

Demence a informovanost veřejnosti o této chorobě

Marie Valníčková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Marie Valníčková**
Osobní číslo: **H11842**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Demence a informovanost veřejnosti o této chorobě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti problematiky demence, sociálních služeb a informovanosti veřejnosti.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BUIJSSEN, Huub. Demence. 1. Vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

FRANKOVÁ, Vanda. Paní Anežka má demenci. 1. Vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-760-8.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ. Kognitivní trénink v praxi. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.

PIDRMAN, Vladimír. Demence. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1409-5.

TOPINKOVÁ, Eva. Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Praha: UCB Pharma,s.r.o., 1999. ISBN 80-238-4913-1.

ZGOLA M., Jitka. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

23. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 23. ledna 2015


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- o odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- o беру на ве́доміі, же бакала́рская пра́це буде уложена в электроні́ке подобе́ в университетні́м информаці́нм системо́ доступна́ к на́hlednutí;
- o na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- o podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- o pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.)

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 27. 9. 2015

.....
Marek Valnickeš

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává neotřeteno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o problematice demence. Teoretická část je zaměřena na stáří a jeho aktuální problémy. Zabýváme se demencí, jejím výskytem, příčinami a příznaky. Popisujeme jednotlivá stádia a typy demence, možnosti prevence a léčby. V teoretické části se zaměřujeme na péči o seniora s demencí. Představujeme zásady správné komunikace a aktivizace. Praktická část seznamuje s výsledky dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit informovanost veřejnosti o této chorobě.

Klíčová slova: demence, péče, komunikace, aktivizace, sociální služby

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with the issue of dementia. The theoretical part is focused on the age and its current problems. We concern with dementia, its prevalence, causes and symptoms. We describe different stages and types of dementia, prevention and treatment options. The theoretical part focuses on care for the elderly with dementia. We introduce the principles of correct communication and activation. The practical part presents the results of the survey, that was conducted in order to discover public awareness of this disease. Bachelor thesis deals with the issue of dementia. The theoretical part is focused on the age and its current problems. We concern with dementia, its prevalence, causes and symptoms. We describe different stages and types of dementia, prevention and treatment options. The theoretical part focuses on care for the elderly with dementia. We introduce the principles of correct communication and activation. The practical part presents the results of the survey, that was conducted in order to discover public awareness of this disease.

Keywords: dementia, communication, activation, social services

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Radaně Kroutilové Novákové Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady a připomínky. Chtěla bych také poděkovat své rodině a přátelům za jejich podporu a pomoc.

Motto: *„Paměť ... je deník, který všichni nosíme s sebou.“*

Oscar Wilde

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ	14
1.1 VYMEZENÍ STÁŘÍ.....	14
1.2 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ.....	16
1.2.1 Vliv prostředí	16
1.2.2 Životní styl	16
1.2.3 Zdraví	17
1.2.4 Ekonomické podmínky	17
1.2.5 Celková životní úroveň	17
1.3 AKTUÁLNÍ PROBLÉMY VE STÁŘÍ.....	18
1.3.1 Fyzické změny	18
1.3.2 Psychické a duševní změny.....	19
1.3.3 Změny spirituální	20
2 DEMENCE	22
2.1 PŘÍČINY DEMENCE.....	23
2.2 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ DEMENCE	23
2.2.1 Kognitivní funkce.....	24
2.2.2 Funkční schopnosti.....	25
2.2.3 Problémy s chováním	25
2.3 VÝSKYT DEMENCE	27
2.4 STÁDIA DEMENCE A JEJICH PRŮBĚH.....	28
2.5 DIAGNOSTIKA DEMENCE – DIAGNOSTICKÉ METODY	30
2.5.1 Anamnéza.....	30
2.5.2 Standardizované testy u paměťových (kognitivních) poruch	31
2.5.3 Zobrazovací metody.....	32
2.6 PREVENCE	32
2.7 TERAPIE A LÉČBA DEMENCE	33
2.7.1 Farmakoterapie kognitivních funkcí	34
2.7.2 Nekognitivní farmakoterapie	34
2.7.3 Nefarmakologické terapie	35
2.7.4 Terapie.....	36
3 JEDNOTLIVÉ TYPY DEMENCE	41
3.1 ATROFICKO-DEGENERATIVNÍ DEMENCE	42
3.1.1 Alzheimerova nemoc	42
3.1.2 Demence s Lewyho tělísky	43
3.1.3 Frontotemporální demence.....	43
3.1.4 Huntingtonova chorea	45
3.1.5 Parkinsonova nemoc	45
3.1.6 Další atroficko-degenerativní demence.....	45
3.2 SYMPTOMATICKÉ (SEKUNDÁRNÍ) DEMENCE	46
3.2.1 Vaskulární demence	46
3.2.2 Ostatní symptomatické demence.....	47

3.2.3	Pseudodemence	49
4	PÉČE O SENIORA S DEMENCÍ	50
4.1	ZÁSADY PRÁCE SE SENIOREM S DEMENCÍ	50
4.1.1	Prostředí	51
4.1.2	Důstojnost	51
4.1.3	Komunikace	52
4.1.4	Problémové chování a jeho prevence.....	52
4.2	KOMUNIKACE SE SENIOREM S DEMENCÍ	54
4.2.1	Verbální komunikace	55
4.2.2	Nonverbální komunikace	56
4.3	AKTIVIZACE SENIORŮ S DEMENCÍ.....	56
4.3.1	Podstata smysluplné činnosti	57
4.3.2	Seznam možných aktivit pro seniory s demencí	58
4.3.3	Smyslová aktivizace.....	59
4.3.4	Zajištění prostředí k aktivizaci	60
4.4	PÉČE O SENIORA S DEMENCÍ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	61
4.5	SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY S DEMENCÍ	62
4.5.1	Terénní služby	62
4.5.2	Ambulantní.....	63
4.5.3	Pobytové služby	64
4.5.4	Příspěvek na péči o osobu blízkou	65
4.6	ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST (ČALS)	66
II	PRAKTICKÁ ČÁST	68
5	VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	69
5.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	69
5.2	VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	69
5.2.1	Výzkumné otázky.....	70
5.3	STANOVENÍ HYPOTÉZ	70
5.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU	71
5.5	TECHNIKA SBĚRU DAT	73
5.6	ZPŮSOB ANALÝZY DAT A PREZENTACE OTÁZEK V DOTAZNÍKU	73
5.6.1	Způsob vyhodnocení dat	74
5.6.2	Přehled otázek v dotazníku a jejich vyhodnocení	75
6	VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE	76
6.1	ZNALOSTI VEŘEJNOSTI O CHOROBĚ DEMENCE	76
6.1.1	Hypotéza	76
6.2	INFORMOVANOST RESPONDENTŮ O DEMENCI	79
6.2.1	Hypotéza	79
6.2.2	Hypotéza	81
6.3	HODNOCENÍ DOSTUPNOSTI INFORMACÍ O CHOROBĚ DEMENCE	83
6.3.1	Hypotéza	83

6.4	PÉČE PRO OSOBY BLÍZKÉ POSTIŽENÉ CHOROUBOU DEMENCE.....	85
6.5	VHODNÉ ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY S DEMENCÍ.	87
6.6	ZNALOST PŘÍZNAKŮ ONEMOCNĚNÍ DEMENCE	88
6.7	ZÁVĚREČNÉ SHRNU TÍ VÝZKUMU	90
	ZÁVĚR	92
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	93
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	96
	SEZNAM GRAFŮ	97
	SEZNAM TABULEK.....	98
	SEZNAM PŘÍLOH.....	99

ÚVOD

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože podle mého uvážení je demence málo uvedená v podvědomí veřejnosti. Stále více ve svém okolí se setkávám s touto chorobou. Také mě ovlivnilo to, že se dotkla i mé rodiny. V ten moment jsem si uvědomila, jak těžké je soužití s člověkem postiženým demencí a snažila jsem se najít východiska a umět se vcítit do nemocného. Taky se snažím reagovat na společenskou situaci, protože lidí se syndromem demence stále přibývá. Demence je provázána velkou neinformovaností veřejnosti, mnoha předsudky a možná i strachem, který souvisí se strachem člověka ze stáří. Stáří je nevyhnutelnou perspektivou každého z nás. Hlavním cílem bakalářské práce je seznámit veřejnost s chorobou demence a přispět k odstranění jejího tabu.

V naší moderní společnosti se lidé dožívají stále vyššího věku a právě vysoký věk s sebou přináší zvýšené riziko rozvoje demencí. Demence patří mezi nejčastěji se vyskytující poruchy ve stáří a představují významný sociální problém. S tím, jak narůstá počet jedinců postižených touto chorobou, vznikají organizace, sdružení, nadace, které se věnují touto problematikou. Narůstá i počet rodin, které se o takto nemocného kratší či delší dobu starají. Rodinní pečující i pečující v sociálních či zdravotních službách jsou vystaveni dlouhodobému stresu, který má často negativní vliv na jejich duševní zdraví. Téma demence proto patří k jednomu z nejvíce diskutovaných v naší společnosti. Bylo by dobré myšlenku rozšířit natolik, aby se veřejnost dozvěděla, jaký to má společenský dopad. A zkusit pro sebe něco udělat. Začít pečovat o fyzické a duševní zdraví člověka. Protože struktura společnosti se výrazně mění, stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. A tito lidé potřebují čím dál tím víc pomoc.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce jsme vytyčili čtyři hlavní kapitoly. V první kapitole Charakteristika stáří jsme se zaměřili především na pojmy související s tímto životním obdobím. Dále popisujeme změny ve stáří, které se na stáří podílí a jsou jeho součástí. Druhá kapitola se zabývá demencí. Co vlastně tento pojem znamená a vyjadřuje, jaké jsou příčiny, příznaky, výskyt, jaké jsou stádia nemoci a jak se nemoc diagnostikuje. Pozornost také věnujeme prevenci a léčbě onemocnění. V třetí kapitole se snažíme představit jednotlivé druhy demence. Poslední čtvrtá kapitola se nazývá Péče o seniora s demencí. V této kapitole se zabýváme zásadami práce se seniorem s demencí, péči v domácím prostředí, jeho aktivizací a mož-

nosti využití sociálních služeb a specializovaných center. Zmiňujeme se také o důležitosti relaxace a uvolnění pro pečující. Je nutné udržovat sociální vztahy jak u nemocného, tak u pečujícího.

V praktické části se pokusíme zjistit, jak je veřejnost informována o problematice demence. Jestli znají chorobu demence, její příznaky a vhodné zařízení pro osoby s demencí nebo zda pečují o nemocného v přirozeném prostředí domova. Také se zaměříme na výzkum informovanosti z hlediska pohlaví a věku. Pokusíme se zjistit, jak veřejnost přistupuje k hodnocení dostupných informací o chorobě demence. Zformulovali jsme cíl celého výzkumu, výzkumné otázky a stanovili hypotézy. Dále jsme charakterizovali metody použité při výzkumu. Poté následuje vlastní výzkum, vyhodnocení výzkumu, doporučení pro praxi a závěr. Výzkum se realizoval pomocí kvantitativního výzkumu dotazníkovou metodou. Celá bakalářská práce je doplněna o přílohy a seznam použité literatury.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ

Stále častěji se setkáváme se starými lidmi, prodlužuje se život u většiny populace a to pokládáme určitě za velký úspěch. Stárnutí přináší také nepochybné problémy jak u jednotlivce, tak pro společnost. Stáří je doprovázeno chronickými a degenerativními nemocemi, zhoršováním psychické i fyzické výkonnosti a u části populace i ztrátou soběstačnosti a potřebou trvalé péče a pomoci. Jedním ze závažných a ve stáří velmi častých onemocnění jsou progredující poruchy paměti a dalších intelektových schopností – demence, které omezují autonomii a soběstačnost člověka a v pozdějších fázích ho zbavují i jeho lidství. Demence se stává dnes vůbec nejobávanější nemocí. (Topinková, 1999, s. 7)

Proces stárnutí doprovází jedince od jeho narození po celý život a končí smrtí. Je to přirozený proces, který se projevuje involučními změnami (úbytek energie, ochabování svalstva) a období fyziologických ztrát. Jde o specifický nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu.

Věda, která se zabývá stářím a stárnutím se nazývá gerontologie (z řečtiny gerón – starý člověk, logos – nauka, slovo). Nauka o chorobách ve stáří se nazývá Geriatrie a Gerontopsychologie je nauka o duševních projevech starého člověka.

„Stáří je další vývojová etapa lidského života, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Stáří není konec života, teprve smrt přináší konec života. Prodloužení lidského života a vzájemné soužití všech věkových skupin ve společnosti dává prostor k vytvoření nového modelu osobního růstu, kde nebudou vytvářeny hranice mezi mládím, dospělostí a stářím, kde bude lidský život chápán jako jeden nepřetržitý celek od narození až do smrti.“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 11)

1.1 Vymezení stáří

"Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. (Kalvach et al., 2004, s. 47)

Odborná literatura dle Kalvach et al. (2004, s. 47) týkající se stáří, vymezuje toto členění stáří:

„65-74 let: mladí senioři - problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace

75-84 let: staří senioři - problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti

85 a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení.“

„Dále můžeme hovořit o sociálním stáří, to postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus). Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování.“ (Kalvach et al., 2004, s. 47)

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila stáří do tří etap:

rané stáří (60-75 let),

vlastní stáří (75-90 let),

dlohověkost (90 a více let).

Dle Jirák et al. (2009, s. 152-153) existují dva základní okruhy teorií stárnutí:

„Stárnutí jako genetická zákonitost a stárnutí jako projev opotřebování a náhodných chyb. Stárnutí probíhá u každého jedince rozdílným tempem, jednotlivé tělesné orgány a systémy postihuje asynchronně. Převažuje involuce.“ (Jirák et al., 2009, s. 153).

„Ve všech hospodářsky vyvinutých zemích se dlouhodobě u nově stárnoucích generací prodlužuje naděje dožití – lidé se častěji dožívají stáří a žijí v něm delší dobu. Současně se zlepšuje zdravotní a funkční stav těchto nových seniorů. I proto lze úspěšné stárnutí, zdravé, aktivní stáří považovat za fyziologickou normu a neúspěšné stárnutí se závislým stářím za jev chorobný.“ (Čevela et al., 2014, s. 18)

Dále rozlišujeme stáří na kalendářní věk (chronologický, matriční), který je určen datem narození. Funkční věk se určuje tím, na jaký věk se člověk cítí. Demografický věk se stanovuje průměrným věkem populace. A poslední je střední délka života. Jedná se o věk, kterého se člověk pravděpodobně dožije.

1.2 Kvalita života ve stáří

„Od starověku medicína věděla, že určitý životní způsob inklinuje ke zdraví a dlouhému životu, zatímco jiný k chorobám a k (před)časné smrti. K průkopníkům „zdravého životního způsobu“ patřili jak Galén či Hippokrates, tak lékaři starověké Indie, ve středověku pak stejně Paracelsus jako dvorní lékaři.“ (Čevela et al., 2014, s. 37)

„Kvalita života je abstraktní a komplexní pojem, který představuje odpovědi člověka na fyzické, mentální, sociální, emocionální a duševní faktory a vlivy, které jsou součástí každodenního života. Kvalitu života je potřeba chápat jako soubor ekonomicko-sociálních podmínek a využívání znalostí, zkušeností a vzdělání předchozího života, schopností tvořit, osobního uspokojení a osobní vážnosti i uspokojivého zdravotního stavu.“ (Křivohlavý, 2001, s. 35)

Na efektivnosti kvality stáří záleží na genetických předpokladech. K dalším příčinám ovlivňující kvalitu stáří patří vliv prostředí, životní styl, zdravotní péče, ekonomické podmínky a celková životní úroveň.

1.2.1 Vliv prostředí

Životním prostředím týkající se znečištění ovzduší, vody, půdy, potravin, chemizace zemědělství, nadměrný hluk a další. Tyto formy prostředí jsou vnějšího typu. Vnitřního typu prostředí formulujeme jako nezdravé vztahy, zbytečný stres, negativní přístup k okolnímu světu, neslušné jednání ostatních lidí a další. To vše vede ke zvýšení pravděpodobnosti nejrůznějších onemocnění. Nedílnou součástí je prostředí, v němž se jedinec vyskytuje a to je prostředí rodinné nebo různá zdravotní či sociální zařízení.

1.2.2 Životní styl

To jak člověk žije, hodně ovlivňuje jeho kvalitu života. Existují různé styly, jako jsou kouření, nadměrná konzumace alkoholu a tabákových výrobků, zneužívání léků, drog, energeticky nadměrná a nevhodně složená strava vedoucí k obezitě a pohodlnosti, nízká pohybová aktivita, vysoká úroveň psychických tenzí a stresů, nízká spotřeba zeleniny, nevhodné sexuální chování apod.

1.2.3 Zdraví

Zdraví ve stáří hraje velmi důležitou roli, prevence chorob a životosprávy, zachování kondice a pohybové aktivity. Zachování aktivního režimu dne, aktivit duševních (kognitivní trénink) a sociálních (kontakty, komunikace).

1.2.4 Ekonomické podmínky

Adekvátní dostatek financí je podpora pro osoby ohrožené chudobou a sociálním vyloučením. Přispívá také k seberealizaci a dosažení takových služeb jako je bydlení, vzdělávání, zdravotní péče apod. Lidé se cítí mnohem lépe, pokud nejsou ohroženi nepříznivým vývojem finanční situace. Může to mít negativní dopad i na jejich zdraví.

1.2.5 Celková životní úroveň

„V rychle se měnícím světě je nezbytné pořád se něco nového učit. V současnosti je růst informací takový, že nezbyvá, než se průběžně učit celý život. Doplnují se nejenom poznatky o světě, přírodě a lidské společnosti. V dnešní době charakterizované rozvojem komunikační techniky, nejistotou, globalizací, stárnutím populace, rychlými změnami ve struktuře i výkonnosti ekonomiky a rostoucími sociálními rozdíly, se mění i hodnoty, preference a pohled na svět i cíle a záměry jednotlivců i skupin, role a možnosti rodin i společnosti, v níž žijeme.“ (Čevela et al., 2014, s. 94)

„Životní výzva neboli motivace ovlivňuje kvalitu života. Tím, oč je třeba především vědomě usilovat, jsou vůle ke smyslu a osobnostní identita, sebepojetí, sebeuvědomování sebe sama, které se utváří v interakcích s jinými lidmi a v sociálních rolích. Zodpovědnost za sebe sama by měla být hnací silou v zachovávání cílesměrného života, osobní úrovně, kontroly nad děním.“ (Čevela et al., 2014, s. 39)

Výchova a vzdělání je celoživotní proces a má stále větší nároky na jedince. Pokud bylo starých lidí v populaci málo a společnost ekonomicky prosperovala, bylo stáří obecně akceptováno a ctěno. V našem století došlo k inflaci stáří. Dnešní doba pěstuje kult mládí. Lidstvo stojí před velkým problémem nejen ekonomicky, ale i všestranně zajistit důstojný život stárnoucím a starým lidem. Předpokladem úspěchu je přiznat staré generaci společensky uznávanou hodnotu, dát jim roli. A právě kvůli stále vyššímu podílu seniorů a stoupajícímu věku, kterého se lidé dožívají, existuje předpoklad, že postižených osob bude stále přibývat.

1.3 Aktuální problémy ve stáří

Mezi nejčastěji diskutované problémy ve stáří patří bezpochyby diskriminace ve stáří. Pojem ageismus je odvozen od slova age - věk, stáří. Znamená to společenský předsudek vůči věku, stáří. Termín zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku či skupině starších lidí.

Každé tělo se věkem opotřebovává. Vzhled těla každého člověka se mění, začíná mít vrásky, ochabuje svalová hmota, zhoršuje se sluch, zrak atd. Jakož to se mění vzhled člověka ve stáří, mění se i celkové myšlení a zhoršuje se paměť.

„Tyto změny ovlivňují sociální stav starších lidí a ve výsledku směřují k jejich ústupu ze společnosti. Nedostatek potřebné podpory a socializace je spojován se zvýšeným rizikem úmrtnosti.“ (Jirák et al., 2013, s. 23)

„Obava se ztráty nezávislosti patří mezi hrozby stáří. Změny jsou vnímány většinou z nás jako ztráty, protože nás nutí vzdát se řady situací, přijmout nové role a poradit si s omezenějšími schopnostmi. Ztráta nezávislosti může být důsledkem změn zdravotního stavu objektivně stanovených lékařem nebo v souvislosti s ekonomickými či psychosociálními okolnostmi.“ (Jirák et al., 2013, s. 24)

Níže popisujeme nejčastější změny v procesu stárnutí. Změny v procesu života jsou pozvolné, zcela individuální a různé. Tyto změny jsou ovlivněny nejen involučními změnami, ale také dispozicí, genetickými faktory, původním funkčním stavem, způsobem života, životním prostředím a vnějšími riziky ohrožujícími život a zdraví člověka.

1.3.1 Fyzické změny

Tělo stárne a mění se před zraky všech. Není lehké to přijmout, když společnost uznává přehnaný kult mládí. Některé změny se dají kompenzovat (brýle, naslouchadla, chodítka, atd.). Změny smyslových orgánů se snižují již v rané dospělosti. Fyzické změny jsme shrnuli v následující tabulce.

Tabulka I.

Fyzické změny	
změny smyslů	zhoršení zraku, sluchu, čichu, chuti a hmatu
pohybový systém	omezen pohyb z důsledku řidnutí kostí - osteoporóza, poškození kloubů, revmatické potíže, imobilita
svalová soustava	atrofie svalstva - ubývání svalové hmoty, pokles schopnosti rychle reagovat, pružnosti a síly
dýchací soustava	klesá vitální kapacita plic a dechový objem se zmenšuje
zažívací soustava	defekty chrupu, snižování hmotnosti, klesá výkonnost vnitřních orgánů, snížena činnost všech žláz s vnitřní sekrecí, klesá výkonnost orgánů
vylučující soustava	horší funkce ledvin, prostatické potíže, pomočování, zácpa a ztráta pocitu žízně
krevní soustava	chudokrevnost, poruchy imunity a srážlivosti krve
endokrinní soustava	změny v produkci pohlavních hormonů
vnější změny	vrásčitá kůže, úbytek pigmentu a pigmentové skvrny, snadný vznik podlitin, vlasy řidnou, šedivý a postupně vypadávají
poruchy spánku	nespavost a spánková inverze – převrácení

Zdroj: Kalvach et al., 2004, Křivohlavý, 2001

1.3.2 Psychické a duševní změny

Myšlení a paměť

Porušeno logické myšlení, snížená všípivost a adaptace nových poznatků. Krátkodobá paměť selhává, snižuje se slovní zásoba, je porušena výbavnost a paměť se musí trénovat. Naopak dlouhodobá paměť, v níž uložené informace mohou vydržet i po celý život. Často vystupuje na povrch jedna vlastnost člověka. Také se často objevují poruchy nálad, sklon k úzkostem a depresím. Dezorientace je také velmi typická pro období stáří, jde o dezorientaci prostorovou, časovou a osobnostní.

Sociální změny

Vstupem do důchodu člověk ztrácí profesní kontakty. Jinak reagují ženy a jinak muži. Vyrovnat se s touto chvílí není vždy snadné, protože je plná nejistot. Člověk mění svou identitu a prázdnota, která je třeba vyplnit, může jedince děsit. V důchodovém věku lze čas využít i k realizaci plánů, ke kterým až do té doby nebylo možné přikročit. Je důležité, aby se

člověk stále udržoval aktivní a vyplnil svůj volný čas koníčky. Staří lidé občas potřebují, aby je někdo informoval o možnostech využití volného času.

„Člověk se dnem odchodu do důchodu nejenže stává „totálně“ starým, ale především přestává žít. Musí si uvědomit, že od teď musí žít jinak než dosud. Starý člověk ztrácí osobní kontakty s vrstevníky, spolupracovníky, důležitá je náplň volného času a koníčků. Zvýšená závislost na druhých lidech. Další potíží může být sociální osamělost, která může být způsobena ztrátou životního partnera, špatnou pohyblivostí člověka.“ (Jiráková et al., 2013, s. 24)

Dalším problémem nastává při odchodu dětí z domova. Tento druh sociální změny více znamená ženy. Manželé se v této situaci ocitají sami jeden s druhým. Musí nalézt nový způsob manželského života bez dětí. Tato změna může partnery sblížit a upevnit jejich vztah nebo naopak, vyprovokovat či popřípadě zhoršit již existující nebo skryté konflikty. V jejich vzájemném vztahu se může usadit prázdnota.

Úmrtí partnera či blízkého je jednou z nejtěžších zkoušek, pociťuje opravdové roztržení „jedna část jeho bytosti umírá“. Kromě partnera odcházejí postupně také staří přátelé. Starší lidé mají potom tendenci udržovat stále méně kontaktů.

Změna bydlení a institucionální péče pro staré lidi znamená opuštění svého domova a rozloučení se svou minulostí a se vším, co tvořilo jejich dosavadní život. Změna je pro starého člověka velmi psychicky náročná. Mezi sociální změny patří taky chudoba.

1.3.3 Změny spirituální

Bilancování života, potřeba vyrovnání, odpuštění, napravení křivd, otázky po smyslu života a blížící se smrt.

Všechny výše uvedené změny otřásají a traumatizují starého člověka. Ztráty bývají doprovázeny hlubokým šokem a dalšími průvodními různě dlouhými krizovými obdobími. Nejsou to lehké chvíle v životě, někteří lidé potřebují naši přítomnost a pomoc. Snižování soběstačnosti podmiňuje závislost, starý člověk se bojí závislosti. Hrůza z toho, že někomu bude na obtíž, někteří nezvládnou a volí sebevraždu. Člověk celý život usiluje o samostatnost, nezávislost a ve stáří o ni přichází. Měli bychom si uvědomit, že generace dříve narozených lidí, nám může mnoho dát, mnohému nás naučit. Je třeba úplně něco jiného, když si povyprávíme o událostech minulého století, než abychom přečetli historickou publikaci. Pamětníci nám při vyprávění barvitě vylíčí své osudy a každodenní život v tehdejší době.

Uvědomíme si, v čem spočívají skutečné hodnoty, co je pro život opravdu důležité, a přestaneme se zabývat malichernostmi. Tím nejpodstatnějším však zůstává, že lidem, kteří si to zaslouží, rozzáříme jejich den, naplníme je nadějí a vírou a dodáme jim dávku optimismu. (Čevela et al., 2014, s. 35-59)

V další kapitole se zabýváme problematikou demence.

2 DEMENCE

Pojem slova demence pochází z latiny a je složen ze dvou slov „de“ a „mens“. Znamená „bez mysli, bez ducha“. Termín demence zavedl Filip Pinel (1745-1826) pro různé choroby, které vedou k deterioraci intelektu.

Demenci lze definovat jako duševní onemocnění, u kterého jsou v různé míře postihovány různé složky psychiky, dominantní jsou poruchy paměti a intelektu. Postupuje různě rychle a je nezvratná. O demenci můžeme hovořit už od 2 let věku. Vzniká po různě dlouhé době normálního vývoje a má sklon k postupnému zhoršování.

„Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušení chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.“ (Kučerová, 2006, s. 9)

„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené.“ (Pidrman, 2007, s. 9)

Demenci je třeba odlišit od oligofrenie. **Oligofrenie** je porucha intelektu projevující se jeho nevratným snížením. Je vrozená, nebo způsobená organickým poškozením mozkové tkáně nebo příslušných buněk před a během početí, nebo během vývoje plodu. Jedná se tedy o mentální postižení.

Demence má dvě formy:

Sporadická – senilní demence alzheimerovského typu, jedná se o 80 % všech případů, které se objevují po 65 roku života.

Familiární – presenilní demence alzheimerovského typu. Tato forma je dědičná a projevuje se do 65 roku života. Má bouřlivé příznaky, horší diagnózu a rychlejší průběh.

„Stáří patří k rizikovým faktorům, ale demence není součástí normálního stárnutí. Proto není správné hovořit běžně o stařecké (senilní) demenci. Pojem senilní demence je možné použít v odborném jazyce pouze k odlišení od demencí presenilních, které vznikají v preseniu, tedy v mladším věku (před 65 rokem)“. (Matoušek et al., 2013, s. 397) V těchto případech se jedná o demenci získanou onemocněním například AIDS, mozkových nádorů nebo může jít o začí-

nající Alzheimerovu nemoc. I normální proces stárnutí mohou doprovázet lehké poruchy paměti, jako jsou zapomínání jmen, místa kam jsme položili nějaký předmět. Tyto poruchy paměti doprovázejí deliria nebo deprese. A ty nelze ztotožňovat s demencí.

2.1 Příčiny demence

Ve vývoji demence hraje roli dědičnost. Příbírní příbuzní mají vyšší riziko, že se u nich vyvine demence, pokud se objevila u někoho v rodině. Další riziko onemocnění demence je u příbuzných lidí s Downovým syndromem. Svou roli samozřejmě hraje i stárnutí. Důvodem většího výskytu demence u žen je třeba hledat především ve skutečnosti, že se ženy dožívají vyššího věku. Jako další příčina podporující vznik demence je duševní deprese. Příčinou vzniku demence může být také u lidí, kteří během života utrpěli vážné poranění lebky nebo u lidí, jenž mají vysoký krevní tlak a cukrovku. Způsobují ji taky poruchy látkové výměny, chronické otravy, infekční choroby a řada jiných nemocí. (Pidrman, 2007, s. 9-16)

2.2 Příznaky onemocnění demence

Demence vzniká nenápadně, individuálně a její příznaky se pomalu zhoršují. Přibývají s věkem a s průběhem stadií, tedy od lehké přes střední po těžké stádium.

Počáteční příznaky, které by mohly vzbuzovat syndrom demence, se musí objevit ve všech třech oblastech, které syndrom demence postihuje. Jedná se o oblasti kognitivní funkce, funkčních schopností a chování. Musí být pozorovány pečlivě a delší dobu. Důležitá je včasná diagnóza, kterou stanovuje lékař. Pro člověka postiženého demencí je hodně těžké si počáteční stádium demence přiznat. Nutná je spolupráce rodiny a odborných lékařů.

„Nemoc začíná postupně. Zmocní se své oběti tiše, jako když se dravec v noci plíží za kořistí, a postupem času se zhoršuje.“ (Buijssen, 2006, s. 14)

„Poruchy chování ve stáří se vždy rozvíjejí spolu s poruchami kognitivních funkcí. Poruchy chování jsou však nápadné, bývají proto příznakem, který vzbudí pozornost. Mohou být prvním důvodem, který povede k vyšetření odborníkem, a tak může dojít k odhalení již přítomné demence. Poruchy chování jsou obzvláště stresující pro příbuzné, respektive pro pečovatele o demenčního nemocného.“ (Pidrman, 2007, s. 79)

2.2.1 Kognitivní funkce

Paměť

Zpočátku je postižena zejména paměť krátkodobá. Osoba postižená demencí nedokáže získané informace přenášet z krátkodobé do dlouhodobé paměti. Nedokáže si zapamatovat, co se odehrávalo za posledních 30 minut, ale pamatuje si události a osoby z dávné minulosti. Potřebuje opakování instrukcí, ujišťování a reorientaci. Učit se novým věcem je pro něj mimořádně těžké. Člověk se ztrácí sám sobě před očima a je často zmatený. Panují u něj otázky typu jako: Co tu dělám? Kde jsem a proč?

Velmi hezké vysvětlení je v knize Demence od Hubba Buijssena, který srovnává dlouhodobou paměť s „osobním deníkem“. *„Dlouhodobá paměť se začíná rozpadat, a to zvláštním způsobem. Postupně ubývá zapamatované od časově nejbližších údajů a končí u těch nejvzdálenějších. První deníky, které se ztrácejí, jsou ty, jež byly „zapsány“ rok před začátkem demence, pak následuje předcházející rok a tak dále. Poslední přicházejí na řadu vzpomínky z dětství. Ve velmi pokročilém stádiu demence už pacient nemá nic víc než deníky prvních pěti let života. V konečné fázi zmizí i ty a brzy nato pacient umírá.“* (Buijssen, 2006, s. 30)

„Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a znovu vybavovat informace. Na rozdíl od počítačové paměti je lidská paměť propojena s dalšími psychickými funkcemi. Paměť je funkce, která nám umožňuje uvědomění si sama sebe, obsahuje všechny naše prožitky, vědomosti, dovednosti.“ (Jiráček et al., 2009, s. 13)

„Člověk má obecně dva druhy paměti, krátkodobou a dlouhodobou. V krátkodobé paměti člověka setrvávají získané informace přibližně asi 20 – 30 minut, pak putují do paměti dlouhodobé. Zde můžeme skladovat nekonečné množství informací, které získáváme během celého našeho života. K uložení získaných informací do dlouhodobé paměti je často ovlivněno různými faktory. Tudiž neprobíhá automaticky. Jedná se o pozornost, opakování, vizualizace, asociace, uspořádání struktury, chápání významu a humor.“ (Buijssen, 2006, s. 19)

Problémy s řečí a pamětí

U člověka s demencí se projevuje zapomnětlivost. Často se opakuje v hovoru a ptá se na to samé. Rád vypráví o minulosti, o svém mládí, přitom zapomíná věci, které se staly nedávno nebo dokonce před chvílí. Objevuje se porucha řeči, schopnost pojmenovat předměty. Slovní zásoba je chudší a stále se snižuje. Nedokáže si vzpomenout na název, tak je po-

jmenovává popisem např. „no to čím se píše“. Později se ztrácí schopnosti jako číst, psát, počítat, sledovat děj a ztrácí i smysl pro humor. Nastává problém naučit se novým věcem, zapomíná brát léky, nezvládá nakoupit více věcí najednou, selhává v cizím prostředí, neumí řešit složitější situace. Problémem se může stát i obsluha běžných domácích přístrojů. Nejhorší co přichází je, že nepoznává své nejbližší.

„Osoba s demencí dokáže stále méně s druhými normálně mluvit. Stojí ho mnohem víc úsilí, když má druhým jasně vysvětlit, co cítí nebo potřebuje. Zároveň musí vyvíjet stále větší úsilí, aby pochopil, co se druzí snaží objasnit jemu. Při normálním rozhovoru mezi dvěma lidmi do něho oba přispívají víceméně stejně. Tato rovnováha však chybí, když se snažíme konverzovat s člověkem trpícím demencí.“ (Buijssen, 2006, s. 61)

„Nemocní zapomínají jména, ale i tváře (prosopagnozie) poznání objektů je celkem obtížné. Dochází k podstatnému snížení intelektu, myšlení se zpomaluje. Mohou se projevit poruchy fatických funkcí (všechny druhy afázií).“ (Jirák et al., 2009. s. 32)

2.2.2 Funkční schopnosti

Funkční schopnosti se týkají aktivit každodenního života. Dochází k narušení poznávání a používání předmětů v běžném životě. Nedokáže sám dodržovat hygienické návyky a zanedbává stravu a pitný režim. Prostě zapomíná, neuvědomuje si to. Neumí se sám vhodně oblékat a to vzhledem k počasí, či nerozeznáním vhodného oblečení. Nesmyslně si může oblékat svršky na jiné části těla. Nastává dezorientace v prostoru a čase. Někdy se ztrácí a bloudí i na místech, které dobře znal. Člověk se stává nepraktický a nedokáže si sám zařídit záležitosti, které běžně vykonával. Stává se celkově nesoběstačným a sám sobě nebezpečným. Je nutný nepřetržitý dohled a pomoc.

2.2.3 Problémy s chováním

U člověka s demencí se projevuje problémové chování, které má přechodný a kolísavý charakter. Mezi problémové chování patří náladovost, hádavost, agresivita, nezájem o blízké osoby a oblíbené činnosti, nespavost, neklid, úzkost, deprese, prostě celková změna charakteru člověka. Z důsledků zapomínání a neschopnosti situaci objektivně zhodnotit, se stává nespolehlivým a může na ostatní působit, že lže. Stávají se situace, že nedodrží slovo, nereaguje na rozhovor nebo může tvrdit, že jedl či, že ho někdo okradl. Pokles motivace, sexuální aktivity a změny hmotnosti, to jsou také symptomy, které mohou být společné pro výskyt deprese i demence.

„Jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). BPSD lze rozdělit do dvou skupin, které spolu v klinické praxi velmi těsně souvisejí. Jedná se o behaviorální symptomy a psychologické (psychiatrické) symptomy.“ (Pidrman, 2007, s. 80)

Mezi **behaviorální symptomy** bezpochyby patří bloudění a agresivita.

Bloudění u osob s demencí je hlavně těžce zvládnutelné pro pečující osoby. Pečující osoba musí být neustále pod tlakem a dohlížet na nemocného, aby někde nezabloudil nebo si neublížil. Objevuje se velmi často i noční neklid. Jde o noční bloudění a nespavost. Dochází k posunu usínání, poruchám spánku a o to pozdější probouzení. Někdy se vyskytuje i nadměrná spavost. Verbální a fyzické agresivní chování se vyskytuje u mužů, u žen převládá častěji verbální agresivita.

U **Psychologických (psychiatrických) symptomů** se vyskytují halucinace a bludy. Bludy bývají nejčastější. Jedná se především o paranoidní bludy (nemocný si myslí, že je okrádán, sledován, má otrávené jídlo). Mohou se vyskytovat i sexuální paranoidní bludy (nemocný je přesvědčen, že je mu partner nevěrný, dopouštění se na jeho osobě sexuálního zneužití). Projevy halucinací jsou, že osoba s demencí vidí nebo slyší věci, které ve skutečnosti neexistují (mluví s osobami, které se nenachází v místnosti).

„Příčinou problémového chování u demence nebývá vždy demence jako taková. Může jít o důsledek různých tělesných onemocnění. Proto je vždy dobré nechat nemocného lékařsky vyšetřit. Jinou příčinou mohou být léky. Starý člověk se často léčí s řadou chorob, bere různé léky. Alkohol, sedativa (léky ke zklidnění), hypnotika (léky na spaní) nebo analgetika (léky proti bolesti) mohou též vést ke vzniku poruch chování. Jindy mohou poruchy chování u nemocných s demencí vzniknout při vzplanutí některé duševní choroby z mladšího věku (schizofrenie, deprese, mánie). Mohou být také důsledkem zhoršování schopnosti člověka s demencí přizpůsobovat se změnám nebo zátěži. Nezvyklé zevní podněty (nadměrný hluk nebo naopak úplné ticho, osamocení), nadměrné nároky na nemocného nebo nevhodné zacházení s nemocným, to jsou nejčastější vlivy prostředí vedoucí ke vzniku problémového chování. Někdy žádnou příčinu nenajdeme, a přesto jsou poruchy chování přítomny. Jde o důsledek poškození mozku při demenci.“ (Franková, 2005, s. 11)

2.3 Výskyt demence

„V ČR je odhadován počet osob trpících demencí na 150 000 až 200 000, z toho 75 000 až 120 000 pacientů s Alzheimerovou nemocí. Není také zcela jasné procentuální zastoupení jednotlivých demencí. V seniorském věku se prokazuje, že alespoň 50% představuje Alzheimerova nemoc, 10-20% smíšená alzheimerovsko-vaskulární demence. Tyto údaje se však liší, někteří autoři nacházejí více smíšených demencí na úkor čisté Alzheimerovy nemoci. Čistá vaskulární demence představuje 15-30% všech demencí. Druhá nejčastější demence atroficko-degenerativního původu je demence s Lewyho tělísky, která představuje 10-20% všech demencí. Frontotemporální demence představují asi 5% všech demencí. Zbytek představují další neurodegenerativní a symptomatické demence. Dětské demence a demence středního věku jsou poměrně vzácné. K výraznému nárůstu demence dochází od 65. roku. V populaci staré 65 let je odhadován počet lidí trpících demencí na 2,0-2,5 %, většinou však nejsou započítány počínající, lehké demence.“ (Jirák et al., 2013, s. 71)

„Onemocnění demencí je dnes problémem globálním, přestává se týkat pouze tzv. vyspělých zemí. Tento jev souvisí s prodlužováním délky života a s tím souvisejícím obecným stárnutím populace. Zatímco počet obyvatel planety vzrostl mezi lety 1980 a 2000 o 35%, za stejnou dobu se zvýšil počet seniorů starších 60 let o 60%. Přitom v této věkové kategorii se výrazně zvyšuje riziko rozvoje demence: u jedinců starších 65 let je riziko 5%, v 75 letech stoupá na 10%, u lidí osmdesátiletých je 20%, v souboru nad 90 let věku nalezneme 50% nemocných trpících zcela jasnými příznaky demence.“ (Pidrman, 2007, s. 14)

„Zvyšující se střední délka života v posledních letech má za následek prudký nárůst počtu pacientů s demencí a tento vzrůstající trend zřejmě v dohledné budoucnosti neskončí. Demence se v západním světě již stala jednou z pěti hlavních příčin smrti, a proto se o ní někdy mluví jako o „nemoci století“. (Buijssen, 2006, s. 17)

Demence patří mezi nejčastěji se vyskytující poruchy ve stáří, mohou se však objevit i v mladším věku. Převyšuje výskyt diabetes mellitus (cukrovky) a cévních mozkových příhod. Délka trvání choroby se v jednotlivých studiích výrazně liší, odhad se však pohybuje mezi 5 a 10 lety. Z uvedených dat vyplývá, že věk je hlavní rizikový faktor demencí.

2.4 Stádia demence a jejich průběh

Před nemocí si jedinec nestěžuje na poruchy paměti, orientuje se v prostoru a čase, dokáže abstraktně myslet. Naše paměť nám slouží jako jakýsi deník, který obsahuje naše budoucí plány, důležité schůzky a jednání i narozeniny přátel a rodinných příslušníků. Pamatujeme si rodinné příslušníky i jen tak známé osoby, které potkáváme během dne.

V počátečním stavu se člověk přestává orientovat v prostoru. Ztrácí se i na místech, které dobře zná. Vyskytuje se i špatná orientace v čase, neví co je za den, či otázky typu: „Kolik je hodin?“. Neustále se dokola ptá na tutéž otázku. Důsledkem zapomínání není schopen udržet rozhovor či pozornost. Nevzpomíná si, že už se na otázku několikrát ptal. Neustále něco ztrácí a hledá, protože si nemůže vzpomenout, kde danou věc nechal. Objevují se problémy s poznáváním nových lidí a kolísavé změny nálad. Z těchto uvedených příznaků a mnoho dalších, pramení následná bezmocnost jak pro pacienta postiženého demencí, tak pro samotného pečovatele. U prvotních příznaků je nutná návštěva psychiatra a neurologa.

Demence má tři stádia. Jedná se o stádium lehké, střední a těžké.

Lehká demence se projevuje poruchami paměti. Je postižena zejména krátkodobá paměť (zapamatování si nových informací). Obtížné dorozumívání, podezíravost, vztahovačnost. Poruchy aktivit běžného denního života, nemocný přestává zvládat hlavně profesní činnost a složitější domácí aktivity. Nastávají poruchy orientace v místech méně známých, ale později i v důvěrně známých. Důsledkem počátečních příznaků a uvědomování si postupného prohlubování nemoci, se u lidí s demencí projevuje nejistota a rozpaky kolem nemoci. Raději zůstávají doma a vyhýbají se případným konfliktům. Ztrácí iniciativu se něčemu naučit. V průběhu procesu zapomínání si snaží vynalézt nějakou svou taktiku, nechtějí dopustit, že zapomínají či neví a raději si vymýšlejí a lžou. Touto taktikou chtějí popřít svoji nemoc. Dochází k pronásledování pečovatele či rodinného příslušníka a to především z důvodu, že si neví rady s běžnými činnostmi. Činnosti, které dříve zvládali, se nyní stávají cizí. Objevují se poruchy nálady, pasivita, známky deprese, agresivita, podezíravost, fyzický neklid a hromadění věcí. Může docházet k nadměrné konzumaci jídla, pití nebo naopak ztráta chuti k jídlu. Ztrácí schopnost chovat se podle společenských konvencí. Dochází ke změnám osobnosti, jako je sobeckost a egocentričnost.

Střední demence se vyznačuje především zhoršením paměti ve všech složkách. Nemocnému se snižuje slovní zásoba, často se opakuje, přerušování a zabíhání při rozhovoru, neschopnost logických úvah, objevuje se častá dezorientace v čase i prostoru. Dochází k nešikovnosti při každodenní činnosti (neumí zacházet s vysavačem, mikrovlnkou a jinými domácími spotřebiči). Stále častější jsou útoky důsledkem ztráty paměti (chce jít do práce, do školy apod.). Přestávají dbát o osobní hygienu a mají sníženou schopnost sebeobsluhy (např. dvoje kalhoty, bundu v létě a podobně). Typická je dezorientace v rodinných příslušnících, zaměňování či ožívování dávno mrtvých osob. Objevují se poruchy typu 3a, afázie (poruchy řeči), apraxie (porucha hybnosti), agnózie (neschopnost rozpoznávání předmětů a situací). Chování je nepředvídatelné, mění se ze dne na den, z hodiny na hodinu. Nemocný prostě žije ve svém vlastním světě. Vyskytují se sklony k agresivitě, halucinace a bludy. Obviňování blízké osoby a noční aktivita. Je vyžadován pravidelný dohled nad nemocným.

Těžká demence se týká velmi závažných poruch paměti, chování a emocí. Nemocný není schopen si zapamatovat blízké osoby a nepoznává ani sám sebe. Prakticky nekomunikuje s okolím. Dále není schopen si zapamatovat a vybavit nové informace, tím se prohlubují změny v dezorientaci v čase a místě. Paměť je výrazně narušena. Halucinace, bludy, pomůčování, přemísťování věcí a celková nesamostatnost v základních denních činnostech. Objevují se poruchy hybnosti a neklid při manipulaci. Nemocný se stává závislý na druhé osobě. Ve velmi pokročilém stádiu demence jsou lidé nesamostatní a nehybní. Zůstávají na lůžku, a proto je důležitý citový kontakt s nemocným. (Pidrman, 2006, s. 25, Jiráček et al., 2009, s. 32, Kalvach et al., 2004, s. 51)

„Poslední z celého procesu demence odchází schopnost usmívat se. Když už se neusmívá, pak smrt není daleko.“ (Buijssen, 2006, s. 57)

Nejlepší cestou k oddálení dalších progresivních příznaků nemoci, a tím získání lepší kvality života je včasná a správná diagnostika demence. V další kapitole se proto věnujeme diagnostice demence a představujeme diagnostické metody.

2.5 Diagnostika demence – diagnostické metody

„Jednoznačná diagnóza je v podstatě možná až při pitvě. Dokud je pacient naživu, neexistuje spolehlivá metoda, s jejíž pomocí by bylo možné určit povahu a stupeň poškození mozkové tkáně. Demence je proto vždycky „pravděpodobná“ diagnóza.“ (Buijssen, 2006, s. 14)

Diagnózu demence lze stanovit klinickým vyšetřením u praktického lékaře nebo při pochybnostech navštívit i specialistu. K podezření na demenci dochází vždy, když člověk pociťuje potíže týkající se paměti nebo problémy s vykonáváním běžných denních činností jak v osobním, tak profesním životě. Pokud na tento problém poukazuje sám postižený, rodinní příslušníci, pečovatelé či zdravotní pracovníci, stanovuje se diagnóza.

„Samotná diagnóza má však též pozitivní význam. Umožňuje nemocnému a rodině připravit se na budoucí vývoj, tedy zhoršování stavu a schopností nemocného rozhodovat o sobě samém, jednat ve vlastním zájmu, vyjádřit svou vůli.“ (Matoušek et al., 2013, s. 398)

Souvisí to s vlastním vyjádřením nemocného člověka s demencí na postupech jeho léčby, představy o jeho zacházení a zajištění majetku. (Matoušek et al., 2013, s. 398)

Diagnóza demence se stanovuje pomocí více složek, které blíže popíšeme v podkapitole.

2.5.1 Anamnéza

S pomocí pacienta, rodiny a lékaře je vypracovaná anamnéza postiženého a doplněna o somatické vyšetření (fyzikální a laboratorní vyšetření).

Ne vždy si postižený uvědomuje své onemocnění a snaží se ho popřít. K vypracování anamnézy je důležité, aby byl přítomen příbuzný či pečovatel postiženého. Rozhovor a zjišťování informací týkající se nemocného by mělo probíhat v oddělených místnostech. Je to z důvodu popření nemoci u postiženého (nozognozie – nemocný si totiž výpadky své paměti často ani neuvědomuje) nebo taky nerozpoznání prvotních příznaků u postiženého příbuzným či pečovatelem. Vypracovává se anamnéza osobní, rodinná, pracovní, zdravotní a sociální. U somatického vyšetření se soustředíme na celkový zdravotní stav postiženého. Provádíme laboratorní vyšetření, fyzikální vyšetření, EKG, EEG (elektroencefalogram – vyšetření elektrické mozkové aktivity). (Pidrman, 2007, s. 21-79)

2.5.2 Standardizované testy u paměťových (kognitivních) poruch

Při procesu diagnostiky demence se používají standardizované testy paměti a poznávacích funkcí. Tyto testy vždy používají a provádí odborní specialisté, jako jsou psycholog, neurolog či psychiatr. Testy jsou pouze orientační a doplňují se k ostatním složkám v procesu diagnostiky demence. Pro pacienta, který má být podroben testu, bývá často tato situace stresující. Je velmi důležité, postiženého připravit a ujistit ho, že se nic neděje a že společně hledají cestu k řešení jeho problému. Motivovat k co nejlepšímu výkonu a spolupráci. Snažit se být ohleduplní a dodávat pocit jistoty a sounáležitosti. Zajistit klidné prostředí a kompenzační pomůcky pokud potřebuje. (Pidrman, 2007, s. 21-79)

Pro odhalování demence existuje několik druhů testů. Uvedeme zde ty nejužívanější testy.

MMSE (Mini-Meental State Examination)

Jedná se o jeden z nejčastěji používaných testů v diagnostice kognitivních funkcí v klinické praxi. Soustřeďuje se hlavně na orientaci, zapamatování si slov a po čase jejich vybavenost. Dále zahrnuje počítání, pojmenování předmětů, opakování věty, plnění zadaných úkolů, psaní a obkreslování obrazce.

Test kreslení hodin (Clock test)

Test kreslení hodin je obvykle doplňující test k MMSE. Doporučují se provádět současně. Tento typ testu je obvykle kladně přijímán pacienty. Obsahem testu je, že pacient dostane předtištěný papír s kruhy a má doplnit čísla jako na hodinách a zapsat daný čas. Testuje paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti a představivost.

Wechslerova škála paměti

Tento test dává přehled o paměti slovní a zrakové. Testuje tedy orientaci a logickou paměť pomocí zapamatování si dvojice slov a tváří, seznamu slov, zraková reprodukce a uspořádání čísel, písmen.

WAB

Test se soustřeďuje na ovládání řečové funkce pacienta. Obsahuje pojmenování, opakování a porozumění. Hodnotí se čtení, psaní, počítání na předem daných textech, příkladech a vykonání úkolů a doplňování tvarů podle správnosti.

Test řečové plynulosti

Testuje se pohotovost, motivace, mentální pružnost, pracovní a slovní paměť. Jedná se o to, jak rychle pacient vyjmenuje co nejvíce slov dle zadání. Musí vyjmenovat například jména osob, slova na stejné začínající písmeno, rostliny a mnoho dalších.

Bristolská škála aktivit denního života (Bristol Activities of Daily Living Scale – BADLS)

Jedná se o dotazníkovou techniku zjišťující funkční schopnosti pacienta neboli základní či instrumentální činnosti pomocí bodování.

Addenbrookský kognitivní test

Zaměřuje se na pozornost a orientaci, paměť, slovní produkci a zrakově-prostorové schopnosti. (Pidrman, 2007, s. 167-174, Topinková, 2005, s. 213-232, s. 54-69),

2.5.3 Zobrazovací metody

A v neposlední řadě se používají zobrazovací techniky výpočetní tomografie mozku (CT), nukleární magnetická resonance (MRI), jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT), pozitronová emisní tomografie (PET) a EEG, které zobrazují různé odchylky v mozku. To vše také dává velkou možnost demenci rozlišit. (Jirák et al., 2013, s. 28, Jirák et al., 2009, s. 25-28, Topinková, 1999, s. 55-77)

Závěrem k této kapitole lze konstatovat, že demence a její diagnostika není vždy lehká jen pro lékaře, ale hlavně hodně stresující pro osobu ohroženou možností diagnostiky demence a jejich příbuzné. Často jsou prvotní příznaky demence jako je například zapomětivost, přisuzovány vlivu stáří, což dost ztěžuje včasnou diagnózu i léčbu. Demenci nelze úplně předejít, zatím je nevléčitelná, ale je možné průběh nemoci pozitivně ovlivnit. Důležitá je prevence, léčba a terapie, které jsou velmi důležité v boji s demencí.

2.6 Prevence

Dosavadní léčebné metody nabízejí málo možností průběh nemoci pozitivně ovlivnit. Ochrana proti této chorobě neexistuje, a proto má největší váhu **prevence**. Každý jedinec může pro svou ochranu zdraví něco udělat a tak zmírnit rizika onemocnění demence. Předcházet demenci můžeme tím, že pravidelně navštěvujeme lékaře a docházíme na preventivní prohlídky. Dále můžeme uvést několik rad, jak předcházet demenci a zmírňovat její rizika. Týká se to správné výživy. Potrava by měla být vyvážená s nižším obsahem tuku,

jíst vícekrát denně po menších porcích a doplňovat jídelníček o ovoce a zeleninu. Snažit se mít dostatek fyzického pohybu, psychického klidu a udržovat sociální vazby.

Také náboženství přispívá k prevenci. Mít v co věřit a být stále aktivní, udržuje člověka v pocitu naděje na lepší časy. Neustále se něčemu novému učit. Opravdu něčemu novému, co nás zajímá a ne jen opakování již nabytých schopností. Nová aktivita a schopnost se naučit a poznat něco nového přináší pocit uspokojení a důležitosti pro našeho ducha. Dobrou prevencí je i čtení knížek a to hlasitou formou. Také luštění křížovek se dá přijmout jako prevence, ale to jen opakujeme, co už jsme se kdy naučili.

Udržování sociálních vazeb souvisí tak trochu i s náboženstvím. Více nábožensky založený jedinec se pohybuje mezi lidmi a tím si udržuje sociální vztahy. Lidé, kteří jsou více společensky založení, mají intenzivnější prožívání života. Mají větší možnosti uspokojovat své potřeby, udržovat chod se společnostmi a najít si i nové zájmy a koníčky.

Nikdy nelze zaručit, že se člověk může demenci vyhnout, i přesto že se bude řídit jakýmkoli návody. (Čevela et al., 2014, s. 35-81)

2.7 Terapie a léčba demence

V současné době nemáme k dispozici lék, který by tuto chorobu vyléčil. Přesto je možné pro nemocného mnoho udělat a pomoc také pečovateli. Je třeba se včas poradit s odborníkem znalým této problematiky. K dispozici jsou léky, které mohou oddálit rozvoj kognitivních poruch a pomohou zvládnout další příznaky onemocnění. Dále na léčbu u osoby s demencí můžeme pohlížet z více úhlů pohledu. Týká se zajištění bezpečí nemocného a jeho okolí, vhodného přístupu k nemocnému, úprava prostředí, celková péče o jeho zdravotní stav, psychoterapie, socioterapie, farmakoterapie a spolupráce s rodinnými příslušníky. Využitím účinnější léčby může napomáhat k oddálení invalidity a možnosti ústavní péče.

„Některé demence jsou v současném stavu vědění léčitelné, a dokonce plně reverzibilní (vyléčitelné bez následků). Většina demencí však zatím vyléčitelných není (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky a mnoho dalších). Je však již možno vhodnou léčbou dosáhnout zpomalení průběhu demencí, oddálení těžkých stadií demencí, zlepšení kvality života postižených.“ (Jiráček et al., 2009, s. 88)

2.7.1 Farmakoterapie kognitivních funkcí

Kognitivní léčba se orientuje na snahu ovlivnit příčinu vzniku nemoci. Léky zpomalují nemoc a ulehčují život nemocnému i pečujícímu.

„Kognitiva mohou zlepšit nebo stabilizovat stav nemocného, a i když později dochází ke zhoršování příznaků, není toto zhoršování tak výrazné jako u nemocných, kterým se kognitiva nedostávají. Prodlužují nemocnému i jeho rodině období aktivního života (neprodužují život!)“. (Franková, 2011, s. 24)

Inhibitory acetylcholinesterázy - pomáhají při tvorbě acetylcholinu (významný přenašeč vzruchu). Mají významný vliv na zlepšení paměťových funkcí. Nejpoužívanější inhibitory jsou donepezil, rivastigmin, galantamin.

Memantin – jedná se o blokátor glutamátových receptorů, který se indikuje v těžších stádiích demence. Chrání nervové buňky před škodlivinami a působí na snížení vápníku v neuronu. Zlepšuje schopnost si zapamatovat a učit se novým schopnostem.

Látky likvidující volné kyslíkové radikály - nadbytek volných kyslíkových radikálů odbourává přirozené enzymy organismu. Mezi látky vychytávající nadbytečné radikály patří vitamin E, betakaroten, retino, vitamin C, selen a další. Jedná se o doplňková farmaka.

Nootropní farmaka - indikují se nejvíce u středních a těžkých demencí. Zlepšují mozkovou látkovou přeměnu a působí proti nedostatku kyslíku. Uvedeme například piracetam a pyritinol. Účinný je výtažek s listů stromu Jinanu dvojlaločného (extrakt gingo-biloba), jenž podporuje tvorbu acetylcholinu. (Jiráček et al., 2009, s. 88-90)

2.7.2 Nekognitivní farmakoterapie

Nekognitivní léčba se zaměřuje na ovlivnění poruch chování, stavy spojené s projevy úzkosti, deprese, poruchy spánku a projevy halucinací. Tyto poruchy mohou ustoupit po antipsychotikách, moderních anxiolytikách a moderních antidepressivech.

Antidepressiva – mezi nejvíce používané léky, které mají nejméně nežádoucích účinků, patří inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Citalec, Seropram, Zoloft).

Antipsychotika – léky, které se užívají na stavy psychózy a psychomotorického neklidu. Využívají se melperon (Burinol), haloperidol, tiaprid (Tiapridal), risperidon (Rispen), olanzapin (Zyprexa). Můžeme je použít i na poruchy spánku nebo deliria. Benzodiazepiny (oxazepam, lorazepam) se využívají při úzkostech a mají sedativní účinek.

Anxiolytika – léky používané při depresi a úzkosti.

Hypnotika – léky užívané při poruchách spánku.

(Jirák et al., 2009, s. 88-90, <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/11.pdf>)

2.7.3 Nefarmakologické terapie

Nemocní většinou popírají možnost onemocnění. Nechtějí brát léky, nespolupracují a nepovažují za nutné se nějak léčit. Navázání vhodné psychoterapie je obvykle dost obtížné a náročné jak pro nemocného, rodinné příslušníky i odborníka. Seznamování nemocného s jeho onemocněním, vyrovnávání se s nemocí, možnostmi a plánování léčby a s budoucností toho, že nemoc se může zhoršovat.

Spolupráce s rodinnými příslušníky zajišťuje jejich informovanost o chorobě demence, možnosti pochopení nemoci, její trvání a typu léčby. Zahrnuje i možnost seznámit se s lidmi co mají stejný problém a mít možnost konzultace s odborníky. Uvědomění si toho, že není sám, může vyjádřit pocity a mluvit o nemoci. Jestliže je pečovatel vyčerpaný, má to dopad i na nemocného. Je důležité si rozdělit péči o osobu s demencí mezi příslušníky rodiny nebo využít služeb zdravotní a sociální péče. Dobrá nálada pečovatele je nejdůležitější. Klidné prostředí a přístup spočívá ve zklidnění nemoci. Naopak zlostný přístup ve zhoršení nemoci. Podporu pečovatelům a pečujících rodin se zabývají alzheimerovské společnosti, které sdružují zejména rodinné pečující.

Důsledkem nemoci a možnosti jejich projevů je důležité zajištění bezpečí nemocného a jeho okolí na základě příslušné hospitalizace či poradenství. Vhodným přístupem k nemocnému se snažíme navodit pocit bezpečí, jistoty, sounáležitosti, podpory a empatie. Zajistit stabilní prostředí, pravidelnost režimu, každodenní cvičení, neizolovat od ostatních, rozhovory o budoucnosti a získat informace na nárok o nemocného. Pečujeme o bezpečnost nemocného tím, že se snažíme vytvořit pro něj vhodné prostředí. Přizpůsobíme prostředí jeho potřebám, odstraníme překážky, náradí, léky, chemikálie, vše co by mohlo způsobit potencionální nebezpečí. Důležité je taky, aby měl nemocný u sebe osobní údaje, kdyby zabloudil. Tím zlepšujeme soběstačnost pacienta.

Co se týče celkové péče o zdravotní stav nemocného, musíme dbát na základní potřeby nemocného. Zajišťovat dostatečnou výživu, pitný režim, pravidelnost návštěvy u lékaře, dodržovat farmakoterapii, optimalizovat senzorické funkce, aktivitu nemocného a cviky na paměť. Dbáme na pravidelné procházky, jednoduché cviky pro zlepšení držení těla a rovnováhy. Fyzická aktivita má pozitivní vliv na deprese a noční neklid.

V důsledku stále horšího prohlubování a rozvíjení demence se uplatňují různé druhy terapie. Pro přehled uvedeme nejefektivnější terapie při kontaktu s osobou postiženou pokročilou fází demencí. (Jiráka et al., 2013, s. 293, 294, Pidrman, 2007, s. 93-100)

2.7.4 Terapie

Terapie má pomáhat při posilování pocitu hodnoty života jedince, posílení funkčních schopností, podpoření fyzické zdatnosti, pohybových a kognitivních schopností a podpora co nejvyšší kvality života. Důležitou roli hrají prostředí a rodinný nebo jiný pečovatel. Vše se odráží na nemocném. Příjemné pohlazení, dotek, dává pocit bezpečí a pozitivně naladuje nemocného. Snižuje agitovanost a navozuje lepší spolupráci.

Při počátečním stádiu demence se snažíme nemocného opatrně vrátit do reality a co nejvíce procvičovat paměť. Využívají se terapie jako:

Orientace realitou

Jedná se o nabízení a dostupnost takových předmětů, které uvedou nemocného do reality. Nástěnné velké hodiny, tabulky s datem a dnem na viditelném místě. Umístění výrazné nástěnky připomínající svátek, roční období a jiné momentální informace.

Kognitivní trénink

Dbáme na náročnost cvičení paměti, které přizpůsobujeme jednotlivým účastníkům. Pro osoby s počínající demencí, může být tento druh terapie stresující, tudíž se soustředíme na uvolněnou, příjemnou atmosféru a zadání vhodných úkolů k procvičování paměti. Poskytujeme vždy pozitivní zpětnou vazbu a povzbuzení za každý výkon. Při kognitivním tréninku dochází k upevňování a posilování dosud neztracených znalostí, tréninku paměti, procvičování, luštění, čtení a aktivizuje nemocného. Procvičuje se hlavně krátkodobá paměť. (Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008, s. 113, Matoušek O. et al., 2005, s. 184-185, <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/11.pdf>)

Další terapie, které se využívají v počátečním a mírně pokročilém stádiu:

Kinezioterapie a taneční terapie prospívá zejména k udržování svalové síly, stability a působí i jako prevence problémového chování. Jedná se o nejrůznější techniky cvičení s ohledem na stav nemocného. Většinou se cvičí v sedě, na židli a terapeut komentuje cviky, tak aby byly srozumitelné pro všechny nemocné. Co nejjednodušší pojmenování. Součástí této terapie je taneční terapie.

Muzikoterapie

Relaxační hudba blahodárně působí na naše smysly, odpoutává nás od běžných problémů a navozuje pocit vyrovnanosti a klidu. K muzikoterapii patří i vlastní zpěv a poslech živé hudby.

Arteterapie využívá výtvarného projevu jako poznání a ovlivnění lidské psychiky, napomáhá ke komunikaci mezi klienty a pracovníkem. Zároveň posiluje sebehodnocení, zpříjemňuje čas, odvádí pozornost od negativních problémů. Nemocný uplatňuje tvůrčí schopnosti a zároveň vyjadřuje své prožitky.

Ergoterapie usiluje o zachování, obnovu či zlepšení soběstačnosti a zlepšení kvality a důstojnosti života seniorů. Ergoterapie se orientuje především do oblasti aktivního denního života. Rozvíjí funkční potenciál do sféry dovednostní, náhradní činnosti, využívání kompenzačních pomůcek a také úprava prostředí tak, aby odpovídaly schopnostem klienta. Další aktivity k posílení sebehodnocení a ke zpříjemnění volného času i zlepšení jemné motoriky jsou výroba předmětů z různých materiálů různými technologiemi, šití, společné vaření a mnoho jiných technik. Stále jsou hledány další a další vhodné možnosti ručních prací, které seniory baví a těší.

Fyzioterapie neboli fyzická aktivizace zlepšuje tělesnou kondici a tím ovlivňuje i duševní zdraví. Fyzickou úroveň zvyšují především tělesné aktivity. Jednou z možností, jak tyto aktivity podporovat, je umožnit pohyb a přiměřenou tělesnou zátěž a zároveň zajistit potřebné následné uvolnění formou fyzioterapie. Fyzioterapie nabízí potřebný a léčebně zdravý potřebný odpočinek a relaxaci.

Socioterapie se zaměřuje na činnosti budování vztahů, posilování sociální sítě, začleňování do společnosti, navození pocitu užitečnosti. Nabízí účast na akcích a v sociálních skupinách, komunikaci a hledání vlastního řešení problémů, navázání a rozvíjení kontaktů.

Zooterapie a zoorehabilitace je terapie pomocí zvířat zaměřená na znovu navazování tělesné, kognitivní a emocionální funkce. Podporuje schopnosti a dovednosti k provádění aktivit a činností. Dává pocit blaha a tvorbu vztahu. Patří sem canisterapie (terapie pomocí psa), felinoterapie (terapie pomocí kočky), hiporehabilitace (terapie pomocí koně) a mnoho dalších.

Pracovní terapie, terapeutické vaření a pečení zajišťují komplexní přístup, zapojení do smysluplné činnosti a zlepšuje soběstačnost. (Jiráček et al., 2009, s. 95-100, Matoušek et al., 2013, s. 285-289)

V pokročilém stádiu demence se terapie soustředí více na vnitřní prožitky a vzpomínky. Využívá se validační a rezoluční terapie.

Validační terapie

Validace je technika spojována se jménem sociální pracovnice Naomi Feil, která metodu vypracovala na základě zkušeností z praxe. Je založena na důstojnosti člověka. Jedná se o pozorné naslouchání a empatii. Respektuje, udržuje a pracuje s původním tématem pacienta a snaží se ho motivovat k další činnosti. Pokud nemocný hovoří o někom blízkém, čeká na něj nebo si chce jen povídat o dotyčné osobě, není vhodné nemocného opravovat ani jeho názor vyvracet, spíše dále nerozvíjet. Snažit se přijmout jeho téma a hovořit s nemocným o blízkém. Tím postupně dochází ke zklidnění, pocitu bezpečí a pohody nemocného. Jednou z těchto technik je reminiscence. **Reminiscenční terapie** využívá vzpomínek. Pojem reminiscence z lat. reminiscence znamená vzpomenout si, rozpomenout se, obnovit v paměti. Jedná se o pozorné naslouchání nemocného, prohlížení si fotek, rodinných alb, dobových filmů, knih, hudby, vzpomínkových předmětů a mnoho dalších. Je založena na uznání hodnoty vzpomínek pro každého člověka a cíleně jich využívá v komunikaci a k navázání vztahu. Důležitá je komunikace s rodinou a sestavení osobního životopisu nemocného. Lidé rádi vzpomínají na radostné a šťastné chvíle v životě. Životopis nemocného se dobře využívá při práci a komunikaci s lidmi, kteří už nejsou soběstační a potřebují každodenní péči. Tato práce bývá hodně náročná a pracovníci i nemocný potřebují odezvu. Jen to, že si pracovníci přečtou životopis nemocné osoby, vede ke kvalitní a smysluplné komunikaci. Najednou zjistí, že nemocnému mohou vytvořit úsměv na tváři a pocit štěstí, když vysloví jméno města, kde vyrůstal či kde studoval. Tato metoda posiluje lidskou důstojnost a motivuje pacienta. Je přirozenou součástí života jednotlivce i lidského společenství, přispívá ke kvalitě života jednotlivce a porozumění kolektivní minulosti. Lidé, kteří si spojí s melodií nějaký zážitek nebo situaci, cítí i o mnoho let později radost nebo naopak smutek, když ji slyší. Záleží na prožitku, který je s písní spojen. A to neplatí je pro písničky. Zvláštní vzpomínky mohou vyvolat také zvuky, místa, lidé, televizní seriál nebo dokonce jídlo.

Rezoluční terapie

Cílem této terapie je pracovat s tím, co nemocný demencí právě prožívá. Momentální prožitek nevyvracet a snažit se respektovat současný stav. Snažit nalézat v těchto okamžicích city, prožitky a reakce nemocného, kteří ztratili kontakt s realitou tady a teď. Metoda se využívá u pokročilejší demence, kdy nemocný člověk ztrácí kontakt s realitou tady a teď. Pokud budeme informaci vyvracet a nerespektovat, rozzlobí se a může dojít i k agresi. Nikdy neopravujeme, snažíme se vyhovět a přijmout jeho momentální stav. Nemocný musí cítit podporu, bezpečí a pocit sounáležitosti.

Preterapie

Tato technika slouží k navazování kontaktu a umožňuje následnou spolupráci s nemocným. Pomocí reflexí se snažíme nemocnému sdělovat, že s ním cítíme a prožíváme spolu jeho situaci.

Situační reflexe – uvědomění si situace toho, kde se nemocný nachází. Popisujeme prostředí, kde se nacházíme a co děláme. Hledáme souvislosti s jeho předchozím životem. Musíme si být vědomi, že nemocný opravdu neví, kde se momentálně nachází. Cílem je, že si nemocný uvědomí situace a prostředí.

Faciální reflexe – vyjádření emočního prožitku. Hledáme možnou emoci, kterou čteme z výrazu tváře a nabízíme její formulaci.

Verbální reflexe – hledání vhodných slov. Pokoušíme se nemocnému při nesrozumitelné komunikaci nabízet vhodnější slova.

Tělové reflexe – nemocný demencí ztrácí kontakt nad svými pohyby a tělem. Snažíme se nemocnému přiblížit způsob správného používání tím, že opakujeme jeho pohyby nebo se je snažíme popsat. Nemocný pohyb vidí na nás a uvědomuje si pak lépe své tělo.

Opakování slov po nemocném – nemocný je schopný promluvit už jen pár naučených slov. Tyto slova se snažíme opakovat za účelem navázání kontaktu s nemocným.

Bazální terapie umožňuje zprostředkovat člověku vjemy ze svého těla. Stimulací vnímání organismu lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Pacientům se dostávají jednoduché informace prostřednictvím doteků. Doteky umožňují člověku pocítit vlastní tělo a uvědomit si sama sebe.

(Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008, s. 114-118, Jiráková et al., 2009, s. 97-100, Matoušek et al., 2013, s. 285-289)

Pozitivní myšlenky a vzpomínání totiž hrají důležitou roli. Zvyšuje sebevědomí, jsou ochranou proti špatné náladě a východiskem z náročné přítomnosti. Říká se, že kdo vzpomíná na minulost, hned se cítí méně sám. Shrnutím chceme říci, že při léčbě demence, mimo farmakoterapii a využití druhů terapie, pomáhá při léčbě demence samotná rodina. V rodině je ukryto neskutečně mnoho: vzájemné pouto, zázemí a souznění. Je to nekonečný přívál energie, který zahrnuje lásku, radost, péči a pozornost.

V následující kapitole uvedeme rozdělení demencí.

3 JEDNOTLIVÉ TYPY DEMENCE

V současné době se uvádí přibližně šedesát druhů onemocnění demence. Pro přehled demencí jsme vybrali rozdělení dle různých autorů.

Dělení dle Romana Jirák v knize Demence a jiné poruchy paměti.

Tabulka II.

1. Demence atroficko-degenerativní	podkladem je organické poškození mozku
2. Demence symptomatické (sekundární) - demence vaskulární - ostatní symptomatické demence	mají za podklad celková onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné poruchy postihující mozek

Zdroj: Jirák et al., 2009

Dělení dle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize z roku 1992.

Tabulka III.

1. Demence u Alzheimerovy nemoci (F 00, G 30)	Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (F 00.0, G 30.0) Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (F 00.1, G 30.1) Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (F 00.2, G 30.8) Demence u Alzheimerovy nemoci, NS (F 00.9, G 30.9)
2. Vaskulární demence (F 01)	Vaskulární demence s akutním začátkem (F 01.0) Multiinfarktová demence (F 01.1) Subkortikální vaskulární demence (F 01.2) Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence (F 01.3) Jiné vaskulární demence (F 01.8) Vaskulární demence, NS (F 01.9)
3. Demence u jiných nemocí zařazených jinde (F 02)	Demence u Pickovy choroby (F 02.0, G 31.0) Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (F 02.1, A 81.0) Demence u Huntingtonovy nemoci (F 02.2, G 10+) Demence u Parkinsonovy nemoci (F 02.3, G 20+) Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiencie – HIC (F 02.4, B 22.0) Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde (F 02.8), kam patří např. demence u mozkové lipidózy, epilepsie, hepatolentikulární degenerace, hyperkal-cemie, hypotyreózy, intoxikace, sclerosis multiplex, neurosyfilidy, deficitu niacinu, polyarteritis nodosa, systémového lupus erytematodes, trypanosomóze, karenci vi-taminu B12.

Zdroj: Kučerová, 2006

Popisuje ještě 4. rozdělení, jedná se o neurčené demence (F 03). (Kučerová, 2006, s. 15)

Dělení dle Vladimíra Pidrmána v knize Demence.

Tabulka IV.

Primárně degenerativní demence	Alzheimerovy nemoc demence s Lewyho tělísky frontotemporální demence
Sekundární demence a smíšené demence	ostatní demence

Zdroj: Pidrman, 2007

Pro bližší rozpracování a dělení demence, bylo vybráno uvedené rozdělení od Romana Jiráka.

3.1 Atroficko-degenerativní demence

U tohoto druhu demence dochází k postižení intelektových funkcí způsobeno organickým onemocněním mozku.

„Jde o procesy, které vedou ke snížení počtu nervových buněk, snížení počtu spojů (synapsí) nervových buněk, k poruše funkce nervových buněk (neuronů) i pomocných nervových buněk (neuroglie), k tvorbě a ukládání patologických bílkovin, u nichž probíhá řada dalších degenerativních dějů. Důležitý děj je tzv. apoptóza. Je to geneticky naprogramovaná buněčná smrt (zakódovaná v genetickém materiálu každé buňky).“ (Jirák et al., 2009, s. 19)

V další podkapitole uvádíme bližší rozdělení typologie demencí typu atroficko-degenerativní.

3.1.1 Alzheimerova nemoc

Tento druh demence je považován za nejčastější ze všech. Je pojmenována po německém lékaři Aloisi Alzheimerovi, který ji poprvé popsal v roce 1906. Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění s charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Primárně postihuje toto onemocnění šedou kůru mozkovou a trvá v průměru 9 let. Alzheimerova nemoc se rozvíjí především u ženského pohlaví. (Pidrman, 2007, s. 34)

Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). (Jirák et al., 2009, s. 29)

„Alzheimerova choroba končí smrtí a trvá obvykle od objevení se prvních příznaků do smrti 7-10 let. Většinou umírají na přidružené choroby, na které umírají i lidé netrpící Alzheimerovou chorobou.“ (Pidrman, 2007, s. 33)

3.1.2 Demence s Lewyho tělísky

„Nemoc je pojmenovaná po Friedrichovi Heinrichu Lewym. Kulovitá tělíška – Lewyho tělíška v mozkových buňkách (neuronech) popsal Lewy poprvé r. 1912. Důležitost těchto tělíšek byla pochopena až po Lewyho smrti. Demence s Lewyho tělísky (Dementia with Lewy Bodies – DLB) byla popsána až v 60. letech dvacátého století a byla tehdy považována za vzácnou. Význam a frekvence jejího výskytu byly objeveny a pochopeny až v 90. letech.“ (Jirák et al. 2009, s. 34)

„Tato demence je charakterizována kromě základních příznaků pro demenci zejména fluktuujícími poruchami kognitivních funkcí, rekurentním výskytem zrakových halucinací a parkinsonským syndromem. Mohou se objevit i bludy.“ (Pidrman, 2007, s. 55)

Mezi klinické příznaky patří těžší poruchy pozornosti, poruchy zrakově-prostorových schopností a exekutivních funkcí (plánování a provádění složitějších aktivit), paměť je relativně zachována a nemusí být zpočátku výrazná. Dále kolísající kognitivní schopnosti, které jsou obtížně zjištělné, existují škály, rozpozná je jen zkušený klinik. Další příznakem je parkinsonismus, který se projevuje třesem, rigiditou (ztuhlostí), bradykinezi (zpomalením pohybů), vymizením mimiky a poruchou jemné motoriky. Typické jsou časté pády. K neuropsychiatrickým příznakům patří zrakové halucinace, sluchové halucinace, deprese a bludy. (Jirák et al., 2009, s. 37,38)

3.1.3 Frontotemporální demence

„Frontotemporální demence patří mezi méně časté formy demence. Představuje asi 10% ze všech demencí. Dochází u ní k postupující degeneraci frontálních (čelních) anebo předních temporálních (spánkových) laloků mozku. Frontotemporální demence se objevuje nejčastěji mezi 45. a 65. rokem. Průměrně trvá nemoc 8 let. Typické pro tento druh demence jsou změny v chování, poruchy řeči, změny charakterových vlastností, změny stravovacích návyků, nekritičnost a další.“ (Jirák et al. 2009, s. 43)

Podle klinických projevů můžeme frontotemporální demenci rozdělit na formu frontální a formu temporální.

„U frontální varianty **Pickova choroba a jiné**, jsou časné změny osobnostních rysů a chování, s apatií a ztrátou vůle anebo s projevy odbrzděného chování a ztrátou společenského taktu anebo se stereotypním a rituálním chováním (například stálé přecházení, mnutí rukou, potleskávání, opakování různých gest nebo písni či zvuků). Časně dochází k zanedbávání osobní hygieny, ztrátě zájmu o zevnějšek, emoční oploštělosti. Časté jsou změny stravovacích zvyklostí (upřednostňování sladkého, přejídání se, braní jídla druhých, stereotypie kolem jídla apod.). Kognitivní poruchy bývají méně nápadné a rozvíjí se až v průběhu onemocnění. Je výrazně narušena pozornost abstraktního myšlení a řešení problémů. Typické bývá ochuzení řeči, stereotypní používání některých slov, výrazů či frází. Zrakově-prostorové funkce, paměť, orientace i běžné denní aktivity bývají relativně zachovány až do pozdních stadií nemoci. Později ale symptomy progredují až do plně vyjádřené demence. Může se objevit chorobná vztahovačnost a bludy.“ (Jirák et al. 2009, s. 44)

Temporální forma frontotemporální demence je vzácnější, na počátku se projevuje pouze izolovaným postižením řečových funkcí. Zahrnuje sémantickou demenci a primární progresivní afázii.

„**Sémantická demence** je charakterizovaná těžkou poruchou porozumění řeči, ztrátou schopnosti pojmenovat předměty a rozpoznat význam a obsah zrakových vjemů (vidí hřebek, ale neví, k čemu ho použít). Řeč však zůstává plynulá a gramaticky správná. Typické jsou redukce obsahu řeči, stereotypní používání slov a frází, chybování uvnitř kategorie slov (například místo rukavice řekne ponožka), potíže s nalezením správného slova. Někdy nemocný opakuje určitá slova, slabiky nebo poslední slovo či slabiku toho, co slyší („Jak se daří?“ „Daří, daří?“). Bývá ztráta nabytých obecných znalostí (například nezná jméno prezidenta). Pacient je chopen dlouho normálně fungovat, nemá problémy s orientací, je soběstačný. Pracovní i epizodická paměť bývají zachovány (například neví, k čemu slouží kladivo, ale po předvedení je schopen ho sám správně použít). S rozvojem onemocnění se často objevují kognitivní a behaviorální poruchy jako u demence frontálního laloku.“ (Jirák et al. 2009, s. 45)

„U **primární progresivní afázie** dominuje postižení řeči, která je neplynulá, namáhavá, chudá. Nemocný nemůže najít správné slovo, slova komolí, dělá gramatické chyby, zaměňuje hlásky a slova, zadržává. V průběhu onemocnění dochází k úplné ztrátě řeči (mutismu). Porozumění slov je u většiny pacientů relativně dobře zachováno. Ostatní kognitivní funkce a schopnosti provádět běžné denní aktivity bývají většinou dlouho zachovány, i když i zde může dojít ke generalizaci deficitu a vzniku poruch chování.“ (Jirák et al. 2009, s. 46)

3.1.4 Huntingtonova chorea

Vzácné dědičné onemocnění s počátkem ve středním, produktivním věku. Toto onemocnění výrazně devastuje zdravotní stav a snižuje kvalitu života člověka postiženého Huntingtonovou nemocí a omezuje i fungování zbytku členů rodiny. Příčinou tohoto onemocnění je chybná genetická informace vznikající na čtvrtém chromozomu. Příznaky jsou nejdříve psychologické, které předchází rozvoji demence, tak neurologické. K psychologickým příznakům řadíme změny povahy a poruchy chování (agresivita, drobná kriminalita, změny sexuálního chování, alkoholismus, konflikty), poruchy nálady (apatie, depresivní nálada, neschopnost se radovat), úzkostnost, přecitlivělost, psychotické příznaky (halucinace, bludné myšlení), porucha soustředění, pozornosti, paměti. U neurologických příznaků se objevuje porucha chůze, řeči, spánku, hybnosti, polykání, hubnutí a inkontinence. (Jirák et al., 2009, s. 48-50, Pidrman, 2007, s. 56)

3.1.5 Parkinsonova nemoc

„Při tomto onemocnění dochází k úbytku nervových buněk v části středního mozku a začíná nejčastěji kolem 58-60 let. První symptomy bývají v celku nenápadné, patří mezi ně únava, ztuhlost, těžknutí končetin, křeče, zpomalení chůze apod. Nemocný jim většinou nepřisuzuje velký význam. V další fázi onemocnění dochází k poruchám hybnosti (třes, svalová ztuhlost, snížení hybnosti až neschopnost se hýbat, porucha rovnováhy a chůze). Objevují se i kognitivní funkce, které jsou mírné. Mezi další projevy patří deprese, úzkost, záchvaty paniky, monotónní řeč, sehnuté schoulené držení těla a končetin, poruchy spánku, závratě, zácpa, sexuální dysfunkce, zvýšená únavnost, ztráta čichu, ztráta mimiky a mastná kůže a potíže s polykáním.“ (Jirák et al., 2009, s. 40, Pidrman, 2007, s. 56)

3.1.6 Další atroficko-degenerativní demence

„Demence s argyrofilními zrny se nedá klinicky rozlišit od Alzheimerovy choroby, ale má jiný neuropatologický podklad. Může to však být i varianta Alzheimerovy choroby. Kortikobazální degenerace se často přiřazuje k frontotemporálním demencím. Existují ještě další neurodegenerativní demence, ale ty jsou vzácné, někdy se vyskytují spíše v mladém věku.“ (Jirák et al. 2009, s. 53)

3.2 Symptomatické (sekundární) demence

Symptomatické demence lze dělit do dvou podskupin. Jedná se o vaskulární demence a ostatní symptomatické demence.

3.2.1 Vaskulární demence

Vznikají důsledkem nedokrvení mozku a tím nedostatkem živin. Mozek dále ochabuje a odumírají některé jeho části.

„Vaskulární demence byla v současnosti přejmenována na vaskulární kognitivní poruchu.“ (Jirák et al., 2013, s. 81)

„Vaskulární demence tvoří 10-20% všech demencí a jsou druhou nejčastější se vyskytující demencí. Jejich výskyt se s věkem zvyšuje.“ (Pidrman, 2007, s. 51)

„Vznikají na podkladě poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Jsou to především mozkové infarkty – odumření určitého okrsku mozkové tkáně proto, že tento okrsek nebyl prokrven v důsledku uzávěru vyživující tepny. Demence vznikají častěji na podkladě mnohočetných drobných mozkových infarktů, ale mohou vzniknout i na podkladě jednoho rozsáhlejšího mozkového infarktu v oblastech důležitých pro paměť.“ (Jirák et al., 2009, s. 20)

„Kognitivní patologie a další symptomy se objevují náhle, často fluktuují. Někdy dochází ke zhoršení ve skocích. Symptomy demence se projevují zpravidla do 3 měsíců po proběhlé cévní příhodě.“ (Pidrman, 2007, s. 51)

Vaskulární demence je rozlišena do třech typů. Jedná se o Vaskulární demenci s náhlým začátkem, multiinfarktovou demenci a podkorovou vaskulární demenci. **Vaskulární demence s náhlým začátkem** vzniká náhle po větších mozkových infarktech, zejména v oblasti paměti a rozvíjí se rychle. **Multiinfarktová demence** je nejčastějším typem vaskulární demence. Vzniká po infarktu v oblasti mozkové kůry i bílé hmoty. Stav jedince je kolísavý, uvědomuje si postupnou ztrátu paměti a tím se vyskytují depresivní stavy. **Podkorová vaskulární demence (Binswangerova choroba)** je typ demence, která má chronický a progredietní průběh. Její příčinou vzniku jsou mikroinfarkty, zejména v bílé hmotě hemisfér mozku a šedou hmotu v oblasti tzv. bazálních ganglií. (bazální ganglie regulují hybnost, jemnou motoriku a výkonné funkce). Projevuje se poruchou emotivity, narušení spontaneity, iniciativy a aktivity. Vyskytuje se bradypsychismu (zpomalení řeči, myšlení, psychomotoriky), řeč je monotónní. Časté jsou deprese a poruchy hybnosti. Paměť a intelekt zpočátku dobře zachovány, jedinec si uvědomuje postupné ztrácení vlastní

osobnosti a tím pramenící deprese. Nemoc je relativně rychlá. Úmrtí zpravidla do 5 let od začátku příznaků. (Jirák et al, 2009, s. 56, Jirák et al., 2013, s. 156, Pidrman, 2007, s. 52)

3.2.2 Ostatní symptomatické demence

Ostatní symptomatické demence vznikají na základě jiného onemocnění organismu.

Demence bakteriálního původu

Dochází k poškození mozku z důsledku **luetické infekce (syfilis)**. Onemocnění Lues je pohlavně přenosné. Je považována za nejčastější bakteriální příčinu demencí. Jinou závažnou formou demence infekčního původu je choroba vyvolaná spirochétou *Borrelia burgdorferi* přenášená klíšťaty **Lymeská borrelióza**. Inkubační doba trvá od kousnutí infikovaného klíštěte do prvních příznaků asi od 3 dnů do několika týdnů. (Jirák et al., 2009, s. 57, Pidrman, 2007, s. 57)

Demence virového původu

Demence při **infekci HIV** vzniká důsledkem samotného viru HIV a řadou jiných infekcí, které jsou získány vlivem snížení imunity jedince. Zmíníme se ještě o **demenci vyvolanou virem herpes simplex**. Jedná se o virus, který způsobuje běžné opary. Jde o ojedinělou, ale velmi nebezpečnou formu demence. (Jirák et al., 2009, s. 57, Pidrman, 2007, s. 57)

Lidské prionové nemoci

Tento druh nemoci postihuje lidi i zvířata. Dochází k těžkým změnám v mozkové tkáni, jako jsou hromadění patogenního prionového proteinu, histopatologické projevy degenerace neuronů, houbovitě změny v mozku. Mají dlouhou inkubační dobu a rychle progredují. Nejčastěji se vyskytující formou tohoto onemocnění je **Creutzfeldtova-Jakobova**. Jednou z prionových infekcí je i **nemoc Kuru** (třes), která se vyskytovala pouze na ostrově Papua na Nové Guineji (50. léta 20. století). Byla přenášena mezi obyvateli kmene Fore kanibalismem. Po opuštění od kanibalismu je nemoc Kuru jen ojedinělá, téměř vymizelá. Existují extrémně vzácné nemoci jako je **Gerstmannova-Strausslerova-Scheinkerova nemoc a fatální familiární insomnie**. Jedná se o dědičná onemocnění projevující se demencí a postihuje dospělé okolo 50 let. (Jirák et al., 2009, s. 58, Pidrman, 2007, s. 57)

Metabolické demence

Nejvíce se vyskytuje **Wilsonova nemoc**. Toto vrozené onemocnění vede k akumulaci mědi ve tkáních, především v játrech, mozku a očích. Projevuje se neurologickými potížemi

(třes, poruchy řeči a písma) a jaterní cirhózou. Léčba spočívá v odstranění mědi z organismu. Neléčená choroba vede ke smrti nemocného. Jedná se o demenci, která se vyskytuje především u mladší populace. (Jirák et al., 2009, s. 63, Pidrman, 2007, s. 58-59)

Demence intoxikačního původu

Jedná se o otravu látkami, jako jsou otravy oxidem uhelnatým (CO), která je nejzávažnější. Dále otravy kouřovými plyny při nedokonalém spalování v kamnech a kotlích v nevětraných místnostech. Nejvíce častá demence je způsobena alkoholem. **Alkoholové demence** vznikají při dlouhodobém zneužívání velkých dávek alkoholu. Alkoholová demence bývá častější ve středním věku, ale může se objevit i u seniorů. (Jirák et al. 2009, s. 64)

Farmakogenní demence

Demenci mohou vyvolat i některé léky a to především u starší populace. Týká se to jedinců, u kterých je již zaznamenáno organické poškození mozku nebo u jedinců se závažnými tělesnými poruchami. Zvýšená konzumace různých farmak najednou se mohou navzájem ovlivňovat a narušovat tak paměť a její schopnost zapamatovat si.

Demence při avitaminózách a endokrinních onemocněních

Ke vzniku demence může vést i nedostatek vitamínů. Především jeden druh vitamínu B, niacin, jehož nedostatkem vzniká demence zvaná **Pellagra**. Kromě demence se objevují příznaky jako je průjem a kožní onemocnění. Tento druh demence se v naší populaci již běžně nevyskytuje, ale můžeme se s ní setkat jako součást alkoholové demence. Demence se také může objevit u neléčených osob s poruchou štítné žlázy. Po nasazení příslušných farmak se jedinec opět vrací do normálu. Jedná se o sníženou funkci štítné žlázy. (Jirák et al., 2009, s. 66)

Posttraumatické (poúrazové) demence

„Úrazy hlavy jsou častou příčinou invalidizace zejména mladších jedinců – i z důvodu narušení poznávacích a výkonných funkcí, změn chování a poruchy osobnosti, které úraz hlavy způsobí.“ (Jirák et al., 2009, s. 67)

Poranění mozku může být krátkodobé i trvalé. Většinou po probrání člověka z bezvědomí, je zjištěno, jak rozsáhlé příčiny postižení jsou. Posttraumatická demence se liší od ostatních demencí tím, že souvisí s úrazem, má rychlý spád a stacionární charakter. (Jirák et al., 2009, s. 68, Jirák et al., 2013, s. 213)

Demence při hydrocefalu s normálním tlakem

Rozvíjí se po mozkových traumatech, úraze hlavy, zánětech centrální nervové soustavy, po operacích mozku. Jindy příčina není zcela jasná. Pro tento druh demence jsou typické příznaky porucha chůze, inkontinence, demence. (Jirák et al., 2009, s. 69)

Ostatní demence

Co se týče ostatních druhů demencí, za zmínku určitě stojí demence vzniklé nádorovým onemocněním a epileptická demence. Epileptická demence je v dnešní době vzácná díky moderní medicíně a vývojem v léčbě epilepsie.

3.2.3 Pseudodemence

Za demencí velice často vydáváme jinou nemoc. Nejčastěji se jedná o depresivní syndrom a delirium. Odlišení deprese a deliria od demence je velmi důležité. **Deprese** je kurabilní (léčitelná). Projevuje se poruchou nálady, spánku, nízkou sebedůvěrou, vnitřním napětím, smutkem, ztrátou smyslu života. Nemocný postižený depresí o svých potížích ví, na rozdíl od nemocného demencí, který o nich neuvažuje a často je i popírá. Deprese napodobuje příznaky demence a někdy dochází ke změnám povahy a chování. Je doprovázena sebevražednými sklony. Dalšími rizikovými faktory jsou nadužívání alkoholu, vnitřní neklid, nízké sebevědomí a hypochondrie. Možnosti léčby jsou úspěšné. Podávání antidepresiva a psychoterapie.

Demence musí být odlišena také od deliria. **Delirium** je velmi závažná psychická porucha, která ohrožuje jak zdraví, tak i celkový život nemocného. Jedná se o akutní stav zmatenosti, porušení vědomí, pozornosti, kognitivních schopností a vnímání (halucinace). Je doprovázena úzkostí. Má náhlý začátek a stav je přechodný. Příčinou může být jakékoli postižení mozku nebo jiného orgánu. Léčba deliria je založena na hledání vyvolané příčiny a tu léčit. Dbá se na psychoterapeutickou podporu pacienta a jeho rodiny. Délka trvání jsou hodiny až týdny. (Topinková, E., 1999, s. 48-52, Topinková, E., 2005, s. 131-137)

4 PÉČE O SENIORA S DEMENCÍ

Péče o lidi s demencí v České republice představuje zásadní problém, neboť tito lidé vyžadují včasnou diagnostiku a terapii, později také dlouhodobou péči, která dosud není v České republice uspokojivě řešena. Dochází tak k tomu, že nejsou vítáni ve zdravotnictví (neboť se jedná o chronickou záležitost) ani v sociální sféře (neboť jsou nemocní a svým chováním „problémoví“). Zbytečně dochází k oddalování diagnózy, vlivem nevhodného nastavení úhrad péče pak ke zpoždění terapie, pečující rodiny nemají téměř žádnou podporu a sociální služby v terénu nejsou dostatečné a někdy zcela chybí.

„Cílem péče o nemocného s AD je jeho spokojenost. Zajišťujeme bezpečí a pocit bezpečí, snažíme se o jeho sociální začlenění. Aktivity směřují ke kompenzaci ztrát mozkových funkcí a maximálnímu využívání zachovaných schopností (dlouhodobá paměť, smyslové vjemy, zafixované vzorce chování) s cílem co nejdelšího uchování funkčních dovedností.“ (Franková, 2005, s. 39)

Samotná péče by se měla přizpůsobit světu nemocného demencí. Tajemstvím těchto lidí nese název vděčnost. Právě to stojí za štěstím a spokojeností. Vděčnost lidem pomáhá uvědomovat si, co mají, místo toho, aby se soustředili na věci, kterým jim chybí. Také přispívá k tělesnému i duševnímu zdraví.

4.1 Zásady práce se seniorem s demencí

„Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku. Během první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě. V tomto stádiu vnímá už jen atmosféru kolem sebe a uspokojuje pouze své nejzákladnější biologické potřeby.“ (Buijssen, 2006, s. 13)

Samotná péče by se měla přizpůsobit potřebám nemocného, zachovávat režim a pravidelnost. Pravidelná doba spánku, hygieny, jídla a aktivit. Pravidelný režim neboli rutina mohou pro seniora znamenat pocit bezpečí a orientaci v každodenním životě. Pečovatelé akceptují projevy, jednání i způsob nemocného demencí a taky uznávají jeho pohled na svět, nevystavují ho konfrontacím s běžnou realitou ani jej nekritizují či neopravují.

Péče o seniora s demencí je náročná a vyčerpávající. Představíme několik doporučení, jak pracovat se seniorem postiženým demencí a jak se vyrovnat s touto situací.

4.1.1 Prostředí

„Pro člověka je obvykle domov místem, které mu skýtá pocit bezpečí, pocit klidu, které pozitivně reflektuje významné role z minulosti člověka a usnadňuje využívání všech jeho zachovaných schopností.“ (Zgola, 2003, s. 140)

Domácí i jiné prostředí by se mělo přizpůsobit nemocnému. Ztráta paměti a zhoršení koordinace pohybů zvyšuje riziko zranění. Prostor by měl být hlavně bezpečný, klidný a příjemný. Pro bezpečnost odstraňujeme předměty, které zvyšují riziko úrazu. Jedná se například o ostré předměty, chemikálie, koberce, nářadí, ale i o zajištění elektrických a plynových spotřebičů a mnoho dalších. Dále usnadníme prostředí tím, že odstraníme předměty, které mohou vyvolat u osob s demencí problémové chování a chyby, vlivem poruchy vnímání a úsudku. Například nesprávným použitím předmětů. V obydlí či místnostech seniora s demencí by se mělo rozestavět několik důvěrně známých předmětů, jako jsou staré obrázky, fotografie, které jej po celý život doprovázely. Stěny i podlahy by měly být jednobarevné, spíše tlumené odstíny, protože u nemocného demencí ubývá postupně schopnost prostorového vidění. Důležité je i dobré osvětlení, protože stíny mohou být zdrojem strachu, úzkosti a nejistoty. Pečovatel by měl dbát na to, aby nemocný neodcházel bez dohledu ven.

4.1.2 Důstojnost

Dále považujeme za nutné podporovat důstojnost nemocného. Snažit se zajistit u osob s demencí aby byli co nejdéle nezávislí. Zvyšuje to pocit sebedůvěry. Nesmí se zapomínat na to, že člověk, o kterého je pečováno, je stále jedinec, který vnímá a cítí. Je důležité dávat najevo nemocnému, že je brán vážně a akceptovat ho. Nejdůležitější při kontaktu s lidmi s demencí je trpělivost. Netrpělivost pečovatele vzbuzuje u nemocného negativní pocity s následnou úzkostí.

„Jak demence nezadržitelně postupuje, pacient je citlivější na to, jak se k němu chovají druzí. Protože dokáže pořád méně chápat, co se mu říká, je stále vnímavější k řeči těla, výrazu obličeje, gestům a tónu hlasu.“ (Buijssen, 2006, s. 53)

4.1.3 Komunikace

S postupem nemoci mohou nastat obtíže v komunikaci mezi pečovatelem a nemocným. Komunikace je třeba přizpůsobit nemocnému.

„Pacient s demencí dokáže stále méně s druhými normálně mluvit. Stojí ho mnohem víc úsilí, když má druhým jasně vysvětlit, co cítí nebo potřebuje. Zároveň musí vyvíjet stále větší úsilí, aby pochopil, co se druzí snaží objasnit jemu.“ (Buijssen, 2006, s. 60)

„V komunikaci jde o mnohem víc než o pouhou výměnu informací. Komunikace znamená být v kontaktu, ale slova nejsou jediným způsobem, jak kontakt vytvářet. Někdy stačí pohled, dotek ruky nebo úsměv a vznikne takové setkání, že všechna slova jsou zbytečná. Když už nejsou k dispozici slova, můžeme dát pocítit svou přítomnost dotykem, tónem hlasu, zpěvem, výrazem tváře, držením se za ruce, příjemnými „zvuky“ nebo dokonce jen mlčením – tichou pozorností.“ (Zgola, 2003, s. 139)

O komunikaci se budeme více zajímat v kapitole Komunikace se seniorem s demencí.

4.1.4 Problémové chování a jeho prevence

Demenci doprovází také problémové chování, které je velmi náročné na pochopení a těžce zvládatelné. Pro pečující je velice vyčerpávající a mnohdy potřebují vyhledat pomoc u příbuzných a přátel. Ulehčením pro pečující mohou být také rozhovory s odbornými profesionály, setkávání a vyměňování zkušeností s lidmi pečující o osoby s demencí. Využití sociálních a zdravotních služeb.

Vyskytuje se agresivita, sklon k depresi, podezřívavost, pronásledování, noční neklid a touláni. V takových situacích se doporučuje zůstat v klidu, neukazovat strach či neklid. Pokud se problémové chování objevuje často, je nutné vyhledat odbornou pomoc. Nemocnému se musí pravidelně dostávat pocitu lásky, chvály, podpory a důležitosti jeho osoby.

Přemísťování věcí na nesprávná místa, neustále něco hledá, špatná orientace v prostoru, postrádání důvěry v druhé, nezvládání situace, to vše souvisí s podezřívavostí. Lepší je nereagovat na obviňování. Hádce je nutno se bezpodmínečně vyhnout, i když jste v právu. Snažte se odvést myšlení od toho, co ho momentálně trápí. Velmi zásadní je uvědomění si toho, že lidé s demencí žijí právě teď, v přítomnosti. Minulost ani budoucnost pro ně neexistuje. Většinu toho, co se nemocnému děje nebo říká, on během několika minut zapomene.

Podezíravost je velmi náročná na pečovatele. Důsledkem neustále nejistoty a úzkosti se lidé s demencí stávají závislí na pečovateli a pronásledují ho. Proto je důležité informovat nemocného již od samého začátku nemoci, že se o něj bude starat více lidí. Cílem je pomoci mu, aby se cítil stejně bezpečně i s druhými lidmi. Existuje i možnost, že nemocného informujeme, proč odcházíme z místnosti. Pokud dokáže ještě číst a poznávat hodiny, napsat mu sdělení a nechat na viditelném místě, kde se nacházíte a kdy se vrátíte. (Buijssen, 2006, s. 89)

Bloudění či toulání, ke kterému má nemocný demencí sklon, se vyskytuje uvnitř domova i v okolí přirozeně známém. Je důležité, aby nemocný u sebe nosil něco, podle čeho se určí jeho identifikace. Předcházet útěkům a následným touláním můžeme předejít tím, že zajistíme bezpečný prostor v domě, že nebude nemocný bez našeho vědomí odejít. Některé osoby postižené demencí mají mnoho energie a neustále něco potřebují dělat, třeba jen přecházet z místa na místo. V těchto případech je příčinou velké množství energie nebo naopak neklid, strach či úzkost, které se dá kompenzovat procházkami po okolí. Chůze jako taková uvolňuje, zmírňuje pocity napětí a jedinec vydává potřebnou fyzickou aktivitu.

Noční neklid je dalším příznakem problémového chování. Předcházet nočnímu neklidu u osoby s demencí můžeme tím, že nemocnému zabráníme v denním spánku. Snažíme se o aktivní denní program a fyzickou činnost. Vyvarovat se kofeinu a jiným stimulačním látkám. Doba usínání vždy ve stejný čas a vytvoření příjemné a klidné atmosféry při usínání.

Pozitivnější vliv na problémové chování má také pravidelný denní režim, který slouží jako jistota a bezpečí. Důležitou roli zde hraje aktivita nemocného. Snažíme se o nenáročnou denní aktivitu či práci, vytváření programů s dostatečným výskytem podnětů na základě zájmů.

„Abychom dokázali řešit problematické chování jakéhokoli druhu, obvykle nám pomáhá, když se zkusíme do druhého člověka vžít.“ (Buijssen, 2006, s. 71)

Je důležité, aby nemocný demencí se cítil spokojeně a pohodlně. Pokud je spokojený, je méně pravděpodobné, že dojde ke vzniku problémového chování. Musí se dbát na dostatečnou výživu během dne. Oblékat dostatečně podle počasí, zbytečně nepřehřívat. Mít dostatek čerstvého vzduchu a světla. Přesvědčit se také o správnosti fungování kompenzačních pomůcek. Pravidelně kontrolujeme celkový tělesný stav nemocného, docházíme na prohlídky k lékaři a dohlížíme na konzumaci předepsaných léků. (Franková, 2005, s. 39)

„Abychom zabránili problémovému chování, je dobré vést „deničky chování“. Tam zaznamenáváme, jak se nemocný chová, kdy problémové chování vzniká a jak dlouho trvá. Dále okolnosti, které k tomu mohly vést, které ho udržují, zhoršují nebo naopak zmírňují. Tak můžeme odhalit příčinu poruchy, kterou se dle možností snažíme odstranit nebo alespoň upravit.“ (Franková, 2005, s. 12)

„Přeházením sem a tam a bloumáním se pacient často zbavuje přebytké energie a pohybem kloubů a svalů získává osoba sensorickou zpětnou vazbu. Příjemného fyzického pohybu lze dosáhnout též pomocí jízdního kola stojícího napevno v místnosti, pomocí šlapacího mlýnku nebo houpací židle. Podle informací pečovateli jsou taková zařízení v domovech důchodců dobře použitelná. (Gilleard a kol., 1984).“ (Zgola, 2003, s. 140)

„Je dobré si uvědomit, že porucha paměti a myšlení často znemožňuje nemocnému pochopit význam toho, co říkáme. Vnímá pouze naše emoční vyladění či nastavení. Není tedy tolik důležité, co říkáme, ale jak to říkáme. Chování nemocného může fungovat jako „zrcadlo“, jeho chování odráží námi vyjadřované pocity. Pamatujme si, že vlídný, vstřícný a ujišťující přístup je doménou léčby člověka s demencí!“ (Franková, 2005, s. 14)

Projevy chování nejsou většinou mířeny proti pečovateli. Jen zrcadlí nejistotu, zmatenost a úzkost nemocného. Důležité je hledat příčiny problémového chování a snažit se jich vyvarovat.

4.2 Komunikace se seniorem s demencí

Jak je z výše uvedeného patrné, veškeré jednání s lidmi s demencí musí probíhat klidně, důstojně, laskavě a především s velkou trpělivostí. Důsledkem poruchy schopnosti vnímat, zapamatovat a prožívat, je třeba investovat do efektivní komunikace velké množství energie a empatie. Pečující musí mít stále na paměti, že komunikace se seniorem s demencí je velmi náročná. A to z důvodu poruchy schopnosti si zapamatovat, naučit se něco nového, poruchou sdílení prožitků, zkušeností s jinými lidmi. Velké množství toho, co si během chvíle řeknou je za chvíli zapomenuto.

„Člověka s demencí stojí obrovské úsilí, když má dát dohromady správnou větu. Aby se s tím vyrovnal co nejlépe, uchyluje se pochopitelně k sérii automatismů a běžných frází.“ (Buijssen, 2006, s. 51)

Mezi zásady efektivní komunikace se seniorem s demencí patří vytvoření klidného a vlídného prostředí a vyvarování se rušivých faktorů, jako je rádio či televize. Mít dostatek času

a nespěchat. Pokud jste z nějakého důvodu ve stresu nebo máte jen špatnou náladu, to vše se přenáší na nemocného. Komunikace je založená na aktivním naslouchání, pozorování, vnímání i minimálních iniciativ a jejich přijmutí. Reagovat na emoce a umět se naladit s nemocným na stejnou vlnu. Za důležité se považuje znát biografii a celkovou anamnézu nemocného.

4.2.1 Verbální komunikace

Během komunikace mluvíme zřetelně, klidně, pomalu, tváří v tvář, udržujeme oční kontakt a používáme jednoduchá slova a informace. Na nemocného nezvyšujeme hlas, ale ani nešeptáme. Je zapotřebí se přesvědčit, zda není potřeba naslouchadel či jiných kompenzačních pomůcek. Musíme se taky přesvědčit, jestli nám nemocný věnuje pozornost, soustředí se na nás. Dále považujeme za nutné se předem domluvit na vhodném a jednotném oslovení nemocného, popřípadě na stejném doteku. To se týká především v poskytovaných sociálních či zdravotních službách. Také je dobré se při kontaktu představit a vysvětlit, jaký účel má vaše návštěva. V komunikaci s lidmi s demencí hodně ulehčí, když si zapamatujeme obraty a pojmy, kterým nemocný již jednou rozuměl. Snažíme se je používat a můžeme je doplnit o nějaké obrázky či názorně předvést. Komunikace o činnostech, které budou následovat, například jíst snídani, umývat se, by měly být řečeny v příslušném prostředí a situaci. Popřípadě dopomoci ukázkou či komentářem. Pokyny zadáváme postupně. Zásadní podmínkou v komunikaci je ověření si, že nám lidé s demencí rozumí. Odpověď ano či ne nám nemůže postačit. Bezpochyby vážným a podstatným považujeme to, že nemocní demencí vnímají realitu jinak. Důsledkem toho nám mohou říkat, co vlastně není pravda. Není důležitá pravda, ale co nemocný považuje za pravdivé. Tím, že se naučíme vést nesmyslné rozhovory, často předcházíme konfliktům a nepříjemným zážitkům. Jeho pravdu neopravujeme a nevyvracíme. Samozřejmě jsou i situace, kdy musíme pravdu vyvrátit. Vždycky se snažíme přistupovat vlídným a klidným tónem a nezesměšňujeme nemocného. Ujišťujeme, že se nic neděje a snažíme se navést ke správnému řešení. Neustále informujeme o aktuálním čase, situaci, místě, kde se nachází. Vhodné při navazování komunikace jsou rodinné alba, vztahy, vzpomínky, koníčky, dřívější zvyky nebo aktuální téma svátků (Vánoce, Velikonoce). Spíše než klást otázky, které nemocné uvádějí do rozpaků, je lepší vyprávění. Vyprávěním, co se během dne událo a doprovázet dotykem. (Buijssen, 2006, s. 63-65, Franková, 2005, s. 39-40, Zgola, 2003, s. 123)

„Nevadí, že pacient, úplně nechápe všechno, co se říká, budou na něho příjemně působit pocity a emoce, jež „vyzařují“ z našeho vyprávění, stejně jako neverbální sdělení obsažené v naší intonaci, v našich očích, ve výrazu našeho obličejí a v řeči těla. Naše vyprávění dává pacientovi s demencí pocit, že nám na něm záleží a že někam patří. Sama skutečnost, že mluvíme právě k němu, je mnohem důležitější než naše slova.“ (Buijssen, 2006, s. 65)

4.2.2 Nonverbální komunikace

S postupem nemoci nastávají stále větší problémy s poruchou paměti, zapamatování a jazyková schopnost je narušena. Od tohoto okamžiku je důležitá především neverbální komunikace. Uvědomujeme si, že musíme nyní začít používat pro komunikaci své vlastní tělesné projevy, signály a využívat je. Věnujeme pozornost hlavně řeči těla nemocného. Způsob jak s nemocným mluvíme, si pamatuje velmi dlouho, i přes to, že již nechápe smysl slov. Vždycky se snažíme přistupovat s klidným a vyrovnaným tónem. Křik a hlasitý projev u nemocného s demencí může vyvolat strach, úzkost, hněv nebo smutek. Snažíme se porozumět jeho vnímání světa. Využíváme doteků, nasloucháme a usmíváme se. Využití dotyků má prokazatelně pozitivní vliv. Už jen to, že jsme v blízkosti nemocného, mu dává pocit bezpečí. Je zapotřebí dokazovat lásku, vřoucnost dotykem a objetím, jeli to nemocnému příjemné. Doporučuje se bazální terapie a aromaterapie. (Buijssen, 2006, s. 66, Franková, 2005, s. 26, Zgola, 2003, s. 129)

„V každém okamžiku života se nějakým způsobem dorozumíváme se světem a lidmi kolem sebe. Využíváme nejenom slov, ale také řeč svého těla. Každá věta, vyslovené slovo má nejenom srozumitelný obsah, ale i citový výraz. Antropolog Albert Mehrabian prokázal, že slova nám sdělí informaci v 7%, 38% informace získáme z tónu hlasu a z 55% komunikujeme tělem.“ (Kleťková, Dlabalová, 2008, s. 93)

4.3 Aktivizace seniorů s demencí

Aktivizace znamená uvést něco do pohybu, zvýšit a zintenzivnit působení něčeho, dopomoci k dosažení něčeho potřebného. Proč je aktivita celkově u seniorů důležitá? Nejedná se jen o aktivitu jako takovou, ale o smysl toho, že někam patříme, že jsme užiteční. Aktivita spočívá v naplňování a ukotvení rolí ve společnosti. Osoba se cítí jako součást celku, ceněná a potřebná.

Aktivizací se rozumí motivování k činnostem, které jim přinášejí užitek a při kterých se jim procvičují oslabené, dysfunkční mechanismy nebo zdokonalují praktické schopnosti.

Cílem je vytvářet podpůrné prostředí a to jak v materiálním, psychologickém, sociálním a duchovním slova smyslu. Podpora nemocného člověka v podstatě znamená, společná hledání toho, co klientovi přináší radost, naplňuje jej smyslem, pomáhá mu vytvořit nové, krásné a úsměvné prožitky, přesně tak jak je tomu u zdravých lidí. (Kalvach et al., 2004, s. 75)

Je důležité znát celkovou anamnézu nemocného s demencí. Vycházet z jeho minulost, co rád dělal, jakou měl profesi, kde vyrůstal, jaké měl hodnoty, zvyky a tím se snažit motivovat k činnostem, které by ho mohly zajímat. Aktivitě směřují ke kompenzaci ztrát mozkových funkcí a maximálnímu využívání zachovaných schopností s cílem co nejdelšího zachování funkčních dovedností. Měly by vést k uvolnění, přispívat k psychické pohodě a vzbuzovat radost.

„Individuálně plánované aktivity a smysluplné vztahy nabízejí podpůrné prostředí a podporují dosažení úspěchu. Úspěch povzbuzuje osobu, aby zůstala aktivní a v plné míře využívala svých zachovaných schopností.“ (Zgola, 2003, s. 151)

„Většina nemocných s demencí si pamatuje věci z dávné minulosti, umí vyjádřit názor, umí provádět dobře naučené a zafixované vzorce chování, reagovat emotivně, mít požitky ze smyslových vjemů, do určité míry si osvojit nové stereotypy. Toho využíváme při tvorbě programu.“ (Franková, 2011, s. 43)

Aktivity by se neměly jevit příliš dětinsky a obtížně. Měly by splňovat skutečně potřebné činnosti. Takové činnosti, které by dělali, kdyby byli zdraví. Co nejvíce smysluplné a přiblížit k aktuálnímu chodu života. Jedinec musí mít pocit, že odvedenou činností pomáhá, má smysl a poté se dostavuje pocit úspěchu. Aktivitě pro seniory, kteří žijí v institucích, by měly připomínat běžné každodenní činnosti, které by jedinec vykonával i v domácím prostředí.

4.3.1 Podstata smysluplné činnosti

Jak už jsme psali, každá činnost musí být smysluplná. V běžném životě nikdo nedělá jen tak něco, co by nemělo smysl. Vždy činnost směřuje k nějakému cíli, má účel a dává člověku pocit štěstí a radosti. Hlavně začátkem nemoci, kdy si člověk svou nemoc uvědomuje, je důležité znát podstatu činnosti. Při činnostech je kladen velký důraz na uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb nemocných. Kvalitní aktivizační činnosti musí být lákavé, plánované, zábavné, pozitivní a inovativní. Bohatě obměňovaný

program činností. Činnost musí být také dobrovolná. Jedinec se aktivity zúčastní dobrovolně, se zájmem, ne aby vyhověl pečovateli. Nucené aktivity nemají pro nemocné smysl. Příjemná činnost pro nemocného znamená pocit klidu, bezpečí a pohody. Je důležité vnímat celkovou atmosféru, verbální a neverbální projevy nemocného na aktivity.

Na smysluplnost aktivity se dbá především na to, aby byla společensky přijatelná a nevedla k neúspěchu. Její účel musí být nemocnému zřejmý. Aby měl nemocný úspěch, musí činnost odpovídat jeho fyzickým, intelektuálním a vnímacím schopnostem. Snažíme se vést takové aktivity, aby byla stále udržována důstojnost nemocného. Dbáme na kladné a pravidelné hodnocení a pochvaly.

Aktivity by se měly přizpůsobit stupni onemocnění. Informace o stupni onemocnění jsou důležité, aby se zabránilo pocitu neschopnosti, neúspěchu, frustrace. Taky by měly být tvořeny na míru pro jednotlivce a skupiny. Příznaky nemusí být při prvním kontaktu zjevné, a dále mohou narušovat kolektiv. Proto je důležitý kontakt s rodinou a anamnézou nemocného. (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 17-20)

4.3.2 Seznam možných aktivit pro seniory s demencí

Činnosti směřující k produkci něčeho

Jedná se o pracovní aktivity běžných denních činností. Podílení se na úklidu, s prací na zahradě, zalévání kyttek a mnoho dalších činností, u kterých se cítí nemocný užitečný a spokojený. Postupem času, kdy se nemoc prohlubuje, se snažíme využívat méně náročné aktivity. Záměrně vymýšlíme vhodné aktivity, tak aby neurážely důstojnost nemocného. Nemocný se musí cítit užitečný, skutečně produktivní a slyšet slovo děkuji. Aktivity nesmí směřovat k neúspěchu.

Aktivity spojené se cvičením a hudbou jsou důležité pro fyzickou i psychickou kondici nemocného. Cvičení chůze, procházky nebo cvičení u hudby, kterou má nemocný rád. Jedná se o cviky, které z důsledku svého onemocnění zvládá. Stačí jen tleskat rukama, podupávat nohama a vnímat rytmus.

Poslech hudby a zpěv směřuje nejen k pobavení, relaxaci a tréninku mozku, ale vyvolává pocity kamarádství, které uspokojují potřeby družnosti.

Aktivity z oblasti péče o zevnějšek

Činnosti zaměřené na péči o sebe, jsou prvními aktivitami, nad kterými člověk s demencí ztrácí kontrolu. Potřebuje tedy pomoc při každodenní hygieně, jako je oblékání, koupání,

krmení, česání a používání toalety. Tyto vzácné intimní činnosti doposud byly chápány jako součást vlastní náplně práce. Nyní se stávají náplní práce někoho jiného. Často jsou vnímány jako nepříjemné a osoba ztrácí svoji intimní stránku. U těchto činností dbáme na důstojnost a snažíme se nemocného zapojit do činnosti co nejvíce. Ženy podporujeme při výběru kosmetiky (parfém, rtěnka, make-up), všímáme si a chválíme výběr oblečení, poskytujeme zrcadlo a chválíme účes. U mužů si všímáme taktéž vůně kolínské, pochvaly při výběru oblečení. Společné stravování a povídání si, vede ke společenské události a má mít příjemný zážitek.

Volnočasové aktivity

Musí se dbát na respektování volného času. Tyto aktivity chápeme jako činnosti, které osoba využívá ve svém volném čase. Při nichž dochází k uspokojování individuálních potřeb a jsou spojeny se stavem pohody a klidu. Jen možnost dát si kávu s přáteli, dává člověku okamžik chvíle pro sebe, pohody, uspokojení a udává jeho místo ve společnosti. Ale také na druhé straně, umožňuje procvičovat společenské dovednosti v oblasti konverzace. (Zgola, 2003, s. 156-159, Zgola, 2013, s. 28-35)

Duchovní aktivity

Jedná se o bohoslužby a přednášky s tématy na pozitivní smysl života

4.3.3 Smyslová aktivizace

„Smyslová aktivizace je tedy pojem, který lze chápat jako „vedení do pohybu“ za účasti veškerých smyslů. Pozitivní výsledek smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, skutečně komplexní činnosti.“ (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 11)

Smyslová aktivizace nám umožňuje pomocí smyslových orgánů, které předávají vzruchy do mozku, zařadit, ujasnit a uložit získané informace. Umožňuje poznat u osob s demencí jejich dosavadní schopnosti a znalosti, a možnost jejich udržení a obnovení. Člověk s demencí dostává opět možnost komunikace. Tréninkem komunikačních schopností se dostává nemocnému sociální vazby a kontaktu.

Cílem smyslové aktivizace je dosažení pocitu pohody a štěstí, radosti ze života, potřebnosti, úspěchu, podpory, fyzického i psychického zdraví, celková socializačně-kulturní orientace a integrace, rozšiřování či uchovávání slovní zásoby a mnoho dalších. (Wehner, Schwinghammer, 2013, s. 12-14)

4.3.4 Zajištění prostředí k aktivizaci

Prostředí, ve kterém se aktivity odehrávají, má být co nejpřirozenější a nejdůstojnější. Má vyvolávat příjemné vzpomínky a přirozeným způsobem vzbuzovat potřebu aktivity, která je mu příjemná. Tím člověka naplňuje pocitem smysluplnosti existence a sebeúcty.

„Osoby s poruchou kognitivních schopností potřebují aktivity, které přicházejí za nimi, zapojují je přímo a spontánně a odpovídají normální rutině jejich života, nikoli rozpisu a tabulkám. To je přesně ten druh činností, který dobře upravené prostředí může nabídnout.“
(Zgola, 2003, s. 159)

Hmotné prostředí

Zajišťuje vždy nějaký druh aktivity, ať už jde o na první pohled zřejmou nebo spontánní činnost. Může se jednat o činnosti klientů navozené jejich náladou či stanovené aktivity personálem. Dále vybavení prostředí a okolní venkovní prostředí. Umístění oken v místnosti na rušná prostranství s výhledem na ulici, dětské hřiště, parkoviště, všude tam kde se něco děje a je možnost udržet pozornost. Využívání procházek po okolí a pozorování dění kolem. Nábytek, který slouží pro útulnější vzhled a povzbuzuje společenský kontakt. Uvnitř prostředí, tedy v pracovnách, kde probíhají aktivity, by měly být k dispozici noviny, časopisy, předměty, které nabádají ke zkoumání a pozorování. Všechny předměty by měly být nahraditelné a většího formátu.

Sociální prostředí

Každý společenský kontakt dává jedinci pocit, že je součástí dění. Jen pozdrav, nebo slova typu „prosím“, „děkuji“ či úsměv dávají jedinci pocit sounáležitosti, respektu a ujištění místa ve společnosti. Osoba zůstává nadále ceněnou součástí celku.

Kulturní prostředí

Každá skupina lidí, která spolu tráví čas, si postupem času vytvoří svá pravidla, hodnoty a tradice. Týká se to samozřejmě i našeho prostředí trávení času smysluplnou aktivitou. Rodí se zde individuální role každého klienta a zahrnují se i ti nejméně soběstační. Snažíme se o co nejvíce pozitivní prostředí, vytvářet smysl pro členství a tím pramenící sounáležitost všech klientů. Všichni lidé, ať už zdraví nebo postižení demencí, mají tendenci splňovat očekávání druhých. Když si osoba bude připadat jako užitečný, ceněný člen komunity, její chování bude odrážet tuto představu o sobě samé. Osoba, která má pocit, že je bezcenná, se bude chovat tomu odpovídajícím způsobem. (Zgola, 2003, s. 159-162)

4.4 Péče o seniora s demencí v domácím prostředí

Není pochyb o tom, že člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci. Rodinná péče je považována za nejefektivnější a nejdůstojnější. Starý člověk má pocit bezpečí a zájem rodiny. Blízkost rodiny příznivě působí na psychiku nemocného a ovlivňuje i jeho celkový zdravotní stav. Rodinní příslušníci či pečovatelé musí být v kontaktu s odborníky, informovat a vzdělávat se v problematice demence, setkávat se a předávat si zkušenosti s dalšími rodinnými pečovateli. Rodinní pečující jsou ohroženi syndromem vyhoření stejně jako profesionální pečovatelé. Pečující si musí uvědomit, že péče o člověka s demencí je velmi náročná a dlouhodobá. Dbát na vlastní tělesné a duševní zdraví, své zájmy a potřeby během doby, po kterou budou pečovat o nemocného demencí. Pokud je pečovatel uvolněný, odpočatý, pozitivní s dobrou náladou, tak i péče bude efektivnější a nemocný spokojenější. Vše se odráží od sebe. Pokud je spokojený pečovatel, je spokojený i nemocný.

„Péče o nemocného je pro většinu lidí velmi namáhavá jak psychicky, tak fyzicky. Není dobré, aby veškerá tíha péče ležela jen na jednom člověku, do péče je třeba zapojit širší rodinu, případně o pomoc požádat rostoucí síť sociálních a zdravotních služeb.“ (Franková, 2011, s. 23)

Rodiny musí vědět, že na péči nezůstanou samy, ale že existuje i možnost odpočinku a úlevy od tak náročné činnosti. Ale ne každý pečující má dostatek informací o možnostech, které se nabízejí. Mohou využít pomoc poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb nebo specializovaných center. Toto umožňuje např. Česká alzheimerovská společnost v některých svých pobočkách po České republice. Problémem ze strany pečovatele bývá to, že nedokáže požádat o pomoc. Vidí to jako osobní selhání, slabost a neschopnost vůči rodině i společnosti. To ale z daleka není pravda!

Samozřejmě dochází k tomu, že rodina péči o nemocného už nedokáže sama zajistit. Tady se nabízí možnost trvalého umístění nemocného do domova se speciálním režimem. Jedná se o sociální zařízení, kde nemocní s pokročilým stádiem demence jsou umístěny trvale. Tyto zařízení poskytují odbornou sociální i zdravotní péči 24 hodin denně a provoz je plně uzpůsoben jejich potřebám.

Ještě před tím, než rodina převezme péči o nemocného, si musí zjistit možnosti finanční podpory, na které má nemocný člověk nebo pečovatel nárok a o tom, jak lze o tyto příspěvky požádat. Jedná se o příspěvek na péči, jednorázové příspěvky na kompenzační po-

můcky, bezmocnost, příspěvek na provoz dopravního vozidla aj. Touto problematikou se zabýváme v následující kapitole.

4.5 Sociální služby pro seniory s demencí

O starého nemocného člověka je pro pečujícího velmi vysilující a náročná. Pro pomoc a radu se může obrátit na příslušné sociální služby v okolí. Pracovníci poskytují poradenství a nabízí vhodné služby tak, aby si pečující člen rodiny mohl odpočinout a svůj volný čas využil ve svůj prospěch. Je vhodné, aby nemocný i pečovatel měli nadále možnost sociálních kontaktů.

Obecným cílem sociálních služeb je pomáhat osobám z hlediska věku, zdravotního postižení, dlouhodobého chronického onemocnění a zajistit jim fyzickou, psychickou soběstačnost a začleňovat je do společnosti, tudíž předcházet jejich sociálnímu vyloučení.

Podle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. zahrnují sociální služby jako je sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Součástí sociálních služeb je také prostředkování zdravotní péče, sociální poradenství a pomoc při vyřizování osobních záležitostí.

Sociální poradenství máme základní a odborné. Základní poradenství poskytuje informace k zajištění a řešení nepříznivé sociální situace jedince. Odborné poradenství je rozděleno na bližší specifické potřeby.

Do **služeb sociální péče** spadají pečovatelské služby, osobní asistence, odlehčovací služby, tísňová péče, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

Za **služby sociální prevence** se považují telefonická krizová pomoc, intervenční centra, terénní programy a sociální rehabilitace.

Sociální služby se poskytují ve formě terénní, ambulantní a pobytové. (Malíková, 2011, s. 42-44, Tomeš, 2014, s. 296)

4.5.1 Terénní služby

Terénní služby jsou poskytované lidem v jejich přirozeném sociálním prostředí. Sociální pracovníci docházejí do jejich přirozeného prostředí (většinou do domácností). Patří mezi nejčastěji využívané.

Odlehčovací (respitní) služby - poskytují se lidem, kteří pečují o své blízké, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby. Týká se to osob, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je pečováno v přirozeném prostředí domova. Na základě dohody s rodinným pečovatelem pohlídá asistent nemocného člověka podle jeho potřeb. Týká se to několika hodin po několik dní v týdnu. A naopak nabízí pečujícím osobám odpočinek, snížit zátěž, využít volný čas pro své potřeby, obnovení sil a zařízení si jiných osobních záležitostí, na které z důvodu péče nemá čas.

Pečovatelská služba - zajišťují je střediska pečovatelské služby. Je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Pečovatelská služba se stará o pomoc s hygienou, základní zdravotní péčí, přípravou pokrmů, úklid domácnosti nebo o rozvoz obědů. Pomáhá při kontaktu s úřady a institucemi.

Osobní asistence - služba je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje v přirozeném prostředí domova, službu řídí sám uživatel. Jedinec pomocí osobní asistence zvládá činnosti, které potřebuje. Poskytuje i vzdělávací a aktivizační činnosti a oproti pečovatelské službě je časově neomezená.

Tísňová péče - poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního nebo schopností. (Tomeš, 2014, s. 298)

4.5.2 Ambulantní

Služby ambulantní jsou služby, kdy osoba dochází do zařízení

Denní stacionář - poskytuje ambulantní formu péče osobám, které se z důvodu věku, zdravotního postižení, dlouhodobého chronického onemocnění neobejdou bez trvalé pomoci druhé osoby. Jedná se o klienty, kteří bydlí v rodinném prostředí nebo v prostředí, které jim poskytuje pravidelnou pomoc. Služba je poskytována na určitou část dne a pak tyto klienti odcházejí domů. Ponechání v domácím prostředí může pro osoby znamenat sociální izolaci, ztrácení dovedností a znalostí. Využíváním tohoto sociálního zařízení zajišťuje klientům zdokonalování a upevňování dovedností, znalostí, udržování sociálních

kontaktů, možnosti získávání ztracené sebedůvěry a to nejdůležitější, že není vytrhnut z domácího prostředí se svými blízkými. V zařízení je využívána zájmová činnost, pracovní výchova, terapie, rehabilitační cvičení. Nabízí domácím pečovatelům možnost oddechu, docházky do zaměstnání, vyřizování vlastních záležitostí.

4.5.3 Pobytové služby

Jedná se o služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Týdenní stacionáře - nabízí podobné služby jako denní stacionář, ale má status pobytové služby. O klienty je zde pečováno přes všední dny a na víkend odjíždí do domácího prostředí. Jsou zde nabízeny mimo ubytovací služby i stravování, pomoc při osobní hygieně, péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů a dalších záležitostí.

Domovy se zvláštním režimem - poskytuje pobytové služby osobám, které trpí sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, onemocnění Alzheimerovou nemocí či jinou demencí. Tyto osoby jsou odkázány na pravidelnou pomoc jiných osob. Domovy se zvláštním režimem mají speciálně upravený režim odpovídající specifickým potřebám svých klientů.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče - ve zdravotnických zařízeních se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale jejich vztah jim nedovoluje obejít se bez pomoci další fyzické osoby. Z důvodu svého zdravotního stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou. Pomoc může být řešena jinou sociální službou. Jedná se o terénní, ambulantní a pobytové sociální služby v zařízeních sociálních služeb. Opět jsou zde nabízeny mimo ubytovací služby i stravování, pomoc při osobní hygieně, péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů a dalších záležitostí. (Tomeš, 2014, s. 298, Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

4.5.4 Příspěvek na péči o osobu blízkou

Při ztrátě schopnosti sebeobsluhy klienta, jde o dávku sociální péče, pro občany, kteří osobně celodenně a řádně pečují o osobu blízkou, která je převážně nebo úplně závislá nebo je starší 80 let a částečně bezmocná nebo je starší 80 let a dle vyjádření lékaře potřebuje péči jiné osoby. Úřad práce určí na základě sociálního a lékařského posouzení tzv. stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. Podle tohoto stupně přiznává obecní úřad obce s rozšířenou působností žadateli odpovídající výši příspěvku na péči. Může i rozhodnout o přiznání mimořádných výhod (slevy, kompenzační pomůcky atd.)

Zákon upravuje čtyři stupně závislosti. Stupně závislosti na péči se stanovují pomocí bodového hodnocení úkonů péče o vlastní osobu. Posuzuje se, jak moc je žadatel soběstačný a jak moc potřebuje druhou osobu k činnostem, které už sám nezvládá.

Pro dospělé osoby (starší 18 let věku) jsou dané příspěvky:

Stupeň I. (lehká závislost) náleží osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby. Tudiž je určen pro osoby, které vyžadují částečnou pomoc. Výše příspěvku je **800 Kč** za kalendářní měsíc.

Stupeň II. (středně těžká závislost) náleží osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat pět nebo šest základních životních potřeb. Výše příspěvku je **4000 Kč** za kalendářní měsíc.

Stupeň III. (těžká závislost) náleží osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb. Výše příspěvku je **8000 Kč** za kalendářní měsíc.

Stupeň IV. (úplná závislost) náleží osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny zvládat devět nebo deset základních životních potřeb. Pro osoby vyžadující každodenní dohled a jsou odkázáni na pomoc jiné osoby. Výše příspěvku je **12 000 Kč** za kalendářní měsíc. (Tomeš, 2014, s. 296-305)

Čím déle může senior s demencí setrvat ve svém přirozeném prostředí, tím lépe. Někdy však situace dospěje tak daleko, že je třeba jednat o jeho umístění do specializovaného zařízení pro lidi s demencí. Jde o závažné životní rozhodnutí, o změnu, která mu trvale změní celý dosavadní způsob života. S rozhodnutím by měl samozřejmě souhlasit nemocný a nesnažit o nátlak. Rodina by měla nadále za nemocným pravidelně docházet a udržo-

vat emocionální vazby. Což je pro nemocného velmi důležité a přispívá to k jeho zdravotnímu i duševnímu zdraví. (Tomeš, 2014, s. 301-305, Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

„Všichni členové rodiny se musí vyrovnávat s bolestí, že se loučí s jedním z nich, s někým, koho mají rádi. Pomalu ho ztrácejí, i když ještě žije. Během toho dlouhého a pomalého procesu, kdy se s tím musí smířovat, prožívají všechny emoce spojené s procesem truchlení: popření, neochotu uvěřit, vzpouru, zármutek, stud, hněv, bezmocnost a tak dále.“ (Buijssen, 2006, s. 111)

4.6 Česká alzheimerská společnost (ČALS)

Česká alzheimerská společnost vznikla roku 1997. Příčinou jejího vzniku bylo nutkavé přesvědčení některých profesionálů a rodinných příslušníků o tom, že o problematice demence není u nás věnována dostatečná pozornost.

Cílem ČALS je pomoc a podpora lidem, kteří jsou postiženi demencí. Postižení demence, se netýká jen nemocného člověka demencí, ale postihuje celou jeho rodinu. Tudíž podpora a pomoc je poskytována nemocnému a jeho rodině.

Služby, které ČALS poskytuje:

Jedná se o *kontaktní a informační centrum*, které je denně dostupné od 8:00 do 20:00. Veřejnosti jsou k dispozici zaškolení pracovníci, kteří podávají osobní i telefonické informace a dále sjednávají poradenství s odborníky.

Společnost se stará a zajišťuje poskytování informací o onemocnění demence tím, že vydává *informační letáky, určené pro laickou veřejnost, pro osoby s diagnosou demence a jejich rodinné příslušníky*. Tím se snaží přispět ke včasné diagnostice nemoci, poskytnout případnou pomoc a podporu, podávat informace a rady, jak zvládat nelehkou situaci. Také vydává *informační listy „dopisy“*, které se týkají problematiky demence a co vše sebou přináší. Jsou určené *pro pečující i odborné pracovníky* a slouží pro kvalitnější a efektivnější práci s nemocným. *Pořádá přednášky, semináře a kurzy pro pracovníky ve zdravotnictví, sociální sféře, ale i pro širokou veřejnost*. Jsou pořádány díky programu Zdravé stárnutí MZ ČR. Zajišťuje mnoho projektů.

Významných *projekt nazvaný „Bezpečný návrat“*, který umožňuje rodinám poskytnout službu, která na základě náramku s identifikačním kódem, pomůže najít bloudícího nemocného.

Toulky pamětí a duší je služba určená pro lidi s počínající fází demence. Pomáhá jim překonávat příznaky a důsledky nemoci. Poskytuje hlavně podporu a umožňuje náhled na nemoc, sdílení nemoci a výměnu zkušeností mezi sebou.

Další významná služba poskytovaná ČALS jsou „*Čaje o páté*“ – *svépomocné skupiny rodinných pečujících*. Jedná se o skupinu rodinných pečujících a odborných pracovníků, kteří si vyměňují své zkušenosti s nemocí, najít řešení k různým problémovým situacím a hlavně poskytnout si vzájemnou podporu.

Je poskytována služba i pro osoby a rodinné příslušníky, kteří již ukončili roli pečujícího. Tato služba se nazývá „*Relaxace*“ – *podpora po ztrátě blízkého*. Společné setkání lidí a výměna jejich zážitků a emočních prožitků za přítomnosti psychologa. Je založena na základě pomoci a podpory.

Služba respitní péče umožňuje postarání se o nemocného s demencí na několik hodin denně. Poskytuje pečujícímu čas pro oddech a možnost využít volný čas pro vlastní potřeby.

Mezinárodní alzheimerovskou asociací byl také stanoven roku 2005 den Alzheimerovy nemoci. U nás v České republice je stanoven na 21. června, kdy svátek slaví Alois. ČALS si tento den připomíná jako „Pomerančový den“ a při této příležitosti pořádá mnoho akcí a upozorňuje na problematiku Alzheimerovy choroby širokou veřejnost. (Jirák et al., 2009, s. 101-103, www.alzheimer.cz)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V této kapitole bakalářské práce se zaměříme na informovanost veřejnosti o chorobě demence. K realizaci výzkumu byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Umožňuje zkoumání dané problematiky do hloubky a z různých úhlů pohledu, dovoluje nám též pochopit souvislosti zkoumaného jevu. Metoda je vybrána s ohledem na cíl výzkumu a povahu zkoumaného problému. Dále zde specifikujeme výzkumný problém, vymezení cílů a výzkumné otázky. Stanovujeme hypotézy, které se snažíme potvrdit nebo vyvrátit. Uvádíme výzkumný vzorek respondentů a zvolené metody a techniky sběru dat. Popisujeme výzkumný způsob analýzy dat.

5.1 Výzkumný problém

Jak je veřejnost informována o problematické chorobě demence a zda je potřeba zvýšit informovanost v tomto ohledu.

5.2 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak je veřejnost informována o problematice onemocnění demence. Vyhodnotit tento stav a doporučit jejich zlepšení. Snažíme se oslovit všechny věkové kategorie.

Vedlejšími cíli je zjistit:

- zda veřejnost zná chorobu demence,
- zda zná veřejnost některé příznaky onemocnění,
- zda jsou spokojeni s nabídkou dostupnosti informací o demenci,
- zda veřejnost zná vhodné zařízení pro osoby postižené demencí,
- zjistit, zda lidé pečují o příbuzné postižené chorobou demencí v přirozeném prostředí domova

Se stanoveným cílem souvisí hledání odpovědi na **hlavní výzkumnou otázku**: Jakým způsobem je veřejnost informována o onemocnění demence?

5.2.1 Výzkumné otázky

V souladu s hlavní výzkumnou otázkou jsme formulovali dílčí výzkumné otázky. Výzkumné otázky se vztahují k následujícím hypotézám a poslední tři výzkumné otázky jsou slovně vyhodnocené. Pro přehlednost uvádíme za výzkumnými otázkami číslo hypotézy, ke které se otázky vztahují.

VO 1: Zná veřejnost chorobu demence? H 1

VO 2: Jakým způsobem je veřejnost informována o chorobě demence? H 2, H3

VO 3: Jakým způsobem hodnotí veřejnost dostupné informace o chorobě demence? H 4

VO 4: Jakou formu péče veřejnost preferuje pro své blízké?

VO 5: Zná veřejnost vhodné zařízení pro osoby postižené demencí?

VO 6: Má veřejnost povědomí o příznacích demence?

5.3 Stanovení hypotéz

U stanovených hypotéz pro přehlednost opět uvádíme, k jaké výzkumné otázce se vztahuje a jakými otázkami v dotazníku jsme dané informace zjišťovali.

H 1: Předpokládá se, že většina respondentů zná chorobu demenci. (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 3) VO 1

H 2: Předpokládá se, že informovanost o chorobě demence je více specifikována na jeden druh pohlaví. (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 1 a 3) VO 2

H 3: Předpokládáme, že informovanost veřejnosti o chorobě souvisí s přibývajícím věkem. (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 2 a 3) VO 2

H 4: Předpokládá se, že veřejnost hodnotí informace o demenci jako nedostatečné. (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 21) VO 3

5.4 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

Výzkumným souborem se stali respondenti z široké veřejnosti, kteří byli vybráni náhodným výběrem ve věku 20 – 66 a více. Je třeba zohlednit, že údaje mohou být částečně ovlivněny například nepochopením otázky, či blízkostí vztahů respondentů k tomuto onemocnění, neznalosti některých pojmů, a podobně. Pro výzkum bylo potřeba oslovení co nejvíce počtu respondentů, aby bylo objektivně posouzeno, zda je informovanost o chorobě demence pro veřejnost známá či ne. Dotazníkové šetření probíhalo od 14. 1. 2015 do 16. 2. 2015. Oslovování respondentů bylo zaměřeno na osobní kontakt v blízkém okolí. A dále na základě vyplnění dotazníků na webovém portále www.surveymonkey.com. Nejvíce vyplněných dotazníků bylo úspěšně vyplněno přes internetový portál, celkem 181 dotazníků. Při osobní kontaktu s respondenty, jsme získali 33 vyplněných dotazníků. Celková návratnost 214 dotazníků. Následující tabulky a grafy nás seznamují s počtem a pohlavím oslovených respondentů. Celkem bylo získáno 214 dotazníků, které budou dále zpracovány. Uvádíme absolutní i relativní četnosti.

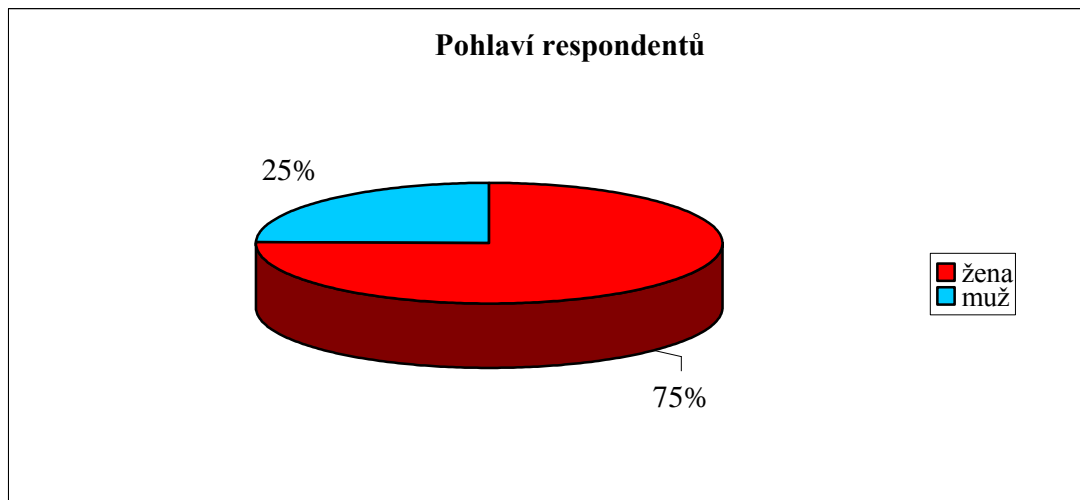
Tabulka č. 1: Počet oslovených respondentů.

Pohlaví respondentů		
	absolutní počet	relativní počet
žena	161	75%
muž	53	25%
Σ	214	100%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 214 respondentů bylo dotazováno 161 (75 %) žen a 53 (25 %) mužů, jak je zřejmé z následujícího grafu č. 1.

Graf č. 1: Relativní četnost celkového počtu respondentů.



Zdroj: vlastní

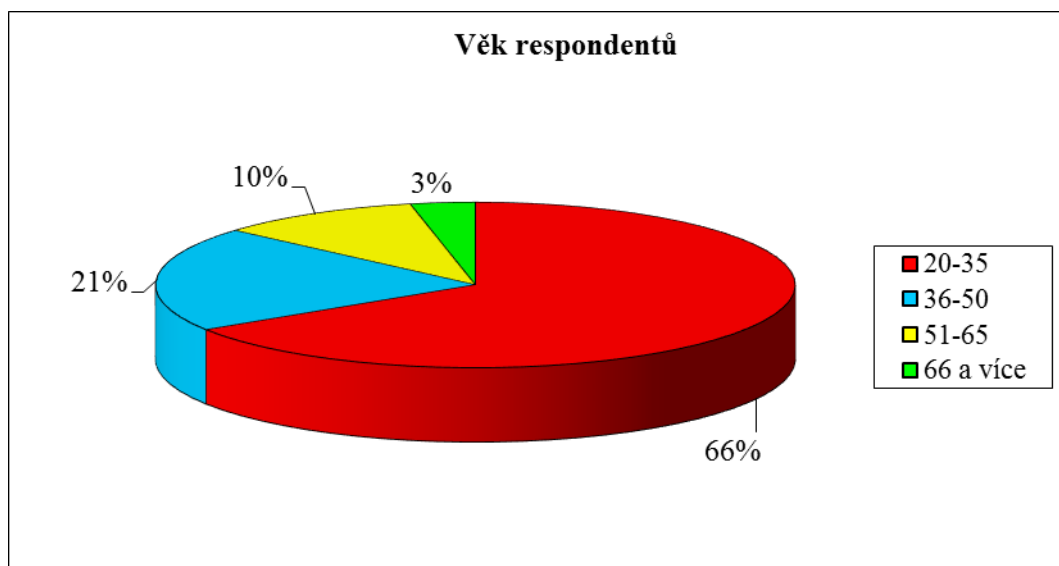
Tabulka č. 2: Věkové rozpětí oslovených respondentů.

Věk respondentů		
	absolutní četnost	relativní četnost
20-35	141	66%
36-50	44	21%
51-65	22	10%
66 a více	7	3%
Σ	214	100%

Zdroj: vlastní

Na dotazník odpovídali respondenti ve věku od 20 do 66 let a více. Pro přehled byly vytvořeny čtyři věkové kategorie. Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 20-35 let (66 %). Jednalo se o 141 respondentů. Naopak nejméně respondentů bylo ve věkové skupině nad 66 let (3 %) s počtem 7 respondentů. V druhé věkové kategorii 36 - 50 let bylo 44 respondentů (21 %) a ve třetí věkové kategorii 51 – 65 let se jednalo o počet 22 respondentů (10 %). Můžeme to zohlednit tím, že více mladých lidí vyplnilo dotazník na internetovém portálu. U starší věkové kategorie bylo nutné provést osobní kontakt, což bylo z hlediska času hodně náročné.

Graf č. 2: Relativní četnost dle věkové kategorie.



Zdroj: vlastní

5.5 Technika sběru dat

Pro výzkum byla použita metoda kvantitativního výzkumu. K získání potřebných dat jsme použili techniku dotazníkového šetření.

„Jak už název nasvědčuje, slovo „dotazník“ se spojuje s „dotazováním“, s otázkami. Je to způsob písemného kladení otázek a získání písemných odpovědí. Dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů. Proto se dotazník považuje za ekonomicky výzkumný nástroj. Můžeme jím získávat velké množství informací při malé investici času.“ (Gavora, 2000, s. 99)

Dotazníky jsou stručně zpracované, je to pro snadné pochopení a vyplnění zejména pro věkově starší respondenty. V dotazníku je uveden úvod, který obsahuje představení výzkumníka, důvod výzkumu a oslovení respondentů. Dotazník tvoří celkem 22 otázek. Ve většině případů se jedná o otázky uzavřené, které mají předem stanoveny varianty odpovědí. Dále obsahuje otázky otevřené (možnost vlastního vyjádření), polootevřené a uzavřené.

5.6 Způsob analýzy dat a prezentace otázek v dotazníku

Data, které jsme získali vyplněním dotazníků, jsme analyzovali pomocí uspořádání dat a sestavení tabulek četností. Použili jsme čárkovací metodu. Ze získaných dat jsme vytvořili tabulky, ve kterých jsme slovně i číselně popsali výsledky a stanovili jsme absolutní i relativní četnosti, které jsme použili k označení v grafu. Absolutní četnost n_i je četnost stej-

ných odpovědi respondentů. Relativní četnost f_i udává informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu. Relativní četnost vypočítáme podílem četnosti absolutní a celkové četnosti n .

5.6.1 Způsob vyhodnocení dat

Výsledky, které jsme získali dotazníkovým šetřením a sestavením tabulek četností, bylo nutné vyhodnotit pomocí testu nezávislosti chí-kvadrátu pro čtyřpolní tabulku. Pracovali jsme v programu MS Excel a MS Word. Výsledky jsme zapsali do čtyřpolní tabulky a formulovali jsme nulové a alternativní hypotézy. Poté jsme zvolili hladinu významnosti. Dalším krokem bylo vypočítat očekávané četnosti O pro každé pole kontingenční tabulky.

„Očekávaná četnost O je v kontingenční tabulce uvedena v závorkách. Očekávanou četnost vypočítáme tak, že vždy násobíme odpovídající marginální četnost v tabulce a tento součin potom dělíme celkovou četností.“ (Chráška, 2003, s. 91)

Dále jsme vypočítali hodnoty pro každé pole kontingenční tabulky pomocí vzorce $\frac{(P-O)^2}{O}$.

P je pozorovaná četnost a O je očekávaná četnost uvedená v závorce. Součtem všech vypočítaných hodnot v kontingenční tabulce jsme dosáhli hodnoty testového kritéria x^2 .

„Vypočítaná hodnota x^2 je ukazatelem velikosti rozdílu mezi skutečností a vyslovenou nulovou hypotézou“. (Chráška, 2003, s. 92)

Po vypočítané hodnotě x^2 je nutno dále určit počet stupňů volnosti vypočítaného testového kritéria. Ten se určí na základě vypočítané tabulky pomocí řádků a sloupců a vzorce $f = (r - 1) * (s - 1)$. Kde r je počet řádků a s počet sloupců v kontingenční tabulce.

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 zjistíme ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria. Srovnáním vypočítaného testového kritéria s hodnotou kritickou zjišťujeme, zda přijímáme nulovou či alternativní hypotézu.

Podle interpretovaných výsledků a grafického znázornění, zřetelně vyplívají výsledky a odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky a hypotézy. Podle potřeby jsme graficky znázornili. Použili jsme se grafy výsečové a sloupcové.

V dalších zkoumaných výzkumných otázkách, jsme zapsali absolutní a relativní četnosti do tabulky a výsledky znázornili graficky pomocí grafů výsečových a sloupcových. Slovně popsali a snažili jsme se je vhodně vyhodnotit.

5.6.2 Přehled otázek v dotazníku a jejich vyhodnocení

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Otázka č. 2: Do jaké věkové skupiny patříte?

Otázka č. 3: Setkali jste se už s pojmem demence?

Otázka č. 4: Které orgánové soustavy se toto onemocnění týká?

Otázka č. 5: Domníváte se, že demence může postihnout nejen seniory, ale i mladší osoby?

Otázka č. 6: Které příznaky onemocnění demence znáte?

Otázka č. 7: Které z těchto uvedených metod pro diagnostiku demence znáte?

Otázka č. 8: Jaké typy demence z uvedené nabídky znáte?

Otázka č. 9: Které z uvedených typů demence si myslíte, že se vyskytuje nejčastěji?

Otázka č. 10: Myslíte si, že demence se dá vyléčit?

Otázka č. 11: Domníváte se, že vydatným spánkem lze předcházet demenci?

Otázka č. 12: Je možné procvičováním paměti předcházet demenci?

Otázka č. 13: Lze fyzickým cvičením předcházet demenci?

Otázka č. 14: Trpí někdo z blízkých tímto onemocněním?

Otázka č. 15: Pečujete o nemocného s demencí?

Otázka č. 16: Pokud jste odpověděli ANO na předchozí otázku, uveďte prosím, zda:

Otázka č. 17: Znáte vhodné zařízení pro osoby s demencí?

Otázka č. 18: Pokud jste odpověděli ANO, uveďte prosím jaká?

Otázka č. 19: Setkali jste se někdy s názvem ČALS? (Česká Alzheimerova společnost)

Otázka č. 20: Myslíte si, že by měla být veřejnost více informovaná o této chorobě?

Otázka č. 21: Myslíte si, že je u nás dobrá informovanost o této chorobě?

Otázka č. 22: Kde byste hledali případné informace o této chorobě?

6 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

V této kapitole bakalářské práce se zabýváme interpretací dat. Pro náš výzkum bylo celkem rozdáno a vyplněno 214 otazníků. Celková návratnost byla 100 %. Výzkumu se zúčastnilo 161 (75 %) žen a 53 (25 %) mužů. Na základě dotazníkového šetření jsme vyhodnotili získané informace a došli k závěru výzkumu. Věnovali jsme se a odpovídali na stanovené hypotézy, dílčí výzkumné otázky a snažili doporučit jejich zlepšení.

6.1 Znalosti veřejnosti o chorobě demence

VO1: Zná veřejnost chorobu demence? H1

Touto otázkou zjišťujeme, zda veřejnost má povědomí o chorobě demence.

6.1.1 Hypotéza

H1: Předpokládáme, že většina respondentů zná chorobu demenci. (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 3) VO 1

H_0 : Veřejnost má povědomí o chorobě demence.

H_A : Veřejnost nezná chorobu jménem demence.

Zvolená hladina významnosti je 0,5.

Tabulka č. 1a: Absolutní četnost odpovědí na pojem demence.

	ženy	muži	Σ
ano	157	50	207
ne	4	3	7
Σ	161	53	214

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 1b: Očekávaná četnost odpovědí respondentů.

Očekávaná četnost		
	ženy	muži
ano	155,734	51,266
ne	5,266	1,734

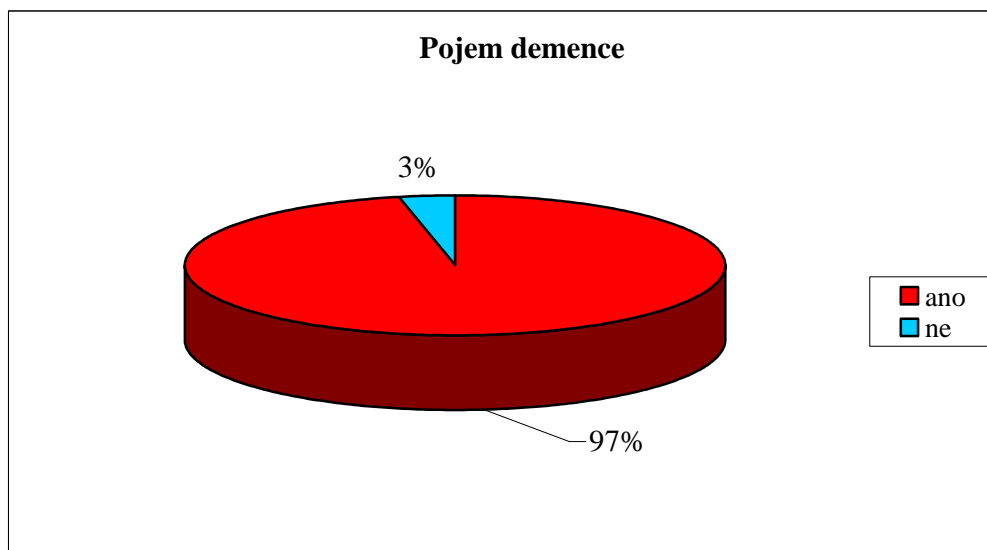
Zdroj: vlastní

V tabulce jsou hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky. Tyto hodnoty potřebujeme k následujícímu výpočtu testového kritéria

Pomocí daného vzorečku jsme vypočítali hodnotu **1,269** testového kritéria. Dále jsme určili počet stupňů volnosti (1) vypočítaného testového kritéria. Podle stupňů volnosti jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **3,841** při zvolené hodnotě významnosti 0,5.

Když srovnáme vypočítané hodnoty testového kritéria a kritické hodnoty testového kritéria zjišťujeme, že testová hodnota kritéria je menší než hodnota kritická. Tudíž nelze odmítnout nulovou hypotézu. **S jistotou můžeme říci, že veřejnost zná pojem demence.**

Graf 1: Procentuální zobrazení na pojem demence.



Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že téměř celková většina respondentů 207 (97 %) se již setkala s pojmem demence. Pouze 7 (3 %) respondentů uvedlo, že chorobu demence nezná.

Uvádíme přehled dalších odpovědí na otázky související s povědomím demence u veřejnosti.

U otázky č. 4, která je doplňující k otázce č. 3, jsme si chtěli ověřit, zda opravdu respondenti mají povědomí, co choroba demence provází a kterého orgánu se týká. Otázka v dotazníku zněla, které orgánové soustavy se onemocněním týká. Většina respondentů s počtem 212 (99 %) odpověděla, že nervové soustavy a zbytek respondentů (1 %) se rozdělilo na trávicí a svalovou soustavu.

Otázka č. 5 dále navazuje na informovanost o demenci zjištěním, zda může demence postihnout i mladší osoby. Na tuto otázku 195 (91%) respondentů odpovědělo, že ano. Zby-

tek 19 respondentů (9 %) není přesvědčeno o postihu onemocnění mladších osob. Tato otázka svědčí ku prospěchu povědomí veřejnosti o onemocnění demence.

Opírali jsme se také o znalost veřejnosti u metod diagnostikující demenci. Jednalo se spíše o doplňující a informační otázku, která by prohloubila povědomí u veřejnosti.

Otázka č. 7, která zněla: Které z těchto uvedených metod pro diagnostiku demence znáte? Dali jsme na výběr z 6 metod a respondenti měli označit, kterou metodu znají. Z vyhodnocených údajů se zjistilo, že z nabídnutých čtyř metod na diagnostiku demence, respondenti možnosti moc nevyužili. Nejčastěji byla označována 5 odpověď, neznám žádnou z uvedených metod (60 %). A ani nevedli poslední možnost, kterou jinou metodu na diagnostiku demence znají. Metoda označovaná za nejvíce známou byl Test MMSE (15 %), dále Test hodin (13 %), Škála deprese pro geriatrické pacienty označilo (7 %) a nakonec Ischematické skóre Hachinského (5 %).

U otázky č. 8, jsme zjišťovali, zda veřejnost zná nejrůznější typy demence. Z uvedené nabídky 4 typů demence se nejvíce objevovala Alzheimerova choroba. Traumatická, vaskulární a toxická demence byly označovány poměrně stejně často. Respondenti využili také 5 možnosti nabídky pro zvolení jiného druhu demence. Uváděli tedy navíc jednou demenci s Lewyho tělísky, Pickowu nemoc, Creutzfeldovu Jakobovu nemoc. Parkinsonova nemoc a infekční demenci dvakrát.

Následující související **otázka č. 9** sledovala povědomí u veřejnosti, která z těchto typů demence se vyskytuje nejčastěji. Z 214 respondentů odpovědělo jen 194 respondentů. Zbylých 20 se vůbec nevyjádřilo. Za nejčastěji vyskytující typ demence respondenti považují Alzheimerovu demenci 128 (72 %), dále vaskulární demence 23 (13 %), traumatickou 7 (4 %), toxickou demenci 6 (3 %) a 15 (8 %) respondentů nevědělo.

Otázka č. 10 byla zaměřena na léčitelnost demence. Z celkového počtu respondenti si 168 (78 %) si myslí, že demence není léčitelná, 34 (16 %) neví a 12 (6 %) je přesvědčeno, že je léčitelná.

Závěr: Z výše uvedených dat, bychom mohli na závěr shrnout to, že veřejnost zná pojem demence a její problematiku.

6.2 Informovanost respondentů o demenci

VO 2: Jakým způsobem je veřejnost informována o chorobě demence? H 2, H 3

6.2.1 Hypotéza

H 2: Předpokládáme, že informovanost o chorobě demence je více specifikována na jeden druh pohlaví. (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 1 a 3) VO 2

H_0 : Mezi informovaností mužů a žen neexistuje statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi informovaností mužů a žen existuje statisticky významný rozdíl.

Zvolená hladina významnosti je 0,5.

Tabulka č. 2a: Absolutní četnost mezi pohlavím a informovaností o demence.

	ženy	muži	Σ
ano	157	50	207
ne	4	3	7
Σ	161	53	214

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 2b: Očekávaná četnost na povědomí o demenci.

Očekávaná četnost		
	ženy	muži
ano	155,734	51,266
ne	5,266	1,734

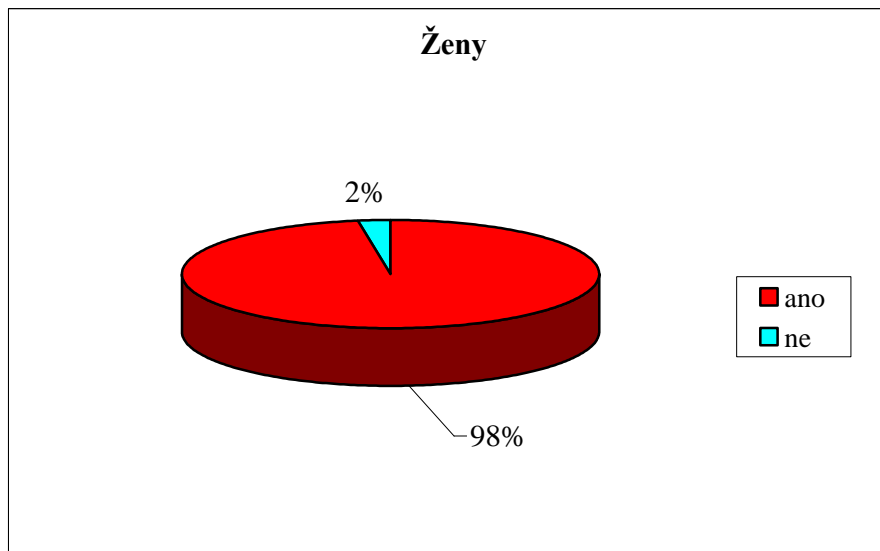
Zdroj: vlastní

V tabulce jsou hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky. Tyto hodnoty potřebujeme k následujícímu výpočtu testového kritéria

Pomocí daného vzorečku jsme vypočítali hodnotu **1,269** testového kritéria. Dále jsme určili počet stupňů volnosti (1) vypočítaného testového kritéria. Podle stupňů volnosti jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **3,841** při zvolené hodnotě významnosti 0,5.

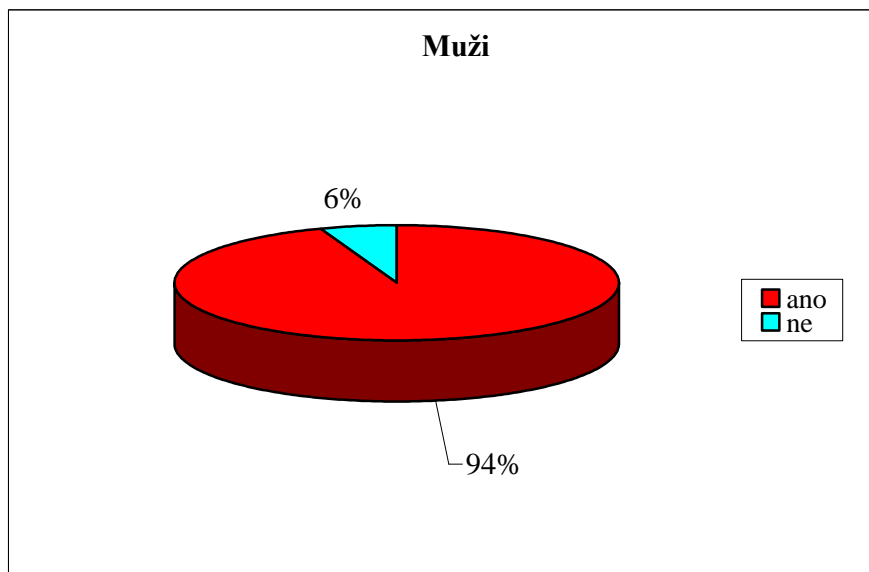
Když srovnáme vypočítané hodnoty testového kritéria a kritické hodnoty testového kritéria zjišťujeme, že testová hodnota kritéria je menší než hodnota kritická. Tudíž nelze odmítnout nulovou hypotézu. **S jistotou můžeme říct, že mezi informovaností mužů a žen neexistuje statisticky významný rozdíl.**

Graf 2: Informovanost o demenci u žen.



Zdroj: vlastní

Graf 3: Informovanost o demenci u mužů.



Zdroj: vlastní

Po následném porovnání obou grafů č. 2 a 3, je pozorovatelné, že větší informovanost o demenci je u žen. Informovanost u žen z celkového počtu 167, odpovědělo kladně 157 (98 %) dotázaných a záporně 4 (6 %). Muži s celkového počtu 53, kladně odpovědělo 50 (94 %) a naopak tento pojem neříká nic 3 (6%) dotazovaným. Rozdíl je však minimální.

Závěr: Na základě získaných dat vyplývá, že povědomí o demenci je u žen a mužů přibližně stejné

6.2.2 Hypotéza

H 3: Předpokládáme, že informovanost veřejnosti o chorobě demence souvisí věkem. (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 2 a 3) VO 2

H_0 : Mezi informovaností a věkem neexistuje statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi informovaností a věkem existuje statistický významný rozdíl.

Zvolená hladina významnosti je 0,5.

Tabulka č. 3a: Absolutní četnost mezi věkem a informovaností demence.

	20-35	36-50	51-65	66 a více	Σ
ano	137	43	20	7	207
ne	4	1	2	0	7
Σ	141	44	22	7	214

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 3b: Očekávaná četnost mezi věkem a informovaností o demence.

Očekávaná četnost				
	20-35	36-50	51-65	66 a více
ano	136,388	42,561	21,28	6,771
ne	4,612	1,439	0,72	0,229

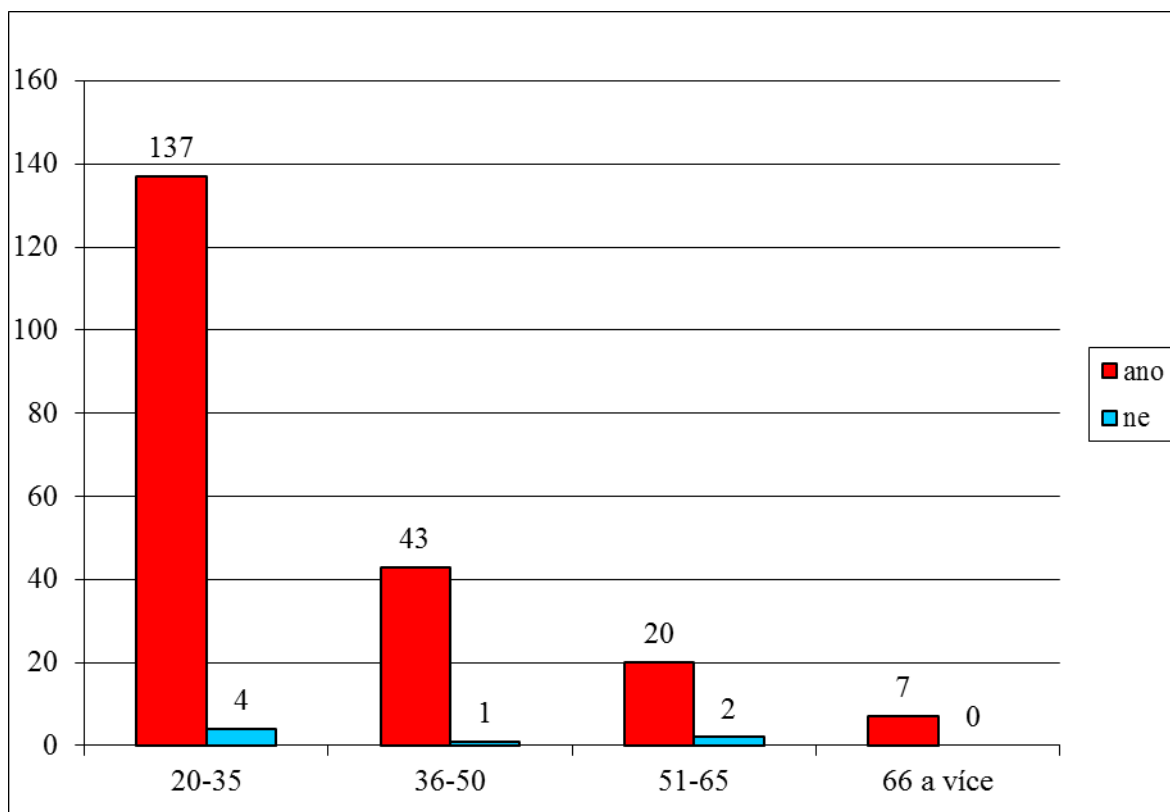
Zdroj: vlastní

V tabulce jsou hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky. Tyto hodnoty potřebujeme k následujícímu výpočtu testového kritéria

Pomocí daného vzorečku jsme vypočítali hodnotu **2,813** testového kritéria. Dále jsme určili počet stupňů volnosti (3) vypočítaného testového kritéria. Podle stupňů volnosti jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **7,815** při zvolené hodnotě významnosti 0,5.

Když srovnáme vypočítané hodnoty testového kritéria a kritické hodnoty testového kritéria zjišťujeme, že testová hodnota kritéria je menší než hodnota kritická. Tudíž nelze odmítnout nulovou hypotézu. **S jistotou můžeme říct, že mezi informovaností a věkem neexistuje statisticky významný rozdíl.**

Graf 4: Informovanost o demence z hlediska věku.



Zdroj: vlastní

Z grafů vyplývá, že z celkového počtu respondentů 214 (100 %) odpovědělo na otázku znalosti pojmu demence z hlediska věku všechny věkové kategorie poměrně na stejné úrovni. Ze získaných odpovědí bylo zjištěno, že v první věkové skupině 20-35 let 137 osob odpovědělo kladně na znalost demence a záporně 4 osoby. V druhé věkové skupině 36-50 let odpovědělo kladně 43 osob a 1 záporně. Do třetí věkové skupiny 51-65 let, bylo zařazeno 20 osob, které odpověděli kladně a 2 osoby záporně. V poslední skupině 66 a více let odpovědělo 7 osob kladně.

Závěr: Významný statistický rozdíl se zde neprokázal, avšak tento fakt je pravděpodobně ovlivněn malým počtem respondentů a to především ve starších věkových skupinách nad 51 let.

6.3 Hodnocení dostupnosti informací o chorobě demence

VO 3: Jakým způsobem hodnotí veřejnost dostupné informace o chorobě demence? H 4

6.3.1 Hypotéza

H 4: Předpokládáme, že veřejnost hodnotí informace o demenci jako nedostatečné. (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 21) VO 3

H_0 : Dostupné informace o chorobě demence hodnotí společnost jako nedostačující.

H_A : Dostupné informace o chorobě demence hodnotí společnost jako dostačující.

Zvolená hladina významnosti je 0,5.

Tabulka č. 4a: Absolutní četnost odpovědí na dostupnost informací.

	ženy	muži	Σ
ano	7	3	10
spíše ano	20	3	23
nevím	31	14	45
ne	33	7	40
spíše ne	70	26	96
Σ	161	53	214

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 4b: Očekávaná četnost odpovědí na dostupnosti informací.

Očekávaná četnost		
	ženy	muži
ano	7,523	2,477
spíše ano	17,304	5,696
nevím	33,885	11,145
ne	30,093	9,907
spíše ne	72,224	23,776

Zdroj: vlastní

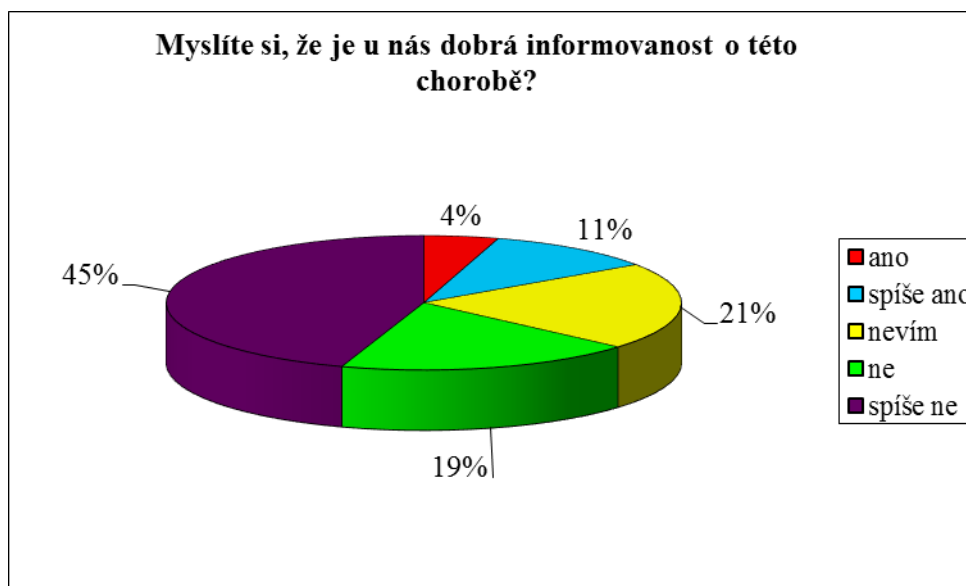
V tabulce jsou hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky. Tyto hodnoty potřebujeme k následujícímu výpočtu testového kritéria.

Pomocí daného vzorečku jsme vypočítali hodnotu **4,229** testového kritéria. Dále jsme určili počet stupňů volnosti (4) vypočítaného testového kritéria. Podle stupňů volnosti jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **9,488** při zvolené hodnotě významnosti 0,5.

Když srovnáme vypočítané hodnoty testového kritéria a kritické hodnoty testového kritéria zjišťujeme, že testová hodnota kritéria je menší než hodnota kritická. Tudíž nelze odmítnout nulovou hypotézu. **S jistotou můžeme říct, že veřejnost sledává dostupné informace o demenci jako nedostačující.**

Zobrazení relativní četnosti odpovědí na otázku v souvislosti o poskytování informací o chorobě demence jako dostačující či nedostačující nám ukazuje graf 5.

Graf 5: Relativní četnost z hlediska dostupnosti informací.



Zdroj: vlastní

Respondenti měli možnost vybrat z pěti možných odpovědí. Z grafu je patné, že největší skupina z dotazovaných respondentů 96 (45 %) se domnívá, že informovanost ve společnosti je spíše nedostatečná, 40 (19 %) respondentů nepovažuje informovanost o demenci za dostačující. 45 (21 %) osob nemá vyhraněný názor na informovanost o chorobě demence. Naopak menší skupina respondentů 23 (11 %) a 10 (4%) si myslí, že informovanost v tomto je dostačující.

Výzkum bychom chtěli doplnit o otázku v dotazníku č. 20 a č. 22. **Otázka č. 20** zněla, myslíte si, že by měla být veřejnost více informována o této chorobě? Na základě získaných odpovědí respondentů na tuto otázku jsme zjistili, že veřejnost by měla být více o této chorobě informována. Díky těmto získaným výsledkům zjišťujeme, že veřejnost potřebuje větší a dostupnější informace.

U **otázky č. 22**, kde můžete hledat případné informace o této chorobě. Celkový počet odpovědí byl 263. Většina ze získaných odpovědí 166 (64 %) bylo uvedeno na internetu. Dá-

le pak u lékaře 45 (18 %), studiem odborné literatury 22 (8 %), v knihovně 25 (2 %), v odborné zařízení 5 (2 %), u sociálního pracovníka 5 (2 %), u známého či blízkého 3 (1 %) a 4 (2 %) byla odpověď nevím. Využití služeb České alzheimerovské společnosti využilo jen malé procento respondentů, tedy 2 odpovědi (1 %). Jiné možnosti odpovědi byly nemocnice, charita, Naděje, v paměti či v domově důchodců. Někteří se vůbec nevyjádřili. Díky tomuto zjištění, můžeme uvažovat o poskytnutí větší informovanosti v daných oblastech. Například pro zajištění informačních letáků u lékaře v čekárně.

Závěr: Z šetření vyplývá, že většina respondentů si je vědoma toho, že veřejnost není dostatečně informována o chorobě demence a potřebuje lépe dostupnější informace.

6.4 Péče pro osoby blízké postižené chorobou demence

VO 4: Jakou formu péče veřejnost preferuje pro své blízké? (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 14, 15, 16)

Otázka č. 14 zněla, zda trpí někdo z blízkých chorobou demence. 57 (27 %) respondentů odpovědělo kladně a 157 (73 %) respondentů uvedlo, že chorobou nikdo z blízkých netrpí.

U otázky č. 15 jsme zjišťovali, zda těchto 57 respondentů pečují o nemocného demencí. 27 respondentů odpovědělo ano.

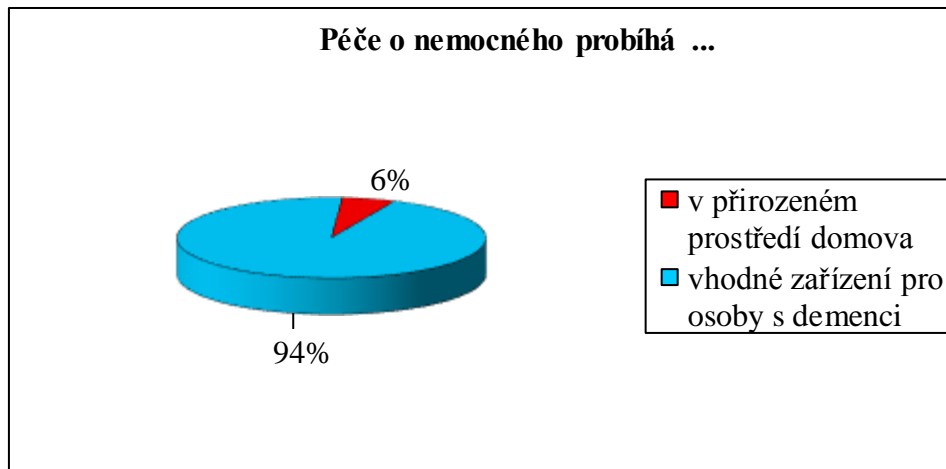
V otázce č. 16 jsme se zaměřili, zda péče probíhá v domácím prostředí. Zjistili jsme, že 12 respondentů pečuje o nemocného demencí v přirozeném prostředí domova.

Tabulka č. 5a: Poskytování péče u respondentů.

péče o nemocného probíhá		
	absolutní četnost	relativní četnost
v přirozeném prostředí domova	12	6%
vhodné zařízení pro osoby s demencí	202	94%
Σ	214	100%

Zdroj: vlastní

Graf 6: Relativní četnost probíhající péče.



Zdroj: vlastní

Pomocí čárkovací metody jsme vyhodnotily získaná data. V souvislosti se všemi otázkami jsme zjistili, že jen malá část (6 %) z dotazovaných respondentů upřednostňuje, tudíž vykonává péči o osobu postiženou demencí v domácím prostředí. Zbytek respondentů využilo pro péči pro osobu blízkou vhodné zařízení pro osoby s demencí. 202 (94 %) dotazovaných z celkového počtu 214 uvedlo, že upřednostňuje péči ve vhodném zařízení pro nemocného.

Závěr: Z uvedených výsledků vyplývá, že 12 (6 %) dotazovaných pečuje o nemocného v domácím prostředí. Na tuto problematiku navazujeme v další výzkumné otázce.

6.5 Vhodné zařízení pro osoby s demencí.

VO 5: Zná veřejnost vhodné zařízení pro osoby postižené demencí? (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 17, 18)

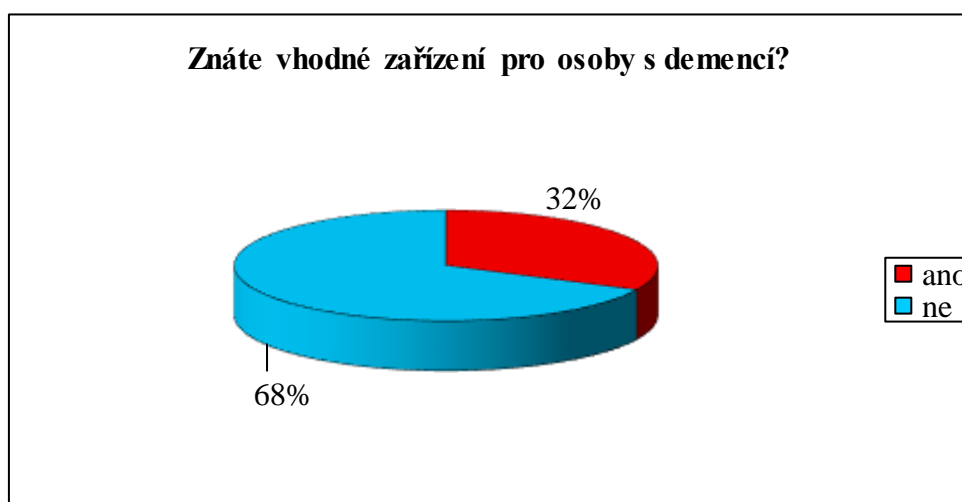
Otázka č. 17 se zaměřila na znalost vhodného zařízení pro osoby s demencí. Respondenti měli na výběr ze dvou možností ano či. Nejvíce respondentů, a to 145 (68 %) odpovědělo, že neznají vhodná zařízení pro osoby s demencí a 69 (32 %) respondentů uvedlo, že znají vhodná zařízení. Následující tabulka informuje o přehledu respondentů na znalost zařízení pro osoby s demencí.

Tabulka 6a: Znalost zařízení pro osoby s demencí.

Znáte vhodné zařízení pro osoby s demencí?		
	absolutní četnost	relativní četnost
ano	69	32%
ne	145	68%
Σ	214	100%

Zdroj: vlastní

Graf 7: Relativní četnost znalosti zařízení.



Zdroj: vlastní

Z výsledků vyplývá, že 32 % respondentů zná vhodné zařízení a 68 % respondentů nezná vhodná zařízení. V předchozí výzkumné otázce týkající se **péče o osoby s demencí, lidé více využívají a odkládají své příbuzné postižené demencí do vhodných zařízení (94**

%). A to i přesto, že nemají přehled o těchto zařízeních. Zde jde vidět neznalost veřejnosti o těchto zařízeních. Lidé často nevědí, kam své blízké umísťují. Nebo taky naopak nemají přehled o možných službách, které jsou k dispozici pro osoby s demencí pro ulehčení pečovatele, jenž o nemocného pečuje v přirozeném prostředí domova.

Výzkum pokračoval **otázkou č. 18**, která zněla. Pokud jste odpověděli na předchozí otázku (otázka č. 17) ANO, uveďte prosím jaká? Nejvíce respondentů se shodlo na domovech se zvláštním režimem a denním stacionáři. Někteří respondenti uvedli jako odpověď, nepamatuji si či vůbec nevyplnili. Objevili se i chybné odpovědi z hlediska zařízení.

Závěr: Na základě získaných údajů nejsou pečujícím v dostatečné míře poskytnuty informace týkající se specifík ošetrovatelské péče, o příspěvcích a službách, které mohou při péči o nemocného demencí využívat.

6.6 Znalost příznaků onemocnění demence

VO 6: Má veřejnost povědomí o příznacích demence? (zjišťováno otázkou v dotazníku č. 6)

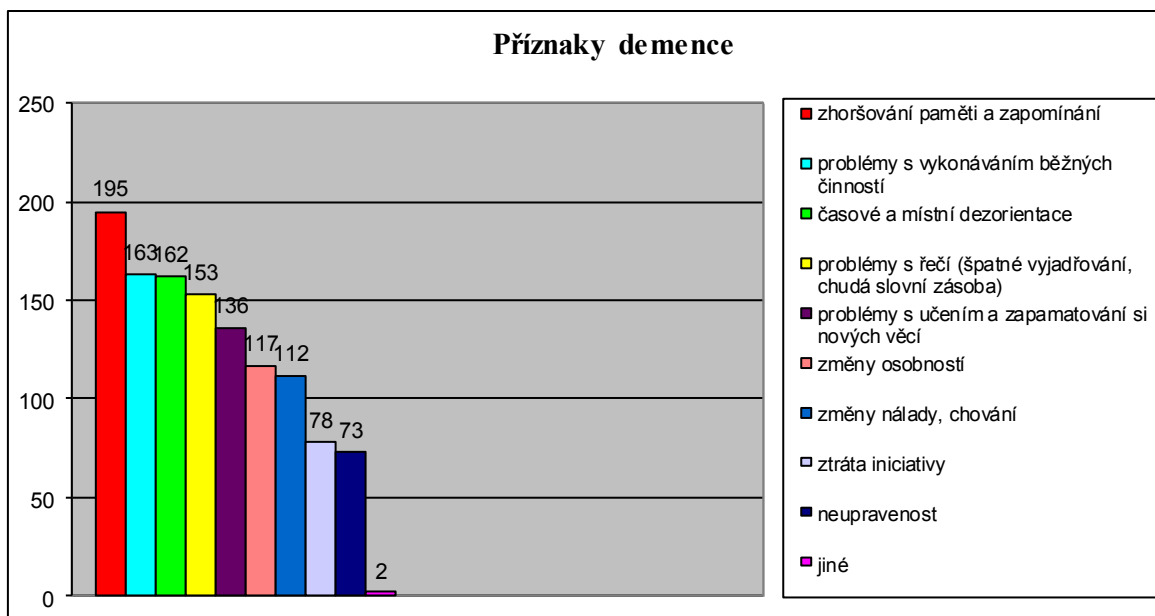
Otázkou zjišťujeme povědomí u veřejnosti, zda opravdu znají hlouběji, co nemoc demence provází.

Tabulka 7a: Přehled příznaků demence.

Příznaky demence		
	absolutní četnost	relativní četnost
zhoršování paměti a zapomínání	195	16%
problémy s vykonáváním běžných činností	163	14%
časové a místní dezorientace	162	14%
problémy s řečí	153	13%
problémy s učením a zapamatování si nových věcí	136	11%
změny osobností	117	10%
změny nálady, chování	112	9%
ztráta iniciativy	78	7%
neupravenost	73	6%
jiné	2	0%
Σ	1191	100%

Zdroj: vlastní

Graf č. 8: Grafické znázornění příznaků demence.



Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje přehled příznaků demence z tabulky výše a uvádí jejich grafické znázornění od nejvíce častých odpovědí po nejméně známé příznaky u respondentů.

Respondenti měli na výběr z 10 příznaků projevující se u demence. Otázka byla zvolena z důvodu uvědomění veřejnosti o rozsáhlých příznacích u choroby demence. Demenci si lidé nejčastěji spojují s příznaky zhoršování paměti a zapamatování (16 %), problémy s vykonáváním běžných činností (14 %), časovou a místní dezorientací a problémy s řečí (13 %). Nejméně veřejnost znala příznak typu, že jedinec ztrácí iniciativu (7 %) a že postižený demencí nedbá o svůj zevnějšek (6 %). Respondenti také využili možnosti doplnit příznaky, které znají a nebyly uvedené v dotazníku. Jednalo se o příznaky demence, jako jsou halucinace, agitovanost, syndrom zapadajícího slunce.

Závěr: Zjistili jsme, že lidé jsou schopni si vybavit nejrůznější příznaky demence.

6.7 Závěrečné shrnutí výzkumu

Výsledkem tohoto výzkumu jsme došli k zajímavým zjištěním. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda je veřejnost dostatečně informována o chorobě demence. Za nejdůležitější považujeme to, že veřejnost zná onemocnění jménem demence a má přehled, co tato choroba obnáší. Tím odpovídáme i na výzkumnou otázku, která se pokouší zjistit, zda veřejnost zná příznaky demence.

Dále jsme zjišťovali, zda je informovanost specifikována na jeden druh pohlaví a jestli existuje statistický rozdíl mezi věkem a informovaností o demenci. Větší informovanost převažovala u žen, ale jen o pouhé 1 % před muži. S přibývajícím věkem znalost o demenci více stoupá zhruba taky jen o 1 %. Předpokládá se, že je to ovlivněno věkovou strukturou, sociálním a zdravotním růstem a prodlužováním délky života a s tím přicházející komplikace. Nebo to může být zohledněno pozitivním přístupem ke zdraví, jejich informovanosti, zájmem a vzděláním.

Pokud se měla veřejnost vyjádřit k výzkumné otázce, jakou formu péče veřejnost preferuje pro své blízké, pak lze obecně shrnout, že většina dotazovaných využívá specializované zařízení pro osoby s demencí, tedy jejich přístup k nemocnému a jeho péči je spíše nižší. Přesto jejich povědomí o vhodných zařízeních pro osoby s demencí není příliš velké.

Na výzkumnou otázku, jak veřejnost hodnotí dostupnost informací o chorobě demence, jsme došli k dalšímu důležitým a bezpochyby pro výzkum této problematiky zjištění, že veřejnost shledává informace týkající se informovanosti demence za nedostačující. Tímto docházíme k tomu, že tato problematika by měla být více probírána ve společnosti a tím otevřít v podvědomí lidí. Lidé stárnou a týká se to nás všech. Tato bakalářská práce má svůj význam a opodstatnění. Výzkumem jsme zjistili, že veřejnost by chtěla větší informovanost o této chorobě. Měli bychom se zamyslet nad tím, jakým způsobem je o této chorobě lépe informovat. Jednou z možností, jak více na tuto problematiku poukázat je větší propagace prostřednictvím letáčků. Další návrh pro zlepšení této situace by bylo nejlepší poskytnout prevenci, do níž by měla společnost více investovat, vyvíjet tak zároveň větší tlak na zodpovědné lidi a zařízení, zbývající se touto problematikou. Skrz svého vlivu a finančních podpor mohou tuto situaci změnit a posílit do podvědomí lidí. Považujeme též za velice důležité tuto nemoc lidem více přiblížit například pořádáním besed či přednášek na toho téma za pomoci odvážných osob postižených demencí. Poukázat tak na tuto problematiku a snahu nemocných se dále zdokonalovat za pomoci a podpory blízkých a dobré

péče. Čím zábavnější formou tím lépe. Praktické zkušenosti jsou zajímavější než samotná teorie.

ZÁVĚR

Jedním z cílů a záměrů mé bakalářské práce bylo seznámení veřejnosti s chorobou demence a zjistit, jak je informována o této nemoci. Taky jsem chtěla poukázat na problematiku stáří a jeho potřeby. Během mých studijních poznatků o problematice demence jsem na základě toho vytvořila dotazník a snažila se oslovit co největší skupinu respondentů pro kvalitní a důvěryhodný výzkum. Cílem práce bylo poskytnout veřejnosti více informací o chorobě demence a zjistit jejich informovanost. Myslím, že prohlubování této problematiky je zapotřebí. Z výzkumu jsme zjistili, že veřejnost zná demenci, ale bylo by nutné více informovat širokou veřejnost a mluvit o této problematice. To je základem pro porozumění této

Je třeba, abychom všichni chránili a obnovovali u každého jedince soběstačnost, sociální síť, komunikační schopnosti, pocit smysluplné existence a aktivity přinášející sociální kontakty a komunikaci. K tomu patří i podpora různých forem aktivit, a to především u seniorů s demencí. Zdravý a výkonný člověk je schopen si aktivity kolem sebe zorganizovat samostatně, zvažovat priority, rozlišovat práci, zábavu, odpočinek, střídat činnosti sebeobslužné i individuální. Člověk s demencí je ve svých aktivitách více či méně limitován. Čím větší je fyzické nebo duševní omezení z jakéhokoli důvodu, tím důležitější podpůrné funkce prostředí.

Nikdy nezapomínejme na to, že život máme prožít naplno tady a teď. Užívat si každé chvíle a mít rád svou rodinu a lidi kolem sebe. Nevíme, koho z nás může demence postihnout, neumíme tomu zabránit a zatím ani zcela vyléčit. Přesto víme, že demence stále přibývá a musí být chápána jako celkový problém osobnosti a společnosti. Při léčbě by se mělo dbát na biologickou, psychologickou a sociální oblast.

Pro dobrý pocit a klid v duši si můžeme připomenout, že medicína je stále v pokroku a lék na demenci může přijít třeba zítra. Lidé se dožívají vysokého věku i v duševní svěžesti a udržují si aktivitu a neustále se chtějí vzdělávat. K tomu jim také může pomáhat jejich dobrá genetická vybavenost, ale i vlastní snaha v kvalitní životní styl a prevence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BUIJSSEN, Huub. *Demence*. 1. vydání, Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
- [2] ČEVELA, Rostislav et al. *Sociální gerontologie*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- [3] FRANKOVÁ, Vanda. *Paní Anežka má demenci*. 2. vydání, Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-760-8.
- [4] FRANKOVÁ, Vanda. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?* Praha: Galén, 2005. ISBN 80-86257-33-9.
- [5] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- [6] CHRÁSKA, Miroslav. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0765-5.
- [7] JIRÁK, Roman et al. *Demence a jiné poruchy paměti, Komunikace a každodenní péče*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- [8] JIRÁK, Roman et al., *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
- [9] KALVACH, Zdeněk et al., *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- [10] KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [11] KLUCKÁ, Jana, VOLFOVÁ Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- [13] KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- [14] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

- [15] MATOUŠEK, Oldřich et al., *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [16] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1409-5.
- [17] TOMEŠ, Igor et al. *Sociální právo České republiky*. Praha: Linde Praha akciová společnost, 2014. ISBN 978-80-7201-938-0.
- [18] TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*. 1. vydání, Praha: UCB Pharma, s.r.o., 1999. ISBN 80-238-4913-1.
- [19] TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- [20] WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER. *Smyslová aktivace*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.
- [21] ZGOLA, Jitka M. *Něco dělat!* 1. vydání, Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří, 2013. ISBN 978-80-254-9338-0.
- [22] ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje

- [1] DIAKONIE. *Nabízené služby* [on-line]. 2014. [cit. 2014-12-5]. Dostupné z: <http://www.diakonievm.cz/nabizene-sluzby/>
- [2] CENTRUM PRO STUDIUM DLOUHOVĚKOSTI A DLOUHODOBÉ PÉČE. *Plány Alzheimer – potřeba, nutnost nebo zbytečný přepych?* [on-line]. 2015. [cit. 2015-04-05]. Dostupné z: http://www.cello-ilc.cz/?page_id=886
- [3] ČALS. *Česká alzheimerovská společnost*. [on-line]. 2015, [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/>
- [4] ČESKÁ POZICE. Zdeněk Kalvach: *Vůči starším lidem máme mnoho předsudků* [online]. 2015, [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: http://ceskapozice.lidovky.cz/zdenek-kalvach-vuci-star-sim-lidem-mame-mnoho-predsudku-pgj-/tema.aspx?c=A141020_160904_pozice-tema_lube
- [5] MPSV. *Sociální práce a sociální služby* [on-line]. 2015. cit. [2015-04-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

[6] PÉČE V DOMÁCNOSTI. *Péče o osobu postiženou demencí* [on-line]. 2015. [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://pomocvdomacnosti.cz/rozhovor-pecce-o-osobu-postizenou-demenci>

[7] PSYCHIATRIE PRO PRAXI. *Současné možnosti terapie demencí* [on-line]. 2011. [cit. 2014-09-09]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/11.pdf>

[8] SPOLEČNOST ATRE. *Zákon o sociálních službách* [on-line]. 2015. [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://atre.cz/zakony/frame.htm>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AD	Alzheimerova demence
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> , Syndrom získaného selhání imunity
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BPSD	Behaviorální a psychologické symptomy demence
č.	číslo
ČASL	Česká alzheimerská společnost
ČR	Česká republika
EEG	Elektroencefalogram, záznam změn mozkové aktivity
EKG	Elektrokardiogram, záznam změn srdeční aktivity
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
s.	strana
tzv.	tak zvaný

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Relativní četnost celkového počtu respondentů.....	71
Graf č. 2: Relativní četnost dle věku respondentů.....	72
Graf 1: Procentuální zobrazení na pojem demence.....	77
Graf 2: Informovanosti o demenci u žen.....	80
Graf 3: Informovanost o demenci u mužů.....	80
Graf 4: Informovanost o demence z hlediska věku.....	82
Graf 5: Relativní četnost z hlediska dostupnosti informací.....	84
Graf 6: Relativní četnost probíhající péče.....	86
Graf 7: Relativní četnost znalosti zařízení.....	87
Graf 8: Grafické znázornění příznaků demence.....	89

SEZNAM TABULEK

Tabulka I: Fyzické změny.....	19
Tabulka II: Dělení demence dle Romana Jiráka.....	41
Tabulka III: Dělení demence dle Mezinárodní klasifikace nemocí.....	41
Tabulka IV: Dělení demence dle Vladimíra Pindrmana.....	42
Tabulka č. 1: Počet oslovených respondentů.....	72
Tabulka č. 2: Věkové rozpětí oslovených respondentů.....	73
Tabulka č. 1a: Absolutní četnost na pojem demence.....	76
Tabulka č. 1b: Očekávaná četnost odpovědí respondentů.....	76
Tabulka č. 2a: Absolutní četnost mezi pohlavím a informovaností o demenci.....	79
Tabulka č. 2b: Očekávaná četnost na povědomí o demenci.....	79
Tabulka č. 3a: Absolutní četnost mezi věkem a informovaností o demenci.....	81
Tabulka č. 3b: Očekávaná četnost mezi věkem a informovaností o demenci.....	81
Tabulka č. 4a: Absolutní četnost odpovědí na dostupnost informací.....	83
Tabulka č. 4b: Očekávaná četnost na dostupnost informací.....	83
Tabulka č. 5a: Poskytování péče u respondentů.....	85
Tabulka č. 6a: Znalost zařízení pro osoby s demencí.....	87
Tabulka č. 7a: Přehled příznaků demence.....	88

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

Příloha PII: Metody pro diagnostiku demence

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Marie Valníčková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Sociální pedagogika, na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Tímto Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který Vám zabere zhruba 10 minut času. Na základě kterého budu zpracovávat data pro svou závěrečnou práci na téma: Demence a informovanost veřejnosti o této chorobě. Veškeré informace, které mi prostřednictvím tohoto dotazníku poskytnete, budou zcela anonymní a budou použity výhradně k mým studijním účelům. Správné odpovědi prosím zaškrtnete (u některých otázek je možno zaškrtnout i více odpovědí), popřípadě vypište.

Děkuji Vám za ochotu a čas.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) 20-35
- b) 36-50
- c) 51-65
- d) 66 a více

3. Setkali jste se už s pojmem demence?

- a) ano
- b) ne

4. Které orgánové soustavy se toto onemocnění týká?

- a) Trávicí soustava
- b) Nervová soustava
- c) Svalová soustava
- d) Dýchací soustava

5. Domníváte se, že demence může postihnout nejen seniory, ale i mladší osoby?

- a) ano
- b) ne

6. Které příznaky onemocnění demence znáte? (zde můžete označit i více odpovědí)

- a) zhoršování paměti a zapomínání
- b) problémy s učením a zapamatování si nových věcí
- c) časové a místní dezorientace
- d) problémy s vykonáváním běžných činností
- e) změny nálady, chování
- f) změny osobností
- g) ztráty iniciativy
- h) problémy s řečí (špatné vyjadřování, chudá slovní zásoba)
- i) neupravenost
- j) jiné

7. Které z těchto uvedených metod pro diagnostiku demence znáte? Prosím označte.

- a) Test MMSE
- b) Škála deprese pro geriatrické pacienty
- c) Ischematické skóre Hachinského
- d) Test hodin
- e) Žádný

Jiné

8. Jaké typy demence z uvedené nabídky znáte?

- a) Alzheimerova demence
- b) Vaskulární demence
- c) toxické demence
- d) traumatické demence
- e) jiné.....

9. Která z uvedených typů demence si myslíte, že se vyskytuje nejčastěji?

.....

10. Myslíte si, že demence se dá vyléčit?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Domníváte se, že vydatným spánkem lze předcházet demenci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Je možné procvičováním paměti předcházet demenci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Lze fyzickým cvičením předcházet demenci?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Trpí někdo z blízkých tímto onemocněním?

- a) ano
- b) ne
- c)

15. Pečujete o nemocného s demencí?

- a) ano
- b) ne

16. Pokud jste odpověděli ANO na předchozí otázku, uveďte prosím, zda:

- a) péče probíhá v přirozené prostředí domova
- b) ve vhodném zařízení pro osoby s demencí

17. Znáte vhodné zařízení pro osoby s demencí?

- a) ano
- b) ne

18. Pokud jste odpověděli ANO, uveďte prosím jaká?

.....

19. Setkali jste se někdy s názvem ČALS? (Česká Alzheimerova společnost)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20. Myslíte si, že by měla být veřejnost více informována o této chorobě?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne
- e) spíše ne

21. Myslíte si, že je u nás dobrá informovanost o této chorobě?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) ne
- e) spíše ne

22. Kde byste hledali případné informace o této chorobě?

.....

PŘÍLOHA PII: METODY PRO DIAGNOSTIKU DEMENCE

Příloha 1 TEST PSYCHICKÝCH FUNKCÍ (MMSE) MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Informace pro pacienta:

Nyní vám položím několik otázek a budete řešit některé problémy. Pokušte se, prosím, odpovídat tak, jak nejlépe dokážete.

1. ORIENTACE

- Jaký je dnes den?
Kolikátého je dnes?
Který je dnes den v týdnu?
Který je měsíc?
Který je rok?
Které je roční období?
V jaké zemi se nacházíme?
V jakém okrese?
Ve kterém městě?
Jak se jmenuje tato nemocnice?
Ve kterém poschodí jsme?

Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, nemocný má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin

2. ZAPAMATOVÁNÍ

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Pokušte se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

LOPATA
ŠÁTEK
VAZA

Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započítá se

60

1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova nemocný není schopen vybatvit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

Nyní, prosím, odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

100-93-86-79-72-65

--	--	--	--	--	--	--

Za každou správnou odpověď započítá se 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

--	--	--	--	--

Za každé správné písmeno započítá se 1 bod.

4. VÝBAVNOST

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl(-a) zapamatovat.

LOPATA
ŠÁTEK
VAZA

Za každou správnou odpověď započítá se 1 bod.

61

5. **POJMENOVANI**

Ukazte náramkové hodinky Co je to?
Ukazte tužku Co je to?

Za správnou odpověď po jednom bodu.

6. **OPAKOVANI**

Opakujte, prosím, po mně „první pražská paroplavba“.

Za správnou odpověď započítejte jeden bod, přípustný je pouze jeden pokus.

7. **TRÍSTUPŇOVÝ PŘIKAZ**

Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:
Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

pravá ruka
přeložení na polovinu
položení na zem

Za každou správně provedenou činnost započítejte po jednom bodu.

8. **ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU**

Ukažte pacientovi kartičku s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:

Přečtěte, prosím, co je zde napsáno, a udělejte to.

Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše třikrát. Započítejte jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.

9. **PSANI**

Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:

Napište, prosím, jakoukoli větu.

Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.

10. **OBKRESLENÍ OBRAZCE**

Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

Započítejte jeden bod, pokud pacient nakreslí obrázec v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správné strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevaďí.



CELKOVÉ SKÓRE bodů

Hodnocení:

25–30 bodů	bez poruchy kognitivních funkcí
25–26 bodů	hraniční nálezy, doporučeno další sledování pacienta
18–24 bodů	lehká demence
6–17 bodů	středně těžká demence
méně než 6 bodů	těžká demence

Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R.: Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr. Res. 12, 1975: 196–198

TEST KRESLENÍ HODIN CLOCK TEST, CLOCK DRAWING TEST

Test kreslení hodin je jednoduchým a v praxi běžně používaným testem pro screening a diagnózu časných fází demenci, je však vhodný i pro sledování progresu demence. Doplněje vhodně MMSE. Před zdatlivou jednoduchost umožňuje zhodnotit komplexně následující kognitivní funkce:

- paměť
- vizuálně-konstruktivní schopnosti
- výkonové funkce (představitivost a vlastní provedení)

Pacienty ve všech fázích choroby je velmi dobře přijímán a snadno je získáme pro spolupráci. Pacient je vyzván, aby na čistý list papíru nebo do předkresleného kruhu nakreslil ciferník hodin, doplnil čísla a čas (obvykle „10 hodin 10 minut“, alternativou je „za 10 minut 2 hodiny“). Existuje několik hodnotících škál s různou komplexností. V zásadě se vždy hodnotí základní vlastnosti hodin – ciferník, správnost umístění čísel a poloha a délka ručiček. Obvykle trvání nepřesáhne 3–5 minut. Pro hodnocení používáme jednoduché bodové skóre: 1 bod (bezchybné provedení) až 6 bodů (hodiny nejsou zakresleny). Jako abnormální se udává skóre 3 a více bodů, které je typické pro demenci. Patologický výsledek nacházíme však i u jiných poruch (neglect syndrom, apraxie, poruchy zorného pole, delirium). Senzitivita testu je proto vyšší než jeho specifita. Pro lehké formy demenci jsou typické chyby v umístění a délce ručiček. *Proto každá chybná kresba ručiček je u osob mladších 70 let hodnocena jako suspektní a doporučuje se provést doplněující vyšetření.*

Pro zvýšení diagnostické přesnosti se doporučuje provést současně obě vyšetření – tj. MMSE test i test kreslení hodin. Při patologickém výsledku obou testů a vyloučení jiných onemocnění (fatická porucha, delirium) je postižení demencí vysoce pravděpodobné, senzitivita se pohybuje kolem 95 %.

Příloha 2
TEST KRESLENÍ HODIN
(v modifikaci podle Shulmana et al. 1993)
CLOCK TEST, CLOCK DRAWING TEST

Pokyny pro provedení:

1. Dejte pacientovi čistý list papíru s předkresleným kruhem. Ukažte mu, kde je horní a spodní část. Pak dejte pacientovi následující pokyn: „Toto mají být hodiny. Dopříte, prosím, všechna chybějící čísla a zaznamenejte čas „10 hodin 10 minut“.“
2. Poznamenejte si provádění (pořadí, opravy, trvání). Zhodnoťte výsledek podle níže uvedeného návodu a zaznamenejte ho spolu se jménem pacienta a datem provedení na kresbu.
3. Validizovaná hranice mezi normální a patologickou kresbou ve smyslu přítomnosti kognitivní poruchy/demence leží mezi 2 a 3 body. To znamená, že skóre 3 a více bodů je již patologické.

(Tabulka hodnocení testu viz následující strana.)

Hodnocení

Skóre	Popis	Příklady
1	<p>Bezchybné provedení</p> <ul style="list-style-type: none"> číslíce 1–12 ve správném pořadí i místě dvě ručičky ve správné poloze 	
2	<p>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné číslíce mimo kruh otočení papíru s otočením číslic použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3	<p>Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> pouze jedna ručička čas zaznamenan slovně „10 hodin 10 minut“ čas vůbec nezaznamenan 	
4	<p>Sřediší stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> nepřavidelné mezery zapomnutí čísel perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 zaměna pravý-levý (číslíce proti směru) dysgrafie – chybějící číselné číslice 	
5	<p>Těžká prostorová dezorganizace</p> <ul style="list-style-type: none"> jako u skóre 4, ale silněji vyjadřeno 	
6	<p>Chybi zakreslení hodin (CAVE: vylučte deprese/delirium)</p> <ul style="list-style-type: none"> žádný pokus zakreslit hodiny ani vzdálená podobnost s hodinami napsáno slovo nebo jméno 	

Shulman K, I, Gold D, P. et al.: Clock-Drawing and dementia in the community: A longitudinal study. Int. J. Geriatr. Psychiatry 8, 1993: 487–496.

ISCHEMICKÉ SKÓRE PODLE HACHINSKÉHO

Jako pomoc pro odlišení vaskulárních (multiinfarktových) a primárně degenerativních demenci se používá škála vypracovaná Hachinským a spol. v roce 1975. I když v současnosti se pro odlišení obou skupin demenci doporučují neuro-zobrazovací metody, zůstává tento test vhodným doplněním pro klinickou rozvahu. Jako zdroj dat slouží anamnéza, neurologické a psychiatrické vyšetření. Hodnocení provádí lékař.

Test ve své původní verzi obsahuje 13 položek, které se skórují 1 nebo 2 body (příznak je přítomen) nebo 0 body (příznak nepřítomen). Celkové skóre do 4 bodů svědčí pro Alzheimerovu demenci, hodnoty 7 a více bodů jsou typické pro multiinfarktovou demenci.

Příloha 6 ISCHEMICKÉ SKÓRE PODLE HACHINSKÉHO

Klinický příznak	Bodové skóre
1. Náhlý začátek	2
2. Postupující deteriorace kognitivních schopností	1
3. Fluktující průběh	2
4. Noční zmatenost	1
5. Relativně zachovalá osobnost	1
6. Deprese	1
7. Somatické potíže	1
8. Emocní labilita	1
9. Hypertenze v anamnéze či v současnosti	1
10. Cévní mozková příhoda v anamnéze	2
11. Jiné známky (extracerebrální) aterosklerózy	1
12. Ložiskové neurologické příznaky (motorické, fátické)	2
13. Ložiskový neurologický nález (patol. reflexy, hemianopsie)	2
Celkové skóre	<input type="text"/>

Hodnocení:

0-4 body	pravděpodobně jde o Alzheimerovu demenci
5-6 bodů	nediskriminující skóre, může jít o smíšenou demenci
7 a více bodů	pravděpodobně jde o demenci vaskulárního typu

Podle: Hachinski V. C., Iliff L., Duboulty G. H. et al.: Cerebral blood flow in dementia. Arch. Neurol. 32, 1975: 632-637

HODNOCENÍ SEBEOBSLUŽNÝCH ČINNOSTÍ PODLE BARTHELHA nazývané též BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ, zkráceně TEST ADL

Zkratka ADL je převzata z angličtiny, kde označuje „Activities of Daily Living“, v českém překladu všední nebo též sebeobslužné činnosti. Pro komplexnější činnosti se používá zkratka IADL (instrumentální činnosti) a zahrnuje telefonování, provádění domácích prací, cestování, nakládání s penězi a užívání léků a některé jsou zahrnuty i v Dotazníku pro funkční hodnocení FAQ (viz příloha 5).

Pro hodnocení funkčních schopností pacienta s pokročilejší formou demence anebo jiným somatickým onemocněním nepříznivě zhoršujícím soběstačnost se používá test sebeobsluhy podle Barthela. Hodnotí se v něm 10 základních sebeobslužných činností nutných pro samostatnou existenci (osobní hygiena, najedení, oblékání, chůze, kontinence močí a stolice). Podle potřeby pomocí druhé osoby se každá z 10 činností hodnotí 0 (činnost nezvládá, musí ji provádět druhá osoba) – 5 (činnost provede jen s pomocí druhé osoby) – 10 body (činnost provede samostatně). Celkové skóre pak slouží ke zhodnocení závažnosti postižení a potřeby pomoci a péče, v některých zemích i pro účely výše finančního příspěvku pro bezmocnost. Barthelův test základních všedních činností patří mezi nejčastěji používané testy pro hodnocení funkčního postižení u geriatrických pacientů ve vyspělých zemích. Přestože nebyl určen pro pacienty s demencí, je vhodným, i když nespecifickým indikátorem zejména u kombinovaných somatických a psychických postižení. Nepatří mezi screeningové ani základní diagnostické testy, je však velmi vhodný pro průběžné hodnocení funkčních ztrát v průběhu demence.

70

Příloha 4 HODNOCENÍ SEBEOBSLUŽNÝCH ČINNOSTÍ PODLE BARTHELHA nazývané též BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ, zkráceně TEST ADL

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0
5. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
6. kontinence močí	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomoci 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

(Tabulka hodnocení testu viz následující strana)

71

Příloha 3
DOTAZNÍK PRO FUNKČNÍ HODNOCENÍ PACIENTA (FAQ)
FUNCTIONAL ACTIVITIES QUESTIONNAIRE (FAQ)

Dotazník je určen pro měření funkčních schopností pacienta. Informující osoba (nejčastěji blízký příbuzný pacienta nebo jiná pečující osoba) posuzuje vykonávání 10 komplexních složitějších činností. Posuzujte, prosím, pouze vliv psychické poruchy na provádění dále uvedených činností. Stupeň postižení kolísající od samostatného, normálního provádění po plnou závislost se hodnotí pro každou z uvedených činností následovně:

- Hodnocení:**
- 0 bodů činnost vykonává samostatně, správně (normální výkon), nebo činnost nikdy nevykonával, ale mohl by samostatně provádět sám, ale s potížemi
 - 1 bod provádí sám, ale s potížemi
 - 2 body vyžaduje pomoc
 - 3 body činnost neprovede, zcela závislý na pomoci

Jednotlivé činnosti:

1. Placení účtů, spoření, používání vkladní knížky/šeku /sporožirových účtů apod.
2. Vypíňování úředních dokumentů (daňových příznání, žádosti a formulářů).
3. Samostatné nakupování oblečení, potřeb pro domácnost nebo potravin.
4. Hraní společenských her, věnování se koníčkům.
5. Ohřát vodu a připravit kávu, vypnout sporák.
6. Uvařit kompletní jídlo.
7. Pamatovat si současně události.
8. Udržet pozornost, porozumět a hovořit o televizních programech, knihách, časopisech.
9. Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání.
10. Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto, použít autobus nebo vlak.

Celkové skóre:

Celkové hodnocení:

- 0-8 bodů normální výsledek
- 9 a více bodů funkční postižení svědčící pro demenci

Pfeifer E. L., Kurosaki T. T., Harrah C. H. et al.: Measurement of functional activities of older adults in the community. J. Gerontol. 37, 1982: 323-329