stárnutím. Dříve byla demence a Alzheimerova choroba spíše výjimkou, dnes je to často nedílnou součástí stáří. Jsou choroby, které jsou bolestivé, nepříjemné a často velmi těžce léčitelné, ale i přesto si myslím, že zdaleka závažnější je, když člověk pomalu ztrácí svou osobnost, své jistoty a rodině a pečujícím se postupně stále více oddaluje. Lidé si většinou neuvědomují, jak velký dopad právě tato nemoc má na člověka a jeho okolí. Současná populace i přesto, že je Alzheimerova choroba stále častější, nemá povědomí o tom, jak se tato nemoc projevuje, diagnostikuje či zda je možná prevence. Jako zdroj informací bude k dispozici i tato bakalářská práce. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřena na komparaci informací o stáří a stárnutí, problematiku demencí, jejich charakteristikách, diagnostických kritériích, dále se zaměřuje na kognitivní poruchy a problémové chování, které rodinám velmi ztěžují péči o nemocného. Nejčastěji se jedná o toulání nemocných, agitovanost či bránění se péči. Kromě toho je zmiňována samotná Alzheimerova choroba, její historie, charakteristika, etiologie, příznaky, diagnostika, léčba a prevence.

V současné době je mnoho nových léků, avšak taková léčba, která by Alzheimerovu chorobu zcela vyléčila, doposud bohužel není. I přesto výzkum stále pokračuje a v budoucnu může pomoci mnoha lidem. Příčina této choroby není dodnes známá, avšak existují faktory, které zvyšují riziko Alzheimerovy choroby. Mezi rizikové faktory patří především věk, genetika, vzdělávání a životní styl. I o těchto aspektech se bakalářská práce v teoretické části zmiňuje. V neposlední řadě se tato bakalářská práce zaměřuje na informovanost a zdroj možných informací, které jsou dostupné pro seniory a jejich blízké.

Praktická část je zpracována na základě kvantitativního výzkumu s využitím dotazníkového šetření, které se orientovalo na již zmíněnou informovanost seniorů o této chorobě. Otázky vychází z teoretických zdrojů a aktuálního stavu vědeckého poznání. Dotazník je doplněn informačním letákem mé vlastní tvorby, který jsem po vyplnění dotazníku rozdávala respondentům.

# CÍLE PRÁCE

## **Teoretický cíl:**

- Shromáždit a porovnat informace o demenci, především pak o Alzheimerově chorobě.
- Informovat o možnostech prevence.
- Kompilovat (shromáždit) obecné informace o Alzheimerově chorobě, kde všude je možné hledat.

## **Výzkumný cíl:**

- Zjistit aktuální informovanost seniorů týkající se Alzheimerovy choroby.
- Sestavit informační leták o Alzheimerově chorobě.

## **Dílčí cíle:**

- Zjistit aktuální znalost seniorů o Alzheimerově chorobě.
- Zjistit aktuální znalost seniorů o prevenci Alzheimerovy choroby.
- Zjistit realizované aktivity seniorů v rámci prevence Alzheimerovy choroby.
- Zjistit možné zdroje informací o Alzheimerově chorobě dle respondentů.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Pro současnost je charakteristické výrazné stárnutí populace, které se každým rokem stále navyšuje. Demografický proces stárnutí se týká většiny vyspělých zemí, avšak v České republice je tento proces mírně zpožděn. Zvýšené stárnutí je spojeno především s poklesem plodnosti, úmrtnosti a s prodlužováním naděje dožití. Předpovědi, které se zabývají demografickým vývojem obyvatelstva, ukazují, že zvýšený podíl seniorů v naší společnosti bude stále narůstat. Pokud analyzujeme současné pohledy na stárnutí od různých autorů, pak například Sak a Kolesárová uvádějí že: „*Věková struktura České republiky, stejně tak jako věková struktura velké části evropských zemí, je struktura regresivního typu s převahou žen ve vyšším věku způsobenou vysokou mírou mužské nadúmrtosti a poválečné emigrace.*“ Regresivní struktura se vyznačuje zvýšeným zastoupením starších osob a zároveň sníženým podílem počtu dětí. (Sak, Kolesárová, 2012, s. 86)

Titíž autoři ve spojitosti se stárnutím populace poukazují na to, že se užívá pojem střední délka života, která se od 20. století prodloužila až o třicet let. Změny v délce života vyjadřuje naděje dožití, která značí pravděpodobnost na dožití člověka. V České republice byla v roce 2010 stanovena naděje dožití u mužů na 73 let a u žen na 80 let. (Sak, Kolesárová, 2012, s. 91, 92)

Slezáková a kol. - rozdělují stáří do třech fází. Rané stáří, které je v rozmezí 60 – 74 let, vlastní stáří, které je od 75 do 89 let a dlouhověkost, která se počítá nad 90 let. (Slezáková a kol., 2007, s. 128)

Ke statistické prognóze se vyjadřuje i Pidrman. Ten také zdůrazňuje, že se v současné době velmi zvyšuje procentuální zastoupení seniorů v naší populaci. V roce 2025 bude zastoupení osob nad 65 let již 23,1% a v roce 2050 dojde ke zvýšení na 32,7%. V populaci seniorů se vyskytuje zvýšená morbidita, tedy nemocnost a největší zastoupení mají degenerativní a chronické choroby. Nemocnost narůstá až do pokročilých věkových skupin. Nejčastější nemoci ve stáří jsou: kardiovaskulární choroby, onkologické choroby, nemoci pohybového aparátu, respirační choroby, metabolické onemocnění, kognitivní poruchy a demence. (Pidrman, 2007, s. 13)

Encyklopedie Universum (2003) definuje stárnutí jako „*zákonitou etapu vývoje jedince, kdy dochází k úbytku fyzických a psychických schopností. Příčinou je genetické opotřebenání a poruchy schopnosti dělení buněk*“. (Universum in Dienstbier, 2009, s. 14)

Samotný Dienstbier pak označuje stárnutí jako proces, při kterém se orgány a funkce těla postupně zhoršují a je výrazně poškozena i psychika jedince. (Dienstbier, 2009, s. 15)

Holmerová, Jurašková a Zikmundová (2003, s. 16) uvádějí, že stárnutí je u každého jedince individuální. Je to dáno převážně rozdílným způsobem života, funkčním stavem, především pak stavem svalstva, kostí a involučními změnami.

Topinková rozlišuje stárnutí dle stupně změn na úspěšné, normální a patologické stárnutí. Optimální (úspěšné) stárnutí je při zachování funkčních schopností člověka. Neobjevují se poruchy chování, paměti, motoriky a výkonnost je srovnatelná se středním věkem. Člověk i přes pokročilý věk je plně nezávislý. Při normálním stárnutí je mírně postižena paměť, ale ostatní kognitivní funkce nejsou poškozeny. Přítomna je stařecká zapomnětlivost a zhoršené ukládání do dlouhodobé paměti. Patologické stárnutí je u lidí se zvýšenou poruchou paměti a dalších kognitivních funkcí, kteří však nemají diagnostikovanou demenci. (Topinková in Růžička, 2003, s. 48-49)

## 2 DEMENCE

Vzhledem k tématu práce si v systémovém kontextu vysvětlíme nejprve pojem demence.

Demence vzniká na základě chronického či progresivního onemocnění mozku a často bývá doprovázena zhoršením motivace a sociálního chování. Narušení myšlení, paměti, orientace či řečových schopností jsou hlavní příznaky u syndromu demence. (Pidrman, 2007, s. 9)

Růžička uvádí, že *„demence je získaná porucha paměti a dalších kognitivních funkcí, jež je natolik závažná, že je na překážku běžným životním činnostem postiženého jedince.“* (Růžička, 2003, s. 21)

Joy A. Glenner přirovnává demenci ke stavu nepochopení a neporozumění novým situacím. Srovnává to s knihou, kterou člověk začne číst uprostřed a nedokáže zachytit smysl a všechny potřebné souvislosti. Říká, že tak jako člověk musí číst knihu popořadě, aby pochopil děj, tak nemocný potřebuje pomoc od svého okolí, aby vyplnil prázdná místa, která jeho mysl již nedokáže zpracovat a udržet. (Glenner, 2012, s. 42)

Slovo demence je latinského původu, které vzniklo spojením předpony „de“ a slova „mens“. V doslovném překladu znamená „bez mysli“. Člověk s demencí postupně upadá a nemoc je natolik destruktivní, že v poslední fázi se jen těžko podobá osobě, kterou byl na začátku. Z dospělého jedince se rázem stane bezmocné dítě, které je odkázáno na péči a pomoc druhých. (Buijssen, 2006, s. 13)

*„Pojem demence se vyvíjí asi 2500 let. Jeho obsah je možné vystopovat u antických lékařů a filosofů, kteří popisovali úpadek duševních funkcí někdy doprovázející stáří. Právní obsah získal pojem demence v 17. století, lékařský obsah ve století následujícím. Formální právní podobu získal ve francouzském občanském zákoníku, lépe známém pod jménem Code Napoleon (1804-1807), jenž je dodnes základem právních norem mnoha zemí.“* (Jiráček, Koukolík, 2004, s. 20)

### 2.1 Diagnostická kritéria demence

Pro stanovení demence jsou odborníky zpracována diagnostická kritéria. Diagnóza demence vychází z diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického a

statistického manuálu duševních poruch. Pro diagnostiku této nemoci jsou rozhodující tyto charakteristiky:

- Výrazné osobnostní změny a změny v chování.
- Pokles intelektu a porucha paměti.
- Omezení v každodenních činnostech a v sociálním zapojení.
- Chronicko-progresivní průběh.
- V době diagnostiky nebylo porušeno vědomí. (Růžička, 2003, s. 22-23)

Pidrman uvádí charakteristiky A-B-C neboli tři základní skupiny, do kterých se člení příznaky demence. Jedná se o „*narušení aktivit běžného denního života (A – activities of daily life), poruchy chování (B – behavior) a narušení kognitivních funkcí (C – cognition).*“ (Pidrman, 2007, s. 9)

Právě kognitivní funkce jsou považovány za jedny z nejzávažnějších příznaků. Postižena je zejména paměť a intelekt. Následkem demence vzniká úpadek duševních schopností, porušení funkčních schopností a nakonec i ztráta základní soběstačnosti. (Pidrman, 2007, s. 10)

Zaměříme se tedy v následující kapitole na tzv. „zákony demence“.

## **2.2 První „zákon demence“ - narušené ukládání do paměti**

Lidé mají dva základní druhy paměti. Krátkodobou a dlouhodobou neboli celoživotní. Krátkodobá uchovává myšlenky a vjemy, které se dějí právě v tuto chvíli a zůstávají tam pouhých 30 sekund. Dlouhodobá paměť získává informace, které nás nějak zasáhnou či zaujmou a její kapacita je doslova nevyčerpatelná. Přenos získaných informací není automatický proces. Potřebujeme do něj vynaložit určité úsilí. Zapamatování vyžaduje nejen opakování, ale i uspořádání, pochopení významu či spojení s něčím humorným. Nemocný, který trpí demencí, nedokáže již informace přenášet. Schopnost přenosu je narušena, takže si člověk nedokáže zapamatovat ani to, co se stalo před minutou. Proto je pro něj velmi těžké se pohybovat a orientovat v místě neznámém. Nedokáže si zapamatovat orientační body či cestu. Toto narušené ukládání paměti způsobuje například i problém s orientací v čase. Od člověka trpící demencí denně uslyšíte otázku: „kolik je hodin?“. Zdravý člověk se podívá

na hodinky několikrát za den a tento údaj si lehce zapamatuje. Člověk s demencí toto může udělat také, ale žádnou informaci nedokáže uchovat. Čas je pro něj jedna nekončící záhada. (Buijssen, 2006, s. 22)

### **2.3 Druhý „zákon demence“ - postupná destrukce dlouhodobé paměti**

Buijssen v knize Demence popisuje paměť, jako knihovnu ve které jsou vyskládané osobní deníky každého člověka. Každý, komu efektivně funguje mozek, si vše co považuje za důležité či obohacující zapisuje do svého „pamětního deníku“. Během svého života napíšeme tisíce těchto „deníků“. Abychom byli schopni si něco urychleně vybavit, je velmi důležité, aby vše bylo srovnáno přesně rok po roce. Člověk, který trpí například čtyři roky demencí, si po tuto dobu nemohl zapisovat své „deníky“. Není schopen si vybavit skoro nic z této doby, ale velmi přesně vám poví o svém dětství, o svých zážitcích a zkušenostech za jeho dlouhý život. Ví vše o životě před demencí. S postupem demence se hroubí další a další vzpomínky. Postupně upadá paměť od časově nejbližších údajů a končí u těch nejvzdálenějších. Poslední na řadu přicházejí vzpomínky z dětství. V pokročilé fázi demence nemá člověk nic víc než „deníky“ z prvních pěti let života. V konečné fázi mizí i ty a brzy nato pacient umírá. (Buijssen, 2006, s. 30)

### **2.4 Dělení demencí**

Vzhledem k cíli práce je potřebné uvést i dělení demencí, protože naše práce je konkrétně zaměřena na jednu z nich – Alzheimerovu chorobu.

Dělení demencí může být různé. Nejčastější dělení je na demenci primární, sekundární a smíšenou. Primárně degenerativní demence se dělí na Alzheimerovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky a frontotemporální demenci. Sekundární demence jsou různorodou skupinou nemocí, na kterých se podílí mnoho příčin. Jde o demence posttraumatické, infekční, metabolické a mnohé další. Bylo charakterizováno více než 70 forem sekundárních demencí. Mezi nejzávažnější a nejčastější patří: vaskulární demence, metabolické demence, toxické demence či demence při Parkinsonově chorobě. Poslední skupinou jsou demence smíšené, které jsou kombinací primárních a sekundárních demencí. (Pidrman, 2007, s. 31-32)

Glenner ve své knize „Péče o člověka s demencí“ rozlišuje tři základní fáze, které se vyskytují u nemocného člověka s demencí. Je to mírná-počínající demence, dále pak rozvinutá a pokročilá-terminální demence. Při prvotní, počínající demenci, jsou příznaky, které se často zaměňují za běžné stárnutí. Je to převážně zhoršení paměti, především té krátkodobé, dále zmatenost či snížená pozornost. Může se vyskytovat i deprese, úzkost a porucha racionálního úsudku. V druhé fázi jsou příznaky nápadnější a omezují člověka v jeho běžném působení. Dále se objevuje dezorientace, neklid, agrese či hypertonie, tedy ztuhlé držení těla. V poslední fázi je nutný celodenní dohled nad nemocným. Objevují se halucinace, poruchy uvědomování si dění kolem a dochází k inkontinenci. (Glenner, 2012, s. 16-17)

## **2.5 Kognitivní poruchy a další průvodní psychické limity u demence**

Zásadní pro demence je stav kognitivních funkcí. Z tohoto důvodu jim věnujeme pozornost v této kapitole.

Klucká s Volfovou zdůrazňují, že *„Kognitivní funkce, jinak řečeno funkce poznávací, patří mezi základní funkce našeho mozku. Umožňují nám poznávat okolní svět, plánovat naše jednání a vstupovat do interakcí s druhými lidmi. Pokud jsou tyto funkce nějakým způsobem oslabeny, ztrácí se tím i kus našeho svěbytného já.“* (Klucká, Volfová, 2009, s. 13)

Hort a Rusina upozorňují, že *„Vzájemný vztah a proporce kognitivní alterace se mohou u různých pacientů lišit, mnohdy jsou totiž histopatologické změny u Alzheimerovy nemoci asymetrické, přičemž se významně uplatňuje lateralizace hemisfér. Při větším postižení dominantní hemisféry bude narušena více oblast řečová, zatímco převažující dysfunkce pravé hemisféry bude mít za následek obtížnější vnímání celku, horší poznávání osob, poruchu prostorové orientace, bloudění a stavy zmatenosti.“* (Hort, Rusina, 2007, s. 167)

Povaha kognitivní poruch je různá. Záleží na osobě, která je demencí postižena a také na druhu demence. Jitka Zgola v knize „Úspěšná péče o člověka s demencí“ popisuje nejpravděpodobnější důsledky při kognitivních poruchách. Je nutné si uvědomit, že *„chování člověka není jen výsledkem chybějících nebo změněných funkcí. Spíše svědčí o snaze jedince pokračovat v uspokojování svých potřeb.“* Nemocný se snaží fungovat stejně jako před nemocí, ale musí se potýkat se svými změněnými schopnostmi. Časté dotazy a opakující otázky mohou pečující osoby a okolí velmi obtěžovat, ale nemocný se pouze snaží zůstat ve spojení s realitou. (Zgola, 2003, s. 22)

### 2.5.1 Ztráta paměti

V následujících kapitolách si přiblížíme jednotlivé kognitivní poruchy a jejich následky.

*„Paměť je nesmírně složitá a důležitá funkce. Je velmi těsně spojena s procesem učení a umožňuje nám adaptovat se na neustále se měnící podmínky prostředí. Je to především ona, která nám umožňuje zapojit se mezi ostatní lidi, pamatovat si jejich jména a tváře, podělit se s nimi o své zkušenosti a zážitky.“* (Vágnerová in Klucká, Volfová, 2009, s. 14)

Člověk s kognitivní poruchou si není schopen uvědomit svou ztrátu paměti, a tudíž nedokáže určit, zda něco zapomněl či nepoznal. Je opětovně konfrontován s okolnostmi, které nedokáže pochopit. U takto postižené osoby je typická schopnost vybavit si přesné vzpomínky z velmi vzdálené minulosti, ale nedokáže již určit, co se stalo před chvílí. Ztráta paměti u demence se nejčastěji projevuje jako: zhoršené získávání nových informací, špatná prostorová orientace, často se opakující otázky, paranoidní představy a nedostatek vhledu. Ztráta paměti, která zapříčiní neschopnost získat nové informace, způsobuje zhoršené přizpůsobení novým situacím a okolnostem. Zdravý člověk má schopnost adaptace. Tato schopnost umožňuje fungovat i v neznámých a ne zcela ideálních podmínkách. I přesto, že daná situace pro člověka není příjemná, je schopen se v ní naučit orientovat a nakládat s ní co nejlépe. Nemocný se ztrátou paměti nemá již takovou schopnost adaptace. Nedokáže se tak snadno přizpůsobit a žije s pocitem, že je někde, kam nepatří. Další nepříjemný následek ztráty paměti je dezorientace a na něj navazující problém s opakujícími dotazy. Udržet ve své paměti orientační informace je pro pacienta s demencí velmi nesnadné, proto používá pro něj jedinou možnou metodu pro udržení nového poznatku a to opakovat ho znovu a znovu. Pro okolí to může být velmi nepříjemné, ale nemocný se snaží udržet alespoň nějakou informaci, která k němu pronikne. Používá proto tzv. pracovní paměť, která informace udrží do té doby, dokud si je opakuje. Osoba s kognitivní poruchou se opakovaným dotazováním snaží vyrovnat s vzniklou situací. Značí to velké úsilí, které musí nemocný vynaložit proto, aby se začlenil a měl pocit náhledu. (Zgola, 2003, s. 23-25)

### 2.5.2 Poruchy jazyka

*„Jazyk je základním prostředkem komunikace, který plní několik velmi důležitých funkcí. Pomocí jazyka poznáváme okolní svět, rozvíjíme své myšlení, vyjadřujeme své pocity a potřeby, sdílíme s ostatními své zážitky a zkušenosti. Jazyk velmi úzce souvisí s myšlením.“* (Klucká, Volfová, 2009, s. 16)

Jazyk má dvě základní složky, receptivní a expresivní. Receptivní jazyk člověku umožní porozumět myšlenkám jiných, expresivní jazyk pak vyjadřuje naše vlastní myšlenky. Demence nemusí postihovat obě složky jazyka. Obě poruchy však nemocnému způsobují značné obtíže. Změněná schopnost receptivního jazyka způsobuje potíže v rozeznávání slov a porozumění složitějším větám. Nemocný, který má problém s expresivní složkou jazyka, bude těžko hledat slova a nebude moci vyjádřit své myšlenky. Při komunikaci musíme rozlišovat, zda jde o poruchu porozumění či vyjádření a dle toho postupovat. (Zgola, 2003, s. 27-28)

### 2.5.3 Deficit pozornosti

*„Pozornost je funkcí vědomí a zajišťuje jeho zaměření určitým směrem. Zároveň nás ochraňuje před záplavou jiných, v danou chvíli méně důležitých podnětů.“* (Vágnerová in Klucká, Volfová, 2009, s. 14)

Nemocný s demencí není schopný začít nebo dokončit úkol, fixuje se na nepodstatné aspekty a přehnaně reaguje na rušivé podněty. To vše je ovlivněno narušenou pozorností. Okolí si může myslet, že jde o vzdorovité chování či umíněnost, ale je to pouze neschopnost osoby zaměřit svoji pozornost a soustředění. Osoba, která má vedle deficitu pozornosti i problémy s pamětí, je neschopna odblokovat všechny rušivé vlivy. Na všechny podněty reaguje úplně stejně, nezávisle na tom, zda jsou či nejsou pro danou situaci důležité. Pozornost je rozpolcená mezi vzniklé činnosti, které se dějí kolem. Nedokáže se soustředit pouze na jednu činnost a důsledkem toho je, že nedokáže udělat vlastně vůbec nic. (Zgola, 2003, s. 28-30)

#### 2.5.4 Poruchy úsudku a vhledu

Poruchy úsudku a vhledu způsobují, že nemocný často odmítá pomoc, trvá na svých vzorcích chování, nepřijímá informace o tom, že se snížili jeho schopnosti a často ztrácí zábrany. Takový člověk může působit jako tvrdohlavý a egocentrický, ale stále jde jen o projev demence. Mezi nejčastější problémy spojené s touto kognitivní poruchou je odmítnutí pomoci, která je nemocnému nabízena. Je to opět spojené s tím, že nepotřeboval žádnou pomoc doposud, tak proč by jí měl chtít nyní. Nemá náhled do vzniklé situace a nevidí změnu, která u něj nastala. Aby se předcházelo konfliktům, je nutné, aby pečující a okolí využívali logiku a vše jednoduše vysvětlili. Stále je také nutné myslet na to, že nemocný nedělá naschvály a nechce nám svým chováním ublížit. Jeho vnímání a myšlení fungují jinak a vzniklé situace jsou často pouhé nedorozumění. (Zgola, 2003, s. 30-33)

#### 2.5.5 Poruchy ve vnímání

Zrak je pro nás nesmírně důležitý, proto mají poruchy zrakového vnímání velký dopad na fungování člověka. Při poruše vnímání vznikají mnohé problémy. Především neschopnost rozeznat předměty či osoby, mylné iluze, špatná chůze a zakopávání, potíže s nacházením správné cesty a s tím spojená úzkost a strach. Osoba s kognitivní poruchou si běžně bude česat vlasy kartáčkem na zuby, protože již nedokáže zrakem rozeznat daný předmět. Velmi častý problém u lidí s demencí je aprebignosis, tedy neschopnost rozeznat tváře. Pacient se pohybuje mezi lidmi, se kterými trávil celý svůj život, ale najednou není schopen je nikam zařadit. Když se na ně dívá, má pocit, že je vidí poprvé v životě. V další fázi už člověk nepoznává ani sám sebe. Stojí před zrcadlem a vidí cizí osobu. (Zgola, 2003, s. 37-40)

### **2.6 Problémové chování u demence**

Demence způsobuje nejen kognitivní poruchy, ale i různé psychiatrické symptomy a poruchy chování, právě ty jsou asi největší zátěží pro blízké a pečující osoby. Nemocný se přitom snaží vyjádřit své potřeby a pocity. Nejedná se o zlý úmysl či zlomyslnost, ale pouze o následek demence. Je proto důležité, aby společnost a pečující znali potřeby nemocného

a uměli na ně reagovat. Díky tomu se mnohdy dá těmto problémům předcházet. Nejčastější typy problémového chování a psychiatrických symptomů jsou: bránění se péči, neklid, agrese, bloudění, poruchy spánku, psychotické příznaky, deprese či úzkost. (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 74)

*„Poruchy chování jsou nápadné, bývají proto příznakem, který budí pozornost. Mohou být prvním důvodem, který povede k vyšetření odborníkem, a tak může dojít k odhalení již přítomné demence.“* (Pidrman, 2007, s. 79)

*„Problematické chování naznačuje nedostatek souladu mezi potřebami osoby a schopností prostředí těmto potřebám vyhovět. To je zdrojem stresových situací. Dříve než se objevilo problematické chování, věci se obyčejně už nějakou dobu vyvíjely. Osoba se již snažila vyrovnat se svými problémy, její snaha ji však přivedla do konfliktu s pravidly a potřebami.“* (Zgola, 2003, s. 67)

### 2.6.1 Bránění se péči

Demence zasahuje dospělé jedince, kteří už mají utvořenou svojí osobnost, nastavený způsob života, žebříček hodnot či osobní styl. Demence způsobuje narušení mozkové funkce, ale z části zůstává zachováno uvědomování si sebe sama. Pečující osoby nemocnému najednou určují způsob života. Diktují mu, jak a co má dělat, kdy má vstát a kdy chodit spát. On sám si přitom není vědom změny, která nastala. Dříve nepotřeboval pomoc a vše si dokázal organizovat sám. Proto se vzniklé péči snaží bránit. Nemá náhled na to, že sám již není schopen vše zvládat. Je nutné si uvědomit, že nemocného člověka musíme podporovat. Snažit se nedělat věci za něj, pouze mu asistovat a dohlížet. Zachováváme zaběhlé vzorce chování a respektujeme určitý stereotyp, na který je zvyklí. Změna prostředí a návyků u pacienta s demencí může představovat velký problém. Vznikají poruchy chování, či naprostá apatie. Činnosti, které předtím běžné zvládal, se změnou prostředí stanou velice obtížné. (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 74-75)

*„O tátu se starala moje sestra Hanka. Denně k němu chodila, nosila mu jídlo, dávala mu léky, myla ho, povídala si s ním. Chtěl jsem jí pomoci, aby si trochu odpočinula, tak jsem si tátu odvezl na pár týdnů k nám. Byla to katastrofa! Začal se pomočovat, při mytí se pral, nedokázal se sám najíst. Vše vyvrcholilo tím, že napadl moji manželku, křičel na ni, že Hanku*

*zabila. Musel jsem ho zavést zpátky domů. Několik dnů trvalo, než ho sestra zase dala dohromady.*“ (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 75)

### 2.6.2 Agitovanost

Nemocný je velmi neklidný, nevydrží na jednom místě, bezúčelně bloumá, manipuluje s věcmi a neví proč, nespolupracuje a chce stále odcházet z bytu. Tím vším se projevuje agitovanost neboli neklidná aktivita, která může být spojena s úzkostí či strachem. Často se může vyskytovat i agresivita, kdy nemocný vyhrožuje, ničí věci kolem sebe či napadá další osoby. Agitovanost se u mírné demence vyskytuje v souvislosti s úzkostí a strachem. U středně těžké demence je spjata s psychotickými příznaky a depresí. U těžké demence je zřejmě zapříčiněna strukturálními změnami v mozku. (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 75)

### 2.6.3 Syndrom zapadajícího slunce

V podvečerních či večerních hodinách se vyskytují stavy zmatenosti a neklidu. Podílí se na nich únava a nedostatek světla. Pokud se tyto stavy vyskytují, je možno jim předcházet nenáročnou činností, která odvede pozornost nemocného. Například poslech hudby, komunikace či masáž. Je dobré zajistit dostatek světla a příjemné prostředí, které zklidní a pozitivně ovlivní nemocného. (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 75-76)

### 2.6.4. Toulání se

Jedním z nejčastějších důsledků demence je toulání se a bloudění. Většinou jde o potřebu pokračovat v zaběhlém režimu, kdy nemocný odchází z práce a chce nalézt prostředí jemu známé a blízké. Nemocný ztrácí orientaci a lehce zabloudí i ve vedlejší ulici. Je nutné tomuto problému předcházet a učinit opatření, která mu zajistí bezpečnost. Nemocný v těžké fázi by neměl být sám, měl by mít dostatek aktivit, které mu naplní den a neumožní opustit domov. Pokud se člověk s demencí přece jen dostane sám mimo domov, měl by vždy mít

identifikační údaje, které ostatním osobám pomohou kontaktovat příbuzné. (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 76)

*„Pokud je důvodem pro stálé odcházení smutek po někom či něčem, snažíme se nemocnému zprostředkovat kontakt s osobami, které hledá. Pomoci může návštěva bývalého domova. Místo kde nemocný žije nyní, je nutné zařídit tak, aby asociovalo domov.“* (Venglářová, 2007, s. 59)

### 2.6.5 Psychotické příznaky

Nejčastěji se vyskytují ve středně těžkém stadiu demence. Jedná se buď o bludy, halucinace či iluze. Bludy jsou myšlenky, o kterých je nemocný nezvratně přesvědčený. Většinou jsou velmi paranoidní a vztahují se k osobám, které mají ve své blízkosti. „Sousedka mě okradla“, „Dcera se mě chce zbavit“ a další. Mohou být podpořené poruchou paměti, smyslovým deficitem nebo sociální izolovaností. Iluze je zkreslené chápání reality, kdy například závěs na okně považuje nemocný za stojící postavu. Méně časté psychotické příznaky jsou halucinace. Mohou být zrakové či sluchové. Nemocný vidí neexistující lidi, zvířata či předměty. (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 76-77)

*„Paní A. byla celý život výborná hospodyně. Byt měla vždy vzorně uklizený, ráda vařila, starala se o vnoučata. V důsledku demence přestala být soběstačná, opakovaně zapomněla vypnout sporák, nebyla schopna si uklidit ani vyprat. Rodina jí zajistila pečovatelku, která jí nosila jídlo, obstarávala drobné nákupy a poklízela v bytě. Paní A. se tomu velmi bránila, nechápala, proč by se jí – vzorné hospodyně- měl někdo „přehrabovat“ ve věcech a nutit jí jíst to „nechutné“ jídlo. V důsledku demence nebyla schopna některé věci najít a začala pečovatelku obviňovat z krádeží, jídlo přestala jíst s tím, že je otrávené.“* (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 77)

### 3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Nyní opustíme obecnou problematiku demencí a v následující kapitole se budeme již věnovat hlubší kompilaci informací o Alzheimerově chorobě.

Alzheimerova choroba (dále jen ACH) je nejčastější nemocí ve stáří a uvádí se, že představuje až 50% všech demencí. ACH je degenerativní onemocnění mozku, které se vyvíjí velmi pomalu. Díky již zmíněnému pomalému vývoji se nemoc často nepozná a považuje se za známky běžného stáří. Toto onemocnění patří mezi choroby, které nejvíce ekonomicky zatěžují rodiny nemocných a patří mezi nejčastější příčiny smrti. (Hátlová, Suchá, 2005, s. 15)

Jejím základním rysem je *„postupný zánik cholinergních neuronů bazálního telencefala s následným úbytkem množství korové acetylcholinesterázy i cholinacetyltransferázy.“* (Hort, Rusina, 2007, s. 166)

Jiráček uvádí, že ACH je atroficko-degenerativní onemocnění mozku. Následkem této choroby dochází ke ztenčení gyry a rozšíření sulky. Gyry a sulky zvětšují plochu v mozkové kůře. Dále dochází ke značné atrofii v oblasti hipokampu. Atrofie značí výrazné zmenšení orgánů, při ACH je nejvíce postižen již zmíněný hipokampus, který je součástí velkého mozku a je důležitý pro krátkodobé uchovávání informací a při prostorové orientaci. (Jiráček in Růžička, 2003, s. 64-65)

*„Alzheimerovou nemocí trpí více než čtyři miliony dospělých. ACH postihuje každého pátého člověka nad šedesát pět let. S přibývajícím věkem se počet postižených zvyšuje a ve věkové skupině nad osmdesát pět let trpí touto nemocí téměř polovina osob. Více než padesát procent klientů zařízení dlouhodobé péče bylo přijato z důvodu Alzheimerovy nemoci.“* (Glennner, 2012, s. 19)

ACH se vyvíjí plíživě, přitom pomalu a velmi násilně progreduje. Brzy dochází k poškození osobnostních rysů a charakteristik. Nemocný vlivem této nemoci ztrácí základní návyky a zvyky, často své blízké překvapí svým chováním a jednáním. Nemocní s demencí ztrácí své dosavadní zájmy a cíle, přerušují dlouhodobé vztahy a vazby. Nejprve dochází k narušení krátkodobé paměti a porušení prostorové orientace. Často se objevují poruchy dalších korových funkcí, jako agnózie, afázie či apraxie. (Pidrman, 2007, s. 37)

Patricia R. Callone a kol. uvádějí, že ACH je velmi individuální. Způsobuje odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře, ale vývoj a základní rysy každý člověk pociťuje jinak. Záleží na zdravotním stavu a životních podmínkách. Progrese nemoci u jednotlivců

se neobjevuje v jednotné podobě, ale postupuje svým vlastním tempem. (Callone a kol., 2008, s. 28)

ACH má dvě základní formy, které se nazývají presenilní a senilní. Častější výskyt je u senilní demence. Ta přichází v pozdějším věku, nejdříve v 65 letech života. Méně častá podoba je presenilní demence, která se objevuje již v časném začátku života. Další dělení je na základě genetiky. Familiární ACH je forma, při které onemocní více blízkých příbuzných, naopak forma sporadická, která se vyskytuje častěji, je bez familiární příčiny. (Jiráček in Růžička 2003, s. 63)

### 3.1 Historie Alzheimerovy choroby

Velice zajímavá je historie Alzheimerovy choroby, proto ji v bakalářské práci také věnujeme zvýšenou pozornost.

V roce 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých lékařů v Tübingenu se prvně zmínila Alzheimerova choroba. Byla to přednáška nesoucí název „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ tedy o svérázném onemocnění mozkové kůry. Poprvé se tehdy 42letý Alois Alzheimer zmínil o paní Auguste D. Paní, která byla přijata v roce 1901 do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem s příznaky demence. Tato přednáška je základem pro pojmenování ACH. I přesto, že je nemoc pojmenována po neuropatologovi a psychiatrovi Aloisi Alzheimerovi, vývoj tohoto pojmenování je složitější. Již v roce 1892 Blocq P. a Marinesco G. popsali senilní plaky, které se při ACH vyskytují. Alois Alzheimer poté prvně popsal neurofibrilární klubka, které objevil až ve čtvrtině neuronů. Tento objev byl pokládán za odlišný od tehdy známé senilní demence a na základě toho se ACH začala uvádět jako samostatná nemoc. V následujících letech vědci našli důkazy, které prokázali, že demence Alzheimerova typu a senilní demence patří do stejné skupiny onemocnění. (Hort, Rusina, 2007, s. 166)

Když Alois Alzheimer vedl poprvé rozhovor s pacientkou paní Augustou D., začínal takto: „*Jak se jmenujete?*“

„*Augusta.*“

„*Vaše příjmení?*“

„*Augusta.*“

„*Jak se jmenuje váš manžel?*“

**„Myslím, že Augusta.“**

„Váš manžel?“

**„Ach, můj manžel.“**

Podívala se na mě, jako by dobře nechápala, na co se jí ptám.

„Jste vdaná?“

**„S Augustou.“**

„S paní D.?“

**„Ano, s Augustou D.“**

„Jak dlouho jste vdaná?“

Usilovně se snaží vzpomenout.

**„Tři týdny...“** (Buijssen, 2006, s. 15)

## **3.2 Etiologie**

Jednoznačná příčina, proč člověk onemocní touto chorobou, není. Existují však určité rizikové faktory demence, které zvyšují pravděpodobnost tohoto onemocnění. V minulosti se lidé domnívali, že demence je způsobena virem, který poškodil mozek. Dále pak uváděli, že je způsobena otravou kovy, zvláště pak hliníkem, který byl obsažen v pitné vodě. Dnes víme, že tyto názory nejsou pravděpodobné, ale i přesto vědci a lékaři nedokážou přesnou příčinu určit. (Buijssen, 2006, s. 18)

Mezi rizikové faktory patří především věk. Velmi vzácně se ACH objevuje před šedesátým rokem života. Vědci prokázali, že ženy jsou touto demencí ohroženy více, naopak muži jsou ohroženy spíše demencí cévního původu. Jedním z hlavních faktorů je genetika. Příbuzní lidí s ACH mají až čtyřikrát větší pravděpodobnost, že touto demencí onemocní také. Toto ovlivňuje gen kódující alipoprotein E, který výrazně zvyšuje riziko. U ACH je také důležité vzdělávání. Tato nemoc se méně často objevuje u lidí, kteří mají vyšší úroveň vzdělání, proto je důležité, aby se lidé celoživotně vzdělávali a trénovali svůj mozek a myšlení. Také životní styl může zvyšovat riziko onemocnění. Především pak kouření a zvýšený příjem alkoholu. Demenci mohou vyvolat také infekční onemocnění jako je syfilis, AIDS apod. (Slezáková a kol., 2007, s. 131)

### 3.3 Příznaky

ACH se rozvíjí velmi pomalu a často jí lidé mylně považují za fyziologické stáří. Zejména blízké osoby nemocného by měli poznat jisté změny osobnosti a příznaky této nemoci. Příznaky se musí vyskytovat alespoň 6 měsíců, aby se demence mohla spolehlivě diagnostikovat. (Callone a kol., 2008, s. 28; Slezáková a kol., 2007, s. 132)

- Ztráta paměti, která narušuje běžný denní režim – občasné zapomenutí jména či telefonního čísla je v dnešní uspěchané době zcela normální. Nemocní s ACH však zapomínají neustále a to i základní věci, které jsou pro ně běžné a přirozené.
- Neschopnost vykonávání běžných pracovních úkonů – lidé trpící demencí Alzheimerova typu mají potíže fungovat v běžném denním režimu. Ztráta paměti je postupně vyřazuje z pracovního tempa. Snadno zapomenou, že chtěli vařit nebo dokonce již vařit začali. Člověk s touto nemocí nezvládá základní péči o domácnost.
- Problémy s vyjadřováním – komunikace s člověkem trpící demencí může být náročná. Nemocný zapomíná, vynechává slova, nebo je často nahrazuje nesprávnými a věty pak mohou být nejasné a matoucí.
- Dezorientace – člověk s ACH se běžně ztratí ve své vlastní ulici. Zapomene, kde bydlí a v jakém městě se nachází. Jeho časová a místní orientace je velmi narušena.
- Nesprávné zakládání věcí – v domácnosti, kde žije nemocný s ACH, běžně najdeme peněženku v lednici, klíče v troubě apod. Nemocný si nedokáže uvědomit, kam věci patří a k čemu slouží. Jednoduše je uloží na místo jemu neblížší.
- Časté změny nálad – prudké změny nálad, častý pláč či hněv jsou u nemocného na denním pořádku.
- Změny osobnosti – v mládí byl veselý, optimistický a laskavý. Ve stáří ho ACH změnila na zmateného, podezřivého a ustrašeného člověka. (Holmerová, Mátlová, 2012, s. 8-9)

### 3.4 Diagnostika

*„Problém s demencí se nepříznává snadno, a proto návštěva lékaře, který stav komplexně posoudí a provede diagnózu, představuje velký krok dopředu.“ (Glenner, 2012, s. 24)*

Pro diagnostikování ACH se musí pacient podrobit celé řadě vyšetření. Podobné příznaky mohou být přítomné i u mnoha dalších nemocí. Metoda, která by jednoznačně potvrdila demenci, zatím neexistuje. Diagnostiku tvoří velká skupina metod. Prvním krokem je stanovení lékařské anamnézy a klinického obrazu. Je důležité se zaměřit na možnost genetického přenosu v rodině a na průběh příznaků nemocného. Pro ACH je typický pomalý a nenápadný začátek, dále pak globální postižení kognitivních funkcí a poškození paměti. Dalším krokem je určení demence. K tomuto účelu bylo vyvinuto mnoho testů, které napomáhají určit přítomnost a stupeň demence. (Regnault, 2011, s. 22-23)

Nejužívanější test pro zjištění demence je Mini-Mental-State-Examination neboli MMSE (Příloha A). Je to výkonový test, který hodnotí kognitivní funkce pacienta. Tento test obsahuje otázky, které se zaměřují například na orientaci, všípivost či zapamatování. Maximum bodů je 30. Pásmo 24-18 bodů představuje lehkou demenci. Pásmo 17-6 bodů představuje středně těžkou demenci a pásmo pod 6 bodů značí již těžkou demenci. (Růžička, 2003, s. 25)

Další důležitý test je HACH neboli Hachinskiho ischemický skór (Příloha B), který slouží k upřesnění diagnostiky. Tento dotazník zkoumá 13 příznaků, které jsou hodnoceny body. Skóre 1-4 značí větší pravděpodobnost ACH, skóre 5-6 je časté u smíšených demencí a skóre 7 a více je obvykle přítomné u vaskulárních demencí. (Pidrman, 2007, s. 170)

Jedním z dalších možných testů je Test hodin (Příloha C), který má velmi dobré výsledky v odhalení časného stádia nemoci. Pacient je vyzván, aby bez předlohy nakreslil hodiny a pomocí ručiček na něm vyznačil časový údaj 11 hodin a 10 minut. Hodnotí se celistvost číselníku, správnost čísel a další. (Franková, Hort a kol., 2011, s. 19)

Pro určení schopností vykonávat běžné denní činnosti se používá testovací škála ADL neboli activity daily living. Tento Barthelův test základních všedních činností zhodnotí stupeň závislosti. Maximum bodů je 100 a hodnotí se: najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, přesun z lůžka na židli, chůze po rovině a po schodech. Nejvyšší počet bodů značí nezávislost seniora. (Malíková, 2011, s. 206)

K diagnostice demencí je také důležitý laboratorní biochemický, hematologický a sérologický screening. Pro potvrzení sekundárních demencí slouží základní biochemické vyšetření. Abnormality iontové rovnováhy a celkové bílkoviny informují o stavu hydratace a nutrice. Hodnoty krevní ury, kreatininu a kyseliny močové signalizují možné renální selhání,

které může zprvu vypadat jako demence. Hyperglykémie a hypoglykémie mohou být součástí metabolické demence a nižší hladina vitamínu B12 může signalizovat ACH. (Franková, Hort, 2011, s. 32; Jiráček, Koukolík, 2004, s. 143-144)

Poslední skupinou metod pro zjištění ACH jsou zobrazovací metody, které mají velký význam v diagnostice. Zobrazení morfologie nám umožňuje výpočetní tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR). Tyto metody ukazují různý stupeň kortikosubkortikální atrofie s rozšířením komorového systému mozku. Rovnoměrná atrofie je nejčastěji přítomna u ACH. Definitivní diagnóza ACH jde potvrdit pouze po smrti, při pitvě. Kdy jsou prokázány typické změny v mozku. (Jiráček, Koukolík, 2004, s. 144)

### **3.5 Terapie**

Vyléčit ACH lékařská věda prozatím nedokáže. I přesto je možné zlepšovat kvalitu života nemocného a zmírňovat příznaky. ACH vždy končí smrtí, ale správně zvolená terapie dokáže oddálit progresi. U člověka s ACH je důležité léčit porušené kognitivní funkce, emoční labilitu a chování. Od léčby se očekává především stabilizace nemocného, co nejdelší soběstačnost a zmírnění nároků na rodinu a pečující. Také se udává, že včasná terapie snižuje náklady na léčbu a oddaluje nutnost hospitalizace ve zdravotním zařízení. Kladný výsledek léčby není jen zlepšení stavu nemocného, ale i udržení dosavadních schopností. Také pokud dojde k menšímu zhoršení, než se původně předpokládalo, dá se terapie považovat za úspěšnou. Boj s touto nemocí je velmi náročný a každý drobný úspěch je pro nemocného a jeho rodinu velmi důležitý. Průběh nemoci je u každého individuální. Studia však ukazují, že v průměru dochází u neléčeného nemocného k úbytku v testu MMSE za jeden rok nejméně o 2 až 3 body. Základní terapie by se dala rozdělit na behaviorální (nefarmakologickou) a farmakologickou. (Pidrman, 2007, s. 93)

### 3.5.1 Behaviorální nefarmakologická terapie

Cílem behaviorální nefarmakologické léčby je:

- *„Zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnosti a kognitivních funkce*
- *Smysluplné vyplnění volného času*
- *Ovlivnění behaviorálních a psychologických příznaků demence a aktivit denního života*
- *Zlepšení verbální i nonverbální komunikace pacienta s příbuznými/ošetřovatelem“*  
(Pidrman, 2007, s. 93)

Aktivity, by vždy měly posilovat a podporovat silné stránky nemocného a probíhat ve známém prostředí. Behaviorální léčba se skládá z pěti hlavních oblastí. První oblast se zaměřuje na životní styl. *„Jde o edukaci pacienta, jeho podporu, trvalou péči o pacienta, přátelskou atmosféru v prostředí, kde se nachází. Smyslem má být zejména zachování jeho sociální funkčnosti.“* (Pidrman, 2007, s. 94)

Další oblast se zaměřuje na fyzickou aktivitu, která je velmi důležitá pro zachování režimu a přísunu psychických podnětů. Jednou ze specializovaných metod je pohybová či taneční terapie. Také je vhodné nemocnému umožnit návštěvu a pobyt v denních centrech a zařízeních, které se zaměřují na tuto problematiku. Třetí částí behaviorální léčby je psychická aktivita, která obsahuje několik základních postupů. Tím prvním je podpoření orientace, kdy je důležité, aby nemocný necestoval a nemusel měnit své přirozené prostředí a místo. Dále by měl mít k dispozici hodiny, kterým dokáže porozumět a díky nim se alespoň částečně orientovat v čase. (Pidrman, 2007, s. 94)

*„Pacient musí být konfrontován s realitou co nejvíce, jak je to jen možné. Místnosti v bytě nebo nemocnici či ústavu sociální péče musí být označeny nápisy nebo srozumitelnými piktogramy. Pacient má mít k dispozici dobře čitelný kalendář, ze kterého se dozví aktuální datum.“* (Jiráček in Růžička, 2003, s. 81)

Další aktivita, která podporuje psychický stav, je učení. Pro udržení mozkové funkce je dobré dávat nemocnému úkoly, které ho budou zajímat a zároveň zlepšovat jeho mysl či paměť. Následujícím bodem je optimalizace senzorických funkcí. Je velmi podstatné znát, do jaké míry jsou poškozeny senzorické funkce, především sluch a zrak. Kvůli poškození těchto

funkcí často dochází k nepochopení či nedorozumění. Poslední oblastí z behaviorální léčby je péče o nutriční, což je základní opatření v terapii demence. (Pidrman, 2007, s. 94-95)

### 3.5.2 Farmakologická terapie

Medikamentózní léčba dokáže výrazně zpomalit proces demence. Nejlepší léčba, která se v dnešní době používá, je využití inhibitorů cholinesterázy. Tyto léky zabraňují enzymu acetylcholinesteráze v rozkládání chemické látky - acetylcholinu, který je potřebný k utváření spojů mezi mozkovými buňkami. Často používané léky ze skupiny inhibitorů acetylcholinesterázy jsou Donepezil, Rivastigim či Galantimin. Tyto léky zpomalují postup ACH. (Glenner, 2012, s. 24-25)

*„Donepezil je většinou velmi dobře tolerován. I přes dlouhý vylučovací poločas má minimum lékových interakcí. Rivastigim má častější gastrointestinální nežádoucí účinky a ve světě běžně používaný Galantamin byl v České republice firmou stažen z trhu.“* (Franková, Hort a kol., 2011, s. 42)

Další léky zmírňují rozvoj příznaků nemoci a zlepšují každodenní život pacienta. Je to například: *„Brain Srat, který dodává mozkovým buňkám speciální živiny pro obnovení původních funkcí, Carnosine star, který patří mezi nejefektivnější léky na stáří, chrání proti oxidaci DNA, EPA 300 + DHA 200, který působí dobře na schopnost zapamatování, GOTU KOLA, který zvyšuje stimulační účinek na CNS. Kromě těchto moderních podpurných léků se podává celé spektrum léků z řady nootropik, antidepressiv, neuroleptik a hypnotik. Indikace léků je vždy individuální pro konkrétního pacienta. Je nutné léky podávat pravidelně, dlouhodobě a přesně.“* (Slezáková a kol. 2007, s. 133)

## 3.6 Prevence

ACH byla dříve velmi vzácná, v dnešní době je naší nedílnou součástí a čím dál častěji seniorům bere jejich osobnost, paměť a radost ze života. Reakcí na tento zvýšený výskyt je početnější výzkum, který zkoumá stárnutí, mozek a celkové myšlení. Postupně se odhalují různé hormony či specifické geny, které působí na systém mozku a ukládání informací. Tyto výzkumy snad v budoucnu ulehčí život mnoha lidem, ale zatím je to jen velmi vzdálená

představa. I přesto už dnes známe fakta, která nám pomáhají zajistit aktivní život i ve stáří. Dnešní vědecké bádání se zaměřuje především na to jak zajistit schopnosti z mládí i v pokročilém věku. To nejjednodušší vysvětlení bývá často to nejlepší a tak je to i v případě ACH. To nejdůležitější je fyzická a psychická aktivita, která nám ve stáří pomůže lépe prospívat. „*Výzkum na laboratorních zvířatech již dávno ukázal, že zvýšení duševní aktivity zvětšuje mozkové buňky a zlepšuje jejich kvalitu. Současné výzkumy potvrzují, že donucení mozku ke zkoumání neznámých podnětů zlepšuje jeho výkon i u dospělých lidí.*“ (Bragdon, Gamon, 2009, s. 9-11)

ACH zastavit nemůžeme, nedokážeme ji ani stoprocentně předejít a hlavně ji lékaři prozatím neumí vyléčit. I přesto tuto nemoc, která bude stále častější, můžeme oddálit. Tak jako jedinci, kteří jsou ohroženi například diabetem, mohou svým způsobem života zmírnit riziko a zlepšit svůj zdravotní stav, mohou lidé aktivním přístupem oddálit ubývání paměti a duševních schopností. Lidé i přesto, že si to často myslí, nemusí čekat na to, co je potká, ale mohou aktivním životním stylem, správnou životosprávou a trénováním mysli zachovat své fyzické a psychické mládí. Prevence není nikdy stoprocentní a často se stane, že člověk, který celý život strávil sportováním, vzděláváním a správnou výživou onemocněl ve stáří demencí. Tato nemoc je často nekompromisní, ale i přesto si lidé musí uvědomit, že mají ve svých rukou možnost zlepšit svůj stav a mohou se řídit heslem: „*objevili jsme lék na Alzheimerovu chorobu, je jím prevence!*“ (Carperová, 2011, s. 23-27)

Jedna z možných prevencí je akademie třetího věku, neboli vzdělávací zařízení, které umožňuje seniorům cvičit paměť, rozšiřovat si obzor a umožňovat sociální kontakt s vrstevníky. První řada odborných přednášek byla zrealizována v roce 1986 v Olomouci na Univerzitě Palackého. V dnešní době tyto programy nabízejí mnohé univerzity a počet studujících seniorů je kolem 4000 v České republice. Toto vzdělávání pomáhá seniorům neztrácet kontakt s okolím, trénovat myšlení a posilovat své duševní zdraví. Právě toto je důležitý krok v prevenci ACH. (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 52-53)

Jean Carperová ve své knize 100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci, a úbytku paměti uvádí různé teorie a poznatky, které jsou založeny na výzkumech mnoha schopných vědců a jsou možnou prevencí proti ACH. Je však nutné si uvědomit, že „*jejich dodržování by nemělo být považováno za spolehlivý způsob, jak se vyhnout Alzheimerově chorobě. Jde spíše o jakéhosi průvodce uvedenými opatřeními, jež tomuto úsilí mohou napomoci.*“ (Carperová, 2011, s. 15)

Jedním z důležitých poznatků je působení beta-amyloidu v mozku, který je ovlivněn vysokým příjmem sladkých a tučných potravin. Tento toxický protein postupně ničí mozkovou tkáň a má velmi destruktivní dopad. Naopak zdravé potraviny tento dopad pozitivně ovlivňují a zmírňují. Další doporučení, která autorka v knize uvedla, jsou například: *„chytrý přístup k alkoholu – může mozkové buňky oživit, ale také zničit; pijte jablečný džus – chová se jako lék proti Alzheimerově chorobě; ani chvíli neposedíte – čím víc se hýbete, tím lépe myslíte – a to doslova; mějte pod kontrolou cholesterol – vysoké hodnoty špatného cholesterolu ve středním věku zvyšují pravděpodobnost onemocnění Alzheimerovou chorobou; užívejte kyselinu listovou – tato forma vitamínu B může zpomalit problémy s pamětí až o pět let.“* A mnohá další doporučení, které pomohou v boji proti úbytku paměti. (Carperová, 2011, s. 23-25; 29; 48; 66; 78; 133)

### 3.6.1 Kognitivní trénink

Pojem kognitivní trénink *„vyjadřuje procvičování kognitivních schopností u zdravých osob, které se touto činností aktivizují, a činí tak prevencí kognitivním poruchám ve smyslu involučních změn.“* Kognitivní trénink je nejen prevencí, ale i způsob léčby u ACH, je to posilování poznávacích funkcí, jako je pozornost, paměť, zrakově-prostorová schopnost, jazyk a myšlení. V rámci tohoto tréninku je nutné se zaměřit na paměť seniora, jeho motivaci, koordinaci či orientaci. Výhodou této prevence je forma, která by seniory měla bavit a dále motivovat, jedná se nejčastěji o hru, soutěž či kvíz. Kognitivní trénink je velmi vhodný do domovů pro seniory, kde se může provádět i ve větším počtu a vzbudit přirozenou soutěživost a snahu. *„Obsahem kognitivních tréninků je nejen procvičování samotných kognitivních funkcí, ale též zahrnutí osobnostních a sociálních faktorů. Důvodem je neoddělitelnost těchto složek v běžném životě.“* (Klucká, Volfová, 2009, s. 13,19,20,21)

Kognitivní trénink může vypadat jako například tyto cvičení: *„kde se nachází Rýn, Vídeň, Big Ben, pyramidy, Berlín, Alpy, Jadranské moře, Fjordy, Kréta, Socha Svobody, Normandie, Benátky, Amsterdam, Petrohrad, Ženeva? Tento úkol je možné řešit pouze slovně, nebo ukazovat na mapě.“*; *„Vysvětlete prosím následující rčení: šlapat si na jazyk, uhodit hřebík na hlavičku, snést modré z nebe, tahat za nos, zakopat válečnou sekeru, spát, jako když do vody hodí. Znáte ještě nějaká další úsloví?“* Druhů a forem je velké množství, dají se používat křížovky, sudoku, kvízy či doplňovačky. (Klucká, Volfová, 2009, s. 121)

## 4 INFORMOVANOST

V dnešní době jsou informace všude kolem nás, v médiích, na internetu, v různých organizacích a zdravotních zařízeních, ale jak se k nim dostane senior, který na sobě či jeho blízkých pocítuje změny paměti či jiné obtíže, které mohou značit ACH? Základní informace by měl vždy poskytovat obvodní lékař či specialista, zároveň by měl poskytnout informační materiál, ve kterém budou obsaženy základní informace a kontakty, které by mohl senior a jeho rodina využít. V této kapitole budou uvedeny některé informační materiály, které jsou volně dostupné pro veřejnost. Uvedme tedy některé internetové a další informační zdroje.

Příkladem je internetový projekt *Moje lékárna*. Jedná se o sdružení nezávislých lékárníků z více než 380 lékáren. Na internetových stránkách <http://www.mojelekarna.cz/> poskytují nabídky výrobků a služeb, které se specializují především na geriatrické pacienty. Poskytují odborné poradenství a zároveň informační materiály, které mohou seniorům či rodině poskytnou důležité informace. Pracovníci jsou pravidelně školeny Českou gerontologickou a geriatrickou společností tudíž je zde garance aktuálních a pravdivých informací. Tento projekt poskytuje i informační leták o ACH (PŘÍLOHA D), který je dostupný na internetových stránkách nebo ve vybraných lékárnách. (Moje lékárna, 2009, [online])

Další informace lze získat v Domově důchodců Albrechtice nad Orlicí. Je to specializované pobytové zařízení, které se zaměřuje pouze na lidi postižené demencí a nachází se v Královéhradeckém kraji. Toto zařízení poskytuje ošetrovatelské, zdravotní či sociální služby pro nemocné s ACH. Na internetových stránkách <http://www.ddalbrechtice.cz> jsou k dispozici základní informace o nemoci, její stádia či testy na kvalitu paměti. Také je zde popsáno kdy je vhodné využít péči tohoto zařízení. Veřejný závazek tohoto zařízení (PŘÍLOHA E) je veřejně přístupný dokument, který popisuje poskytované služby a sděluje cíle a poslání zařízení. (Domov důchodců, Albrechtice nad Orlicí - domov pro seniory, 2012-2014, [online])

Městská správa sociálních služeb v Boskovicích zřizuje domov se zvláštním režimem, který sídlí ve městě Boskovice na střední Moravě. Tento domov je určen především pro osoby trpící ACH, stařeckými demencemi či pro osoby po cévní mozkové příhodě. Domov poskytuje zdravotní, ošetrovatelskou a aktivizační péči. Na internetových stránkách <http://www.msssboskovice.cz> jsou dostupné informační letáky pro rodiny a pečující.

Informační leták k onemocnění demence (PŘÍLOHA F) poukazuje na rizikové faktory a mýty o demencích, dále obsahuje rychlý screening demence a rady jak pracovat s lidmi, kteří trpí ACH. (Městská správa sociálních služeb v Boskovicích, 2014, [online])

Jedno z dalších zařízení, které se zabývá péčí o seniory s demencí, je Domov důchodců v Hradci Králové, o kterém jsou dostupné informace na internetových stránkách <http://www.ddhk.cz/>. Tento domov je složen z běžného Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem, který poskytuje individuálně zaměřené služby pro seniory s demencí. Zařízení seniorům zajistí pobytovou, zdravotní a sociální péči a zároveň zajišťuje jejich bezpečnost. Jedním z bezpečnostních prvků je kódovací systém dveří, který zajistí, že žádný klient bez dozoru neopustí budovu, další zabezpečení spočívá v opatření balkónů, které jsou zajištěny sítěmi proti pádu. Toto zařízení poskytuje brožuru, která je k dispozici rodině nemocného s ACH (PŘÍLOHA G). (Domov důchodců Hradec Králové, 2011, [online])

#### 4.1 Česká alzheimerovská společnost

Jedním z nejdůležitějších zdrojů informací je Česká alzheimerovská společnost (dále jen ČALS), vznikla v roce 1996 a v únoru 1997 byla zaregistrována jako občanské sdružení. ČALS je v dnešní době zařazena mezi uznávané mezinárodní organizace. Vznikla díky odborníkům a rodinným příslušníkům, kteří se zajímali o problematiku demence. (Holmerová, Mátlová, 2012, s. 92)

*„Podnětem k jejímu vzniku byl pocit některých profesionálů i rodinných příslušníků, že problematice demencí, a to zejména praktickým aspektům péče, není u nás věnována dosud dostatečná pozornost.“* (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 101)

Za dobu působení tato společnost dosáhla významných změn a pokroků ohledně péče o nemocné s demencí. V dnešní době se podílí na nejrůznějších projektech, které podporují nejen nemocné s ACH, ale i jejich rodinu a pečující. Tato společnost je členem Alzheimer's Disease International, tedy mezinárodní alzheimerovské asociace, která již od roku 1994 slaví Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci, který připadá na 21. září a u nás je pojmenován jako Pomerančový den. (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 101)

*„Chtěli jsme zejména upozornit na skutečnost, že včasná diagnóza je prvním předpokladem pro to, aby se postižený mohlo dostat správné terapie, péče, pomoci a podpory pečujícím*

*rodinám. Tito lidé potřebují zejména v naší zemi více porozumění ze strany společnosti i jejich zodpovědných zástupců.*“ (Holmerová, Mátlová, 2012, s. 93)

Informace o ČALS jsou k dispozici také na internetu. Webová stránka je <http://www.alzheimer.cz>, kde se každý může dozvědět základní informace o této demenci a také o projektech a službách, které poskytuje tato společnost. Zároveň je vytvořena databáze služeb pro nemocné s demencí, která je dostupná pro veřejnost na internetových stránkách: <http://www.gerontologie.cz>, kde jsou k dispozici také 2 informační brožury s názvem Alzheimerova choroba v rodině a Sociální aspekty péče o nemocného s demencí. Hlavní kontaktní centrum této společnosti je umístěno v Praze, ale další pobočky najdou klienti ve více než 20 městech České republiky. ČALS vydává brožury a příručky, které jsou k dispozici veřejnosti a poskytují dostatek informací pro lepší zvládnání obtížné situace. Kromě základních informací je v ČALS poskytováno také poradenství od lékařů, psychologů či sociálních pracovníků, kteří individuálně posuzují problematiku nemocného a mohou klienta nasměrovat na další vhodný zdroj informací. (Holmerová, Mátlová, 2012, s. 92-93)

Čaj o páté je jedním z velmi významných a zajímavých projektů této společnosti. Jedná se o svépomocnou skupinu, která se pravidelně schází a konzultuje za pomoci specializovaných pracovníků péči o nemocné a sděluje si své zkušenosti či prožitky. Tato skupina je velmi důležitá. Členové si navzájem poskytují oporu a snaží se najít co nejlepší řešení. ACH je nevyhléditelná a i přes kvalitní péči a podporu blízkých vždy končí smrtí. A právě na smrt blízkých se zaměřuje „relaxace“ neboli podpora rodinných příslušníků. ČALS umožňuje setkávání těchto lidí a s pomocí psychologa se snaží relaxovat a sdílet své pocity s ostatními. Další důležitá oblast je respitní péče, která zajišťuje pečujícím rodinám oddech a úlevu. Tato služba spočívá v převzetí péče o nemocného s demencí. Několik hodin v týdnu si pečující mohou odpočinout a zařídit si své osobní věci. Veškeré podmínky a informace mohou klienti získat na internetových stránkách či kontaktním pracovišti ČALS. (Jirák, Holmerová a kol., 2009, s. 102-104)

## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Součástí bakalářské práce, je kvantitativní výzkumné šetření, zaměřené na aktuální znalosti seniorů o Alzheimerově chorobě.

Byly stanoveny dílčí cíle:

- Zjistit aktuální znalost seniorů o Alzheimerově chorobě.
- Zjistit aktuální znalost seniorů o prevenci Alzheimerovy choroby.
- Zjistit realizované aktivity seniorů v rámci prevence Alzheimerovy choroby.
- Zjistit možné zdroje informací o Alzheimerově chorobě dle respondentů.

Pro dosažení zadaných cílů byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu-dotazníkové šetření.

Hendl uvádí, že: „Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Předpokládá se, že lidské chování můžeme do jisté míry měřit a předpovídat. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.“ (Hendl, 2005, s. 46)

Výhody kvantitativního výzkumu jsou: „Relativně rychlý a přímočarý sběr dat, poskytuje přesná numerická data, relativně rychlá analýza dat, výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi a je užitečný při zkoumání velkých skupin.“ (Hendl, 2005, s. 49)

Bártlová definuje dotazníkové šetření jako: „Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Získáváme jím empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných otázek.“ (Bártlová a kol., 2008, s. 98)

Dotazníkové šetření probíhalo v období leden – únor 2014. Byl vytvořen dotazník o 20 otázkách (PŘÍLOHA H), který byl distribuován seniorům v Královéhradeckém kraji. Dotazník byl určen seniorům různého věku, vzdělání a sociálního zázemí. Prvních šest otázek identifikuje respondenty. Tyto otázky se zaměřují především na věk, pohlaví, vzdělání,

bytové podmínky či zájmové aktivity. Následně byly v dotazníku použity otázky dichotomické a trichotomické uzavřené, výběrové a výčtové uzavřené, otevřené a polootevřené. Pro ověření srozumitelnosti dotazníkového šetření byl proveden pilotní výzkum u 5 náhodně vybraných seniorů. Po provedeném pilotním výzkumu nebyly v dotazníku provedeny žádné změny.

Dotazníkové šetření probíhalo v Královéhradeckém kraji a bylo zcela anonymní. Dotazníky byly přizpůsobeny potřebám seniorů. Jednalo se především o větší a výraznější písmo, které mělo usnadnit vyplňování respondentům, kteří mohou mít kvůli stáří zhoršený zrak. Celkem bylo distribuováno 60 dotazníků, které byly rovným dílem rozděleny. Před distribucí dotazníků bylo vyřízené potřebné potvrzení o provedení výzkumu.

První polovina tj. 30 dotazníků byla rozdána v domově pro seniory, kde si dotazníky převzala sociální pracovnice a předala je seniorům. Druhá polovina byla rozdána seniorům z řad veřejnosti. Z domova pro seniory byla návratnost 100%, tedy 30 dotazníků. U dotazníků, které byly rozdány seniorům z řad veřejnosti, byla návratnost také 100%, ale z důvodu nepřesného vyplnění bylo nutné dva dotazníky vyřadit. Celkový počet z této skupiny je tedy 28 dotazníků (93,3%). Celkový počet zpracovaných a do výzkumného šetření zahrnutých dotazníků je 58. Všichni respondenti po vyplnění dotazníku obdrželi informační leták, který byl pro tento účel v rámci zpracování bakalářské práce vytvořen a je také dílčím cílem práce. (PŘÍLOHA CH).

## **5.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Jak již bylo výše zmíněno, dotazníkové šetření bylo zaměřeno na seniory bez ohledu na sociální zázemí, vzdělání či věk. Nejnižší věková skupina respondentů byla v rozmezí 50-59 let. Všichni dotazovaní žijí v Královéhradeckém kraji. 60 dotazníků bylo rozděleno následovně: První polovina byla rozdána do domova pro seniory. Dotazníky si převzala sociální pracovnice, takže jsem respondenty neměla možnost osobně poznat, avšak bylo podmínkou, aby senioři, kteří budou dotazník vyplňovat, byly mentálně a duševně schopní. Druhá polovina byla z řad veřejnosti. Jednalo se především o seniory, kteří se objevují v mém okolí či prarodiče mých blízkých a spolužáků.

## 5.2 Metodika zpracování dat

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány v programech Microsoft Word a Excel 2007. Data byla zpracována pomocí popisné statistiky, kde u každé otázky byla stanovena absolutní četnost ( $n_i$ ), která představuje počet respondentů, kteří odpovídali na otázky v dotazníkovém šetření, dále relativní četnost ( $f_i$ ), která znázorňuje podíl absolutní a celkové četnosti a je znázorněna v procentech a celková četnost, která značí celkový počet respondentů a je značena znakem  $\Sigma$ . Analýza a zpracování dat proběhlo dle vzorce  $f_i = (n_i / n) \times 100$ . Otázky byly zpracovány do koláčových grafů, pouze u typu otázek otevřených a s možností více odpovědí byly použity pro větší přehlednost grafy sloupcové.

## **6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Na základě dílčích cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

VO č. 1: Jaké znalosti mají senioři obecně o Alzheimerově chorobě?

VO č. 2: Jaké znalosti mají senioři o prevenci Alzheimerovy choroby?

VO č. 3: Jaké aktivity senioři realizují v rámci preventivních opatření proti příznakům Alzheimerovy choroby?

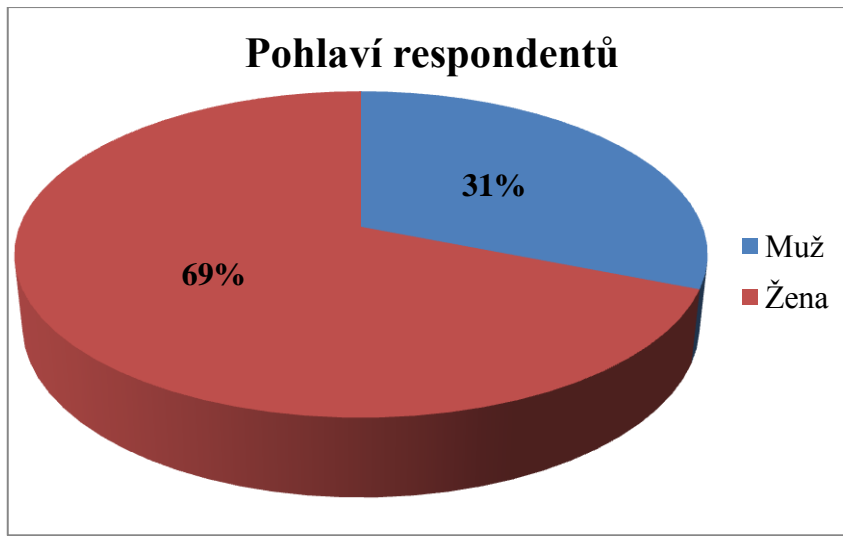
VO č. 4: Jaké zkušenosti z okolí mají senioři s Alzheimerovou chorobou?

VO. č. 5: Kde mohou senioři získat o Alzheimerově chorobě informace?

## 7 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

1. Otázka – Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

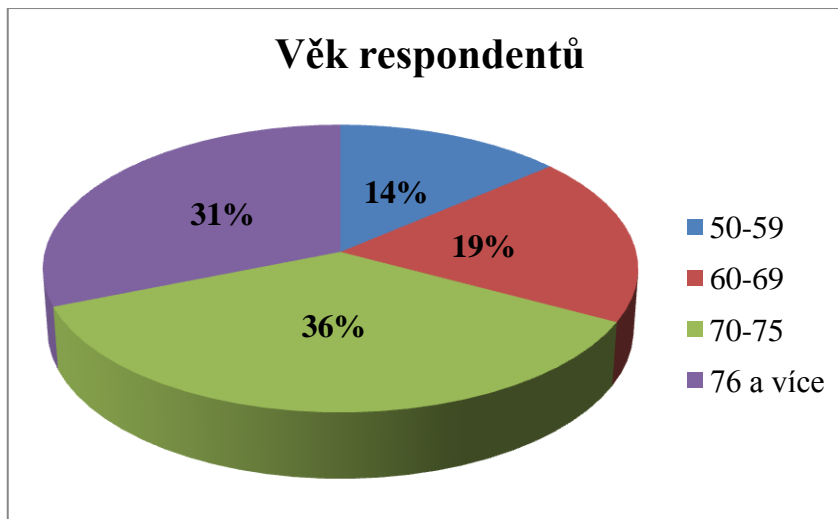


Obr. 1 Graf pohlaví respondentů

První graf znázorňuje pohlaví dotazovaných respondentů. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 40 žen (69%) a 18 mužů (31%).

2. Otázka – Jaký je Váš věk?

- a) 50-59
- b) 60-69
- c) 70-75
- d) 76 a více

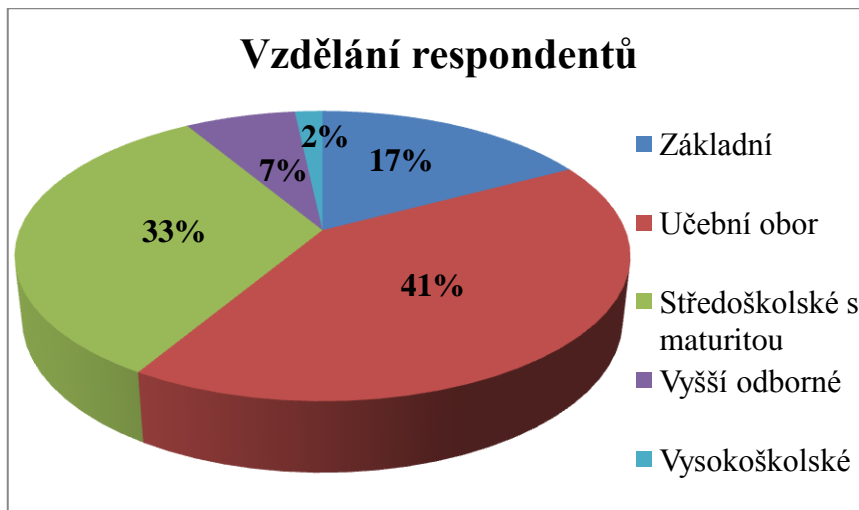


Obr. 2 Graf věku respondentů

Druhá otázka z dotazníkového šetření se zaměřovala na věk respondentů. Byly dány čtyři věkové skupiny viz koláčový graf. Nejvíce zastoupení byli v dotazníkovém šetření respondenti v rozmezí 70-75 let. Tento věk označilo 21 respondentů (36%), dále následovalo rozmezí 76 a více let, které označilo 18 dotazovaných (31%). Věkovou skupinu 60-69 let označilo 11 respondentů (19%) a 8 respondentů bylo ve věku 50-59 let (14%).

3. Otázka – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

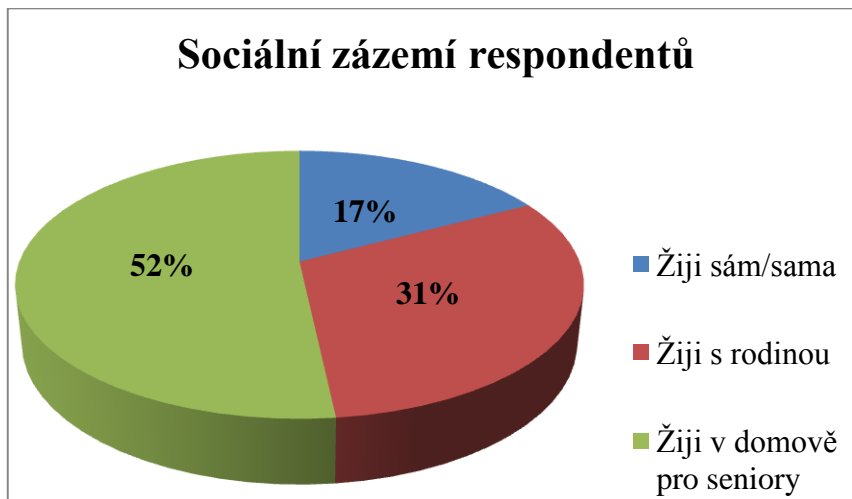
- a) Základní
- b) Učební obor
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské



Obr. 3 Graf vzdělání respondentů

Otázka č. 3 v dotazníkovém šetření byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejčastějším vzděláním byl učební obor, který označilo 24 respondentů (41%). Středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou uvedlo 19 dotazovaných (33%), základní vzdělání uvedlo 10 respondentů (17%), vyšší odborné vzdělání 4 respondenti (7%) a jeden respondent označil vzdělání vysokoškolské (2%).

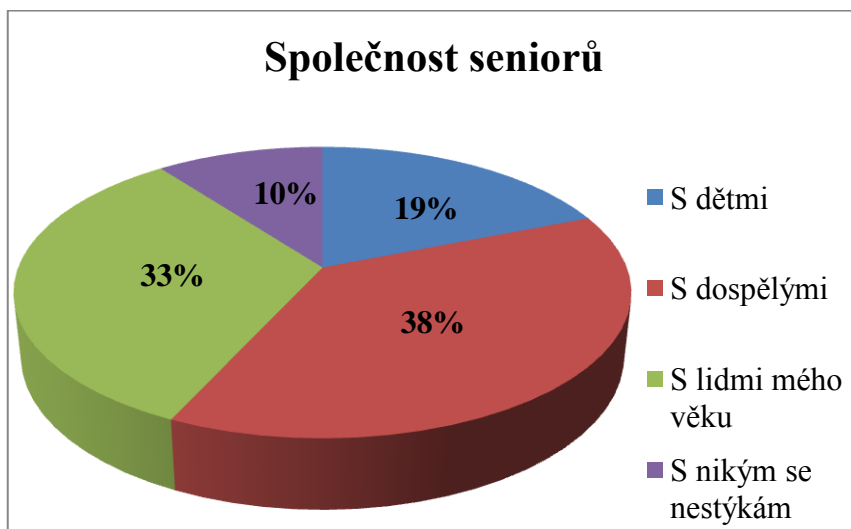
4. Otázka – Žijete v:
- a) Žiji sám/sama
  - b) Žiji s rodinou
  - c) Žiji v domově pro seniory



**Obr. 4 Graf zázemí respondentů**

Čtvrtá otázka zjišťovala sociální zázemí dotazovaných. Nejvíce respondentů (30) uvedlo, že žije v domově pro seniory (52%), 18 dotazovaných uvedlo, že žijí s rodinou (31%) a 10 respondentů označilo, že žijí sami (17%).

5. Otázka – S jakými lidmi jste nejvíce v kontaktu?
- a) S dětmi
  - b) S dospělými
  - c) S lidmi mého věku
  - d) S nikým se nestýkám



Obr. 5 Graf společnosti seniorů

Pátá otázka se zaměřovala na okolí seniorů, s kým se respondenti nejvíce stýkají. Nejvíce dotazovaných (22) odpovědělo, že se stýká s dospělými lidmi (38%), 19 respondentů odpovědělo, že se nejvíce stýká se seniory (33%), 11 respondentů (19%) uvedlo, že se stýká nejvíce s dětmi, často k tomu bylo dopsáno, že většinu času tráví se svými vnoučaty. 6 dotazovaných (10%) uvedlo, že není s nikým v kontaktu.

6. Otázka – Máte nějaké zájmové aktivity, kterým se věnujete? (Prosím vypište)



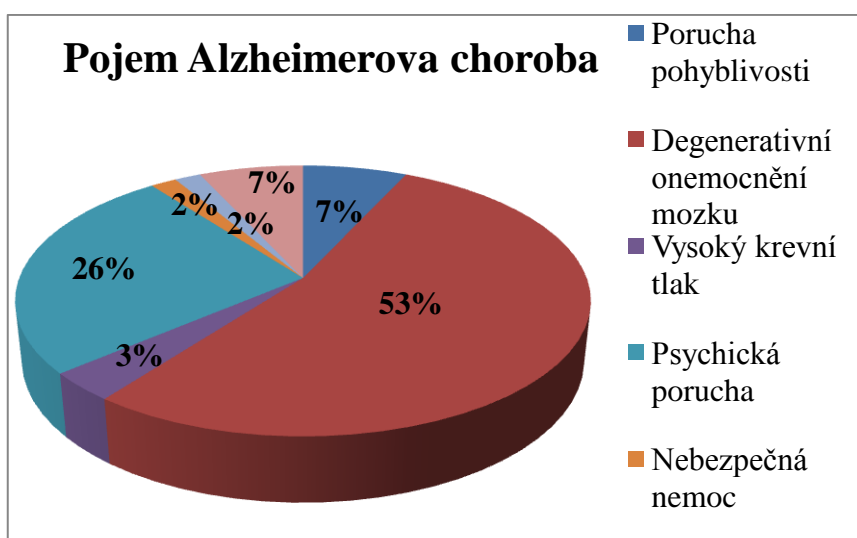
Obr. 6 Graf zájmových aktivit seniorů

Šestá otázka byla otevřená a zaměřovala se na zájmové aktivity dotazovaných. Zda senioři mají nějaké záliby či činnosti, které provozují ve svém volném čase. Bylo shromážděno 76 odpovědí, od 58 respondentů. Pro přehlednost byl použit sloupcový graf. Nejvíce shodných odpovědí bylo u četby knih, tuto činnost označilo 14 dotazovaných (18%), dále sledování televize, tuto aktivitu uvedlo 11 respondentů (14%) a 10 dotazovaných uvedlo jako zájmovou činností cyklistiku (13%).

7. Otázka – Co si představíte pod pojmem Alzheimerova choroba?

- a) Porucha pohyblivosti
- b) Degenerativní onemocnění mozku
- c) Porucha příjmu potravy
- d) Vysoký krevní tlak
- e) Psychická porucha
- f) Jiné -

Správná odpověď je možnost B.



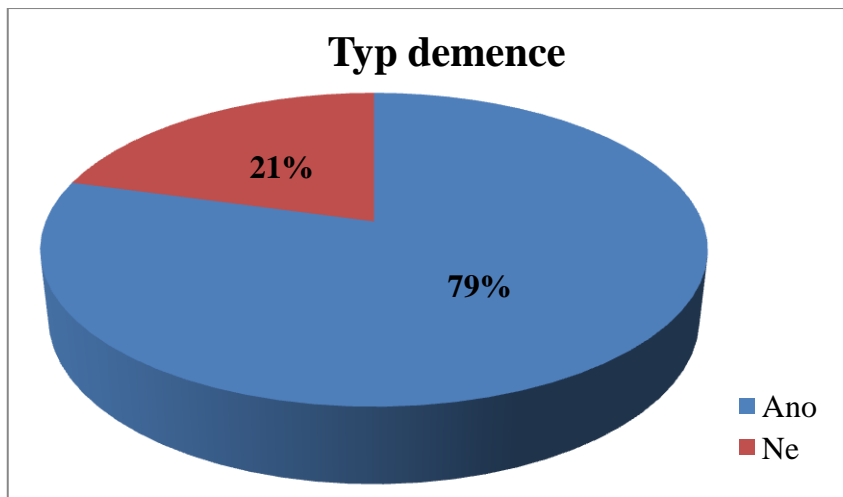
Obr. 7 Graf pojmu Alzheimerova choroba

Touto otázkou bylo zjištěno, co si respondenti představí pod pojmem ACH. Bylo k dispozici pět variant odpovědí a možnost dopsání vlastní definice. Tuto možnost využilo šest dotazovaných, když do odpovědi jiné dopsali možnosti: nebezpečná nemoc, onemocnění staršího věku a nevím. Správná odpověď v této otázce byla možnost B, tedy degenerativní onemocnění mozku. Tato odpověď byla také nejčastější, označilo jí 31 respondentů (53%). Psychickou poruchu označilo 15 dotazovaných (26%), stejný počet respondentů (4) označilo poruchu pohyblivosti a nevím, je to tedy shodně 7%. 2 respondenti uvedli, že si pod pojmem Alzheimerova choroba představí vysoký krevní tlak (3%). Nejmenší zastoupení mají odpovědi nebezpečná nemoc a onemocnění staršího věku, které shodně označil pouze jeden respondent (2%).

8. Otázka – Je Alzheimerova choroba typ demence?

- a) Ano
- b) Ne

Správná odpověď je možnost A.



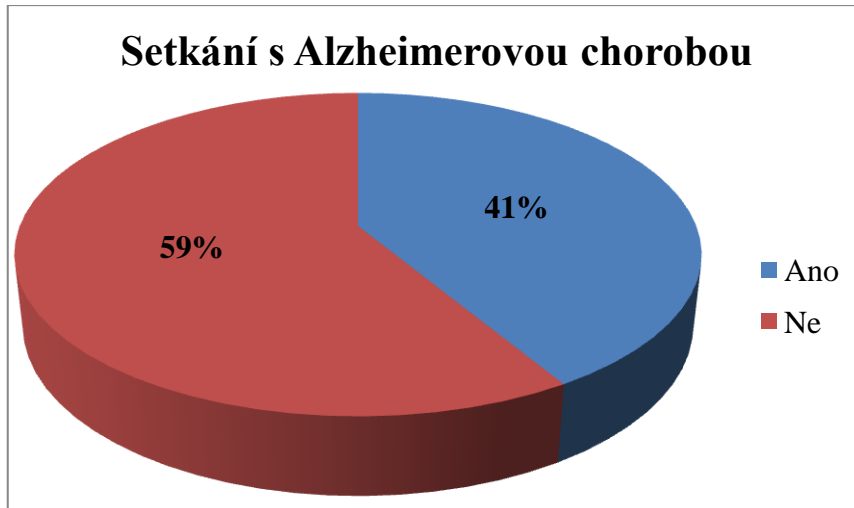
Obr. 8 Graf typu demence

V této otázce respondenti odpovídali na otázku, zda je Alzheimerova choroba typem demence. Správná odpověď byla ano, Alzheimerova choroba je typ demence. Správně odpovědělo z 58 respondentů 46 (79%), zbylých 12 dotazovaných odpovědělo, že ne (21%).

9. Otázka – Setkal/a jste se někdy s Alzheimerovou chorobou?

a) Ano

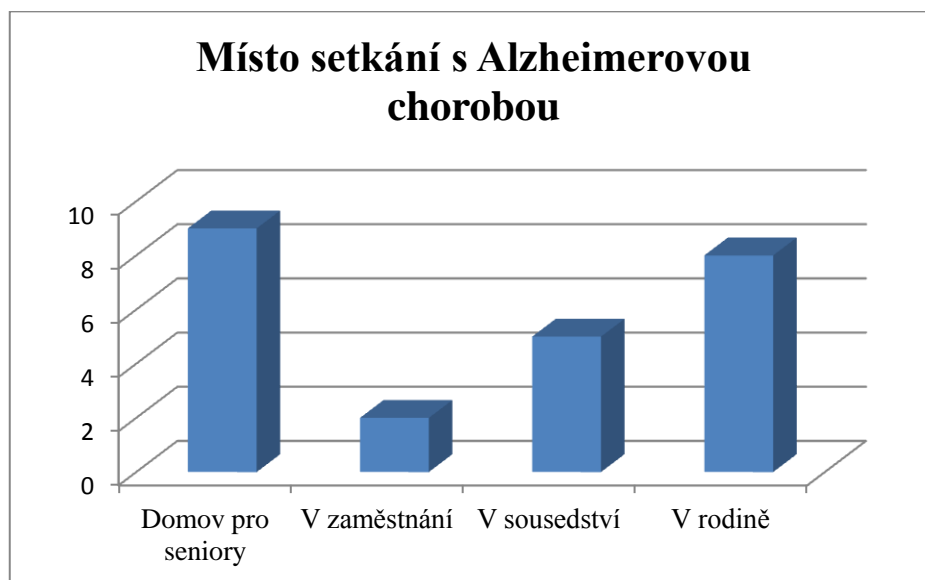
b) Ne



Obr. 9 Graf setkání respondentů s Alzheimerovou chorobou

V 9. otázce respondenti odpovídali na to, zda se již setkali s Alzheimerovou chorobou. 34 dotazovaných (59%) odpovědělo, že se s touto nemocí ještě nesetkalo. 24 respondentů, označilo ano (41%).

10. Otázka – Pokud jste odpověděl/a ano, kde jste se s Alzheimerovou chorobou setkal/a?



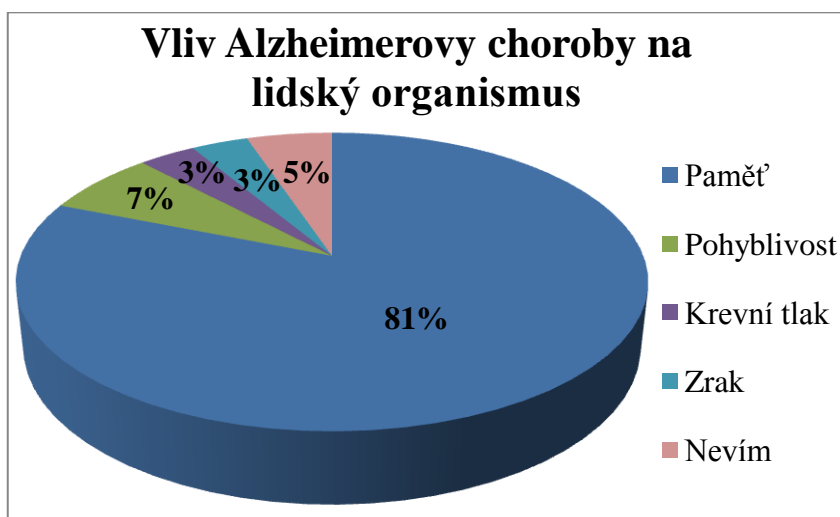
Obr. 10 Graf místa setkání s Alzheimerovou chorobou

Tato otevřená otázka navazuje na předchozí dotazníkovou otázku, zda se respondenti již někdy setkali s touto chorobou. Desátá otázka tento dotaz upřesňuje a zjišťuje, kde se respondenti s Alzheimerovou chorobou setkali. Pro přehlednost byl vytvořen sloupcový graf, který obsahuje všechny odpovědi, od 24 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli ano. Nejčastější odpověď byla domov pro seniory, který uvedlo 9 dotazovaných (38%), dále 8 respondentů uvedlo, že se s touto nemocí setkalo v rodině (33%), 5 respondentů se s Alzheimerovou chorobou setkalo v sousedství (21%) a nejméně (2) dotazovaných označilo jako místo setkání zaměstnání (8%).

11. Otázka – Víte co tato nemoc nejvíce postihuje?

- a) Paměť
- b) Zažívací ústrojí
- c) Pohyblivost
- d) Krevní tlak
- e) Zrak
- f) Sluch
- g) Vylučovací systém
- h) Jiné -

Správná odpověď je možnost A



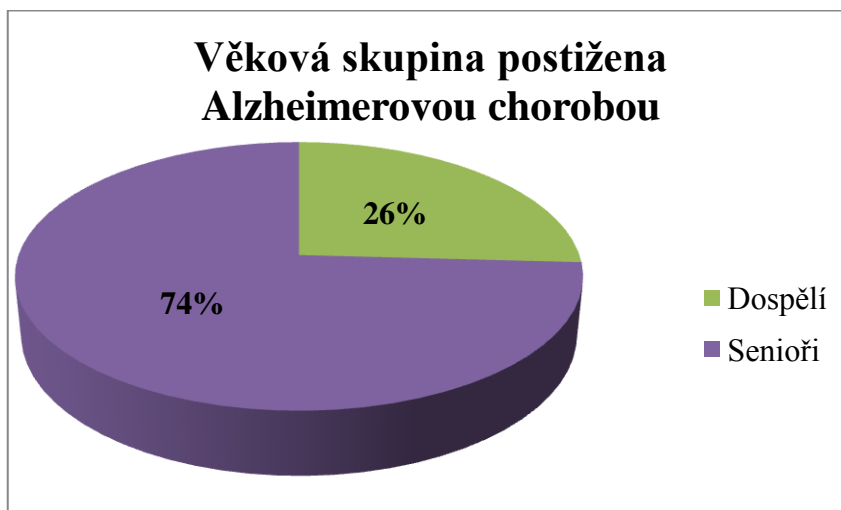
Obr. 11 Graf vlivu Alzheimerovy choroby na lidský organismus

Jedenáctá otázka v dotazníkovém šetření se zaměřovala na působení Alzheimerovy choroby a její dopad. V nabídce bylo 7 odpovědí a možnost další vlastní definice. Tuto možnost využili 3 dotazovaní, když do pole odpovědi jiné dopsali odpověď neví. 3 odpovědi nebyly vůbec využity, byly to možnosti: zažívací ústrojí, sluch a vylučovací systém. Proto nejsou zobrazeny v grafickém znázornění. Správná odpověď byla možnost, A že Alzheimerova choroba nejvíce postihuje paměť. Tato odpověď byla také nejčastější, označilo jí 47 respondentů (81%). Pohyblivost označili 4 respondenti (7%), odpověď neví označili 3 respondenti (5%) a odpovědi: krevní tlak a zrak označili shodně 2 respondenti (3%).

12. Otázka – Jaká věková skupina je touto nemocí nejvíce postižena?

- a) Děti
- b) Adolescenti
- c) Dospělí
- d) Senioři

Správná odpověď je možnost D.



Obr. 12 Graf věkové skupiny, která je postižena Alzheimerovou chorobou

Dvanáctá otázka se zabývala věkovou skupinou, která je nejvíce postižena Alzheimerovou chorobou. V nabídce byly 4 možnosti, z toho 2 nebyly vůbec využity (děti a adolescenti). Správná odpověď u této otázky, byla možnost D, tedy senioři. Tato odpověď byla zároveň nejčetnější, označilo jí 43 dotazovaných (74%) a 15 respondentů označilo věkovou skupinu dospělých (26%).

13. Otázka – Zaškrtněte nejčastější příznaky této choroby. (Více možností)

- a) Agrese
- b) Třes rukou
- c) Zapomínání
- d) Dezorientace
- e) Vysoký krevní tlak
- f) Ztráty vědomí
- g) Sebeпоškozování
- h) Změna osobnosti
- i) Koftání
- j) Zhoršený sluch
- k) Zhoršený zrak
- l) Nepoznávání svých blízkých

Správné odpovědi jsou možnosti: A, C, D, H, L



Obr. 13 Graf příznaků Alzheimerovy choroby

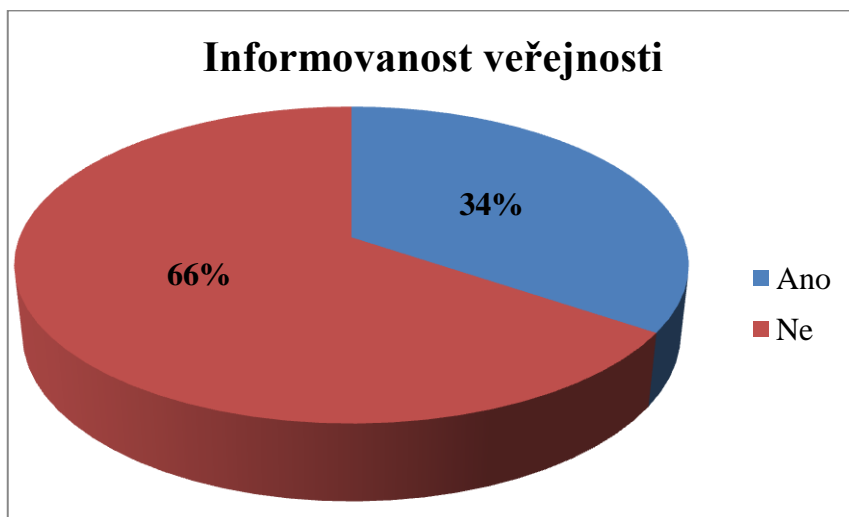
Třináctá otázka v dotazníkovém šetření se zaměřovala na nejčastější příznaky Alzheimerovy choroby. V nabídce bylo 12 příznaků a možnost více odpovědí. Celkem bylo 173 odpovědí od 58 respondentů, které jsou pro přehlednost znázorněny ve sloupcovém grafu.

Správné odpovědi byly možnosti: A, C, D, H, L, tedy agrese, zapomínání, dezorientace, změna osobnosti a nepoznávání svých blízkých. Nejčastější odpovědi byly: zapomínání, které označilo 42 respondentů (24%), dále nepoznávání svých blízkých, které označilo 37 dotazovaných (21%) a dezorientace, kterou označilo 36 osob (21%). Z nesprávných odpovědí byla nejčastější možnost B, tedy třes rukou. Tento příznak označilo 13 dotazovaných (8%).

14. Otázka – Domníváte se, že veřejnost, zejména senioři mají dostatečné informace o této chorobě?

a) Ano

b) Ne

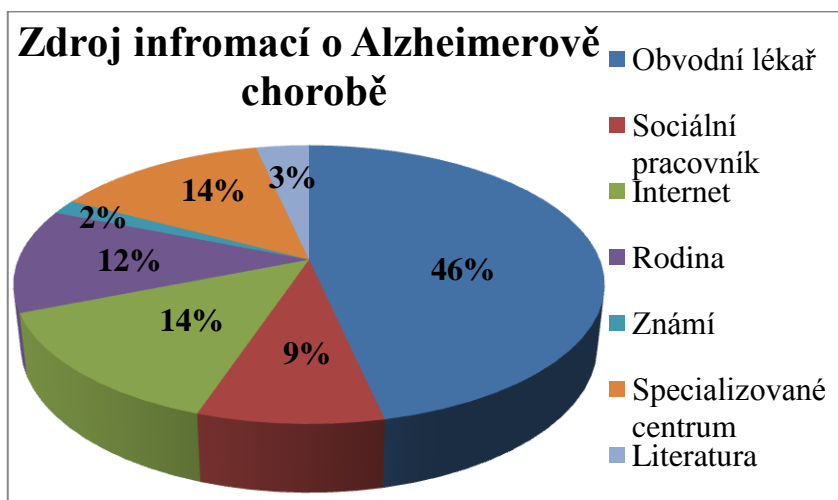


Obr. 14 Graf informovanosti veřejnosti

Čtrnáctá otázka dotazníkového šetření se zaměřuje na informovanost veřejnosti, zda si dotazovaní myslí, že senioři mají dostatečné informace o této chorobě. Z 58 respondentů odpovědělo 38 dotazovaných ne (66%) a 20 respondentů odpovědělo ano (34%).

15. Otázka – Pokud by, jste chtěl/a zjistit informace o Alzheimerově chorobě na koho byste se obrátil/a?

- a) Obvodní lékař
- b) Sociální pracovník
- c) Internet
- d) Rodina
- e) Známi
- f) Specializované centrum
- g) Literatura
- h) Jiné -



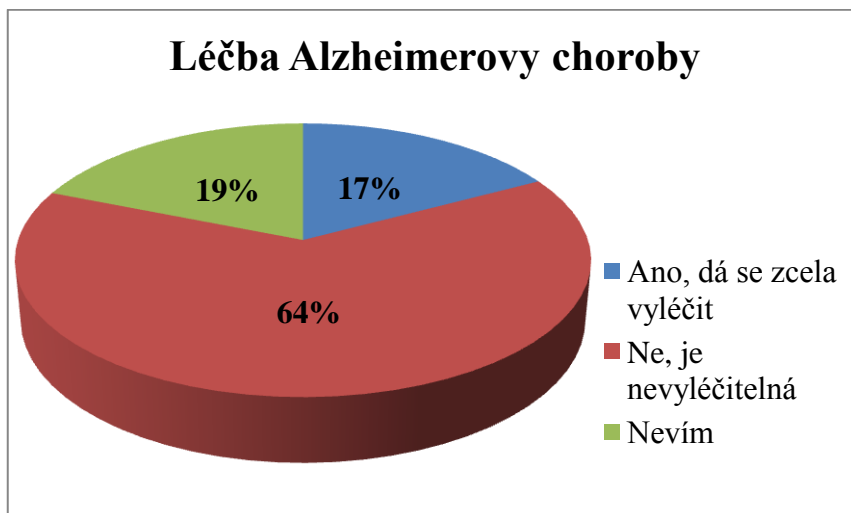
Obr. 15 Graf zdrojů informací o Alzheimerově chorobě

Patnáctá otázka navazuje na předchozí dotazníkovou otázku. Také se zabývá informovaností seniorů o Alzheimerově chorobě, přesněji na koho by se dotazovaný obrátil, pokud by chtěl zjistit informace o této chorobě. V nabídce bylo 7 odpovědí a možnost vlastní definice. V této otázce však pole jiné nikdo nevyužil. Nejčtenější odpověď byla obvodní lékař, tuto možnost si vybralo 27 dotazovaných (46%). Internet a specializované centrum označilo 8 respondentů (14%), rodinu a blízké 7 respondentů (12%), sociálního pracovníka 5 dotazovaných (9%), literaturu 2 respondenti (3%) a odpověď známí pouze jeden respondent (2%).

16. Otázka – Myslíte si, že je Alzheimerova choroba léčitelná?

- a) Ano, dá se zcela vyléčit
- b) Ne, je nevyléčitelná
- c) Nevím

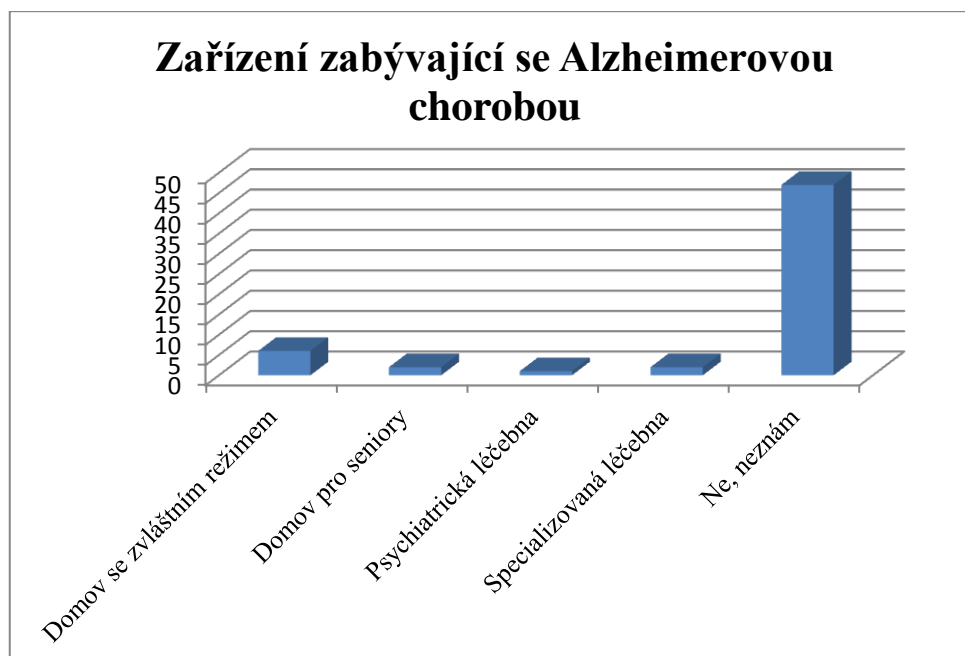
Správná odpověď je možnost B



Obr. 16 Graf léčby Alzheimerovy choroby

Šestnáctá otázka dotazníkového šetření se zaměřovala na léčbu Alzheimerovy choroby, zda je či není léčitelná. Správná odpověď je možnost B. I přesto, že výzkum stále pokračuje, léčba, která by zcela vyléčila Alzheimerovu chorobu, bohužel není. Tato odpověď byla také nejčastější. Ne označilo 37 respondentů (64%), ano označilo 10 dotazovaných (17%) a odpověď nevím 11 respondentů (19%).

17. Otázka – Znáte nějaké zařízení, které se specializuje na tuto nemoc?



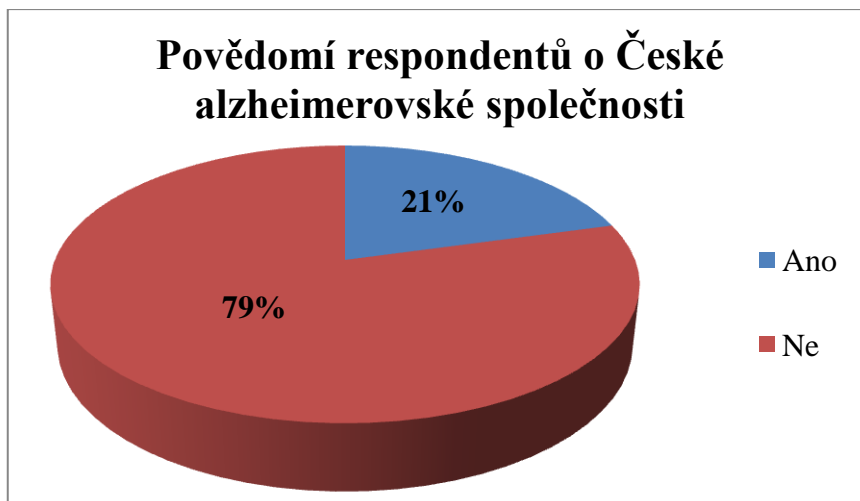
**Obr. 17 Graf specializovaného zařízení zabývající se Alzheimerovou chorobou**

Sedmnáctá otevřená otázka se zaměřovala na specializované zařízení, které se zabývá Alzheimerovou chorobou. Pro větší přehlednost byl vytvořen sloupcový graf, který obsahuje všechny odpovědi od 58 respondentů. Nejčastější odpověď byla, že dotazovaný nezná žádné zařízení, které by se specializovalo na tuto nemoc. Takto odpovědělo 47 respondentů (81%). 6 dotazovaných uvedlo domov se zvláštním režimem (10%), 2 respondenti shodně uvedli domov pro seniory a specializovanou léčebnu (3%) a 1 respondent uvedl psychiatrickou léčebnu (2%).

18. Otázka – Slyšel/a jste někdy o České alzheimerovské společnosti?

a) Ano

b) Ne



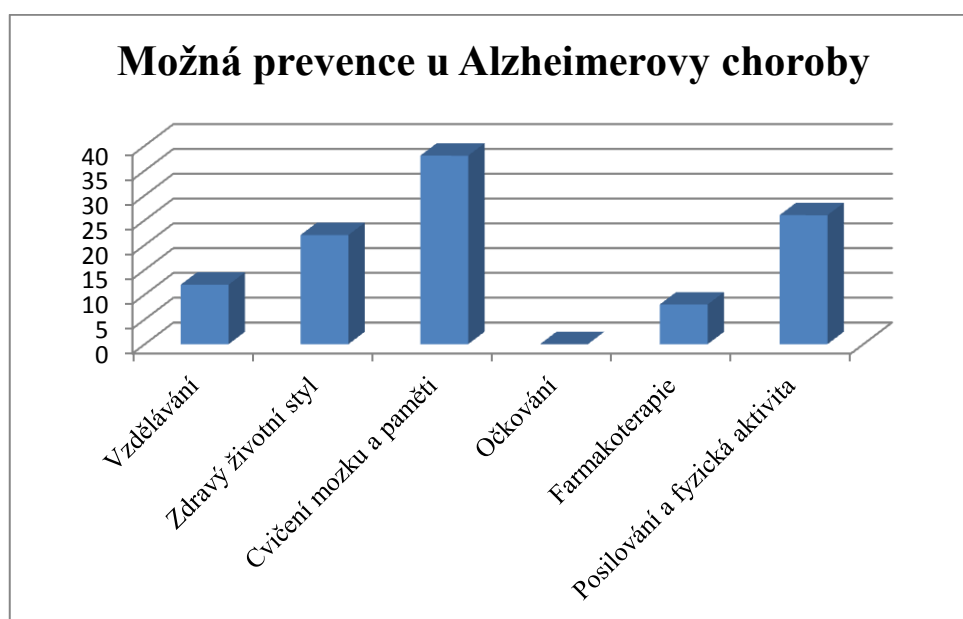
**Obr. 18 Graf povědomí respondentů o České alzheimerovské společnosti**

Pozornost osmnácté otázky z dotazníkového šetření byla směřována na Českou alzheimerovskou společnost, která je jedním z nejdůležitějších pilířů v informovanosti o této chorobě. 46 dotazovaných odpovědělo, že tuto společnost nezná (79%), pouze 12 respondentů z 58 odpovědělo ano (21%).

19. Otázka – Zaškrtněte možnosti, které považujete za možnou prevenci u této nemoci.

(Více možností)

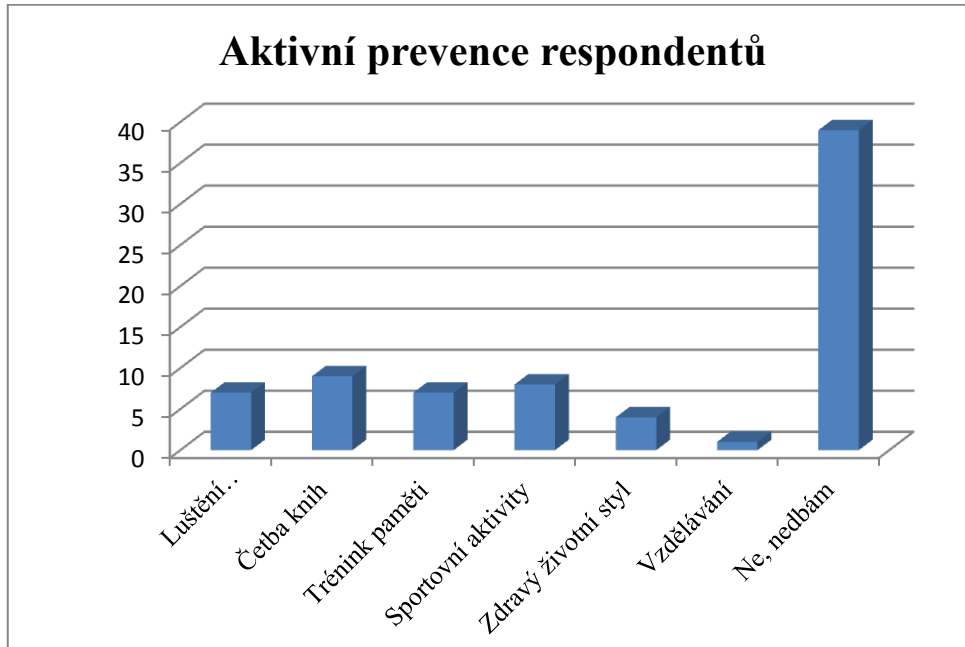
- a) Vzdělávání
- b) Zdravý životní styl
- c) Cvičení mozku a paměti
- d) Očkování
- e) Farmakoterapie
- f) Posilování a fyzická aktivita



Obr. 19 Graf možné prevence u Alzheimerovy choroby

Devatenáctá otázka se dotazovala na možnou prevenci této choroby. V nabídce bylo 6 odpovědí a každý respondent mohl označit více možností. Pro větší přehlednost byl vytvořen sloupcový graf, který obsahuje 106 odpovědí od 58 respondentů. Nejčetnější odpověď byla možnost C tedy cvičení mozku a paměti. Tuto možnost si vybralo 38 respondentů tedy 36%. Posilování a fyzickou aktivitu označilo 26 dotazovaných (25%), zdravý životní styl označilo 22 respondentů (21%), vzdělávání 12 respondentů (11%) a farmakoterapii označilo 8 respondentů (8%). Možnost D – očkování neoznačil nikdo z 58 dotazovaných.

20. Otázka – Dbáte na nějakou prevenci ohledně Alzheimerovy choroby? (Prosím



Obr. 20 Graf aktivní prevence respondentů

Poslední otázka v dotazníkovém šetření byla otevřená a zabývala se také prevencí Alzheimerovy choroby. Dotazovala se respondentů, zda sami na nějakou prevenci dbají. Celkem se shromáždilo 75 odpovědí od 58 respondentů. Všechny odpovědi byly zaznamenány a znázorněny v sloupcovém grafu. Bohužel nejčtenější odpověď byla, že na prevenci respondenti nedbají. Takto odpovědělo 39 dotazovaných (52%), další nejčtenější odpověď byla četba knih, kterou označilo 9 respondentů (12%).

## 8 DISKUZE

V této kapitole je prostor pro závěrečnou diskuzi a shrnutí. Výzkumná část se zaměřovala na informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě, byl použit kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření a bylo stanoveno 5 výzkumných otázek, na které se tato diskuze zaměří. Zároveň své zjištění porovnávám s dalšími pracemi.

### Výzkumné otázky:

1. Jaké znalosti mají senioři obecně o Alzheimerově chorobě?
2. Jaké znalosti mají senioři o prevenci Alzheimerovy choroby?
3. Jaké aktivity senioři realizují v rámci preventivních opatření proti příznakům Alzheimerovy choroby?
4. Jaké zkušenosti z okolí mají senioři s Alzheimerovou chorobou?
5. Kde mohou senioři získat o Alzheimerově chorobě informace?

### 1. Výzkumná otázka - Jaké znalosti mají senioři obecně o Alzheimerově chorobě?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku 7, 8, 11, 12, 13 a 16. Z provedeného výzkumu vyplývá, že senioři mají celkově přiměřené znalosti o Alzheimerově chorobě.

U sedmé otázky, která se zaměřovala na pojem ACH, správně odpovědělo 53% dotazovaných, že ACH je degenerativní onemocnění mozku.

Přichystalová (2009) se ve své bakalářské práci také zaměřuje na pojem ACH, tedy přesněji na definici této nemoci. Z jejích výsledků je patrné, že pouhých 19,6% dotazovaných je dostatečně informováno o této nemoci. Dále uvádí, že 37,5 % je informováno průměrně. Tyto výsledky získala od 56 respondentů, kteří vlastními slovy popisovali definici ACH.

Naše rozdílné výsledky mohou být ovlivněny především typem otázky. V mém dotazníku byla otázka uzavřená, kdy bylo na výběr 5 odpovědí a možnost vlastní definice, zatímco Přichystalová měla otázku otevřenou. Domnívám se, že je pro respondenty velmi těžké zformulovat přesnou definici této choroby.

Také Jirásková (2011) se ve své bakalářské práci zaměřuje na definici ACH. Její výsledky ukazují, že nejčastější odpověď byla definice zapomínání (95%) a demence (25%). Tyto odpovědi byly shromážděny od 40 respondentů. Tato otázka byla rovněž otevřená, ale domnívám se, že uvedené odpovědi nejsou definicí ACH, spíše ukazují náhled veřejnosti o této nemoci.

Ondrušková (2008) se ve svém dotazníkovém šetření rovněž orientovala na pojem Alzheimerova choroba. Ze 100 respondentů jich správně odpovědělo 11, že ACH je degenerativní onemocnění mozku a demence. Nejčtenější odpověď zde byla porucha paměti, která postihuje mozek.

Osmá otázka z dotazníkového šetření se zaměřovala na demenci, zda je ACH typ demence. Správně odpovědělo, že ano 79% respondentů.

Jedenáctá otázka se zaměřila na vliv ACH, přesněji co nejvíce tato nemoc postihuje. Správně odpovědělo 74%.

Dvanáctá otázka se zaměřila na věkovou skupinu, která je touto nemocí nejvíce postižena. 74% respondentů správně uvedlo věkovou skupinu senioři. Ondrušková (2008) má výsledky v této otázce úspěšnější. 98% dotazovaných uvedlo správně starší osoby nad 65 let. Rozdílné výsledky mohou být i kvůli formulaci. Ondrušková měla uvedený přesný věk, který pro dotazující mohl být jasnější.

Třináctá otázka, která uváděla nejčastější příznaky, byla velmi rozporuplná. Bylo pět správných odpovědí – agrese, kterou označily pouze 3% z dotazovaných, zapomínání, které uvedlo 24%, dezorientace, kterou za hlavní příznak považovalo 21%, změna osobnosti, kterou uvedlo 8% a nepoznávání svých blízkých, kdy tuto možnost označilo 21% dotazovaných.

Jirásková (2011) se ve svém výzkumu také zaměřovala na příznaky ACH. Konkrétně to byly příznaky, kterými se projevila tato choroba u blízké osoby. Všech 40 dotazovaných uvedlo jako příznak zapomínání a poruchu paměti (100%). Tento rozdíl je nejspíše způsoben výběrem respondentů. Jirásková se zaměřuje na osoby pečující, které se s ACH ve svém okolí již setkaly, tudíž si vše prožili. V mém výzkumu odpovídají senioři, kteří se v 41% ještě nikdy s touto nemocí neseťkali.

Poslední otázka, která se zaměřovala na znalosti seniorů o ACH, byla otázka šestnáctá, která zjišťovala, zda je ACH léčitelná. Správně odpovědělo 64% respondentů, že ACH je nevléčitelná.

Tuto otázku si také podala Ondrušková (2008). Z jejich výsledků je patrné, že 87% si myslí, že tuto nemoc nelze vyléčit.

U dvou z uvedených otázek (č. 7 a 11) byla kromě uvedených variant i možnost vlastní odpovědi. Bohužel do pole jiné senioři nejčastěji uváděli slovo nevím či neznám.

## **2. Výzkumná otázka - Jaké znalosti mají senioři o prevenci Alzheimerovy choroby?**

K této výzkumné otázce se vztahují otázky z dotazníku č. 19 a 20. Devatenáctá otázka byla uzavřená s možností více odpovědí. Tato otázka se dotazuje na možnou prevenci u ACH. V této otázce se shromáždilo 106 odpovědí a nejčastější odpověď byla možnost C- cvičení mozku a paměti, takto odpovědělo 38 respondentů tedy 36%. Další nejčastější odpověď byla fyzická aktivita a posilování, to označilo 26 dotazovaných tedy 25%. Procentuelně to nejsou tak špatné výsledky, ale pokud se zaměříme na počet odpovědí, je to poměrně málo.

Dvacátá otázka se zaměřovala na aktivní prevenci seniorů. Tato otázka byla otevřená a bohužel nejčastější odpověď byla, že dotazovaný senior na žádnou prevenci nedbá. Takto odpovědělo 52% dotazovaných. Tyto výsledky mě nepřekvapily. Předpokládala jsem, že v dnešní době senioři na prevenci ohledně ACH příliš nedbají. Může to být způsobeno i tím, že nevědí, jakou prevenci by mohli provádět. Tyto výsledky vyplývají i z předchozí otázky, kdy ze 106 odpovědí bylo pouze 38 odpovědí, že prevence je cvičení mozku a paměti.

Ondrušková (2008) se také částečně zaměřuje na prevenci této choroby. Přesněji tímto dotazem – „*Myslíte si, že se dá procvičováním paměti ovlivnit průběh onemocnění?*“ Její výsledky jsou velmi rozporuplné. 39% dotazovaných označilo možnost ano a 37% označilo odpověď nevím.

### **3. Výzkumná otázka - Jaké aktivity senioři realizují v rámci preventivních opatření proti příznakům Alzheimerovy choroby?**

K této výzkumné otázce se řadí otázka č. 20 z dotazníkového šetření. Zaměřuje se na aktivní prevenci seniorů, kterou sami provádějí. Jak již bylo popsáno, nejčtenější odpověď byla, že senior na žádnou prevenci nedbá. Takto odpovědělo 52%. Další odpovědi byly: četba knih (12%), sportovní aktivity (11%), trénink paměti (9%), luštění křížovek a sudoku (9%), zdravý životní styl (5%) a vzdělávání (1%).

ACH je velmi závažné degenerativní onemocnění, které je často ovlivněno genetikou, ale z velké části také prevencí a celkovým životním stylem. S vyšším výskytem této nemoci je myslím velmi důležité, aby senioři prováděli prevenci, která je velmi jednoduchá a finančně nenáročná. I obyčejné luštění křížovek zlepšuje paměť a mozek a může to ovlivnit vznik této nemoci. Dotazovaní, kteří odpovídali na uvedený dotazník, dostali po vyplnění leták, který poukazuje i na možnou prevenci.

### **4. Výzkumná otázka - Jaké zkušenosti z okolí mají senioři s Alzheimerovou chorobou?**

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 9 a 10 z dotazníkového šetření. V deváté otázce jsem se dotazovala, zda se respondenti již někdy setkali s ACH. 59% seniorů odpovědělo, že se již s touto nemocí setkali. 41% respondentů odpovědělo, že se s touto nemocí ještě nesetkali. Desátá otázka navazovala na předchozí dotaz, kde se senioři s ACH setkali. 24 respondentů, kteří odpověděli, že se s touto nemocí již setkali, v otevřené otázce uvedlo místa jako domov pro seniory, který označilo 38% respondentů, zaměstnání (8%), sousedství (21%), rodina (33%).

Předpokládám, že pro výzkum je tento poměr velmi vhodný. Lidé, kteří se již setkali s touto chorobou, většinou mají potřebné informace, zvláště v případě pokud ACH trpěl někdo v blízkém okolí. Je dobře, že oproti seniorům, kteří se s touto nemocí nesetkali, je tento poměr vcelku vyvážený. Výsledky jsou tudíž objektivnější, než kdyby celý vzorek znal či neznal někoho s touto demencí.

## **5. Výzkumná otázka - Kde mohou senioři získat o Alzheimerově chorobě informace?**

Tato práce se zaměřuje na informovanost o ACH, proto se poslední výzkumná otázka zabývá zdrojem informací. K této výzkumné otázce se vztahují otázky 14, 15, 17 a 18 z dotazníkového šetření.

Čtrnáctá otázka zjišťovala, zda si respondenti myslí, že veřejnost má dostatečné informace o této chorobě. Z 58 dotazovaných odpovědělo 66%, že veřejnost, zejména pak senioři, nemají dostatečné informace. 34% si myslí, že je veřejnost dostatečně informovaná. Tento dotaz si položila i Jirásková (2011) ve své bakalářské práci. Její výsledky ukazují, že 78% respondentů se domnívá, že společnost není informována a pouhých 22% dotazovaných si myslí, že ano.

Patnáctá otázka z dotazníkového šetření se zaměřila na zdroj informací o této nemoci, přesněji na koho by se dotazovaný obrátil, pokud by chtěl nějaké informace zjistit. V této uzavřené otázce byla nejčtenější odpověď, že zdroj informací by byl obvodní lékař, kterého označilo 46%. Obvodní lékař by měl vždy poskytnout potřebné informace, informační letáky či kontakty na specializované zařízení. Dále shodně 14% dotazovaných uvedlo jako zdroj informací internet a specializované centrum. 14% dotazovaných sice uvedlo specializované centrum, ale v sedmnácté otázce, 81% uvedlo, že žádné specializované centrum nezná. Z toho je možné usuzovat, že respondenti označí odpověď i přesto, že jí nedovedou přesně definovat. Jirásková (2011) se v dotazníkovém šetření zaměřila na prvotní zdroj informací o ACH. Z jejích výsledků je patrné, že 27% označilo jako zdroj informací odborného lékaře, 23% uvedlo jako zdroj svoji rodinu a 20% uvedlo, že žádný zdroj informací nebyl. Jako další možné odpovědi uvádí zařízení pro seniory či personál v nemocnici.

Již výše zmíněná sedmnáctá otázka se zaměřila na specializované centrum. Tato otázka byla otevřená a bylo shromážděno 5 shodných odpovědí. Nejčtenější odpověď bohužel byla, že žádné specializované centrum dotazovaný nezná (81%), dále 10% uvedlo domov se zvláštním režimem. Další odpovědi byly domov pro seniory, psychiatrická léčebna a specializovaná léčebna.

Osmnáctá otázka se zaměřuje na Českou alzheimerovskou společnost, která je hlavním pilířem odborných dat v oblasti ACH. Tato otázka zjišťovala, zda dotazovaní znají ČALS. Z odpovědí vyplývá, že 79% dotazovaných nikdy neslyšelo o této společnosti. Tato společnost podporuje a pomáhá lidem postiženým touto demencí a jejich rodinám. Rodině a

blízkým poskytuje informace a zajišťuje mnoho podpůrných projektů a služeb. Bohužel pouze 12 dotazovaných z 58 uvedlo, že tuto společnost zná.

Bylo by vhodné, aby tato společnost byla více propagována, například u lékařů nebo v sociálních zařízeních a službách. Dle mého názoru jsou poskytované služby velmi potřebné a informace, které poskytují, mohou mnoha lidem změnit jejich situaci.

## 9 ZÁVĚR

Bakalářská práce se tematicky zaměřila na důležitou oblast seniorského věku, a to informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě. Dané téma je velmi důležité a aktuální.

Bakalářská práce je klasicky rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou soustředěny informace o stáří, demencích a samotné Alzheimerově chorobě. Praktická část zpracovává na základě kvantitativní metodologie dotazníkového šetření data zaměřená na informovanost seniorů o ACH. Výstupem praktické části je také informační leták vlastní tvorby, který byl rozdán dotazovaným respondentům.

Zpracovaná práce byla pro mě osobně velkým přínosem. S Alzheimerovou chorobou jsem se již setkala dříve, ale až při sběru informací pro bakalářskou práci jsem si uvědomila o, jak závažnou chorobu jde, a jak velký dopad má na člověka a jeho okolí. Pomocí dotazníkového šetření jsem měla možnost nahlédnout na mínění seniorů o této chorobě a zjistit, v čem senioři nemají dostatek informací či co by bylo lepší zlepšit. Jako zdroj informací by mohla sloužit i tato bakalářská práce. Senioři by k ní mohli mít přístup v sociálních či zdravotních zařízeních.

Vzhledem ke stále zvyšujícímu počtu seniorů je Alzheimerova choroba stále aktuálnějším tématem. Základem je dle mých závěrů právě dostatek informací, který může seniorům ukázat dostupnou prevenci a pečujícím usnadnit péči a přiblížit průběh této nemoci. Práce obsahuje v příloze několik informačních materiálů, které by měly být dostupné pro veřejnost. I přesto je jich velmi málo. Při osobním „pátrání“ po informačních materiálech v mém okolí, jsem u žádného obvodního lékaře ani ve zdravotnickém zařízení nenašla informace pro seniory o Alzheimerově chorobě. Většina je dostupná pouze na internetu. Tato oblast je velmi důležitá a má významné preventivní účinky. Kladu si otázku: Na koho se má senior obrátit, když ne na svého praktického lékaře? Zde vidím značné rezervy a zároveň i možnost dalšího námětu pro teorii i praxi.

Na závěr můžeme konstatovat v souladu s materiálem MPSV- „*Příprava na stárnutí v České republice*“, že sociální rozvoj, lepší životní a pracovní podmínky, pokroky v medicíně a prosazování sociálních práv vedou k tomu, že méně lidí dnes umírá předčasně v dětství nebo během pracovního života. Získané roky života jsou hodnotou samy o sobě. Více lidí má možnost prožít delší život než v minulosti a starší lidé tak tvoří významnější část populace než kdykoliv v minulosti. Stáří se stává přímou zkušeností většího počtu lidí. Jednou z výzev

je proto poukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti a dále je rozvíjet a podporovat.

## 10 POUŽITÁ LITERATURA

### Knihy:

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TÓTHOVÁ, Valérie. *Výzkum a ošetřovatelství*. Vyd. 2. Brno: NCO NZO, 2008, 185 s. ISBN 978-807-0134-672.
2. BRAGDON, Allen D., GAMON, David. *Nedovolte mozku stárnout*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 109 s. ISBN 978-80-7367-500-4.
3. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-736-7081-X.
4. CALLONE, Patricia a kol. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
5. CARPER, Jean. *100 jednoduchých věcí, které můžete udělat proti Alzheimerově nemoci a úbytku paměti*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2011. 284 s. ISBN 978-80-7429-194-4.
6. DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vyd. 1. Praha: Radix, 2009. 184 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
7. FRANKOVÁ, Vanda, HORT, Jakub, HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Alzheimerova demence v praxi*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2011. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
8. GLENNER, A. Joy, *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 135s. ISBN 978-80-262-0154-0.
9. HÁTLOVÁ, Běla, SUCHÁ, Jitka. *Kinezioterapie demencí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
10. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
11. HOLMEROVÁ, Iva, JURÁŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vyd. 2. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
12. HOLMEROVÁ, Iva, MÁTLOVÁ, Martina. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. Vyd. 1. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2012. 96 s. ISBN 978-80-86541-31-0.
13. HORT, Jakub, RUSINA, Robert. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Vyd. 1. Praha: Maxdorf, 2007. 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.
14. JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

15. JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004. 334 s. ISBN 80-7262-268-4.
16. KLUCKÁ, Jana, VOLFOVÁ, Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 150 s. ISBN 978-80-247-2608-3.
17. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
18. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
19. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
20. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.
21. RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí : příručka pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.
22. SAK, Petr, KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
23. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 188 s. ISBN 978-802-4717-753.
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170.
25. ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

#### **Internetové zdroje:**

26. *Moje lékárna* [online]. 2009 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://www.mojelekarna.cz/>
27. *Domov důchodců, Albrechtice nad Orlicí - domov pro seniory* [online]. 2012 - 2014 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://www.ddalbrechtice.cz/>
28. *Městská správa sociálních služeb v Boskovicích* [online]. 2014 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://msssboskovice.cz/>
29. *Domov U Biřičky* [online]. 2011 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://www.ddhk.cz/>
30. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. 2014 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

**Akademické práce:**

31. JIRÁSKOVÁ, Veronika. *Alzheimerova choroba v rodině*. Pardubice, 2011. 77 s.  
Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce  
MUDr. Astrid Matějková
32. ONDRŮŠKOVÁ, Monika. *Informovanost veřejnosti o Alzheimerově nemoci*. Zlín, 2008.  
98 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.  
Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká
33. PŘICHYSTALOVÁ, Petra. *Informovanost rodiny a pečujících v péči o klienta  
s Alzheimerovou chorobou- specifika ošetrovatelské péče*. Zlín, 2009. 164 s. Bakalářská  
práce. Univerzita Tomáše bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr.  
Renata Mlčochová

## 11 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Mini-Mental-State-Examination</i> .....	75
Příloha B <i>Hachinskiho ischemický skór</i> .....	77
Příloha C <i>Test hodin</i> .....	78
Příloha D <i>Informační materiál Moje lékárna</i> .....	79
Příloha E <i>Veřejný závazek Domova Důchodců Albrechtice nad Orlicí</i> .....	87
Příloha F <i>Informační leták k onemocnění demence</i> .....	89
Příloha G <i>Metodická příručka z Domova důchodců Hradec Králové</i> .....	94
Příloha H <i>Dotazník – Informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě</i> .....	96
Příloha CH <i>Informační leták vlastní tvorby</i> .....	102

Příloha A *Mini-Mental-State-Examination*

**Orientace**

**Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.**

**Jaké je dnešní datum?**

*Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:*

- 0 ∪ 1
1. Který je rok?
  2. Které je roční období?
  3. Který je měsíc?
  4. Kolikátého je dnes?
  5. Který je den v týdnu?

**Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.**

6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrt, kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

**Registrace**


**Řeknu Vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.**

11. klobouk
12. citron
13. auto

**Pozornost a počty**

**Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.**

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

<b>Paměť</b>	
<b>Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl opakovat a zapamatovat si.</b>	
19. klobouk	<input type="text"/>
20. citron	<input type="text"/>
21. auto	<input type="text"/>
<b>Jazyk</b>	
22. Ukažte pacientovi tužku. <b>Můžete mi říci, co to je?</b> <sup>(*)</sup>	<input type="text"/>
23. Ukažte pacientovi hodinky. <b>Můžete mi říci, co to je?</b> <sup>(**)</sup>	<input type="text"/>
24. Pozorně poslouvejte a opakujte po mně: <b>Žádná jestli, ano, nebo ale.</b> <sup>(***)</sup>	<input type="text"/>
25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu: <b>Pozorně poslouvejte, co Vám teď řeknu: vezměte papír do pravé ruky.</b>	<input type="text"/>
26. Přeložte ho napolovic.	<input type="text"/>
27. A hodte ho na podlahu. <sup>(****)</sup>	<input type="text"/>
28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi: <b>Prosím udělejte to, co je zde napsáno.</b>	<input type="text"/>
29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu: <b>Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.</b> <sup>(*****)</sup>	<input type="text"/>
<b>Praxe</b>	
30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky a řekněte mu: <b>Prosím, nakreslete stejný obrázek.</b>	<input type="text"/>
Vzor k úkolu	
<b>Celkové skóre (0 až 30)</b>	<input type="text"/>

1

<sup>1</sup> RŮŽIČKA, Evžen at al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

Příloha B *Hachinskiho ischemický skór*

Příznak	Skór (body)
Náhlý vznik demence	2
Kolísavý průběh demence	2
Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
Ložiskové neurologické příznaky	2
Topický neurologický nález	2
Relativně zachovalá osobnost	1
Noční stavy zmatenosti (deliria)	1
Fluktuující průběh	1
Deprese	1
Emoční labilita	1
Somatické stesky	1
Hypertenze v anamnéze	1
Známky arteriosklerózy	1

2

---

<sup>2</sup> JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004. 334 s. ISBN 80-7262-268-4.

## Příloha C Test hodin

Skóre	Popis	Příklady
1	<p>Bezchybné provedení:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ číslice 1–12 ve správném pořadí i místě</li> <li>■ dvě ručičky ve správné poloze</li> </ul>	
2	<p>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrné</li> <li>■ číslice mimo kruh</li> <li>■ otočení papíru s otočením číslic</li> <li>■ použití pomocných čar pro lepší orientaci</li> </ul>	
3	<p>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ pouze jedna ručička</li> <li>■ čas zaznamenán slovně „10 hodin, 10 minut“</li> <li>■ čas vůbec nezaznamenán</li> </ul>	
4	<p>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenání času není možné:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ nepravidelné mezery</li> <li>■ zapomenutí čísel</li> <li>■ perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12</li> <li>■ záměna pravý-levý (číslíce proti směru)</li> <li>■ dysgrafie – chybějí čitelné číslice</li> </ul>	
5	<p>Těžká prostorová dezorganizace:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</li> </ul>	
6	<p>Chybí zakreslení hodin (cave: vyloučit depresi/delirium):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ žádný pokus zakreslit hodiny</li> <li>■ ani vzdálená podobnost s hodinami</li> <li>■ napsáno slovo nebo jméno</li> </ul>	

3

<sup>3</sup> PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

## Alzheimerova nemoc

Nemoc nebo bolest nejsou normálními projevy stárnutí. Ve stáří můžeme být pomalejší, musíme se často smířit s oslabením zraku a sluchu, ale nemoci, které jsou léčitelné v mládí a středním věku, jsou léčitelné i ve stáří. Proto konzultujte své zdravotní problémy s lékařem nebo lékárníkem a nepodceňujte příznaky.

Když potřebujete nějaký lék, zjistěte si, kolik vás lék bude stát, nač ten lék je, jak byste jej měli užívat, jaké může mít vedlejší účinky a co dělat, když lék doberete. Poradte se o léčbě se svým lékařem nebo lékárníkem. V lékárnách označených logem **mojelekarna.cz** získáte i další informace v péči o seniory.

### ALZHEIMEROVA NEMOC (AN)

narušuje část mozku a způsobuje pokles takzvaných kognitivních funkcí – myšlení, paměti, úsudku. Bývá nejčastější příčinou demence, která vede postupně k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka.

Začátek nemoci je pozvolný a příznaky zhoršování přichází obvykle pomalu. V současné době je příčina nemoci neznámá. Nemáme proto k dispozici léky, které by tuto chorobu vyléčily. Na druhé straně máme ale již mnoho prostředků, kterými lze významně zlepšit kvalitu života nemocných i jejich rodin.

AN postihuje všechny skupiny obyvatelstva a není omezena jen na jednu určitou sociální vrstvu, pohlaví, etnickou skupinu nebo na určité území. Výskyt AN se výrazně zvyšuje s věkem, nejčastější je u starých lidí, ale může postihnout i mladší jedince. U nás postihuje několik procent lidí starších 65 let (dle odhadů se jedná o cca 5%). Častost výskytu (prevalence) významně narůstá s věkem, takže z lidí 80letých a starších je postižena již téměř třetina.

Rizikovými faktory jsou věk a rodinné dispozice. Výzkumní pracovníci a lékaři docházejí k tomu názoru, že AN je komplikované onemocnění způsobené různými faktory.

*Jaký je rozdíl mezi problémy způsobenými AN a problémy, které doprovázejí zdravé stárnutí?*

Činnost	Nemocný AN	Zdravě stárnoucí člověk
Zapomíná	vše, co se kdy naučil	některé naučené věci
Později si vzpomene	zřídka	často ano
Je schopen splnit vyčtené nebo napsané úkoly	s postupem času ne	většinou ano
Umí používat poznámky	s postupem času ne	většinou ano
Postará se sám o sebe	s postupem času ne	většinou ano

### Příznaky Alzheimerovy nemoci:

AN postihuje každého člověka jiným způsobem. Forma a průběh nemoci závisí z velké části na tom, o jakou osobnost se jednalo před počátkem nemoci, jaká je pacientova fyzická kondice a jaký byl jeho životní styl. Ne každý člověk postižený AN vykazuje všechny uvedené příznaky. Každý je postižen trochu jinak.

Některé z příznaků se vyskytují ve všech stadiích onemocnění, např. některé poruchy chování, které uvádíme u třetího stadia, se mohou vyskytovat i ve druhém. Pečující by si měli také

uvědomit, že kdykoli v průběhu nemoci může nastat krátké, přechodné zlepšení a vyjasnění myslí.

**Počáteční stadium** nemoci je často přehlíženo. Profesionálové, příbuzní i přátelé nemocného je nesprávně považují za příznaky stárnutí. Protože AN začíná pozvolna, bývá těžké určit přesnou dobu počátku nemoci.

**Jaké mohou být první příznaky:**

- horší vyjadřování, hledání slov
- obtíže v nových situacích
- obtíže s novými přístroji (v domácnosti i práci), počítačovými programy atd.
- zhoršení paměti (zejména krátkodobé)
- zhoršení orientace v čase i prostoru
- nemocný se může ztrácet i na dobře známých místech
- potíže s rozhodováním
- ztráta iniciativy a motivace
- depresivní nálada, apatie či naopak agresivní chování
- ztráta zájmu i o koníčky a oblíbené činnosti

**Ve středním stadiu** se problémy zvyrazňují a stále více znesnadňují nemocnému každodenní život.

**Nemocný:**

- si nepamatuje zejména nedávné události a jména
- není schopen vést bez problémů samostatný život
- není schopen vařit, uklízet a nakupovat
- zhoršuje se jeho soběstačnost
- potřebuje pomoc s osobní hygienou, např. s WC, s mytím a oblékáním
- velmi špatně se vyjadřuje
- bloudí a chová se nepřiměřeně dané situaci
- ani doma neví, kde je
- může trpět halucinacemi

**Pozdní stadium** je stavem nesoběstačnosti. Ztráta paměti je velmi pokročilá a choroba způsobuje i zhoršení tělesného stavu.

**Nemocný například:**

- obtížně polyká
- nepoznává příbuzné, přátele ani dobře známé předměty
- není schopen porozumět nebo se vyjádřit
- bloudí, ani doma se neorientuje
- špatně chodí
- neudrží moč a /nebo stolici
- zůstane upoután na vozík nebo lůžko.

Včasná diagnóza je důležitá pro pečovatele, aby věděl, co může očekávat a mohl se lépe připravit na zvládnutí této nemoci. Diagnóza je prvním krokem k plánování budoucnosti.



Včasnou diagnózu umožníme tím, že nebudeme první příznaky podceňovat. Zejména blízké okolí a rodina tu hrají zcela klíčovou roli.

Neexistuje žádný jednoduchý test pro stanovení diagnózy. K závěru, že se jedná o AN dospějeme tak, že od nejbližšího příbuzného nebo přítele zjistíme pečlivě, jak se problémy postižené osoby vyvíjely a zároveň zhodnotíme jeho fyzický a mentální stav. Pomocí soustavy testů vyšetříme kognitivní funkce. Je důležité vyloučit jiné nemoci a stavy, které způsobují poškození paměti. Proto je třeba provést také tzv. zobrazovací vyšetření mozku (CT nebo NMR). Diagnózu Alzheimerovy choroby může učinit lékař, který je s touto problematikou obeznámen a má s ní zkušenosti.

V současné době nemáme k dispozici lék, který by tuto chorobu vyléčil. Přesto je možné pro nemocného mnoho udělat a pomoci také pečovateli. Je třeba se včas poradit s odborníkem znalým této problematiky. V současné době již máme k dispozici léky, které mohou oddálit rozvoj kognitivní poruchy a pomohou zvládnout další příznaky onemocnění (zejména poruchy chování a psychologické symptomy demence).

#### **Jak pečovat o nemocného v pokročilém stadiu Alzheimerovy nemoci?**

U každého člověka, který trpí Alzheimerovou nemocí (AN) nebo podobným postižením, se tato nemoc projevuje jedinečným způsobem. To znamená, že se nedá dopředu určit, které příznaky nemoci se u nemocného projeví a jak rychle bude nemoc postupovat.

Někdy se i ty nejběžnější příznaky projeví méně často a naopak vzácnější příznaky se u našeho nemocného objevují více. Některé i často popisované příznaky se nemusí projevit vůbec.

#### **Zajištění budoucnosti.**

Alzheimerova choroba nepostihuje jen pacienta, ale celou jeho rodinu a okolí. Pokud je to možné, jak pečovatelé, tak rodinní příslušníci, by se měli pokusit o to, aby i nemocný mohl rozhodovat o své budoucí péči. Tato rozhodnutí je lepší učinit již v začátku samotné nemoci. Je-li tedy nemocný schopen se ještě zodpovědně chovat, měl by se sám rozhodnout o záležitostech týkajících se umělé výživy a resuscitace. U nás to bohužel není ještě zvykem, ale tyto jednoduché principy by se jistě měly stát součástí dobré praxe a naplnění práv člověka, tedy i těžce nemocného pacienta.

Je obvyklé, že v rodině nebo mezi pečovateli se najde vždy někdo, kdo v konečné fázi nemoci nejvíce ovlivňuje způsob péče o nemocného. Naštěstí ve spolehlivých rodinách je tento člověk určen již v začátku nemoci s ohledem na přání a požadavky nemocného. Žije-li nemocný v instituci – domově důchodců nebo v ošetrovatelském zařízení, měla by se celá jeho rodina spolupodílet na organizování péče.

Pečovatelé se často dostanou do situací, kdy je nutno udělat závažná rozhodnutí: Mám dát maminku do nějaké instituce. Když ano, tak do jaké? Když už tatínek nemůže polykat, má být vyživován sondou? Přál by si to, kdyby se sám mohl rozhodnout? V jakém případě má tatínek podstoupit operaci? Má být resuscitován, pokud se dostane do situace, kdy bude ohrožen jeho život, jakou je třeba infarkt? Je těžké tyto otázky zodpovědět a správně se rozhodnout. Pečovatelé by je mohli konzultovat s ostatními členy rodiny a zdravotníky, ale zásadní váhu by mělo mít přání pacienta samotného či tlumočené člověkem, který se o něj dlouhodobě staral.

Navštivte [www.mojelekarna.cz](http://www.mojelekarna.cz) - web pro zdravé i nemocné.

Poslední stadium demence vyžaduje detailní naplánování péče o nemocného. S tím, jak nemoc probíhá u každého různě, budou i nároky na péči různé. Je však dobré vědět, jak tato fáze nemoci probíhá obvykle. Tak se lépe budete moci připravit na situace, ke kterým může dojít.

#### **Deset příznaků, které by měly varovat:**

- 1. Ztráta paměti,** která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly. Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později, je normální. Lidé trpící duševní chorobou, jako je například Alzheimerova nemoc, však zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.
- 2. Problémy s vykonáním běžných činností.** Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou například připraví jídlo a nejen, že ho zapomenou dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.
- 3. Problémy s řečí.** Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, a jeho věty pak nedávají smysl.
- 4. Časová a místní dezorientace.** Každý někdy zapomene, jaký je den a kam vlastně jede, je to normální. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů.
- 5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek.** Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.
- 6. Problémy s abstraktním myšlením.** Bilancování šekové knížky může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat.
- 7. Zakládání věcí na nesprávné místo.** Každý někdy někde založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: zehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.
- 8. Změny v náladě nebo chování.** Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s Alzheimerovou nemocí podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.
- 9. Změny osobnosti.** Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezřivým nebo ustrašeným.
- 10. Ztráta iniciativy.** Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.

Následující tipy jak zvládnout péči by Vám měly pomoci vyrovnat se s některými problémy, které mohou nastat.

#### **Zhoršení pohybu.**

S postupem nemoci si nebude člověk trpící Alzheimerovou nemocí schopen naplánovat svou činnost a ani s některou aktivitou sám začít. Pečovatel by proto měl vytvořit denní plán, nemocného laskavě přimět k určité jednoduché činnosti a tím zajistit, aby byl nemocný pokud možno co nejvíce aktivní. Nemocnému by se mohlo líbit pohybování se do rytmu hudby, avšak často pouze tehdy, pokud mu budete pomáhat a podporovat ho. Tato jednoduchá aktivizace by mohla zabránit ztrátě svalové hmoty stejně účinně jako cvičení, na které již pacient nestačí.

Pokud se nemocný stane nepohyblivým natolik, že zůstane upoután na lůžko, mohou u něj vzniknout proleženiny. Tato poškození pokožky, podkoží i hlubších tkáňových struktur vznikají tlakem v situaci celkového oslabení organismu. Většinou proleženin, ne však všem, můžeme předějit tím, že uvolníme tlak na pokožku. To můžete zajistit polohováním nemocného každé dvě hodiny, zvedáním nohou z postele, používáním polštářů, podložek, nafukovacích matrací a podobně, a také je nutné, aby prostěradlo bylo stále suché a pevné, bez záhybů.

Další rady, jak předcházet proleženinám, jsou: udržovat prostěradlo čisté, suché, bez drobků od jídla; udržovat nemocného v suchu a čistotě, používat jemné mýdlo k mytí pokožky a vždy ji řádně vysušit, ale nedřít; promazat pokožku krémem, ošetřit zejména místa, kde působí tlak (všechna místa, kde je pod pokožkou patrná kost). Tyto metody nelze dost dobře a přesně popsat. Zdravotní sestry jsou v tomto ohledu skutečně velkými odborníky a rády Vám poradí, jak zajistit prevenci proleženin.

Nedostatek pohybu může také vést ke ztuhnutí končetin. Pokud nejsou paže a nohy pravidelně natahovány, zůstanou trvale pokrčené. Pravidelné jemné cvičení pomůže tento problém vyřešit. Fyzioterapeut (rehabilitační pracovník) Vám může poskytnout velmi cenné rady. Posoudí stav pacienta a doporučí Vám jednoduchá cvičení, která budete moci s pacientem provádět a zabráníte ztuhnutí a tzv. kontrakturám (zkrácení svalů a šlach).

#### **Výživa a úbytek na váze.**

Změna stravovacích návyků nemocného je obvyklou součástí postupu AN. Nechte nemocného jíst v rodinném kruhu. Dodržujte stále stejný čas, kdy se podává jídlo, dbejte na správnou výživu a dostatečný přísun tekutin.

Pacienti s Alzheimerovou chorobou mají (z příčin, které dosud neznáme) vyšší energetickou potřebu než zdraví lidé stejného věku. Je nutné zvážit mnoho věcí týkajících se stravování nemocného v pokročilém stadiu demence. Je toho hodně, co může nemocného při jídle rušit, anebo ho dokonce od jídla odradit (zvuky, pachy, rozhovory). Stravovací režim by měl být přizpůsoben potřebám nemocného. Například některý nemocný bude raději jíst vícekrát denně a jinému zase vyhovují větší porce pouze třikrát denně. Často potřebuje nemocný pouze nepatrnou pomoc či správné uspořádání talíře a jídla na něm, aby začal jíst sám.

Pokud má nemocný větší problémy s polykáním tekutin než soust anebo naopak, je dobré zkusit mu připravit stravu takové konzistence, aby mu co nejvíce vyhovovala. Může pomoci, když se jídlo rozmíchá, nebo když se střídá snědení malého kousku jídla a zapití nápojem. Důležitou zásadou je také nemíchat tekutiny a tuhá sousta a jídla (mléko a cereálie atd.)

Nechte nemocnému dost času na to, aby mohl vše v klidu sníst. Nenabízejte mu další sousto, dokud to předešlé nespokl.

Nemocný by měl při jídle sedět pokud možno vzpřímeně a po jídle by si neměl hned lehat, protože polknuté jídlo by se mohlo dostat zpět do jícnu.

Problémy s polykáním mohou vést ke vdechnutí sousta a k dušení. Proto je dobré, v případě těchto obtíží, konzultovat lékaře či zdravotní sestru a poučit se i o první pomoci v případě vdechnutí sousta.

Je důležité všimnout si, zda nedochází u nemocného k úbytku na váze. Mohlo by to totiž znamenat přítomnost nějaké další nemoci, kterou by bylo potřeba léčit. Deprese je jedna z nemocí často doprovázející demenci, která může způsobit ztrátu chuti k jídlu. Chuť k jídlu také ovlivňují některé léky a proto by se při úbytku na váze měl lékař zaměřit i na ně. Jak jsme již výše uvedli i sama Alzheimerova nemoc přináší vyšší energetickou spotřebu, pacienti hubnou i při normální stravě. Proto je potřeba dbát na vydatnou stravu a je vhodné ji doplňovat ještě komerčně připravenými dietními doplňky. Jsou to malé krabičky s nápojem, který má chuť ovocného mléčného koktejlu, ale obsahuje úplnou výživu. Pro pokrytí celodenní potřeby postačují obvykle tři tyto krabičky. Na doplňkovou výživu (formou tzv. popíjení – sippingu) se můžete informovat také v lékárnách.

#### **Žízeň a dehydratace.**

Nemocný trpící Alzheimerovou nemocí si nemusí vždy uvědomit, že má žízeň. Zapomene se napít vody nebo jiného nápoje. Pokud má nemocný problémy s polykáním tekutiny, zahustěte ovocný džus, čaj či jiný nápoj želatinovým přípravkem (který je opět za tímto účelem vyráběn některými firmami), podávejte krémové polévky, ovocné pyré a podobně. Snažte se, aby každodenní příjem tekutin byl alespoň dva litry. Nezapomeňte, že káva a silný čaj působí močopudně a tím zvyšují výdej tekutin.

#### **Hygiena a kontinence.**

Vybavení koupelny některými potřebnými pomůckami usnadní Vám i nemocnému každodenní hygienu a sníží nebezpečí úrazu. Pomůckami myslíme např. madla, stoličku do sprchy, zařízení pro regulaci horké vody apod. Udělejte pro nemocného z každodenní hygieny pomocí pěnových koupelí a masáže příjemný zážitek.

Je pravděpodobné, že nemocný, který je v posledním stadiu Alzheimerovy nemoci, bude potřebovat pomoci s osobní hygienou i s úkony na toaletě. Pokud je inkontinetní, ujistěte se, že to není způsobeno infekcí či jinou chorobnou příčinou. Pokud myslíte, že ano, poraďte se s lékařem o možné léčbě.

Vytvořte si jednoduchý záznam, kde budou všechny zvyky nemocného týkající se koupání, doby močení, příjmu tekutin (čas i množství), hlavního jídla a užívání léků. Tento zápis Vám pomůže odhadnout, pro které úkony je vhodný čas. Pokud toto zjistíte, můžete dopředu naplánovat, kdy například je třeba jít s nemocným na toaletu. Všimněte si i neverbálních projevů (neklid, pohrávání si s oblečením). Opět Vám to pomůže předejít nežádoucím situacím.

Vytvořte plán, kdy má nemocný chodit na toaletu. Nejprve ihned po ránu, po jídlech a před spaním. Mezi návštěvami toalety ponechte alespoň dvě hodiny pauzu, aby se močový měchýř mohl naplnit, a tak se udrželo svalové napětí. Nemocnému podávejte po celý den dostatek tekutin – nejpozději však alespoň dvě hodiny před spánkem. Omezte příjem kávy, silného čaje a uměle slazených nápojů.



Pokud nemocný není schopen udržet stolicí, obraťte se na lékaře, jestli to není projev jiné nemoci. Jestliže lékař nemůže najít jinou příčinu, pokuste se pozměnit stravu nemocného. Vyvarujte se projímavé působících jídel (u každého pacienta to může být jiné jídlo či nápoj) a přidejte potraviny obsahující vlákninu.

#### **Komunikace.**

S postupem nemoci nebude člověk trpící Alzheimerovou nemocí schopen se vyjadřovat slovy. Místo toho zjistíte, že jen mumlá nebo používá řeč tak, že nemá žádný význam. Dále ale můžete komunikovat pomocí gest, dotyku a společně vykonávaných drobných činností. Mějte na vědomí, že mimoslovní (nonverbální) komunikace má pro pacienta stejný význam jako rozhovor pro člověka zdravého.

Pro cvičení paměti, a také jako pomoc při zapomínání, mohou nemocnému sloužit lístky s poznámkami nebo telefonními čísly visící na nástěnce. Tam je dobré dát také fotografie známých a přátel s jejich jmény. Pro jednodušší časovou orientaci zvýrazňujte v kalendáři důležitá data. Největší starost, kterou mají pečovatelé starající se o nemocného v poslední fázi demence je, zda nemocný nemá nějaké obtíže nebo bolesti, které jim není schopen sdělit. Pozorný pečovatel ale většinu potíží pacienta umí velmi citlivě vypořádat. Přesto je nutné pravidelně kontrolovat jednotlivé funkce, jejichž porucha by pacientovi byla nepříjemná (pravidelné vyprazdňování, stav kůže, správná a pohodlná poloha a podobně).

#### **A co ještě?**

S postupem nemoci se mohou objevit další změny chování či další potřeby nemocného, péče může být složitější. Může to být nevhodné dotýkání se ostatních nebo jiné náhlé a nepředvídatelné chování. To vše patří k nemoci, ale je možné tyto problémy vyřešit. Stává se, že jsou způsobeny např. strachem ze tmy nebo nošením nepříjemně úzkého oblečení a tomu se dá jednoduše předejít. Uspadněte nemocnému oblékání. Dejte mu volné oblečení, které se dá ještě více roztáhnout, boty na suchý zip a připravte mu vždy oblečení v takovém pořadí, ve kterém si ho má obléknout.

Pravidelné kontroly u lékaře (oční, ušní, zubní) a interní vyšetření (srdce/krevní oběh, krevní tlak, diabetes) jsou důležité z hlediska průběžného sledování zdravotního stavu nemocného. Informujte se také o dalších vyšetřeních nemocných s AN. Dbejte na to, aby nemocný bral pravidelně léky a aby jejich užívání průběžně kontroloval lékař.

Pokud má nemocný jakékoli záchvaty, požádejte lékaře o radu, jak je máte zvládat. Ostatní členové rodiny a pečující se mohou vyvarovat mnohým konfliktům pomocí individuálního přizpůsobení se aktuální situaci. Vyvarujte se hlavně kritiky a obviňování nemocného. Často pomáhá rozptýlení v podobě hudby nebo procházky. Pokud je to nutné, vyhledejte však pomoc. Kromě Vašich příbuzných a přátel Vám ochotně pomůže i odborník. Pomoc můžete vyhledat i u Vašeho lékaře.

#### **Stavební úpravy.**

Velmi Vám pomůže, pokud Váš dům nebo byt přizpůsobíte potřebám nemocného. Vždy se mu snažte být oporou. Změny dělejte opatrně a dávejte pozor, jakou má nemocný zrovna náladu. Odstraňte vše, co by mohlo být pro nemocného nebezpečné a zkuste toto:

Navštivte [www.mojelekarna.cz](http://www.mojelekarna.cz) - web pro zdravé i nemocné.

Odstraňte vše, co by mohlo být zdrojem úrazu: koberce, vázy, které by mohly spadnout a rozbít se, nože a nůžky.

Typickým symptomem AN je nadměrná potřeba chodit. Pomocí některých opatření můžete zabránit nehodám a zraněním, ke kterým při tom může dojít. Vytvořte v bytě (domě) prostor, kde se může nemocný procházet. Pokud na každé dveře napíšete, kam vedou, pomůže to nemocnému dobře se doma orientovat.

#### **Péče o sebe.**

To nejdůležitější, pokud pečujete o nemocného Alzheimerovou chorobou je, abyste Vy sami byli k sobě upřímní. Abyste si uvědomili, kde je hranice toho, kdy péči zvládáte a kdy už ne. Pokud vaše vlastní zdraví není v pořádku nebo pokud se cítíte unavení, přemýšlejte o dalším způsobu péče o nemocného a vyhledejte pomoc.

Obrátte se na své nejbližší – rodinu a přátele – kteří Vám podají pomocnou ruku a také Vám budou naslouchat. Kontaktujte ČALS (viz níže), kde Vás budou informovat o svépomocných skupinách pečovatelů, respitní péči a dalších možnostech, které Vám jistě pomohou. Váš lékař Vám také může poradit a pomoci. Zjistěte si, kde najdete pomoc a hlavně dobře pečujte sami o sebe. Je to důležité nejen pro Vás, ale zejména pro Vašeho blízkého, který Vás stále potřebuje.

V případě problémů se můžete v České Republice obracet přímo na Českou alzheimerovskou společnost (283 880 346), kde získáte základní informace i o pobočkách v jednotlivých regionech.

Základní informace najdete také na webových stránkách:  
**[www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz), [www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz)**

Navštivte [www.mojelekarna.cz](http://www.mojelekarna.cz) - web pro zdravé i nemocné.

4

<sup>4</sup> Moje lékárna. *Moje lékárna* [online]. 2014 [cit. 2014-05-12]. Dostupné z: <http://www.mojelekarna.cz/>



## **Veřejný závazek**

*Veřejný závazek je základní dokument organizace, ve kterém je veřejně deklarován způsob, jakým bude nabízet a poskytovat služby. Obsahuje cíle a poslání organizace, cílovou skupinu klientů, hodnoty, kterými se pracovníci řídí při poskytování služeb a vizi, jakým směrem by se chtěla organizace dále rozvíjet. Tato prohlášení jsou veřejná a tedy přístupná široké veřejnosti (např. webové stránky, nástěnka, informační letáky...).*

*Takto vydefinovanými základními pravidly se organizace zavazuje k poskytování služeb způsobem, jež je níže uveden.*

### **I.**

#### **Poslání domova**

- *Posláním Domova důchodců Albrechtice nad Orlicí je poskytovat seniorům s Alzheimerovou demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby, kvalitní individuálně zaměřené služby, které vedou k podpoře důstojného a bezpečného života s co největší mírou samostatnosti.*
- *Služby jsou poskytovány formou celoročního pobytu.*

### **II.**

#### **Okruh osob, kterým jsou naše služby určeny**

- *Senioři s Alzheimerovou demencí, kteří nemají dostatek fyzických nebo psychických sil aby mohli zůstat doma, a to ani s pomocí rodiny a dostupných terénních služeb. Služby jsou poskytovány převážně lidem, kteří žijí nebo mají rodinu na území východních Čech.*



## **Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí**

1. Máje 104, 517 22 Albrechtice nad Orlicí, IČO 42886171

### **III.**

*Naše zařízení neposkytuje službu těmto osobám*

- s akutním infekčním onemocněním
- jejichž zdravotní stav vyžaduje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení
- s akutní závislostí na návykových látkách
- s jinou psychiatrickou diagnózou
- osobám nekomunikujícím v českém nebo slovenském jazyce

### **IV.**

*Zásady, kterými se řídíme při poskytování služeb*

- Zaměření na klienta (individuální přístup)
- Otevřenost a transparentnost (spolupráce a jasná koncepce)
- Kvalita a odbornost (kvalifikace a další vzdělávání)
- Zachování důstojnosti klientů
- Bezpečnost (plány rizik, stabilita služby)
- Týmová spolupráce

### **V.**

*Jak si představujeme náš domov v budoucnu (víze)*

- Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí je organizace poskytující kvalitní a odborně zaměřené služby.
- Komplex poskytovaných služeb respektuje individuální potřeby klientů.
- V organizaci pracuje dostatek kvalifikovaných spokojených a motivovaných zaměstnanců.
- Organizace má dobré vztahy s okolím, je otevřená, spolupracující a transparentní.

*Motto: „Můžeme být součástí vaší rodiny“*

Příloha č. 1

### **Dlouhodobé cíle našeho domova**

1. Zajistit ekonomickou stabilitu organizace.
2. Zajistit dostatek kvalifikovaných, motivovaných a spokojených pracovníků, podle aktuálního organizačního schématu
3. Zajistit si poskytováním odborných, bezpečných, kvalitních a individuálně zaměřených služeb trvalý zájem klientů, s obložeností více jak 98%
4. Dále rozvíjet vztahy s rodinami klientů, spolupracujícími službami a veřejností.

---

*Strana 2 (celkem 2)*

5

---

<sup>5</sup>Domov důchodců, Albrechtice nad Orlicí - domov pro seniory [online]. 2012 - 2014 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://www.ddalbrechtice.cz/>



## **DEMENCE**

Mnoho lidí si močzná myslí, že zapomínání je běžnou součástí vyššího věku. To může být závažný omyl, protože v mnoho případech se již může jednat o první příznaky demence. Stáří může být pomalejší, ale jeho součástí v žádném případě není zapomínání, které člověku komplikuje život. Objeví-li se toto zapomínání, je nejvyšší čas vyhledat odborníka obeznáměného s problematikou Alzheimerovy choroby a jiných onemocnění způsobujících demenci. Nejčastěji to bývá praktický lékař, geriatr, neurolog nebo psychiatr. Pokud lékař určí diagnózu nemocného jako demenci nebo přímo Alzheimerova nemoc, je to proto, že u nemocného jsou patrné poruchy paměti, myšlení, chování.

**Prvními příznaky**, které rodina může pozorovat, jsou potíže se zapamatováním si zejména nedávných událostí a poruchy ve vykonávání navykých, pravidelných úkonů. U nemocného se může objevit také neklid, změny osobnosti, poruchy chování, zhoršený úsudek, potíže s nacházením slov, dokončováním myšlenek a plněním pokynů.

**Alzheimerova nemoc je nejběžnější příčinou demence.**

**Čtyři mýty o demenci:**

**1. Demence patří ke stáří.**

To není pravda. Normou je fyzické i duševní stáří. Demence je vždy důsledek onemocnění.

**2. Demenci nelze léčit.**

To také není pravda. Většinu onemocnění, která vedou k demenci, sice vyléčit neumíme, umíme však oddálit většinu příznaků a zpomalit rozvoj demence v případě, že onemocnění zjistíme včas.

**3. Stáří lidé zapomínají – to je normální :**

To je jen částečně pravda, staří lidé mohou být pomalejší, mohou častěji zapomenout než lidé mladší, tomu se říká benigní stařecká zapomnětlivost. Jakmile začne

zapominání člověku vadit, omezovat jej v běžném životě, je nejvyšší čas vyhledat lékaře.

#### 4. U nás demence nepředstavuje problém.

Naprostý opak je pravdou. Demenci je postiženo jen několik procent lidí kolem 60 let. Každých pět let se její výskyt zdvojnásobuje, takže již téměř třetina lidí starších 80 let je postižena významnou kognitivní poruchou, či poruchou chování v důsledku některého z onemocnění, která způsobuje demenci. Se stárnutím populace bude tento problém stále významnější.

#### Rizikové faktory demence

##### Věk :

- může se vyskytnout v jakémkoli věku, ale relativně vzácně přichází před 60. rokem věku

##### Ženy – muži:

- studie většinou neprokazují rozdíly.

##### Rodinný výskyt a genetické faktory:

- pokud se demence vyskytne před 60. rokem věku, jedná se velice často o dědičně podmíněné onemocnění.

##### Vzdělání:

- mnoho studií ukazuje, že demence a zejména Alzheimerova choroba jsou méně časté u lidí s vyšší úrovní vzdělání, ale nicméně příčiny popsání jevu nejsou vědcům stále jasné.

##### Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění:

- demence se rozvine zhruba u třetiny lidí po cévní mozkové příhodě. Avšak i lidé, trpící hypertenzí, cukrovkou, onemocněním srdce jsou opět náchylnější rozvoji demence.

##### Kouření:

- lidé, kteří kouří, mají vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění a některé studie prokazují, že i u těchto lidí je vyšší riziko vzniku demence.

##### Alkohol:

- zde je velice nebezpečné přímé toxické působení alkoholu na mozkové buňky a možný rozvoj demence.

##### Poranění hlavy:

- jakýkoliv úraz hlavy, jehož důsledkem je ztráta vědomí minimálně na 15 minut může vést k rozvoji demence, ale studie z poslední doby tyto souvislosti neprokázaly.

**Deprese:**

- starší lidé s depresí mají 3 – 4x větší riziko demence.

**Další faktory:**

- Infekční onemocnění – AIDS, syfilis
- Deficit vitaminů – B12
- Parkinsonova choroba apod.

### **Rychlý screening demence – dotazník určený pro širokou veřejnost**

**Jak často nebo v jaké míře Váš blízký**

1. Opakuje se a ptá se znovu na to samé?
2. Zapomíná více než dříve zejména věci, které se staly nedávno nebo dokonce pře chvíli?
3. Zapomíná brát léky, nakoupit najednou více věcí a podobně?
4. Zapomíná na schůzku, svátek, rodinnou oslavu?
5. Je smutnější nebo bezradnější než dříve?
6. Má problémy s počítáním, vedením účtu a podobně?
7. Je pravda, že již nemá takový zájem o dřívější záliby, koničky?
8. Potřebuje pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně?
9. je vznětlivější, podezřivý, neklidný, mluví nesmyslně nebo vidí a slyší to, co ve skutečnosti neexistuje?
10. Zhoršila se jeho schopnost řídit automobil?
11. Hledá slova, mluví méně plynule, zapomíná jména?

**Hodnoťte následujícím způsobem:**

0 – ano, často
1 – někdy
2 – ne

22 – 21 bodů : odpovídá normě
20 – 19 bodů: hraniční stav, pokud jsou i jiné příznaky, je lepší se poradit s lékařem
18 a méně bodů : poraďte se vždy s lékařem

## Rady - Alzheimerova choroba

### Jak pracovat s lidmi s Alzheimerovou chorobou

Pracujete jako personál, laický pečovatelský nebo dobrovolník s lidmi, kteří jsou postiženi Alzheimerovou chorobou? Je-li Vaše odpověď ANO, jistě Vám přijde vhod několik užitečných rad.

1. Buďte v kontaktu s očima a přistupujte zřepředu.
2. Buďte trpělivý a nápomocný, ukažte svůj zájem.
3. Chovejte se ke klientovi s důstojností a respektem.
4. Čekajte trpělivě na reakce či odpověď.
5. Dovoďte klientům, aby se s Vámi cítili příjemně, ujistěte je, že vše je v pořádku.
6. Dejte klientovi čas, aby mohl věc pochopit, netlačte ho.
7. Jestliže je nemocný, reaguje negativně nebo nervózně, nezačínajte spor a vyhněte se domluvám.
8. Ke klientovi přistupujte vždy otevřeně, přátelsky a laskavě.
9. Mluvte klidně, nižším tónem hlasu, pomalu, ale ne monotónně. Vysoký tón vyvolává úzkost a napětí.
10. Místo zájmen používejte jména lidí a věcí.
11. Nekritizujte, nehádejte se, neopravujte.
12. Nepoužívejte přenesená slova (např. "Skočte si do toho bufetu").
13. Nešetřete komplimenty.
14. Nejlepší je, když se setkáte, přestavit se a naznačit i dalšími prostředky, kdo jste.
15. Na začátku rozhovoru oslovte vždy klienta jménem.
16. Nacházejte význam ve všem, co dělá a říká, nebo si buďte alespoň vědom, že v tom nějaký význam je.
17. Nenuťte nemocného, aby řekl to správné slovo, jestli rozumíte, co tím myslí, nechte ho při tom.
18. Opakujte informace nebo otázky.
19. Pamatujte, že člověk s Alzheimerovou chorobou je schopen rozumět řeči Vašeho těla, Vaší náladě a upřímnosti. Nikdy nepředpokládejte, že nerozumí tomu, co se říká kolem něho.
20. Používejte hojně jemný dotyk, držení za ruku, ale ne dříve, než se ujistíte, že máte svolení proniknout do jeho osobního prostoru.
21. Potřebuje-li naslouchátko, přimějte ho, ať ho nosí, stejně tak i brýle.
22. Přízvuk dávejte na nejdůležitější slovo ve větě.
23. Používejte více pozitiv, než negativ. ("Pojďte sem" než "Nechod'te tam")
24. Při rozhovoru eliminujte hluk a přílišný pohyb.
25. Řekněte vždy klientovi, co s ním budete dělat.
26. Stěny pokoje klienta zdobte fotografiemi jeho rodiny.
27. Snažte se mu napovědět tam, kde mu chybí slova.
28. To, co říkáte, podporujte vhodnými gesty. Užívejte krátkých a jednoduchých vět, vždy na jedno téma. Více než otázky užívejte oznamovací věty. ("WC je přímo tady" místo "Potřebujete na záchod?")

29. Vyhněte se otázkám.
30. Ve všem, co děláte, se snažte posílit jeho sebedůvěru a sebeúctu.
31. Využijte zbývajících dovedností a pochopte, že schopnost být zdvořilý může být vinou Alzheimerovi demence skryta.

### Rady - Osoby postižené demencí

#### Několik rad těm, kteří pečují o osobu postiženou demencí

1. Pamatujte, že člověk s demencí je stále schopen rozumět řeči vašeho těla, vaší náladě a upřímnosti. Nikdy nepředpokládejte, že nerozumí, co se říká kolem něho.
2. To, co říkáte, podporujte vhodnými gesty.
3. Užívejte krátkých, jednoduchých vět, vždy jen na jedno téma.
4. Vyhněte se otázkám.
5. Nesnažte se ho nutit, aby řekl to správné slovo. Jestli rozumíte, co tím myslí, nechte ho při tom.
6. Ve všem co děláte, se snažte posílit jeho sebeúctu a sebedůvěru.
7. Nacházejte význam ve všem, co dělá a říká, nebo si alespoň buďte vědomi, že v tom nějaký význam je.
8. Využijte všech zbývajících dovedností. Někdy jsou nejdůležitější dovednosti skryty vinou demence. Například schopnost být zdvořilý.
9. Mluvte klidně, nižším tónem hlasu. Vysoký tón vyvolává úzkost a napětí.
10. Mluvte pomalu a srozumitelně.
11. Používejte hojně jemný dotyk a držení za ruku.
12. Jestliže klient reaguje negativně nebo nervózně, nezačínajte spor a vyhněte se domlouvám.
13. Snažte se klientovi napovědět tam, kde mu chybí slova.
14. Buďte v kontaktu s očima.
15. Přistupujte zřepředu.
16. Napište slova na papír, je-li třeba.
17. Potřebuje-li naslouchátka, přimějte ho, ať je nosí a kontroluje stav baterií.
18. Při rozhovoru eliminujte zvuk a přílišný pohyb
19. Nosí-li brýle, ať je nosí pravidelně.
20. Čekejte trpělivě na reakci či odpověď.
21. Opakujte informace nebo otázky.
22. Místo zájmen používejte jména věcí a lidí.
23. Přízvuk dávejte na nejdůležitější slovo ve větě.
24. Používejte více pozitiv, než negativ.
25. Buďte trpěliví.
26. Nekritizujte, neopravujte, nehádejte se.

Pracovníci MSSS Boskovice

5

6

---

<sup>6</sup> *Městská správa sociálních služeb v Boskovicích* [online]. 2014 [cit. 2014-06-30]. Dostupné z: <http://msssboskovice.cz/>

## Příloha G Metodická příručka z Domova důchodců Hradec Králové

### 1. Co byste měli vědět o demenci a Alzheimerově chorobě

Demence je porucha, u které dochází k podstatnému snížení úrovně paměti, to znamená, že člověk zapomíná např., co měl k obědu, jaký je den v týdnu, ale také i jména svých nejbližších. Dále sem patří snížení pozornosti- člověk s demencí Vás nemusí naplno vnímat a je uzavřen ve svých myšlenkách. Mezi další příznaky patří poruchy řeči jako například poruchy při polykání, nerozumění sdělovanému obsahu nebo také velmi obtížně tvořená řeč, které je špatně rozumět. Člověk s demencí může být dezorientovaný i na místech nebo situacích, které dobře znal. To se dále může pojit se špatnou náladou, depresi, ale i agresivním chováním.

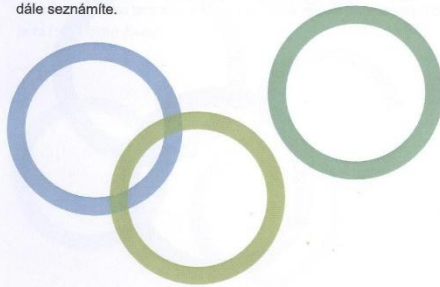
#### Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je jednou z nejčastějších příčin demence. S přibývajícím věkem stoupá riziko onemocnění.

Proces demence je nezvratný, tudíž se nedá vyléčit. Existuje však mnoho metod a terapií, které postup onemocnění mohou zpomalit a zvýšit kvalitu života člověka. Jedním ze způsobů, jak zpříjemnit člověku s demencí pobyt v zařízení, jsou návštěvy dobrovolníků. Za mnoha seniory nedochází rodinní příslušníci, sestry se také nemožou klientům věnovat v oblasti delšího popovídání či vycházky. Proto je pro ně kontakt s člověkem z prostředí „venku“ velmi obohacující a odpoutá je z jejich každodenního stereotypu.

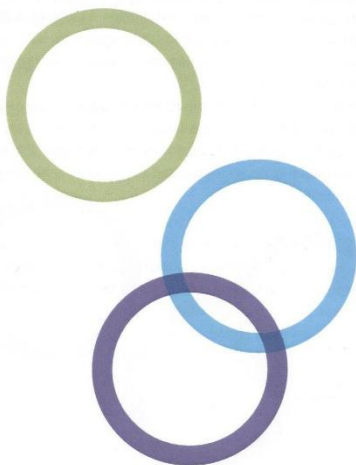
### 2. Seznámení se s prostředím

Po vyřízení náležitostí s vysílací organizací se seznámíte s prostředím, ve kterém se budete ocitát v pozici dobrovolníka. Sociální pracovník daného zařízení by Vás měl seznámit s prostory, kde se můžete obrátit na zaměstnance zařízení, na prostory klientů, popřípadě na místnosti, kde si můžete odložit věci, atd. Pracovník zařízení Vás může upozornit, například jak se zachází s polohovací postelí, telefonem, který přivolá sestru, výtahem, zabezpečenými dveřmi, atd. Dále se seznámíte s denním režimem zařízení, abyste měli přehled, kdy můžete klienta navštěvovat. Důležité jsou také informace o právech klienta (o právech a povinnostech dobrovolníků jste obeznámeni v dobrovolnické organizaci). Je velmi důležité je dodržovat! Následně by s Vámi sociální pracovník měl probrat Vaše možnosti pomoci- jak často můžete navštěvovat zařízení, jaké jsou Vaše zájmy, zda byste chtěli trávit čas s klientem či klientkou. Po uvážení obou stran Vám bude přidělen jeden či více klientů, se kterým se dále seznámíte.



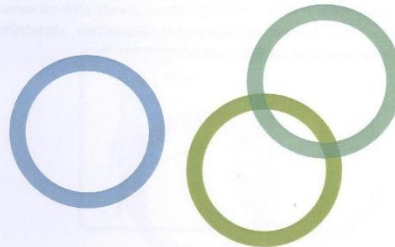
### 3. Seznámení se s klientem

První schůzku s klientem by měl s Vámi absolvovat sociální pracovník. Podá Vám o klientovi informace, které byste měli znát- jméno, kde se nachází jeho pokoj, zda navštěvuje nějaké aktivity, jestli má nějaká zdravotní omezení, atd. Sociální pracovník Vás představí a podá klientovi informace o Vašem poslání. Poté může zůstat s Vámi, pokud si to budete přát nebo odejít. Na další schůzce to už bude jen na Vás.



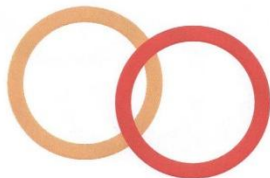
### 4. Navazování kontaktu

První setkání může být složité. Neznáte se, nevíte, jak začít, o čem si povídat. Nejlepší pro obě strany bude, že se znovu představíte. Klient si Vás nemusí pamatovat. Zopakujte, proč jste přišli, za jakým účelem. Poté můžete navrhnout nějakou činnost, která by odbourala první rozpaky. Může to být procházka v parku, čtení knihy, hraní společenských her či posezení u čaje nebo kávy. Pokud klient bude souhlasit, máte šanci ho lépe poznat. Na druhou stranu se může stát, že Vás klient bude odmítat, nedůvěřovat Vám nebo bude rozrušený. V takových situacích mu dejte čas, vzdalte se a nechte ho o samotě. Sám za Vámi přijde, a pokud ne, zkuste to při další návštěvě znovu. Můžete se také spojit se sociálním pracovníkem a popsat mu situaci. Určitě daného klienta lépe znají a dají Vám instrukce, co v takové situaci dělat. Důležité je se nevzdát hned při prvním nezdaru. Každý člověk je jiný a u lidí s demencí je vždy těžké odhadnout, jak se zachovají. Čím lépe člověka poznáte, tím lépe se Vám bude komunikovat. Tak je to i v běžném životě.

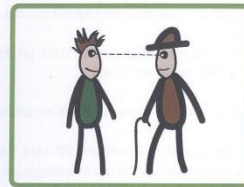


## 5. Zásady komunikace

Popovídat si je asi nejpřirozenější způsob, jak člověka poznat, porozumět mu, pobavit se. Témat ke konverzaci je nepřehledné množství, ale musíte vždy brát zřetel na odlišnosti seniorů a tím spíše, kteří mají demenci. Nejdůležitější je zjistit, co klienta zajímá, jaké měl koníčky, zaměstnání. Spoustě z nich se zachovávají alespoň střípky z jejich života a rádi na to zavzpomínají. Významnou roli hraje dobrovolníkové aktivní naslouchání. Člověk trpící demencí, který většinu času nemá s kým promluvit, je o to více šťasten, když může komunikovat s někým, kdo o to stojí. Snažte se naslouchat, i když jste třeba ten samý příběh slyšeli už mockrát. Neustále neopravujte například chyby, kterých se klient dopouští (říká, že je podzim namísto jara, apod.). Mohl by se cítit špatně a už by nechtěl mluvit. Souhlasně přitakávejte a dejte najevo, že Vás jeho povídání zajímá. Se stárnoucími osobami a osobami s demencí může být komunikace ztížena i zhoršující se funkcí smyslů jako je zrak, sluch, ale také poznávací procesy například již zmíněná paměť, pozornost, vnímání. Proto je velmi důležité dodržovat zásady správné komunikace, aby byla co neefektivnější. Předejdete zbytečným nedorozuměním a nepochopením.



Udržujte oční kontakt s osobou, se kterou hovoříte.



Hovořte vždy jen s jedním člověkem.



Používání názorných pomůcek.



## **Informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě**

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku. Jmenuji se Petra Suchánková a studuji na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice obor Zdravotně-sociální pracovník. Tento dotazník je zaměřen na informovanost seniorů o Alzheimerově chorobě a slouží k vypracování mé bakalářské práce.

Zaškrtněte pouze jednu možnost, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji

### **1. Jaké je Vaše pohlaví?**

- Muž
- Žena

### **2. Jaký je Váš věk?**

- 50-59 let
- 60-69 let
- 70-75 let
- 76 a více let

### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Základní
- Učební obor
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

**4. Žijete v:**

- Žiji sám/sama
- Žiji s rodinou
- Žiji v domově pro seniory či jiném zařízení

**5. S jakými lidmi jste nejvíce v kontaktu?**

- S dětmi
- S dospělými
- S lidmi mého věku
- S nikým se nestýkám

**6. Máte nějaké zájmové aktivity, kterým se věnujete? (Prosím vypište)**

**7. Co si představíte pod pojmem Alzheimerova choroba?**

- Porucha pohyblivosti
- Degenerativní onemocnění mozku
- Porucha příjmu potravy
- Vysoký krevní tlak
- Psychická porucha
- Jiné –

**8. Je Alzheimerova choroba typ demence?**

- Ano
- Ne

**9. Setkal/a jste se někdy s Alzheimerovou chorobou?**

- Ano
- Ne

**10. Pokud jste odpověděl/a ano, kde jste se s Alzheimerovou chorobou setkal/a?**

**11. Víte co tato nemoc nejvíce postihuje?**

- Paměť
- Zaživací ústrojí
- Pohyblivost
- Krevní tlak
- Zrak
- Sluch
- Vylučovací systém
- Jiné -

**12. Jaká věková skupina je touto nemocí nejvíce postižena?**

- Děti
- Adolescenti
- Dospělí
- Senioři

**13. Zaškrtněte dle Vás nejčastější příznaky této choroby. (Více možností)**

- Agrese
- Třes rukou
- Zapomínání
- Dezorientace
- Vysoký krevní tlak
- Ztráty vědomí
- Sebepoškozování
- Změna osobnosti
- Kóktání
- Zhoršený sluch
- Zhoršený zrak
- Nepoznávání svých blízkých

**14. Domníváte se, že veřejnost, zejména senioři mají dostatečné informace o této chorobě?**

- Ano
- Ne

**15. Pokud by, jste chtěl/a zjistit informace o Alzheimerově chorobě na koho byste se obrátil/a ?**

- Obvodní lékař
- Sociální pracovník
- Internet
- Rodina
- Známi
- Specializované centrum
- Literatura

Jiné –

**16. Myslíte, že je Alzheimerova choroba léčitelná?**

- Ano, dá se zcela vyléčit
- Ne, je nevléčitelná
- Nevím

**17. Znáte nějaké zařízení, které se specializuje na tuto nemoc? (Prosím vypište)**

**18. Slyšel/a jste někdy o České alzheimerovské společnosti?**

- Ano
- Ne

**19. Zaškrtněte možnosti, které považujete za možnou prevenci u této nemoci. (Více možností)**

- Vzdělávání
- Zdravý životní styl
- Cvičení mozku a paměti
- Očkování
- Farmakoterapie
- Posilování a fyzická aktivita

**20. Dbáte na nějakou prevenci ohledně Alzheimerovy choroby? (Prosím  
vypište)**

## Alzheimerova choroba

*"Člověk má za to, že musí být starý, aby byl chytrý.  
V podstatě ale má člověk s přibývajícím věkem dělat, aby se udržel tak chytrý jako byl."  
Johann Wolfgang von Goethe*

**Co je Alzheimerova choroba?**

- \* Nejčastější nemoc stáří
- \* Degenerativní onemocnění mozku
- \* Forma demence
- \* Poškozuje osobní rysy člověka
- \* Dochází k porušení paměti

**Rizikové faktory**

- \* Věk
- \* Pohlaví (ženy jsou více ohroženy)
- \* Genetika
- \* Vzdělávání (méně častější je u vzdělaných lidí)
- \* Životní styl (kouření a příjem alkoholu zvyšuje riziko)
- \* Infekční onemocnění

**Příznaky**


- \* Ztráta paměti
- \* Problémy s vyjadřováním
- \* Dezorientace
- \* Nesprávné zakládání věcí
- \* Změny nálad
- \* Změny osobnosti

**Léčba**

- \* Léčba této nemoci zatím není
- \* Lze zmírňovat průběh
- \* Je důležité co nejdříve zachovat soběstačnost
- \* Je důležitá fyzická aktivita a vzdělávání
- \* Farmakologická léčba zpomaluje proces demence

**Prevence**

- \* Fyzická a psychická aktivita
- \* Aktivní životní styl
- \* Správná životospráva
- \* Cvičení paměti
- \* Kognitivní tréninky



## Alzheimerova choroba

*"Člověk má za to, že musí být starý, aby byl chytrý.  
V podstatě ale má člověk s přibývajícím věkem dělat, aby se udržel tak chytrý jako byl."  
Johann Wolfgang von Goethe*

**Trénink paměti**

	8	6	1			9		
			7	2	4			
4	7		9			2		
		2	7					
8		7		2		1	3	
					8	7		
3					6		5	7
		6	2	8				
5				4	7			9

**Názvy filmů z obrázků**

1. 🌞 🌻 🌻 🌻 🍓 🍓 🍓

2. ? 🍴 🍲 🗣️ 📺 🧑

3. 🧑 🌲 🏠 🌲 🌲 🌲 🚗 🧑 🧑 🧑 🧑

**Seřadte dvojice**

Spejbl	Kain
Adam	Kleopatra
Ábel	Remus
Romulus	Eva
Marcus Antonius	Hurvínek
Libuše	Šárka
Ctirad	Prenysl Oráč

