

# **Informovanost veřejnosti o Alzheimerově nemoci**

Monika Ondrůšková

---

Bakalářská práce  
2008



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2007/2008

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika ONDRŮŠKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Informovanost veřejnosti o Alzheimerově nemoci**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části zpracovat přehled patofyziologie onemocnění, projevy a prognózu Alzheimerovy choroby.

V praktické části zjistit povědomí veřejnosti o onemocnění, příznacích a možnostech sociálně zdravotní péče.

Zjistit, do jaké míry by byli lidé ochotni pečovat o tyto klienty v domácím prostředí.

Provést analýzu zjištěných dat, výsledky publikovat v profesním časopise a vypracovat informační materiál pro laickou veřejnost.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. Demence. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. Alzheimerova demence a další demence. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.

RŮŽIČKA, Evžen et al. Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

ZGOLA, M. Jiřka. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0813-9.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká**  
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2008**

Ve Zlíně dne 31. ledna 2008



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

MUDr. František Grossmann, CSc.  
*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce zjišťuje informovanost veřejnosti o Alzheimerově nemoci. Má práce obsahuje teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá samotným onemocněním, stářím a stárnutím organismu.

Praktická část obsahuje informace získané dotazníkovou metodou. Výsledky jsou zpracovány a vyhodnoceny do tabulek a grafů a poskytují informace o povědomí veřejnosti k dané nemoci. Na závěr praktické části jsou zpracovány a vyhodnoceny hypotézy.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba, demence, plak, zapomnětlivost, duševní

## **ABSTRACT**

The main aim of this bachelor thesis is to discover the level of public's awareness of Alzheimer's disease. My work includes both the practical and theoretical part.

The theoretical part deals with the disease itself, aging and organism weakening. The practical one includes information gathered by a questionnaire. Its results were processed, evaluated and consequently put into graphs and tables to provide information about public's awareness of the disease. In conclusion of the practical part hypotheses are processed and evaluated.

Keywords:

Alzheimer's disease, dementia, plaques, forgetfulness, mental

Motto:

**„ Nikdo nemiluje život tak jako starý člověk.“**

*Sofokles*

Děkuji Mgr. Anně Krátké za cenné rady, připomínky a metodickou pomoc při zpracování bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovávala sama s použitím zdrojů uvedených v seznamu literatury.

Zlín 20. 5. 2008

Monika Ondrůšková

.....

podpis

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 ALZHEIMEROVA CHOROBA</b> .....	<b>11</b>
1.1 ŽIVOTOPIS ALOISE ALZHEIMERA .....	11
1.2 VÝVOJ POJMU ALZHEIMEROVY NEMOCI .....	12
1.3 DEFINICE ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	13
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY ACH.....	13
1.5 KLINICKÉ PROJEVY ACH.....	15
1.6 DIAGNOSTIKA ACH .....	17
1.6.1 Diagnostické metody onemocnění .....	18
1.7 LÉČBA ACH.....	22
1.7.1 Farmakoterapie kognitivních poruch.....	22
1.7.2 Farmakoterapie nekognitivních poruch.....	24
1.7.3 Nefarmakologické přístupy v léčbě.....	25
1.8 ČALS (ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST) .....	28
<b>2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ ORGANISMU</b> .....	<b>29</b>
2.1 DĚLENÍ STÁŘÍ .....	29
2.2 MODEL KOGNITIVNÍHO STÁRNUTÍ.....	30
2.3 PAMĚŤ.....	31
2.3.1 Dělení paměti .....	31
2.4 SHRNUŤÍ.....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>3 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>34</b>
3.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	34
3.2 METODA PRÁCE.....	34
3.2.1 Stanovení cílů.....	35
3.2.2 Stanovení hypotéz .....	35
3.3 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	35
3.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	35
3.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	36
3.6 ROZHOVOR S KLIENTKOU S ACH .....	36
<b>4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>38</b>
4.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	38
4.2 ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ .....	66
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>68</b>

<b>SEZNAM LITERATURY.....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>76</b>



## ÚVOD

Ve své bakalářské práci bych vás ráda seznámila s tématem Alzheimerova choroba.

Jelikož je to téma, které by mělo být podle mého názoru pro dnešní dobu velmi aktuální, protože v dnešní době přibývá lidí s diagnostikou této choroby.

Práce je rozdělena na dvě části teoretickou a praktickou.

V teoretické části se zabývám samotným onemocněním; jeho příznaky, prognózou, diagnostikou a léčbou onemocnění. Dále je v ní začleněna kapitola o péči člověka s demencí, jak správně pečovat o takto postiženého člověka v domácím prostředí nebo v jiném zařízení pro ně určené. Jednu kapitolu jsem také věnovala stáří a stárnutí organismu normálně stárnoucího člověka. V této části chci poukázat na to, k jakým změnám organismu dochází u normálně stárnoucí populace oproti člověku s Alzheimerovou chorobou.

Ve své praktické části jsem zaměřila na informovanost veřejnosti o lidech s tímto onemocněním. Na počátku své praktické části jsem si stanovila cíle, kterých bych chtěla dosáhnout pomocí kvantitativního výzkumu dotazníkovou metodou. První můj cíl je: zjistit, jak je laická veřejnost informována o lidech s Alzheimerovou chorobou. Druhý můj cíl je: zjistit zda lidé v dnešní době pečují o své starší příbuzné v rodinném prostředí. Na každý cíl pak navazují dvě hypotézy, které se výzkumem potvrdí nebo vyvrátí. Celá praktická část je založena na tom, jak je naše veřejnost informována o těchto lidech. Jestli znají příznaky onemocnění, kam by se obrátili o pomoc, kdyby o takového člověka pečovali a mnoho dalších otázek zabývající se touto tematikou. Na podkladě informací získaných z dotazníku chci sestavit pro tyto lidi brožurku, která by jim poskytla informace o této nemoci, na koho se obrátit ve stavu nouze a jakou pomoc lze čekat od státu nebo od organizací, které se problematikou zabývají.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Nemoc jejíž pojem se vyvíjel několik desítek let a za jejíž objevení je považován Alois Alzheimer.

### 1.1 Životopis Aloise Alzheimerera

Alois Alzheimer se narodil 14. června roku 1864 v Markebitu nad Mohanem. V roce 1883 maturoval v Aschaffendburgu, dále studoval na univerzitách v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu, zde zakončil studium doktorandskou prací (O ceruminálních žlázách). Svou praxi započal v Městské psychiatrické klinice ve Frankfurtu. Ve své praxi pokračoval v Heidelbergu, v Mnichově na Královské psychiatrické klinice a v roce 1912 se stává ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Fridricha Wilhelma v Breslau. V roce 1894 se oženil, spolu s manželkou měli 3 děti. Alois Alzheimer umírá 19. prosince roku 1915 na ledvinné selhání. [6, 7]



Obrázek č. 1: Foto Aloise Alzheimerera

## 1.2 Vývoj pojmu Alzheimerovy nemoci

První zmínky o této nemoci vznikají v roce 1892 objevením tzv. senilních plaků v mozkové kůře. Pojmenovány jsou až v roce 1898 doktorem Redlichem.

V roce 1901 je přijata na kliniku ve Frankfurtu 51 letá žena (Auguste D.) se známkami halucinací a s chorobnou žárlivostí, u ženy diagnostikována těžká demence, která byla již v té době známá. Po úmrtí ženy nachází doktor Alzheimer při pitvě v mozkové kůře viditelné senilní plaky. Jeho vlastním objevem v mozku jsou neuronální klubka tzv. Alzheimerovy změny neurofibril (viz. příloha P I). Alzheimer považuje tento případ za atypickou demenci, která je charakterizována časným začátkem než senilní demence. V roce 1906 přednáší Alzheimer na schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu o případu paní Augusty D., přednáška byla nazvána O svérázném onemocnění mozkové kůry.

Spolupracovníci A. Alzheimerova spolu s doktorem Kraepelinem jsou toho názoru, že jde o samostatnou nemoc, která nebyla dříve diagnostikována a pojmenovávají ji po svém objeviteli. Sám Kraepelin užívá jako první ve své psychiatrické knize pojem Alzheimerova nemoc. Ve své době byla tato nemoc vzácností, objevovala se jen ve výjimečných případech. Dalším vývojem medicíny a psychiatrie bylo dokázáno, že není po histologické stránce rozdíl mezi presenilní Alzheimerovou chorobou a senilní demencí. V roce 1976 Katzman po mnoha teoriích sloučil název presenilní demence Alzheimerova typu a senilní demenci pod název Demence Alzheimerova typu (DAT). [6, 7, 10]

### **Dělení ACH:**

presenilní – s časným začátkem, vzniká před 65. rokem života

senilní – s pozdním začátkem, vzniká u lidí nad 65 let věku

familiární – vzniká na podkladě genetických vlivů, většinou je diagnostikována u blízkých příbuzných, tato forma nemoci je vzácná

sporadická – bez familiárního výskytu, tato forma je častá [6]

### **Výskyt choroby:**

Ve věku nad 65 let trpí asi 5% populace demencí, její četnost se zvyšuje – zdvojnásobuje každých 5 let. Studie udávají, že 50 – 60% lidí dementních trpí ACH. [8]

### 1.3 Definice Alzheimerovy choroby

V naší literatuře neexistuje určitá definice Alzheimerovy choroby (ACH). Je známo, že ACH je atroficko degenerativní onemocnění mozku, které se projevuje demencí.

Definice demence dle MKN – 10:

„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 porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“ [6, s.19]

### 1.4 Rizikové faktory ACH

Alzheimerova nemoc patří mezi atroficko – degenerativní onemocnění mozku, která se makroskopicky projevuje atrofií. Atrofie nám výrazně v oblasti mozku postihuje hippokampus. Mezi další viditelné změny projevují se na mozku patří ztenčení mozkových gyrů, rozšíření sulků a mozkových komor. [12]

Podíl na vzniku ACH mají tzv. **rizikové faktory**. Mezi rizikové faktory řadíme: věk a genetické vlivy, které jsou udávány jako nejčastější. Nadále jsem řadíme nebo je zde riziko vzniku choroby po prodělaném úrazu hlavy, deprese, hypertenze a kouření. V některých studiích je udáváno i nižší vzdělání.

Genetické mutace u ACH jsou způsobeny: mutací APP genu, genu PS – 1 a PS – 2 a genu APOE. [4, 6]

**APP nebo – li amyloidový prekurzorový protein**, gen, který ho kóduje se nachází na dlouhém raménku 21. chromozomu. Proto se často ACH objevuje u lidí s Downovým syndromem. Z fragmentu APP dochází k tvorbě  $\beta$  amyloidu – bílkoviny, která vytváří shluky nebo – li drůzy kolem nichž vznikají další neurodegenerativní procesy. Samotné shluky jsou základem pro vznik plaku. V okolí drůz dochází také k zániku – apoptóze neuronů. Ve velké většině případů je u ACH prokázána tzv. amyloidová angiopatie, při níž dochází k ukládání amyloidu ve stěně mozkových tepen. Tato angiopatie se může vyskytnout

v mozku i bez prokázané ACH např. vlámská mutace genu pro APP. Další změnou je degenerace  $\tau$  – proteinu nebo – li tau proteinu. Bílkovina, která je spojena s neuronálními vlákny. V tau proteinu dochází k jeho zvýšenému fosforylování, ke zkracování vláken a tím dochází k postupné ztrátě jejich funkce. Díky tomuto procesu dochází ke vzniku tzv. neuronálních uzlíčků, dle jeho objevitele také nazývány Alzheimerovy změny neurofibril. Takto postižený neuron postupně zaniká. Dále dochází k poruše oxidace glukózy zasahující různé oblasti mozku. [6,12]

**Mutace genu kódujícího presenilin 1 (PS – 1)** se nachází na 14 chromosomu. Samotný protein (PS – 1) je tvořen několika stovkami AMK (aminokyselin). Nejčastěji vyvolává ACH mezi 35 – 50 rokem života. [6]

**Mutace genu kódujícího presenilin 2 (PS – 2)** se nachází na 1. chromosomu.

Tyto genové mutace bývají u ACH s familiárním výskytem. U pacientů s a pozdějším výskytem nemoci jsou hledány mutace na 12. chromosomu, v němž je zakódována látka zvaná  $\epsilon_2$  makroglobulin. Pokud tato látka zmutuje interpretuje se sekretázovou aktivitou, dochází tak ke zvýšené tvorbě  $\beta$  amyloidu. [6]

**Gen APOE nám kóduje vznik apolipoproteinu E (ApoE)**. Samotným nám v těle transportuje cholesterol. Je zakódovaný na 19. chromosomu. Vyskytuje se ve 3 izoformách E 2, 3, 4. Nalezením ApoE 4 u člověka představuje zvýšené riziko vzniku ACH, hlavně u homozygotů, ale není podmínkou vzniku choroby. [12]

Výrazně je postižen u ACH cholinergní systém, u kterého dochází k poruše vstupu cholinu do neuronu, dále dochází k poruše syntézy acetylcholinu a jeho uvolnění. U acetylcholinu dochází k jeho syntéze presynaptickými neurony z cholinu a z acetylkoenzymu A (acetyl – CoA) pomocí enzymu cholinacetyltransferázy. Acetylcholin působí jako neurotransmitter nebo jako neuromodulátor s inhibicí nebo exhibicí na vzdálenější neurotransmiterové systémy. V organismu jako neurotransmitter zajišťuje pozornost, operační paměť, schopnost učení, a jiné. U pacientů s ACH dochází k chybění enzymu cholinacetyltransferázy. [4]

Kromě rizikových faktorů této nemoci, jsou studii prokázané tzv. **ochranné** (protektivní) faktory pro vznik choroby. Mezi tyto ochranné faktory řadíme: užívání nesteroidních antiflogistik, které mohou snížit pravděpodobnost vzniku choroby, ale její průběh ovlivnit nedokážou. Hormonální substituce u žen v post menopauze. Jiné studie prokazují, že vyšší

vzdělání může být další ochranný faktor nemoci, dále jsem řadíme i užívání lecitinu nebo antioxidant. [4]

## 1.5 Klinické projevy ACH

ACH je onemocnění s plíživým začátkem. Na samém počátku choroby se u většiny lidí projeví **poruchou paměti**. Nejvíce dochází k poruchám všípivosti, zapamatování a roz-pamatování si nových věcí, jmen a telefonních čísel. Důležité je ji v počátcích rozeznat od tzv. **benigní stařecké zapomnětlivosti**, která se projevuje u člověka tak, že si nedokáže, vzpomenout na určitou věc, ale po několika minutách se rozpomene. Nebo stačí jen malá nápověda a člověk se rozpomene. Tyto příznaky postihující paměť se objevují u starších lidí, neprogredují a nejsou považovány za patologii. U člověka s ACH se postupně intenzi-ta zapomínání zvětšuje a sám nemocný si neuvědomuje, co dělá (neví, kam si odložil brýle, aj.). Bývá narušena tzv. krátkodobá paměť, ale s postupem času a progresi nemoci, dochází k narušení i staropaměti. [6, 12]

Většinou vzniku ACH předchází tzv. **Mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment) MCI** - je to určitý syndrom, který zahrnuje různé typy demencí od ACH až po sekundární demence. Onemocnění může být stacionární, kdy nedochází k progresi do demence a nebo ji můžeme považovat za jeden z příznaků demence. Většinou se projevuje poruchou paměti, na kterou si sami pacienti v počátku stěžují. Dochází k narušení abstrakt-ního myšlení, učení, orientaci v čase a prostoru aj. Tato porucha celkově omezuje člověka, jeho kvalitu života, člověk začíná být závislý na svém okolí. Nemusí se však projevit u všech lidí s diagnostikovanou nemocí. [6, 12]

Postupně dochází k **poruše prostorové orientace**. Nejprve se projevuje špatnou orientací v neznámém nebo méně známém prostředí. S postupem času se však tito lidé nedokáží orientovat v dobře známém prostředí jako doma, na zahradě, na pracovišti aj. Bývá naruše-na prostorová představitost. Pokud se u takto postižených lidí provádí testy, kde kreslí např. krychle, kvádry, nedokáží je zcela nakreslit nebo kresbu okopírovat.

Člověk se začíná postupně měnit. Sám, ale tyto změny nezaznamenává a nedochází mu, co se s ním děje. Na rozdíl od vaskulárních demencí, kdy si člověk vlastní nemoc uvědomuje. U tohoto typu demence se často vyskytují deprese někdy i suicida, což u lidí s ACH bývá málo obvyklé.

Dále u lidí s ACH dochází k emočnímu oploštění. Člověk nedokáže projevovat takové city, které projevoval dříve k lidem ve svém okolí. Často neumí adekvátně reagovat na vnější podněty, přítomna afektivní labilita (vztek, lítost, brek). Rovněž bývá postižená i časová orientace. Takto nemocný člověk nedokáže např. říct bez pomoci hodinek, kolik je asi hodin. [6, 12]

Při postupné progresi onemocnění, dochází **k poruše aktivit denního života**. Nemocní nejsou postupně schopni manipulovat a využívat věci např. elektrospotřebiče (pračka, sporák, mikrovlnná trouba). Ztrácí schopnost naučeného – vařit, uklízet, pečovat o zahradu, aj. Dochází k narušení základních praktických dovedností např. v oblékání, hygieně a stolování. Často s prostorovou orientací je spojena celková inkontinence, člověk nedokáže nalézt WC nebo si neuvědomí vlastní potřebu. V pokročilém stádiu onemocnění se objevuje prosopagnózie, kdy nemocný nerozeznává své blízké, rodinu, přátele, dochází k postupné dezorientaci. [6, 12]

Nekognitivní poruchy, které se projevují u lidí postižených demencí se nazývají **behaviorální a psychologické příznaky demence (BPSD)**. Pod něž jsou řazeny poruchy chování, které se často projevují agresí od mírné slovní až po brachiální. Objevují se na podkladě nezvládnutí vlastních emocí – vzteku. Stálý neklid, který se může objevovat od mírného až k výraznějšímu je označován jako **agitovanost**. Průběh onemocnění může komplikovat výskyt halucinací nebo bludů. Bludy, jež jsou chorobné myšlenky, které neodpovídají dané skutečnosti. U lidí postižených tímto typem nemoci se projevují nejčastěji. Takto postižení lidé mají dojem, že jim někdo něco krade, často to bývají peníze, pak obviňují rodinu nebo přátele z krádeže. Na podkladě toho dochází k projevům agrese a nedůvěry vůči okolí, což vede i k sociální izolaci nemocného. [6, 12]

Někdy se mohou také u lidí trpících ACH objevit deliria, pokud se vyskytnou značí přítomnost nějaké somatické nemoci (pneumonie, záněty urotraktu, aj.). Poruchy spánku jsou také časté u těchto lidí. Nejvíce se vyskytuje spánková inverze, kdy přes den člověk spí a v noci chodí, bloudí po bytě. Také může být i hypersomnie. [6, 12]

Poruchy fatické (afazie), kdy dochází k poruchám porozumění řeči. Dělí se na: senzorickou afázii – neschopnost porozumět slyšenému slovu, i když člověk nemá problémy se sluchem. Motorická afázie - neschopnost mluvit srozumitelně, i když nejsou žádné somatické poruchy mluvidel nebo dutiny ústní.



Porucha sexuálních funkcí, kdy dochází ke snížení zájmu o sex (snížení potence, libida) nebo naopak ke zvýšení zájmu. [8,12]

U pacientů s ACH dochází k postupně progresi onemocnění, která vede ke smrti. Lidé s tímto onemocněním ve většině případů umírají na tzv. **interkurentní nemoci** (nemoci, vyskytující nebo komplikující onemocnění). Mezi ně se řadí bronchopneumie, následky úrazů, pádů. Studie prokazují, že lidé ve stejném věku netrpící ACH, většinou těmto nemocem nepodléhají. Samotná choroba u člověka snižuje jeho obranyschopnost a adaptivitu organismu. Průměrná délka života těchto lidí, je závislá na časně diagnostice, většinou se udává 7 – 15 let po z diagnostikování. [4,12]

ACH je onemocnění, které nelze ani v dnešní době vyléčit, vede ke smrti nemocného. Ale péčí o člověka, zajištění jeho potřeb, posilování kognitivních funkcí, užívání antioxidant, lecitinu můžeme zkvalitnit těmto lidem život.

## 1.6 Diagnostika ACH

Diagnostika demencí není jednoduchá, u všech typů musíme nejdříve demenci z diagnostikovat a pak určit typ demence.

### **Diagnostika se provádí v několika krocích:**

- 1) **rozpoznání demence** – stanovení jejího typu a odlišení od jiných poruch, které mohou demenci napodobovat (mentální retardace)
- 2) **stanovit příčinu demence** – na jakém podkladě demence vzniká [12]

V naší zemi se provádí diagnostika dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN – 10) dle WHO. Tato kritéria nám rozdělují demenci na mírnou, střední a těžkou (viz. příloha P II). Dále se provádí diagnostika dle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, 4. vydání (DSM – IV) stanovená Americkou psychiatrickou asociací (viz. příloha P III). Její kritéria vyžadují, aby kognitivní porucha (deficit) vedl ke zhoršení sociálních a pracovních rolí. Tyto dvě klasifikace jsou si podobné. Existuje ještě diagnostika dle Národního institutu pro neurologické poruchy, poruchy komunikace a CMP/ kritéria ADRDA (NINCDS/ ADRDA) (viz. příloha P IV). Ty využívají také k potvrzení diagnostiky demencí neuropsychologické metody. [4]

### Charakteristika příznaků pro stanovení demence:

- porucha paměti a kognitivních funkcí
- změna v chování jedince projevující se změnou osobnosti
- dochází k narušení každodenních činností (člověk se nedokáže o sebe postarat, tak jak dříve)
- postižení postupně vede k chronicko progresivnímu průběhu, většinou má nenápadný začátek, ale postupně se zhoršuje
- v době stanovení diagnózy by nemělo být porušeno vědomí

#### 1.6.1 Diagnostické metody onemocnění

##### 1) Anamnéza

Údaje získané anamnézou jsou pro diagnostiku velmi důležité. Anamnéza se skládá z několika částí: osobní, rodinná, pracovní, sociální anamnéza a nynější onemocnění.

**Osobní** anamnéza zjišťuje a obsahuje onemocnění, operace, úrazy, které člověk prodělal během života. **Rodinná** anamnéza je zaměřena na onemocnění, které se vyskytují v rodině, dědičnost a také úmrtí. **Pracovní** anamnézou se získávají informace o povolání vyšetřované osoby. **Sociální anamnézou** se získávají informace o tom, jak člověk navazuje vztahy, jaké vztahy má v rodině aj. **Nynější onemocnění** nám podává informace o nynějším stavu, to s čím má člověk problémy. Získávají se tak údaje o začátku a průběhu onemocnění jak od nemocného tak od rodiny, která vidí na klientovi změny, které on sám nemusí pociťovat. Na základě anamnézy dochází k dalším diagnostickým vyšetřením.

##### 2) Škálovací metody a testy

Metody a testy, které slouží k určení přítomnosti demence, jejího stupně, stupně postižení kognitivních a nekognitivních funkcí a jiné známky, které jsou charakteristické pro demenci.

##### MMSE (Mini Mental State Examination)

Patří k nejpoužívanějším metodám v gerontopsychiatrii. Test, který se skládá z 11 otázek, doba k provedení činí asi 10 minut, ale není časově omezena. Test se skládá ze dvou částí. První část je tvořena otázkami, které jsou zaměřeny na orientaci, paměť a pozornost člověka. V této části lze získat 21 bodů. Druhá část se zaměřuje na to, jak dokáže člověk reago-

vat, pojmenovat, sledovat verbální a písemné pokyny, umět nakreslit mnohoúhelník dle předlohy. Počet bodů v této části, které lze získat je 9. Celkový počet bodů z testu je 30 (viz. příloha P V).

Vyhodnocení testu je následující:

30 – 27 bodů – normální kognitivní funkce

26 – 25 bodů – je považováno za hraniční nález nebo může jít už lehkou poruchu poznávacích funkcí

24 – 18 bodů – lehká demence

17 – 6 bodů – středně těžká demence

méně jak 6 bodů – těžká demence

### **HACH (Haschinského ischemický skór)**

Tento skór se využívá k učení diferenciální diagnostiky mezi primárně atrofickými demencemi (ACH) a vaskulárními demencemi. Je formou dotazníku o 13 příznacích. Hodnotí se tak celý průběh onemocnění. Každý příznak je hodnocen 1 – 2 body (skóry), při nepřítomnosti příznaku 0 (viz. příloha P VI).

Hodnocení dotazníku:

0 – 4 skóry – značí demenci Alzheimerova typu

5 – 6 skórů – smíšená demence

7 a více skórů přítomnost vaskulárních demencí

### **ADAS (Alzheimer's Disease Assesment Scale)**

Metoda, která nám hodnotí kognitivní a nekognitivní funkce u ACH, ale nejen u ní. Řadíme mezi ně testy:

ADL (Activities of Daily Living) nebo –li také test aktivit denního života dle Barthelové. V tomto testu je hodnoceno několik částí: příjem stravy, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence stolice a moči, použití WC, přesun na lůžko, židli aj... (viz. příloha P VII).

IADL (Instrumental Activities of daily Living) test instrumentálních aktivit denního života je zaměřen na schopnost jak dokáže člověk telefonovat, transportovat, nakupovat, vařit, jak

zvládá domácí práce, práce kolem domu, užívání léků a jak zachází s financemi (viz. příloha P VIII).

### **Test hodin**

Tento test je založen na kresbě hodin. Pacientovi se položí na stůl papír s předtištěnými hodinami tedy jen s jeho kružnicí a se středem, chybí na nich ručičky a číslice. Test se musí nejdříve testované osobě vysvětlit. Začíná se tím, že člověk musí do prázdného ciferníku hodin zakreslit čas, který se mu řekne. Po skončení testu se hodnotí zda jsou v ciferníku naznačeny číslice 3, 6, 9, 12 ve správném pořadí, jak jsou nakresleny ručičky a jestli je na hodinách správný čas, který byl pacientovi řečen. Je to metoda, při které lze zjistit DAT (viz. příloha P IX).

### **GDS (Global Deterioration Scale)**

Metoda, která se používá ke stanovení stádia demence. Je složena ze 7 stupňů a každý stupeň něčemu specificky odpovídá (viz. příloha P X).

1. stupeň – normální kognitivní funkce
2. – 3. stupeň – mírná porucha kognitivních funkcí
4. stupeň – lehká demence
5. stupeň – střední demence
6. stupeň – středně těžká demence
7. stupeň – těžká demence

### **3) Laboratorní vyšetřovací metody**

**Biochemické vyšetření** (krve) pomáhají odlišit většinou ACH od jiných většinou sekundárních demencí jako je např. AIDS, lymská borelióza. Provádí se několik vyšetření: sedimentace, krevní obraz, glykémie, jaterní testy, urea, kreatinin, aj. Nízký výskyt vitamínu B<sub>12</sub> nebo hypothyreóza nám značí metabolickou demenci. Vyšetření mozkomíšního moku, kde jsou nalezeny markery ACH jejího časného typu, nacházíme zde  $\tau$  – protein a amyloid  $\beta$ , tento amyloid klesá v mozkomíšním moku a naopak  $\tau$  – protein stoupá. [5, 12]

### **4) Zobrazovací metody**

Mezi zobrazovací metody řadíme: CT, SPECT, CT/ SPECT, PET a MRI.

**CT** – počítačová tomografie a **MRI** jsou vyšetření při, kterých se získávají informace o morfologické stránce mozku. Většinou je diagnostikována atrofie hippokampů, jsou prováděna měření jejich velikosti, měření šíře temporálních rohů postranních mozkových komor.

**SPECT** vyšetření ukazuje tzv. funkční část mozku, lze tak zjistit hypoperfúzi mozku – snížené prokrvení krve mozkiem, které je příznakem ACH.

**CT/ SPECT** kombinace obou těchto vyšetření nám ukazuje jak morfologickou tak i funkční část mozku zároveň.

**PET** je vyšetření, které zobrazuje porušení krevního průtoku v mozku a jeho metabolismu, v těchto místech bývají nejvíce nahromaděny plaky a neurofibrily. [8]

### **5) Elektrofyziologické metody**

**EEG** při tomto vyšetření dochází ve většině případů objevení tzv. nespecifických změn, mezi ně řadíme poruchy  $\beta$  rytmu – vyskytují se pomalé vlny různě na EEG záznamu. Specifické vyšetření EEG je možné jen u pacientů na začátku choroby, kdy jsou schopni spolupráce. [12]

### **6) Evokované potencionály**

U tohoto typu vyšetření je vždy nutná spolupráce s vyšetřovanou osobou. Sama metoda vychází z EEG, kdy organismus odpovídá na nějaký zevní stimul (zrakový nebo sluchový). Na podkladě toho vznikají v mozku určité vlny a křivky, které se hodnotí. Každá křivka se zhotovuje minimálně dvakrát a výsledky se porovnávají s hodnotami u zdravých osob. Pro sledování demence mají velký význam sluchové nebo –li kmenové evokované potencionály (BAEP) a kognitivní vázané evokované potencionály (ERP), u nichž se hodnotí vlna P 300, která je považována za dlouho latentní, nachází se i u zdravých osob. Se stárnutím organismu se latence vlny P 300 prodlužuje, s tím se setkáváme většinou u demence, encefalopatiích, úrazech, aj. Samotná vyšetření nám nestanoví diagnózu nemoci, ale s dalšími jinými vyšetřeními se na ni podílí. [8]

### **7) Genetické vyšetření**

Genetickými vyšetřeními můžeme potvrdit několik druhů demencí mezi ně řadíme i ACH. Tímto vyšetřením u této nemoci stanovujeme mutace na dlouhém raménku 21. chromosomu. Mutace na 1. a 14. chromosomu. Přítomnost rizikových faktorů APOE 4 na 19. chromosomu a apolipoproteinu 4 (apoE 4). [5]

## 1.7 Léčba ACH

Alzheimerova nemoc je onemocnění, které nelze vyléčit, ale jeho léčbou se snažíme ovlivnit průběh onemocnění. Léčba je zaměřená ve farmakoterapii na léčbu kognitivních a nekognitivních poruch a nefarmakologické přístupy.

### 1.7.1 Farmakoterapie kognitivních poruch

#### 1) Látky ovlivňující acetylcholinergní systém

##### - prekuzory tvorby acetylcholinu

Mezi její zástupce, které se využívají patří: lecitin nebo cholin.

##### - inhibitory acetylcholinesteráz

Pomocí inhibitorů cholinesteráz dochází ke snížení tvorby  $\beta$  amyloidu a působení jejich toxicity na organismus. Tato léčba vede ke zpomalení průběhu onemocnění u lehké a středně těžké demence. Při léčbě těmito inhibitory, může člověk v počátcích nemoci vykonávat aktivity běžného denního života vcelku sám. [6, 7]

mezi tyto inhibitory se řadí:

**a) akridinové přípravky** – v naší zemi nejsou registrovány, dříve byl využíván tetrahydroaminokridin – tacrin, který měl příznivý účinek na inhibici, později se zjistilo, že má vážné hepatotoxické účinky a byl stažen. Jiné deriváty př. amidrin, suronacin a český preparát 7 – methoxytacrin.

**b) piperidinové deriváty** (donepezil - Aricept) - je to čistý inhibitor acetylcholinesteráz. Tento preparát má minimum vedlejších účinků a je dobře snášen. Jeho počáteční dávka je 5 mg na den (1x), pokud je dobře tolerován asi po 1 měsíci se dávka zvyšuje na 1 x 10 mg za den.

**c) karbamátové deriváty** – physostigmin látka, která se užívá spíše experimentálně, má mnoho vedlejších účinků a nemá určitou terapeutickou dávku. Existují, ale depotní physostigminové přípravky, které nemají takový dopad na organismus a využívají se v praxi př. rivastigmin (Exelon).

**d) alkaloidy** - jejichž zástupcem je galantamin (Reminyl) látka, která je dualistou acetylcholinerginu, tím že způsobuje nejenom inhibici, ale také moduluje presynaptické a post-

synaptické nikotinové receptory a díky tomu nedochází ke vzniku muskarinových receptorů. [6, 7]

#### **- přímí muskarinová a nikotinová atomisté**

V praxi se nevyužívají jsou ve fázi zkoumání.

### **2) Látky likvidující volné kyslíkové radikály**

Volné kyslíkové radikály jsou součástí našeho organismu vznikají a také v něm zanikají, jsou v rovnováze. Pokud člověk trpí ACH, je u něho vyšší procento těchto radikálů, které vedou k poškození neuronu a jeho apoptóze. K jejich odstranění z organismu se využívají tzv. scavengery př.  $\alpha$  tokoferol (vit. E) nebo také Ginkgo biloba. Patří mezi doplněk léčby inhibitorů acetylcholinesteráz. [6, 7]

### **3) Nootropika**

Patří mezi látky, které zvyšují mozkový metabolismus, hlavně metabolismus glukózy a tím zabraňují hypoxii. Mezi nootropika řadíme: piracetam, který v léčbě ACH není obzvláště účinný, pyritinol a nicergolin jsou považovány jako doplněk léčby inhibitorů acetylcholinesteráz. [6, 7]

### **4) Blokátory kalciových kanálků**

Tyto látky v organismu způsobí snížení vstupu kalia do buněk, při jeho nadměrném vstupu, často u ACH. Působí na organismus neuroprotektivně. Zástupci této skupiny: flunarazin (Sibelium), nimodipin (Nimotop), cinarazin aj. [6, 7]

### **5) Látky tlumící excitotoxicitu**

V našem organismu se nachází excitační aminokyseliny, které jsou nezbytné pro naši paměť. Pokud dochází v organismu jejich nadbytku nebo jejich uvolnění (hyperexcitace), dochází tak k otevření iontových kanálů a ke zvýšenému vstupu kalia do neuronů a vede k jejich apoptóze. Mezi zástupce této skupiny řadíme: NMDA – receptory memantin (Ebi-xa). [6, 7]

### **6) Nesteroidní antiflogistika**

Studie prokazují, že člověk který užívá nesteroidní antiflogistika dlouhodobě, je u něho menší riziko vzniku ACH. Pokud tento člověk užívá tyto léky dva roky před vypuknutím choroby, průběh onemocnění to neovlivní. [6, 7]

### 7) Nervové růstové faktory a látky způsobující jejich uvolnění

Tyto růstové faktory jsou pro organismu velmi důležité, jelikož se podílí na reparativních procesech mozkové tkáně a na tvorbě nových synapsí. V léčbě se využívá hormonální terapie. [6, 7]

### 8) Ostatní přípravky

Mezi ně řadíme vazodilatancia 2. generace (vinpocetin), které se využívají v léčbě smíšených demencí. Vitamín E, C a látky, které mají antioxidační účinek na organismus a jiné. [6, 7, ]

## 1.7.2 Farmakoterapie nekognitivních poruch

Metoda této léčby se využívá u lidí s poruchou chování (neklid, agitovanost, agresivita,...), poruchou spánku a s projevy halucinací.

Medikamenty využívající v léčbě:

### Antipsychotika

1. generace mají mnoho nežádoucích účinků. Pokud se využívají tak melperon (Burinol) ve výjimečných případech nebo také haloperidol.

2. generace – zástupci z řady:

- benzamidů je tiaprid (Tiapridal)
- serotoninových a dopaminových antagonistů je risperidon (Rispen)
- multireceptorových antagonistů olanzapinu (Zyprexa)

Tyto medikamenty se také využívají při poruchách spánku nebo delirií. [6, 7, 12]

### Antidepresiva

1. generace - nevyžívají tricyklické antidepresiva, jelikož působí proti anticholinergnímu systému.

2. generace – zvyšují uvolňování noradrenalinu a serotoninu z presynaptických zakončení, zástupci maprotilin (Ludiomil).

3. generace – patří mezi nejvíce používaná antidepresiva, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, zástupci citalopram (Citalec, Seropram), sertralin (Zoloft) a další.



4. generace – zástupce mirtazapin (Remeron) [6, 7, 12]

### **Benzodiazepiny**

Využívají se u pacientů s úzkostí, mají sedativní účinek. Zástupce oxazepam, lorazepam.

### **Anxiolytika**

Zástupce buspiron. Využívá se u lidí, kteří mají projevy deprese nebo úzkosti.

### **Hypnotika**

Nebenzodiazepinového typu zolpidem (Hypnogen, Stilnox). Mohou se využívat i při léčbě s antipsychotiky. [12]

## **1.7.3 Nefarmakologické přístupy v léčbě**

Tento způsob léčby je zaměřen celkově na pacienta jako na lidskou bytost. Zaměřuje se na člověka jako bytost, která má své potřeby a snaží se jí pomoci žít ve společnosti v realitě dnešního dne tzv. **realitní terapie**. Při této terapii se snažíme, aby si člověk uvědomil, kde je a v jakém prostoru žije.

Důležité je umět tohoto člověka začlenit do společnosti, zde záleží na stádiu demence. Někdy už člověka nezačleníme do společnosti zcela, ale najdeme pro něho vhodné zaměstnání, které může vykonávat, díky němuž se může trochu rozvinout nebo udržet si dosavadní kognitivní funkce (hrát hry, skládat skládky, vyrábět určité výrobky, aj...). Mezi tyto přístupy léčby řadíme: rehabilitaci (pracovní, sociální, psychorehabilitaci), ergoterapie, pet terapie a mnoho dalších. Cvičením tak můžeme dosáhnout toho, že u člověka progresi nemoci na jistou dobu oddálíme. Samotná léčba se také zaměřuje na denní aktivity, začleňování nebo udržování člověka v nich.

Ke každému člověku je jiný přístup a od toho se odvíjí celá péče a práce s ním. Podle anamnézy, diagnostiky, celkového vzhledu pacienta a zhodnocených jeho reakcí a všech informací, které o něm máme, můžeme pro tohoto člověka vybrat určité zaměstnání, které by ho bavilo. Dle anamnézy můžeme také zjistit, jaké zaměstnání nebo koníčky měl pacient před nemocí a vybrat z nich ty, které může pacient vzhledem k svému celkovému stavu vykonávat i nyní.

Nejen léčebnou rehabilitací, ale i prostředím, ve kterém člověk žije ho stimulujeme. Prostředí by mělo být bezpečné, nemělo by obsahovat předměty, věci, o které se člověk poraní.

Mělo by mít dostatečné kvalitní osvětlení, ne ostré světlo. Dobré je umět využít barevných kontrastů pro zlepšení smyslového vnímání. Využívají se různé metody značení obrázků, viditelné čitelné nápisy, telefony s velkými číslicemi, aj. Věci v pokoji nebo v obytném prostředí by měly být uloženy tak, jak je na ně člověk zvyklý, nestěhovat, nepřemisťovat věci jinam. Takto postižený člověk je nemusí najít a může být pak zmaten. Věci, které mohou člověka nějak poranit nebo ho poškodit by se neměly nacházet v místnosti, i když je na ně člověk zvyklý.

Člověk s ACH potřebuje velkou péči, potřebuje mít u sebe člověka, který s ním bude, který mu dá pocit bezpečí. Důležité je umět najít takového člověka, pečovatele nebo rodinného příslušníka, který s pacientem naváže kontakt a vytvoří si s ním určitý partnerský vztah, v němž jsou oba dva v rovnováze.

Velkou část v tomto vztahu tvoří komunikace pečovatele s nemocným a to nejen komunikace verbální, ale i komunikace non verbální. Pokud začneme komunikací verbální, na prvním místě je ochota porozumět tomuto člověku. Existují určité body, kterými se lze držet při komunikaci, s tímto člověkem:

- 1) umět se představit, nemocný si nás nemusí pamatovat
- 2) dokázat umět vytvořit pocit důvěry, to je každému vlastní jinak
- 3) tento, člověk nedokáže dělat ústupky, on ví své a o tom je přesvědčen, že je to pravda, hádka ho může rozrušit, pokud se takové stavy často opakují mohou vést v nedůvěru nemocného k pečovateli
- 4) umět mluvit srozumitelně – využívat jednoduché názvy, ne složité souvětí, odborné názvy, kterým by člověk nerozuměl. Je dobré pokud pečovatel zná život nemocného, čím se zabýval, co dělal, o těchto věcech se bude nemocnému dobře mluvit. Můžeme ho stimulovat i určitými věcmi z jeho života, minulosti.
- 5) nepokládat otázky s otevřeným koncem, díky nim tak ztrácíme kontrolu nad rozhovorem a nutíme člověka, který se nedokáže rozhodnout k určitému rozhodnutí

V komunikaci verbální využíváme i non verbální komunikaci, která je u tohoto člověka velmi důležitá, jelikož při narušení kognitivních funkcí, tato osoba vnímá určité věci jinak, než jak by je vnímal člověk bez poruchy např. rozpětí rukou, může vnímat jako nějakou negaci.

Důležitý je dotek, i když je člověk nemocný, má jako každý svou potřebu lásky.

Člověk trpící ACH, potřebuje hlavně pocit bezpečí a lásky, když si vytvoří partnerský vztah s pečující osobou, která o něho pečuje a dokáže poznat jeho potřeby, dochází tak k jejich uspokojení. Neboť on sám si někdy určité své potřeby neuvědomuje. Pokud se nachází v cizím prostředí mezi neznámými lidmi, cítí se zmaten, chce utéct z místa, zde potřebuje osobu, které věří, protože tato osoba mu pomůže. Velká část zodpovědnosti se tak přenáší na pečující osobu, jenž s pacientem prožívá všechny jeho starosti, které pro okolní svět mohou vypadat jako malicherné, ale pro něho ne. Z jedné části se tak kryjí potřeby pacienta, ale i pečovatel má své potřeby, které potřebuje uspokojovat, s kterými mu pacient může také částečně pomoci a to hlavně tím, když pečující vidí, že i přes nemoc postiženého se má nemocná osoba dobře.

Pro rodinného příslušníka pečující o takto postiženého člověka, je z počátku péče velmi náročná, protože vidí svého blízkého, jak se mu mění před očima v někoho, koho on sám nepoznává. Zde je velmi důležitá pomoc odborníka, psychologa, někdy stačí porada s rodinným lékařem, který pečuje o pacienta, ten může rodině poskytnout informace, kam se mohou obrátit. Pro pečovatele i rodinné příslušníky vznikají v dnešní době tzv. svépomocné skupiny, které pomáhají rodinám, pečovatelům řešit své problémy. Tyto skupiny vznikají za pomoci ČALS. Dále pod záštitou ČALS někdy i domovů pro seniory vznikají také tzv. stacionáře, které nabízejí rodinám respitní péči, díky této péči mají tyto lidé svůj určitý program, je o ně postaráno a nejsou sami v domácím prostředí.

V dnešní době je v naší zemi taková situace, že člověk, který trpí ACH má právo na příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. U člověka s ACH činí příspěvek na péči III. nebo IV. stupeň, což je od 8 do 11 000 korun, které dostává nemocná nebo-li postižená osoba. A z to, si tato osoba může platit pečovatele, nebo služby, které sama osoba potřebuje, tedy peníze nedostává přímo pečující osoba. V dnešní době se také velká část lidí trpící tímto onemocněním nebo jinými typy demencí nachází v domovech pro seniory, kde není taková adekvátní péče, jakou tato osoba potřebuje.

## 1.8 ČALS (Česká Alzheimerovská společnost)

Tato společnost vznikla již v roce 1996, ale do seznamu občanského sdružení byla zapsána až v únoru roku 1997. Na jejím vzniku se podíleli lidé, kteří se zajímali o problematiku lidí s demencí (lékaři, sestry, odborníci, pečovatelé, rodinní příslušníci).

Pomocí této společnosti vznikají v České republice, stacionáře, svépomocné skupiny, které se snaží pomoci lidem pečující o člověka s demencí.

Od roku 1994 byl den 21. září díky Mezinárodní alzheimerovské asociaci vyhlášen jako Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci, známý také jako Pomerančový den. Tento den slaví i ČALS od roku 2001, kdy se pořádají různé akce a školení, které se týkají informovanosti o lidech s demencí, o jejich nemoci a péči o ně. Tyto akce jsou pořádány nejen pro pečující, ale také pro veřejnost. Ve zmiňovaný den se pořádají také koncerty pro Vážku, která je znamením samotné společnosti a vybírají se peníze na zlepšení péče o tyto lidi. Sama mezinárodní společnost Alzheimer Europe vytvořila chartu pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují (viz. příloha P XI). Tato společnost také vytvořila chartu práv pacientů s demencí (viz. příloha P XII).

ČALS se i v dnešní době rozvíjí a snaží se poskytovat pomoc či rady rodinám pečujícím o člověka s demencí.

## 2 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ ORGANISMU

Každý organismus i ten lidský s postupem věku stárne a na každém tak zanechává různé změny, i člověk trpící Alzheimerovou chorobou stárne. Ale u něho se změny, které vznikají u normálně stárnoucího člověka ještě prohlubují. Změny u člověka s ACH jsou popsány v předchozí kapitole. V této části kapitoly chci poukázat na změny, které provází normálně stárnoucího člověka bez ACH.

**Stárnutí** je proces, který postihuje živou hmotu, jeho průběh nazýváme život.

**Stáří** nebo-li senium je pozdní fází ontogenetického vývoje. Je projevem funkčních a morfologických změn v organismu.

### 2.1 Dělení stáří

**Vývoj člověka rozdělujeme dle věku na:**

**kalendářní** – je dán datem narození

dělení dle WHO:

65 – 74 let: mladší senioři (young old), rané stáří

75 – 84 let: starší senioři (old – old), pravé stáří, senium

85 a více let: velmi staří (very old), dlouhověkost

**funkční** - odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu člověka, je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních

**Biologické stárnutí (biologický věk)**

Tento typ stárnutí je ovlivněn několika faktory:

**Genetickou predispozicí**, u každého člověka je jiná. Nemůžeme ji sami ovlivnit.

**Vlivy zevního prostředí**, které na nás celý život působí, můžeme je do jisté míry ovlivnit my sami.

Určitým **způsobem životního stylu** působíme na náš organismus (skladba stravy, naše chování, aj...).

Projevy tohoto stárnutí mohou být u každého trochu jiné a nemusí se objevit všechny na jednou, objevují se časem a u každého v jiné míře.

Mezi ně řadíme:

Úbytek svalové síly, snížení rezerv organismu, zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí - vlivy hormonů (u žen často po menopauze riziko osteoporózy vlivem hormonů) a zevních smyslů. Dochází ke snížení průtoku krve životně důležitými orgány, ubývá kostní hmoty. Dále se biologické stárnutí projevuje změnou metabolických dějů v organismu, jejich snížením; zpomalení a porucha tvorby vedení vzruchu a mnohé jiné projevy.

### **Psychické stárnutí (psychologický věk)**

Je dán několika faktory. Nejdůležitější je osobnost člověka, to jaký člověk sám je, jaké má rysy. Tyto rysy u staršího člověka získávají na své intenzitě nebo naopak se snižují. Mění se jeho hodnoty, potřeby, cíle i citové prožívání. Dochází ke změnám kognitivních funkcí, hlavně v oblasti paměti a učení. Nedokáží reagovat tak jako dříve, často se to projevuje v zátěžových situacích. Bývá narušeno abstraktní myšlení, ochuzena fantazie, ne však u všech lidí. Tyto psychické změny vedou horšímu nebo k lepšímu směru u člověka.

### **Sociální stárnutí (sociální věk)**

To jak člověk stárne ovlivňuje několik faktorů, popsáno v předešlém textu. Ale sociální stárnutí je stárnutí, na kterém se podílí sám člověk, to jak on sám se cítí, jak se přizpůsobuje novým věcem a také je dáno jeho okolím, jak se ostatní nebo mladí lidé dívají na stáří. Pokud člověk udržuje trochu chod se společností, s novými věcmi dobře se adaptuje. Na stáří je důležité postupně se připravovat a až přijde správná doba odejít z tzv. aktivního života třeba do penze. Proto je velmi důležité, aby i starší lidé byli součástí společnosti a nebyli z ní vyčleňováni. Každý věk má totiž svoje pozitiva i negativa.

## **2.2 Model kognitivního stárnutí**

Model kognitivního stárnutí lze rozdělit na:

### ***úspěšné (optimální) stárnutí***

Tento typ stárnutí se vyznačuje zachovanými funkčními schopnostmi srovnatelným se středním věkem. Řadíme jsem osoby bez poruchy paměti a jiných kognitivních funkcí, nálady, chování a motoriky. U člověka je zachována úplná nezávislost, spoléhá se sám na sebe a má dobré adaptační mechanismy.

### *normální stárnutí*

Je charakterizované fyziologickými, věkem podmíněnými změnami paměti vyskytující se u většiny zdravé populace. Pokud se objevuje určitá porucha spojená se zapomínáním je podobná stařecké benigní zapomnětlivosti. Nedochozí ke zhoršení ostatních kognitivních funkcí.

### *patologické stárnutí*

Je stárnutí, při kterém lidé vykazují určitou poruchou paměti a některých kognitivních funkcí př. myšlení, poznávání, schopnost abstrakce, schopnost řešit problémy, často v zátěžových situacích. U těchto lidí se může a nemusí jednat ještě o demenci. Pokud o někom řekneme, že má demenci, musí splňovat určitá kritéria pro demenci, což u těchto lidí může být. [11]

## **2.3 Paměť**

**Paměť** je psychická funkce, jež bývá charakterizována schopností přijímat, uchovávat informace a vybavovat si minulé vjemy. Díky naší paměti si dokážeme uchovat naše vzpomínky, učit se z našich chyb a reagovat na změny v našem prostředí.

Za fyziologických okolností informace přicházející z vnějšího prostředí mívají k jednotlivým sensorickým analyzátorům (zrak, sluch, méně hmat a čich) a jsou uchovávány v tzv. krátkodobé paměti, jež slouží k vybavení malého množství slovních nebo zrakově prostorových informací, které jsou nutné pro řešení aktuálního problému. Délka zapamatování je asi 30 – 90 sekund. Informace, které jsou pro člověka významné, jsou přesouvány a uchovávány do tzv. dlouhodobé paměti. [12]

rozlišení paměti na:

**recentní** – uchovává informace z nedávné minulosti

**trvalá (vzdálená)** – uchovává informace z minulosti vzdálené

### **2.3.1 Dělení paměti**

dle charakteru zapamatované informace můžeme dělit paměť na:

**paměť explicitní (deklarativní)**

- dochází k ukládání a vybavování informací vědomé pozornosti charakteru pojmů a operací, kterou lze vyjádřit řečí
- rozlišujeme:
- **a) paměť sémantickou** – pro fakta, data (př. zapamatovat si historické události, jméno ministra).
- **b) paměť epizodickou (kontextuální)** - vázanou na čas a kontext (události z vlastní minulosti, schopnost zapamatovat si novou či vybavit si starší informaci – př. zapamatovat si tvář nového kolegy, jeho jméno), významnou oblastí mozku pro tuto paměť je limbický systém.

#### **paměť implicitní (nedeklarativní)**

- mezi ni řadíme vrozené a získané postupy (podmíněné reflexy, emoční paměť, procedurální paměť, motorické dovednosti – např. hraní na hudební nástroj, jízda na lyžích
- za tuto paměť odpovídá mozeček, neokortex a bazální ganglia [6, 12]

## **2.4 Shrnutí**

Diagnostika a léčba ACH není jednoduchá nejen pro lékaře, ale také pro rodinu nebo pečovatele pečujícího o takto postiženého člověka. Určením nemoci a pak její následnou léčbou farmakologickými a nefarmakologickými postupy se snažíme těmto lidem poskytnout, co nejlepší péči, i když prognóza jeho nemoci vede postupně k úmrtí organismu.

Důležité je si uvědomit, že člověk s Alzheimerovou nemocí není jenom starý člověk, ale hlavně je to typ lidské bytosti, který potřebuje trochu jinou péči než normálně stárnoucí člověk v našem okolí. A záleží jen na nás, jak mi mu tuto péči poskytneme.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 METODIKA PRÁCE

#### 3.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na informovanost naší společnosti o lidech s Alzheimerovou nemocí. Objektem zkoumaného vzorku se stala laická veřejnost ve věku od 18 do 80 let, kterým byl poskytnut dotazník, s otázkami zaměřenými na Alzheimerovu nemoc.

#### 3.2 Metoda práce

K bakalářské práci jsem využila metodu dotazníku.

„Dotazník je v podstatě standardizovaný soubor otázek, jež jsou předem připraveny v určitém formuláři. Získáváme jim empirické informace, založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných otázek.“ [2, s.6]

Samotný dotazník obsahuje 28 otázek z toho 5 podotázek. Tyto položky vedly ke stanovení cílů a k ověření hypotéz vzniklých na podkladě získaných informací o dané tématice.

Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentů a představení výzkumníka, téma šetření a postup k vyplnění. V úvodní části je v textu zdůrazněna anonymita dotazníku a je zde popsáno k jakému účelu bude dotazník využit.

##### Formy položek v dotazníku:

- **otázky uzavřené** – úkolem respondentů bylo vybrat správnou odpověď, předem formulovanou, např. položka č. 5, 6, 7, ...
- **otázky polouzavřené** – úkolem respondentů bylo vybrat si z nabídnutých možností odpovědi, pokud jim dané odpovědi nevyhovovali, mohli si vybrat vlastní variantu odpovědi např. položka č. 16
- **otázky otevřené** – ponechávají volnost odpovědi, vlastního vyjádření respondenta, např. položka č. 4, 17, 18, ...
- **filtrační otázky** – na tento typ otázky odpovídali jen respondenti, kteří nemohli odpovědět na následující otázku v dotazníku, např. položka č. 12 a 14

### 3.2.1 Stanovení cílů

- 1) zjistit, jak je laická veřejnost informována o lidech s Alzheimerovou chorobou
- 2) zjistit zda lidé v dnešní době pečují o své starší příbuzné v rodinném prostředí

### 3.2.2 Stanovení hypotéz

- 1) Domnívám se, že převážná většina respondentů se již někdy setkala s pojmem Alzheimerova choroba.
- 2) Domnívám se, že převážná většina lidí zná příznaky Alzheimerovy nemoci.
- 3) Domnívám se, že v dnešní době lidé méně pečují o své starší příbuzné v rodinném prostředí.
- 4) Domnívám se, že převážná většina respondentů by po diagnostice Alzheimerovy choroby, chtěla žít v rodinném prostředí.

## 3.3 Charakteristika položek

Skupiny položek obsahující dotazník zjišťují:

- položky č. 1, 2, 3 – jsou zaměřeny na identifikační údaje respondenta
- položky č. 4 – 10 – jsou zaměřeny na samotné onemocnění
- položky č. 11, 12 – jsou zaměřeny na kontakt s osobou trpící ACH a péči o staršího člověka
- položky č. 13 – 22 – jsou zaměřeny na názor respondenta na péči o pacienta s ACH
- položka č. 23 – zjišťuje znalost respondenta týkající se ČALS

## 3.4 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení dotazníku a jeho schválení vedoucí práce. Po konzultaci a doplnění dle doporučení vedoucí byl proveden nejprve před výzkum, kdy bylo rozdáno 5 dotazníků laické veřejnosti a ověřila se tak jeho srozumitelnost. Po konzultaci s vedoucí práce bylo zhotoveno 100 dotazníků. Výzkumné šetření probíhalo od 17. prosin-

ce 2007 do 15. února 2008. Bylo rozdáno 100 dotazníků laické veřejnosti, které jsem si sama rozdala a s postupem času sbírala, návratnost byla 100%.

### 3.5 Zpracování získaných dat

Data získaná dotazníkovou metodou jsem uspořádala do pracovních tabulek četností. Dle podskupin byly sečteny absolutní a relativní četnosti, následně vytvořeny sumární tabulky četnosti a grafy. Pro výpočet a konstrukci byl využit Microsoft Excel. Položky sestavené v tabulkách byly slovně popsány a graficky znázorněny. Jelikož můj výzkum je založen jak na prvcích kvality i kvantity nevyužila jsem k ověření hypotéz chí kvadrant, ale znázornění hodnot z výzkumu pomocí tabulek a grafů, z kterých je zřetelné jestli se hypotézy a cíle potvrdily nebo ne.

Absolutní četnost v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. V dotazníku je vyjádřena v procentech (%).

Otevřené položky z dotazníku jsou zpracované do kategorií dle odpovědí respondentů v tabulkách bez grafického znázornění od nejčastějších po méně časté.

### 3.6 Rozhovor s klientkou s ACH

Aby má bakalářská práce nestála jen na informacích získaných z dotazníků, rozhodla jsem se sama pro sebe, najít člověka, který trpí Alzheimerovou nemocí a udělat s ním rozhovor. Lépe řečeno se spíše s takovým člověkem seznámit a vidět jak takový člověk vypadá a jak jedná. Díky spolupráci s vrchní sestrou v Domově pro seniory v Buchlovicích, jsem si domluvila schůzku s klientkou, která trpí tímto onemocněním. V určený den schůzky jsem se dostavila do domova pro seniory, kde mi byla představena klientka s ACH. S touto paní, která má 74 let jsme seděla u ní na pokoji a snažila se sní vést rozhovor.

Krátce bych ráda představila pacientu s níž jsem vedla rozhovor. Paní byla velmi milá a sympatická. Na první pohled nejevila známky demence. Ty se projeví až během hovoru. Paní mluvila plynule, řeč jí nedělala potíže, neměla žádnou vadu řeči nebo jinou tělesnou vadu, která by jí měnila. Paní byla chodící osoba, která byla odkázána na pomoc druhých, sama se neoblékla, potřebovala dopomoc. Neuvědomovala si své potřeby, které se týkají

biologické složky. Co se týkalo pohybu byla soběstačná, ale vždy za někým chodila. Do jídelny nebo ven ji někdo musel vodit, jinak by nevěděla, kam má jít. Dříve navštěvovala i kroužek ergoterapie, ale při navlékání korálků je začala jíst a od té doby tam přestala chodit.

Na začátku rozhovoru jsem se paní představila, aby věděla jak se jmenuji, ona mi také řekla své vlastní jméno. Já jsem jí řekla, že jsem studentka, která provádí průzkum a jestli by jí nevadilo, kdybych s ní strávila pár minut. Paní souhlasila a já se jí začala vyptávat na její život. Kde se nachází? Odkud pochází? A další otázky, které vyplývali z toho, co mi paní řekla. V průběhu rozhovoru, jsem se vždy po nějaké době paní zeptala, jak se jmenuji. Sama mi to nedokázala říct, i hned po zopakování to zapomněla, vždy se mi za to omluvila. Její paměť, která se týkala minulosti byla neporušená, ale věci které se týkaly nynější doby např. kde se nachází? To nedokázala zodpovědět nebo pokaždé řekla něco jiného. Rozhovor s paní byl krátký, ale na mě udělala její osoba celkem dobrý dojem.

Během rozhovoru bylo znatelné, že paní dělají potíže odpovídat na otevření otázky, dlouho se rozmýšlela a nevěděla, co říct.

Celkový rozhovor s klientkou zde nevypisuji, protože si myslím, že neměl takovou obsahovou složku, abych ho mohla prezentovat.

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výsledky výzkumného šetření dotazníkem jsem znázornila pomocí tabulek, z kterých jsem pomocí Microsoft Excel vytvořila grafy. Grafy, které jsem ve své práci využila jsou výše-  
čové a sloupcové.

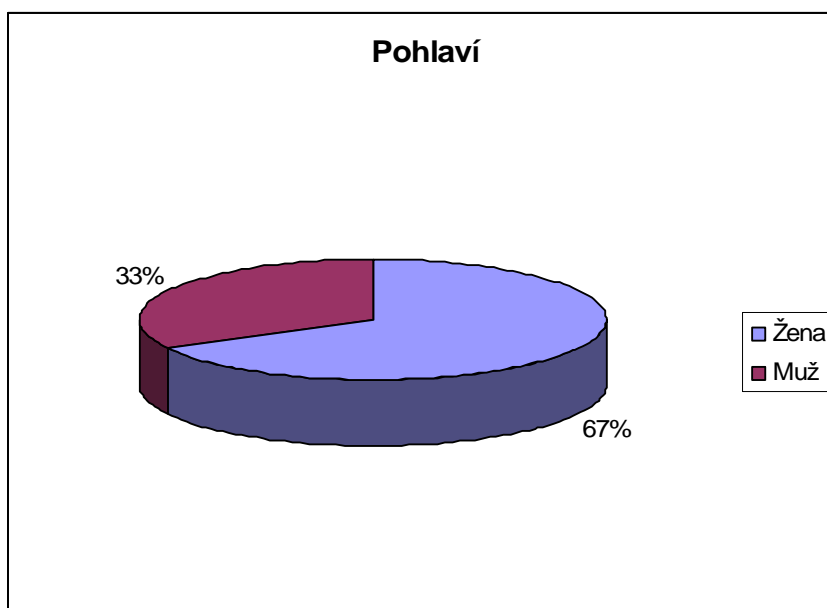
### 4.1 Výsledky dotazníkového šetření

#### Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	67	67%
Muž	33	33%
Celkem	100	100%

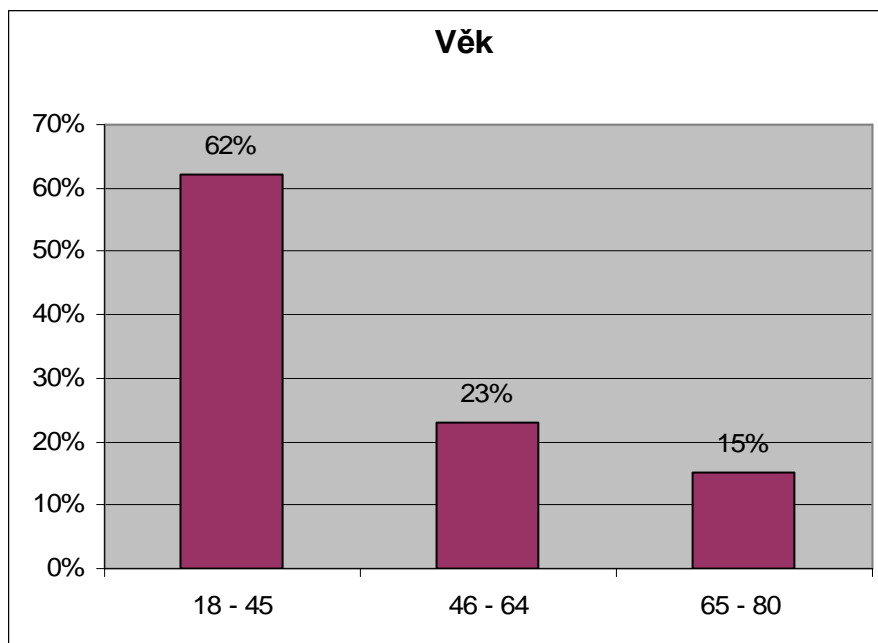
Graf č. 1: Pohlaví respondentů v procentech (%)



Z celkového počtu 100 respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 67% žen a 33% mužů.

**Otázka č. 2: Kolik je Vám let?***Tabulka č. 2: Věk respondenta*

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 – 45	62	62%
46 – 64	23	23%
65 - 80	15	15%
<b>Celkem</b>	100	100%

*Graf č. 2: Věk respondenta*

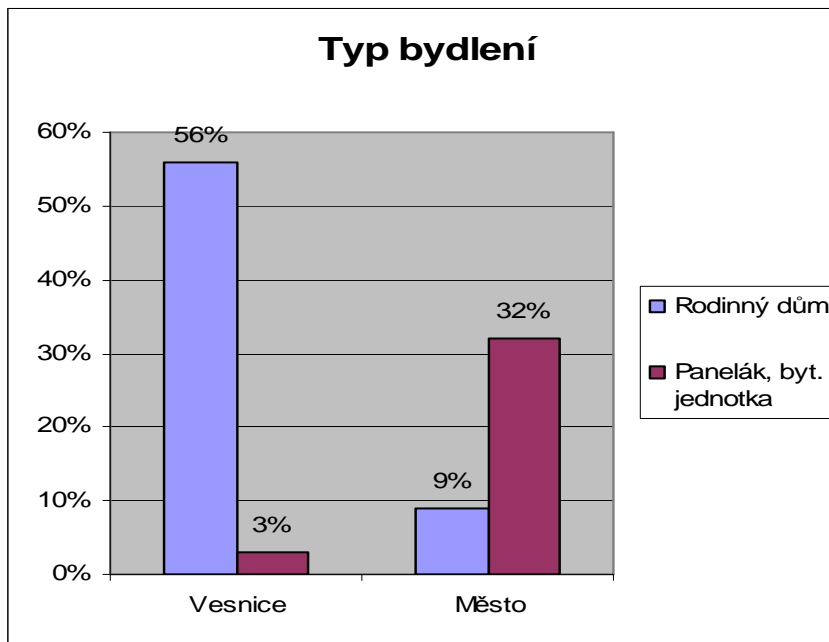
Z celkového počtu 100 dotazovaných se zúčastnilo dotazníkového šetření 62% lidí ve věku od 18 – 45 let, 23% ve věku od 46 – 64 let a 15% lidí ve věku 65 – 80 let.

**Otázka č. 3: Kde bydlíte?**

Tabulka č. 3: Typ bydlení

Typ bydlení	Absolutní četnost		Relativní četnost	
	Vesnice	Město	Vesnice	Město
Rodinný dům	56	9	56%	9%
Panelák, byt. jednotka	3	32	3%	32%
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>41</b>	<b>59%</b>	<b>41%</b>

Graf č. 3: Typ bydlení



Ze 100 dotazovaných žije 59% lidí na vesnici z toho žije v rodinném domku 56% a v bytové jednotce 3% lidí. Ve městě žije z celkového počtu dotazovaných 41% z toho 32% žije v bytové jednotce a 9% v rodinném domku.



**Otázka č. 4: Setkali jste s někdy s pojmem ACH, pokud ano, prosím napište, co o ní víte?**

*Tabulka č. 4: Pojem Alzheimerova choroba*

<b>Pojem Alzheimerova choroba</b>		
<b>Kategorie - odpovědi respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>1. Porucha paměti postihující mozek</b>	41	41%
<b>2. Ztráta identity, zapomnětlivost, zmatenost</b>	36	36%
<b>3. Degenerativní onemocnění mozku, demence</b>	11	11%
<b>4. Od umírání mozkových cév</b>	7	7%
<b>5. Od umírání činnosti všech orgánů</b>	4	4%
<b>6. Onemocnění vysokého věku</b>	1	1%
<b>Celkem</b>	100	100%

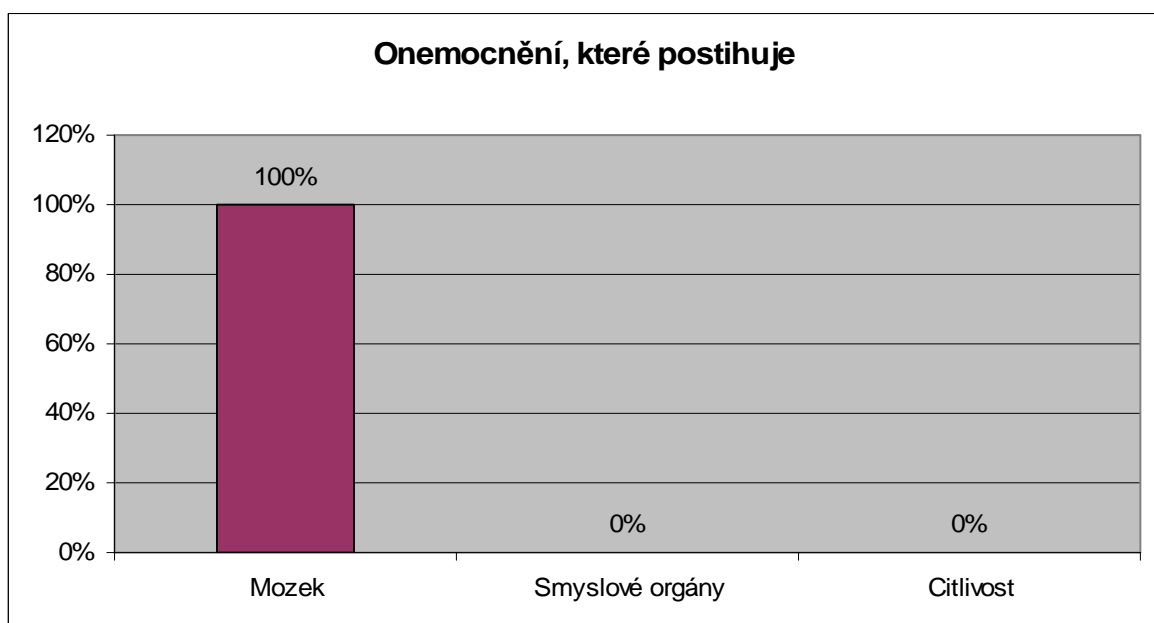
Odpovědi respondentů jsem roztřídila do několika kategorií od nejčastější po méně časté.

1. kategorii se jsem dle odpovědí nazvala: porucha paměti postihující mozek, takto odpovědělo 41% respondentů z celkového počtu 100. 2. kategorii tvoří odpovědi, které se týkají ztráty identity, zapomnětlivosti, zmatenosti, takto odpovědělo 36% respondentů. 3. kategorii tvoří respondenti, kteří znají blíže onemocnění ACH označila jsem ji, dle jejich odpovědí jako degenerativní onemocnění mozku, demence, takto odpovědělo 11% respondentů. 4. kategorii tvoří respondenti s odpovědí odumírání mozkových cév celkový počet 7%. 5. kategorii tvoří odpovědi odumírání činnosti všech orgánů 4% odpovědí respondentů. 6. kategorie tu tvoří jen jeden respondent, který napsal onemocnění vysokého věku.

Tato otázka se také týkala 1. hypotézy: Domnívám se, že převážná většina respondentů se již někdy setkala s pojmem Alzheimerova choroba, dle uvedených odpovědí a jak je vidět v tabulce se hypotéza potvrdila. Všichni respondenti se setkali s pojmem ACH, velká většina z nich ví, co je to za onemocnění. Část respondentů v 5. kategorii uvedli svůj názor, který je mylný.

**Otázka č. 5: Je to onemocnění, které nejvíce postihuje?***Tabulka č. 5: Onemocnění, které nejvíce postihuje*

<b>Onemocnění, které nejvíce postihuje</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Mozek</b>	100	100%
<b>Smyslové orgány</b>	0	0%
<b>Citlivost</b>	0	0%
<b>Celkem</b>	100	100%

*Graf č. 4: Onemocnění, které nejvíce postihuje*

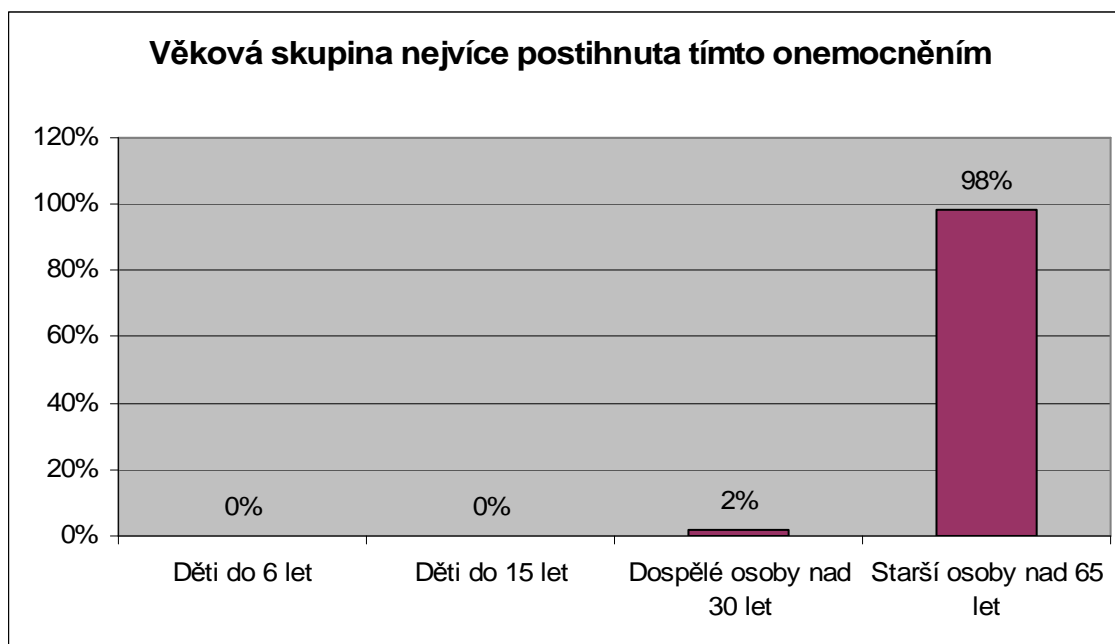
Z celkového počtu 100 dotazovaných, odpověděli všichni respondenti (100%) shodně odpovědí mozek.

**Otázka č. 6: Kterou věkovou skupinu si myslíte, že toto onemocnění postihuje nejvíce?**

*Tabulka č. 6: Věková skupina nejvíce postihnutá tímto onemocněním*

Věková skupina nejvíce postihnutá tímto onemocněním	Absolutní četnost	Relativní četnost
Děti do 6 let	0	0%
Děti do 15 let	0	0%
Dospělé osoby nad 30 let	2	2%
Starší osoby nad 65 let	98	98%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Graf č. 5: Věková skupina nejvíce postihnutá tímto onemocněním*



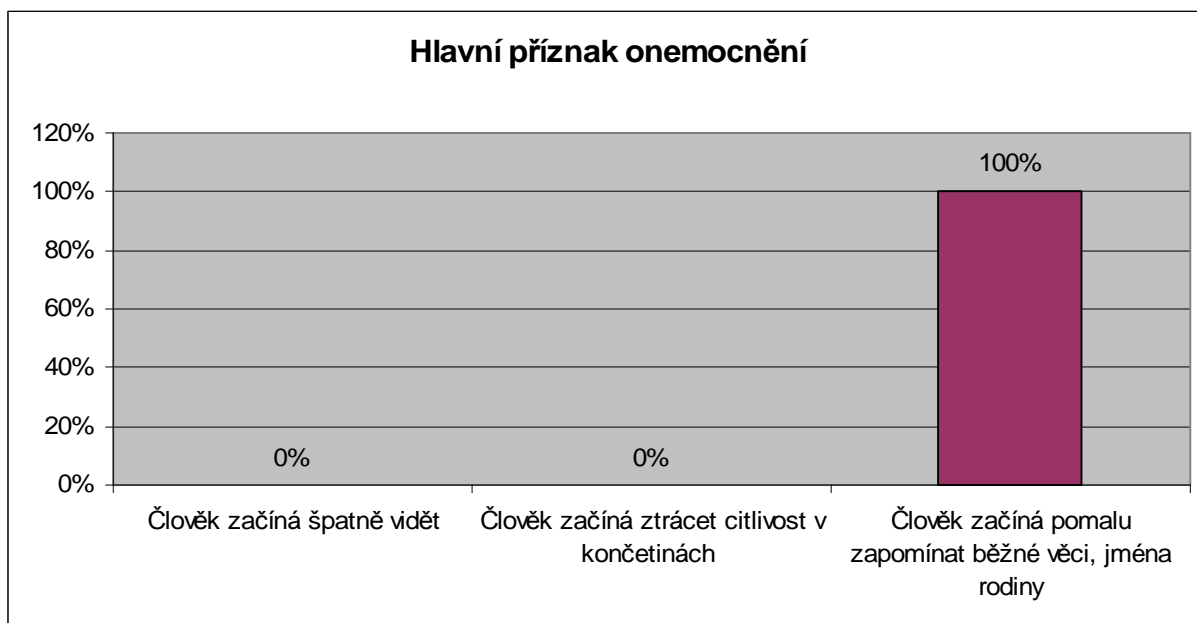
Ze 100 dotazovaných si 98% respondentů zvolilo odpověď starší osoby nad 65 let a 2% dotazovaných odpovědělo dospělé osoby nad 30 let.

**Otázka č. 7: Jaký si myslíte, že je hlavní příznak nemoci?**

Tabulka č. 7: Hlavní příznak nemoci

Hlavní příznak onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Člověk začíná špatně vidět	0	0%
Člověk začíná ztrácet citlivost v končetinách	0	0%
Člověk začíná pomalu zapomínat běžné věci, jména rodiny	100	100%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Graf č. 6: Hlavní příznak nemoci



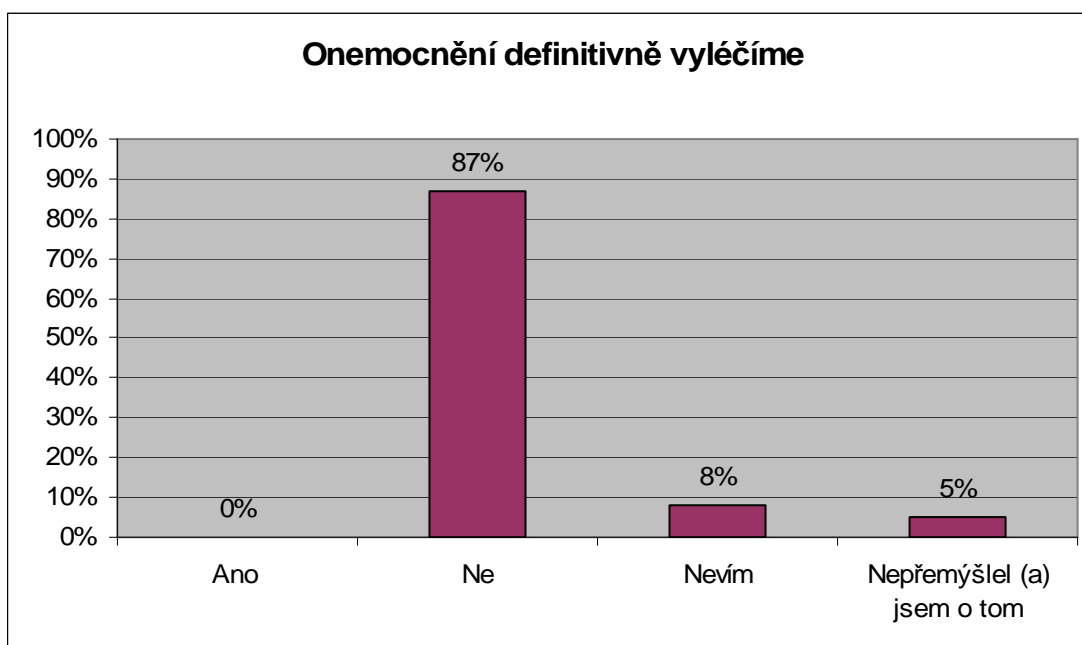
Ze 100 dotazovaných odpověděli všichni dotazovaní jednotnou odpovědí – člověk začíná pomalu zapomínat běžné věci, jména rodiny. Tato otázka se týkala i hypotézy č. 2: Domnívám se, že převážná většina lidí zná příznaky ACH. Tímto se mi samotná hypotéza potvrdila.

**Otázka č. 8: Myslíte si, že se toto onemocnění dá definitivně vyléčit?**

Tabulka č. 8: Definitivní léčba nemoci

O onemocnění definitivně vyléčíme	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	0	0%
Ne	87	87%
Nevím	8	8%
Nepřemýšlel (a) jsem o tom	5	5%
<b>Celkem</b>	100	100%

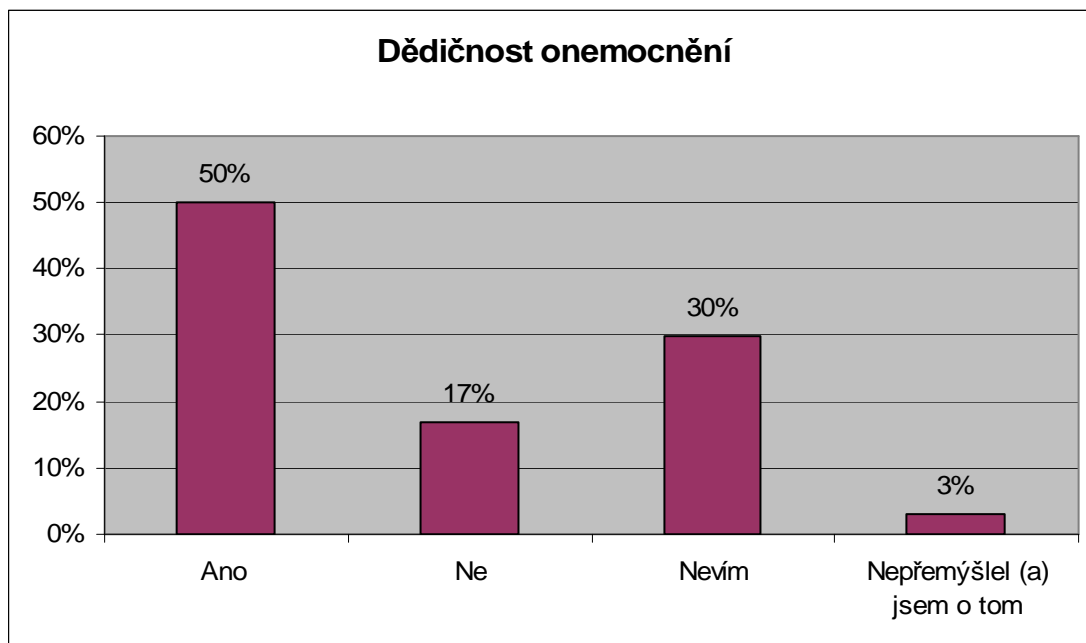
Graf č. 7: Onemocnění definitivně vyléčíme



Z celkového počtu 100 dotazovaných si zvolilo 87% odpověď ne, 8% odpověď nevím, 5% dotazovaných si zvolilo odpověď nepřemýšlel jsem o tom. Odpověď ano nebyla využita 0% dotazovaných.

**Otázka č. 9: Myslíte si, že může být Alzheimerova choroba dědičné onemocnění?***Tabulka č. 9: Dědičnost onemocnění*

Dědičnost onemocnění	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	50%
Ne	17	17%
Nevím	30	30%
Nepřemýšlel (a) jsem o tom	3	3%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Graf č. 8: Dědičnost onemocnění*

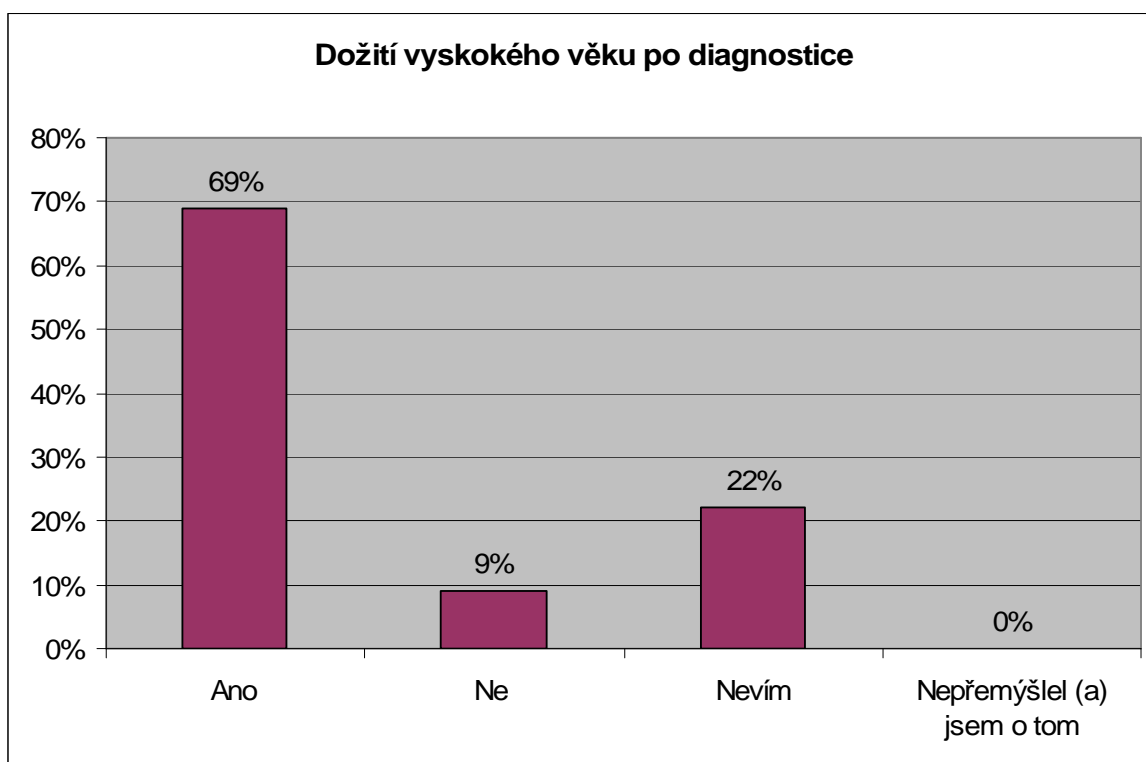
Z celkového počtu 100 dotazovaných si zvolilo odpověď: ano 50%, ne 17%, nevím 30% a odpověď nepřemýšlela jsem o tom 3% dotazovaných.

**Otázka č. 10: Myslíte si, že člověk po diagnostice (určení) choroby se může dožít vysokého věku?**

*Tabulka č. 10: Dožití vysokého věku po diagnostice*

Dožití vysokého věku po diagnostice	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	69	69%
Ne	9	9%
Nevím	22	22%
Nepřemýšlel (a) jsem o tom	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

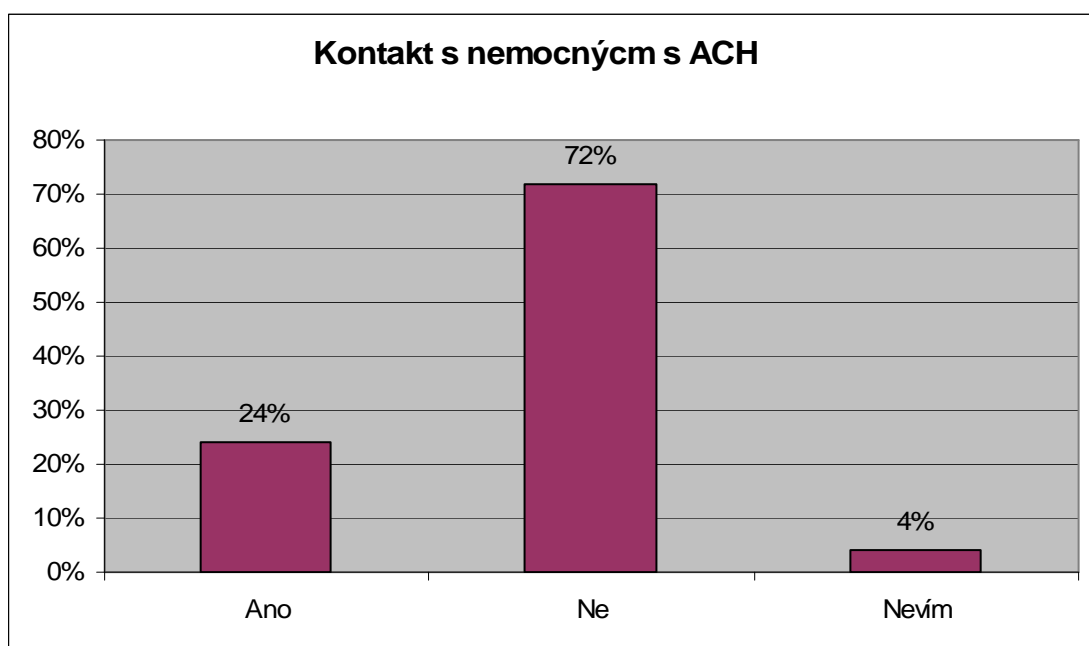
*Graf č. 9: Dožití vysokého věku po diagnostice*



Z celkového počtu 100 dotazovaných si zvolilo odpověď: ano 69%, ne 9%, nevím 22% a nepřemýšlel jsme o tom si nevolil nikdo z dotazovaných.

**Otázka č. 11: Znáte někoho, kdo trpí tímto onemocněním?***Tabulka č. 11: Kontakt s nemocným s ACH*

<b>Kontakt s nemocným s ACH</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	24	24%
<b>Ne</b>	72	72%
<b>Nevím</b>	4	4%
<b>Celkem</b>	100	100%

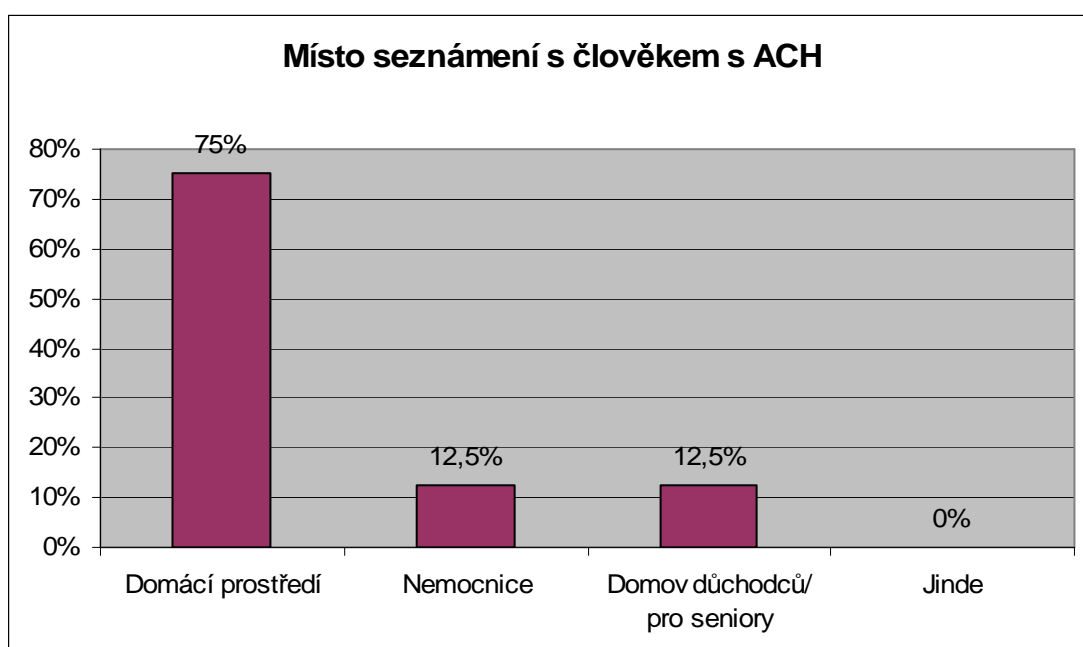
*Graf č. 10: Kontakt s nemocným s ACH*

Ze celkového počtu 100 dotazovaných si vybralo odpověď: ano 24%, ne 72% a odpověď neví 4% dotazovaných.



**Podotázka otázky č. 11: Kde jste se s tímto člověkem seznámil (a)?***Tabulka č. 12: Místo seznámení s člověkem s ACH*

Místo seznámení s člověkem s ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
Domácí prostředí	18	75%
Nemocnice	3	12,5%
Domov důchodců/ pro seniory	3	12,5%
Jinde	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

*Graf č. 11: Místo seznámení s člověkem s ACH*

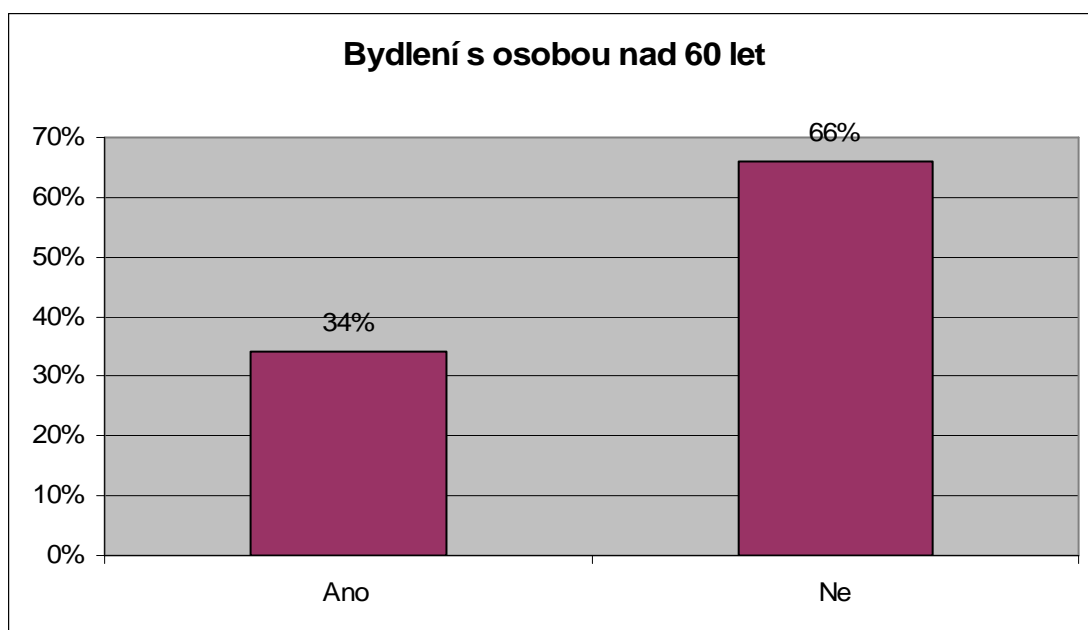
Z 24 (100%) respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku ano, si z celkového počtu těchto respondentů zvolilo odpověď: domácí prostředí 75%, nemocnice 12,5%, domov důchodců/ pro seniory 12,5% a odpověď jinde si nezvolil nikdo z dotazovaných 0%.

**Otázka č. 12: Žijete ve svém domě, bytě se starší osobou ve věku nad 60 let?**

*Tabulka č. 13: Bydlení s osobou nad 60 let*

<b>Bydlení s osobou nad 60 let</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	34	34%
<b>Ne</b>	66	66%
<b>Celkem</b>	100	100%

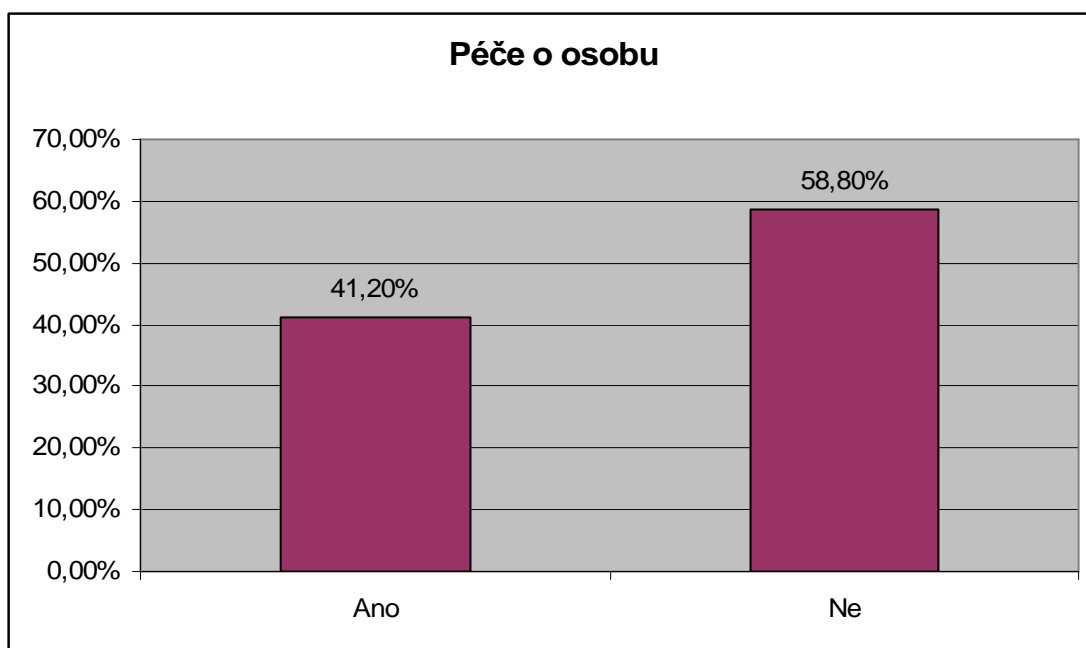
*Graf č. 12: Bydlení s osobou nad 60 let*



Z celkového počtu 100 dotazovaných si zvolilo odpověď: ano 34%, ne 66% dotazovaných.

**Podotázka otázky č. 12: Pečujete o tuto osobu?***Tabulka č. 14: Péče o osobu*

<b>Péče o tuto osobu</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Ano</b>	14	41,20%
<b>Ne</b>	20	58,80%
<b>Celkem</b>	34	100,00%

*Graf č. 13: Péče o osobu*

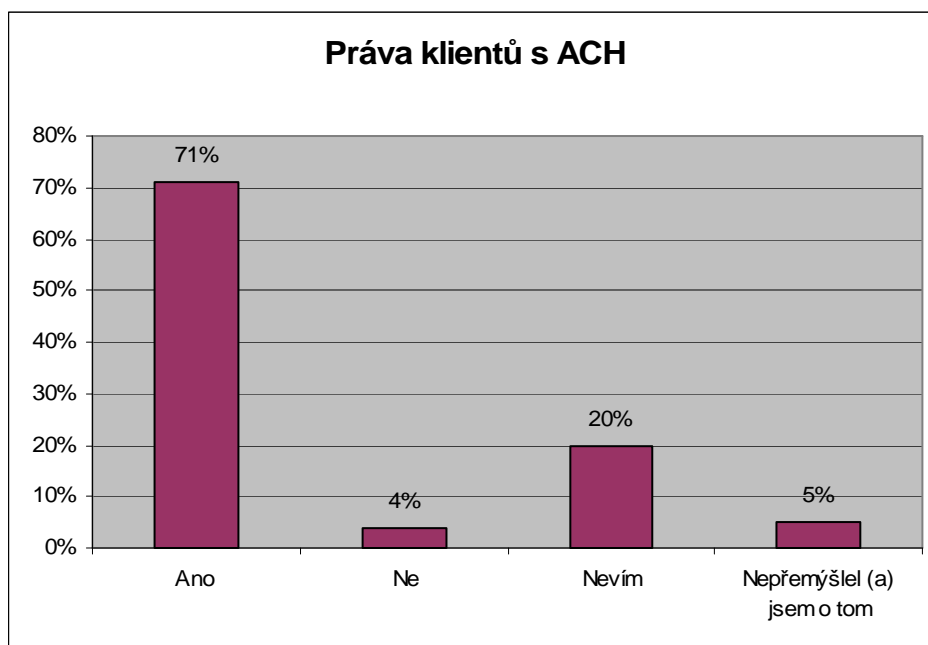
Z celkového počtu 34 respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku ano, si z celkového počtu těchto respondentů zvolilo odpověď: ano 41,20% a odpověď ne 58,80% dotazovaných.

Otázka č. 13: Každý člověk má své práva, myslíte, že člověk s Ach je také má?

Tabulka č. 15: Práva klientů s ACH

Práva klientů s ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	71	71%
Ne	4	4%
Nevím	20	20%
Nepřemýšlel (a) jsem o tom	5	5%
Celkem	100	100%

Graf č. 14: Práva klientů s ACH



Z celkového počtu 100 dotazovaných si zvolilo možnost odpovědi: ano 71%, ne 4%, nevím 20% a odpověď nepřemýšlel jsem o tom si zvolilo 5% dotazovaných.

**Podotázka otázky č. 13: Napište některá práva, které podle Vás mají tito lidé.**

*Tabulka č. 16: Práva lidí s ACH dle názoru respondentů*

<b>Kategorie - odpovědi respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>1. Práva jako ostatní lidé</b>	37	52,10%
<b>2. Právo na odbornou, zdravotní péči</b>	18	25,40%
<b>3. Právo rozhodovat se, slušné a uctivé zacházení</b>	10	14,10%
<b>4. Právo na život</b>	3	4,20%
<b>5. Právo na bezplatnou péči</b>	1	1,40%
<b>6. Právo na pobyt v nemocnici</b>	1	1,40%
<b>7. Právo na informace</b>	1	1,40%
<b>Celkem</b>	71	100%

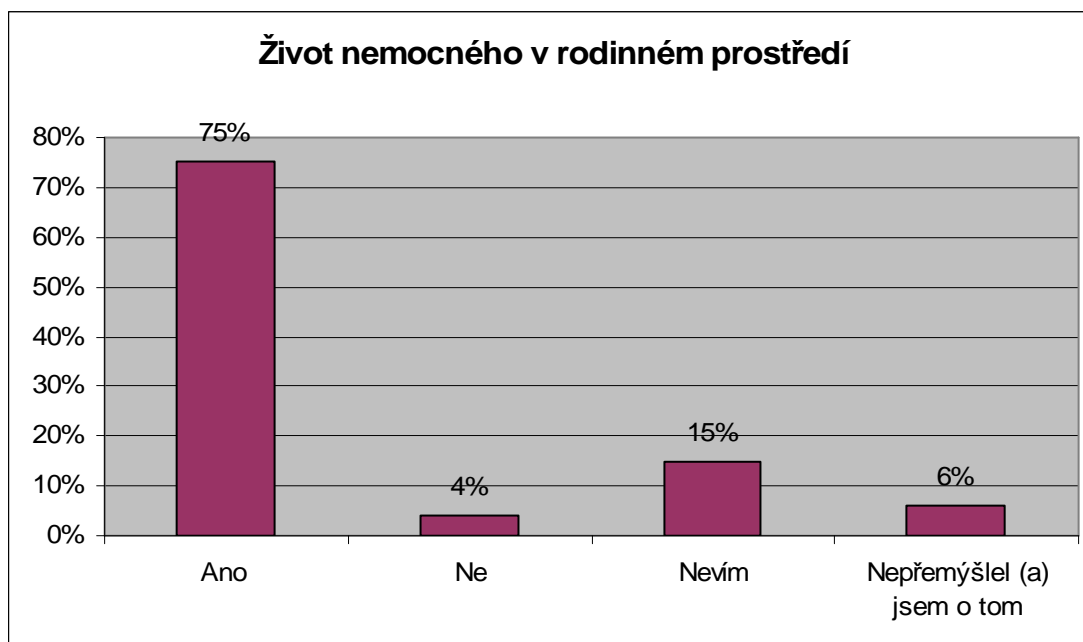
Z celkového počtu 71 respondentů a jejich odpovědí jsem vytvořila 7 kategorií. 1. kategorii tvořily odpovědi respondentů; právo jako ostatní lidé, takto odpovědělo 37 respondentů; 2. kategorii tvořily odpovědi právo na odbornou, zdravotní péči takto odpovědělo 18 respondentů; 3. kategorii: právo rozhodovat se, slušné a uctivé zacházení tvořily odpovědi 10 respondentů; 4. kategorii: právo na život tvořili odpovědi 3 respondentů; 5. až 7. kategorii tvořily odpovědi vždy jen jednoho respondenta týkající se: 5. kategorie: právo na bezplatnou péči; 6. kategorie: právo na pobyt v nemocnici a 7. kategorie: právo na informace.

**Otázka č. 14: Myslíte si, že člověk s tímto onemocněním může žít v rodinném prostředí?**

*Tabulka č. 17: Život nemocného v rodinném prostředí*

Život nemocného v rodinném prostředí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	75	75%
Ne	4	4%
Nevím	15	15%
Nepřemýšlel (a) jsem o tom	6	6%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

*Graf č. 15: Život nemocného v rodinném prostředí*



Z celkového počtu 100 dotazovaných si zvolilo odpověď: ano 75%, ne 4%, nevím 15% a 6% si zvolilo odpověď nepřemýšlel jsem o tom.

**Podotázka otázky č. 14: Za jakých podmínek si myslíte, že se dá pečovat o klienta s tímto onemocněním v domácím prostředí?**

*Tabulka č. 18: Podmínky péče o klienta v domácím prostředí*

Kategorie - odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>1. Péče druhé osoby, 24. hodinová</b>	59	78,70%
<b>2. Spolupráce s lékařem, pečovatelskou službou</b>	5	6,70%
<b>3. Trpělivost, pochopené pečovatele</b>	5	6,70%
<b>4. Neohrožují sami sebe, okolí</b>	2	2,70%
<b>5. Větší právo na rozhodnutí</b>	1	1,30%
<b>6. Do určitého stupně nemoci</b>	1	1,30%
<b>7. Dobrá informovanost pečujících</b>	1	1,30%
<b>8. Rodinná péče</b>	1	1,30%
<b>Celkem</b>	75	100,00%

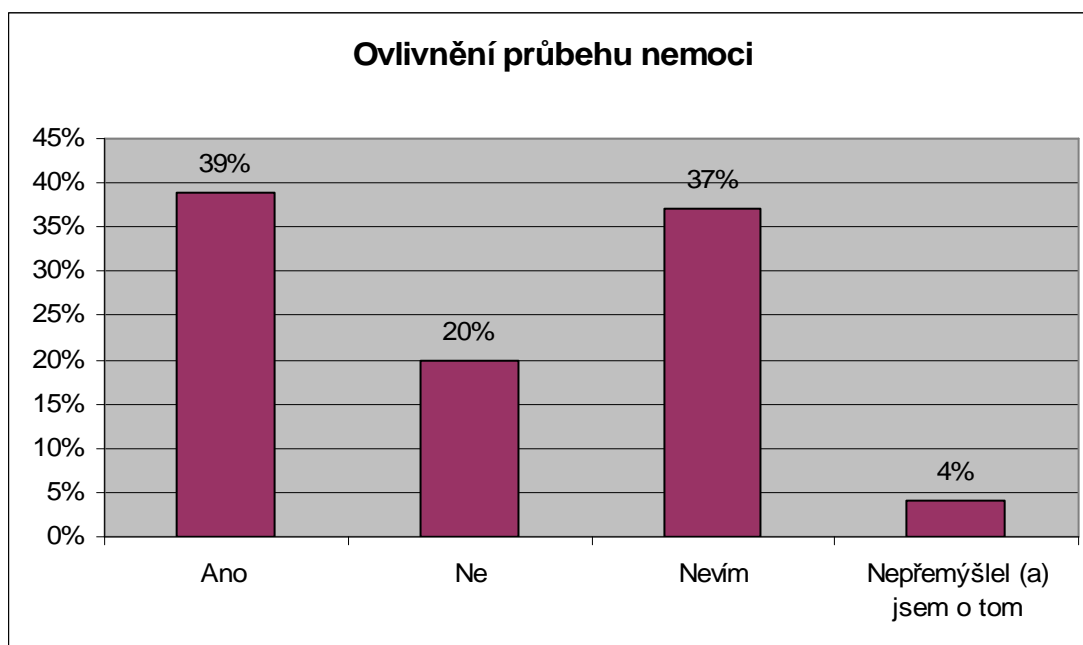
Z celkového počtu 75 respondentů a jejich odpovědí jsem vytvořila 8. kategorií. 1. kategorie: péče o druhé osoby, 24. hodinová, takto odpovědělo 59 respondentů. 2. kategorie: spolupráce s lékařem, pečovatelskou službou, odpovědělo 5 respondentů. 3. kategorie: trpělivost, pochopení pečovatele, takto odpovědělo 5 respondentů. 4. kategorie: neohrožují sami sebe, okolí tvoří 2 respondenti. 5 až 8 kategorií tvoří odpovědi jednoho respondenta týkají se (5. kategorie: větší právo na rozhodnutí; 6. kategorií: do určitého stupně nemoci; 7. kategorie: dobrá informovanost pečujících; 8. kategorie: rodinná péče).

**Otázka č. 15: Myslíte si, že se dá procvičováním paměti (hraním her) ovlivnit průběh onemocnění?**

*Tabulka č. 19: Ovlivnění průběhu nemoci*

Ovlivnění průběhu nemoci (hraním her)	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	39	39%
<b>Ne</b>	20	20%
<b>Nevím</b>	37	37%
<b>Nepřemýšlel (a) jsem o tom</b>	4	4%
<b>Celkem</b>	100	100%

*Graf č. 16: Ovlivnění průběhu nemoci*



Z celkového počtu 100 dotazovaných si zvolilo odpověď: ano 39%, ne 20%, nevím 37% a odpověď nepřemýšlel (a) jsem o tom 4% všech dotazovaných respondentů.

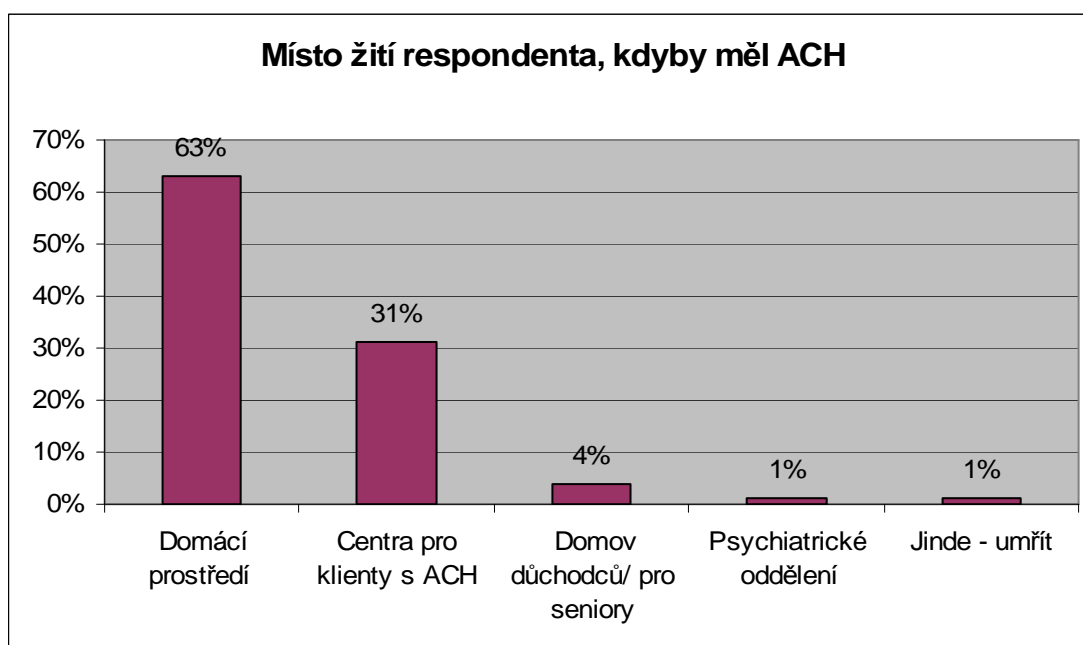


**Otázka č. 16: Kdybyste vy sami trpěli tímto onemocněním, kde byste chtěli žít?**

Tabulka č. 20: Místo žití respondenta, kdyby měl ACH

Místo žití respondenta, kdyby měl ACH	Absolutní četnost	Relativní četnost
Domácí prostředí	63	63%
Centra pro klienty s ACH	31	31%
Domov důchodců/ pro seniory	4	4%
Psychiatrické oddělení	1	1%
Jinde – umřít	1	1%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Graf č. 17: Místo žití respondenta, kdyby měl ACH



Z celkového počtu 100 dotazovaných si zvolilo odpověď: domácí prostředí 63% dotazovaných, 31% zvolilo centra pro klienty s ACH, 4% si zvolilo domov důchodců/ pro seniory, 1% psychiatrické oddělení. Poslední možnost výběru byla odpověď jinde, zde 1 respondent napsal, že by chtěl umřít 1 %.

**Otázka č. 17: Jaké má podle Vás výhody péče v domácím prostředí?***Tabulka č. 21: Výhody péče v rodinném prostředí*

<b>Kategorie - odpovědi respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>1. Péče rodiny, zájem o nemocného</b>	65	65%
<b>2. Pocit jistoty, bezpečí</b>	12	12%
<b>3. Znalost prostředí a lidí</b>	10	10%
<b>4. Nevím</b>	5	5%
<b>5. Žádné, nic si nepamatují</b>	5	5%
<b>6. Rodinná péče je výhodná</b>	3	3%
<b>Celkem</b>	100	100%

Z celkového počtu 100 respondentů jsem dle jejich odpovědí vytvořila 6 kategorií. 1. kategorie: péče rodiny, zájem o nemocného odpovědělo 65 respondentů. 2. kategorie: pocit jistoty a bezpečí tvoří 12 respondentů. 3. kategorii: znalost prostředí a lidí tvoří 10 respondentů. 4. kategorie: nevím, tvoří 5 respondentů. 5. kategorie: žádné, nic si nepamatují tvoří 5 respondentů. 6. kategorie: rodinná péče je výhodná, tvoří 3 respondenti.

**Otázka č. 18: Kdybyste pečoval (a) o člena rodiny postiženého tímto onemocněním, co by bylo podle Vás nejtěžší?**

*Tabulka č. 22: Co by bylo nejtěžší při péči o takto nemocného*

Kategorie - odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>1. Nenechat ho samotného, 24. hodinová péče</b>	28	28%
<b>2. Vidět jak se mění</b>	20	20%
<b>3. Dostatek času</b>	12	12%
<b>4. Nevím</b>	10	10%
<b>5. Bezmoc</b>	7	7%
<b>6. Velká psychická zátěž pečovatele</b>	6	6%
<b>7. Jiný způsob života</b>	6	6%
<b>8. Přijmout jeho nemoc</b>	4	4%
<b>9. Stereotypní péče</b>	2	2%
<b>10. Vžít se do něho</b>	1	1%
<b>11. Nadávky, urážky od něho</b>	1	1%
<b>12. Dát ho pryč</b>	1	1%
<b>13. Přebalování</b>	1	1%
<b>14. Nezabít ho hned</b>	1	1%
<b>Celkem</b>	100	100%

Z odpovědí 100 respondentů jsem vytvořila 14 kategorií dle jejich odpovědí. Z odpovědí respondentů je patrné, že pro většinu lidí, kteří by pečovali o takto postiženého by se obávali ho nechat samotného, 24 hodinová péče, takto odpovědělo 28 respondentů (1. kategorie), vidět ho jak se mění 20 respondentů (2. kategorie), mít na něho dostatek času 12 respondentů (3. kategorie) a nevím 10 respondentů (4. kategorie), tyto odpovědi patřili mezi nejčastější. Mezi ostatní kategorie patřili odpovědi: bezmoc 7 respondentů (5. kategorie), velká psychická zátěž pečovatele 6 respondentů (6. kategorie), jiný způsob života 6 respondentů (7. kategorie), přijmout jeho nemoc 4 respondenti (8. kategorie), stereotypní péče 2 respondenti (9. kategorie), vžít se do něho 1 respondent (10. kategorie), nadávky a urážky od něho 1 respondent (11. kategorie), dát ho pryč 1 respondent (12. kategorie), přebalování 1 respondent (13. kategorie) a nezabít ho hned 1 respondent (14. kategorie).

**Otázka č. 19: Jakou potřebují podle Vás pomoc rodiny, které pečují o svého blízkého s Alzheimerovou chorobou?**

*Tabulka č. 23: Pomoc rodinám při péči*

Kategorie - odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>1. Finanční a odbornou pomoc</b>	34	34%
<b>2. Více času, trpělivost, podporu</b>	18	18%
<b>3. Vystřídání, pomoc druhých</b>	16	16%
<b>4. Nevím</b>	13	13%
<b>5. Finanční</b>	7	7%
<b>6. Informace o nemoci, odbornou pomoc</b>	5	5%
<b>7. Psychickou</b>	2	2%
<b>8. Setkání s lidmi se stejnou chorobou</b>	1	1%
<b>9. Být členem svépomocné skupiny</b>	1	1%
<b>10. Pomoc od státu</b>	1	1%
<b>11. Neustálou pomoc při (přebalování, vaření)</b>	1	1%
<b>12. Žádnou</b>	1	1%
<b>Celkem</b>	100	100%

Z celkového počtu odpovědí 100 respondentů jsem vytvořila 12 kategorií. Mezi nejčastější odpovědi respondentů na výše položenou otázku patřily: finanční a odborná pomoc 34 respondentů (1. kategorie); více času, trpělivosti a podpory 18 respondentů (2. kategorie); vystřídání, pomoc druhých 16 respondentů (3. kategorie); nevím 13 respondentů (4. kategorie) a finanční pomoc 7 respondentů (5. kategorie). Mezi méně časté odpovědi se řadily: informace o nemoci 5 respondentů (6. kategorie); psychickou 2 respondenti (7. kategorie); setkání s lidmi se stejnou chorobou 1 respondent (8. kategorie); být členem svépomocné skupiny 1 respondent (9. kategorie); pomoc od státu 1 respondent (10. kategorie); neustálou pomoc při přebalování, vaření 1 respondent (11. kategorie). A odpověď jednoho respondenta zněla: „ žádnou“ (12. kategorie).

**Otázka č. 20: Co si představujete pod pojmem stacionář?***Tabulka č. 24: Stacionář*

<b>Kategorie - odpovědi respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>1. Nevím</b>	37	37%
<b>2. Denní, týdenní ubytování</b>	16	16%
<b>3. Zařízení pro lidi, když se nemohou starat příbuzní</b>	11	11%
<b>4. Školka pro dospělé</b>	9	9%
<b>5. Zařízení pro lidi s ACH, ve stáří</b>	8	8%
<b>6. Ústav, léčebna</b>	7	7%
<b>7. Dům pro umírající, staré lidi</b>	4	4%
<b>8. Přejížděné ubytování</b>	3	3%
<b>9. Domov důchodců</b>	2	2%
<b>10. Centra pro postižené</b>	1	1%
<b>11. Místo, pro odkládání starých věcí</b>	1	1%
<b>12. Zápisník</b>	1	1%
<b>Celkem</b>	100	100%

Z celkového počtu odpovědí 100 respondentů jsem vytvořila 12 kategorií. Mezi nejčastější odpovědi na tuto otázku patřily: nevím 37 respondentů (1. kategorie); denní, týdenní ubytování 16 respondentů (2. kategorie); zařízení pro lidi, když se nemohou starat příbuzní 11 respondentů (3. kategorie); školka pro dospělé 9 respondentů (4. kategorie); zařízení pro lidi s ACH, ve stáří 8 respondentů (5. kategorie); ústav, léčebna 7 respondentů (6. kategorie). Mezi méně časté odpovědi se řadily: dům pro umírající, staré lidi 4 respondenti (7. kategorie); přechodné ubytování 3 respondenti (8. kategorie); domov důchodců 2 respondenti (9. kategorie); centra pro postižené 1 respondent (10. kategorie); místo pro odkládání starých věcí 1 respondent (11. kategorie) a zápisník 1 respondent (12. kategorie).

**Otázka č. 21: Pokud by tito nemocní bydleli sami – hrozí jim nebezpečí? Pokud ano, tak jaké?**

*Tabulka č. 25: Nebezpečí při onemocnění*

Kategorie - odpovědi respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>1. Riziko poranění, úrazu (nevypnou plyn, ...)</b>	39	39%
<b>2. Špatná orientace, ztrácí se</b>	28	28%
<b>3. Riziko poškození sama sebe</b>	24	24%
<b>4. Neschopnost se postarat sám o sebe</b>	6	6%
<b>5. Otrava léky</b>	1	1%
<b>6. Smrt</b>	1	1%
<b>7. Připravit se o život</b>	1	1%
<b>Celkem</b>	100	100%

Z celkového počtu 100 respondentů a dle jejich odpovědí jsem vytvořila 7 kategorií. Mezi nejčastější odpovědi respondentů se řadily: riziko poranění, úrazu (nevypnou plyn, ...), takto odpovědělo 39 respondentů (1. kategorie); špatná orientace, ztrácí se 28 respondentů (2. kategorie); riziko poškození sama sebe 24 respondentů (3. kategorie). Mezi méně časté odpovědi se řadily: neschopnost postarat se sám o sebe, takto odpovědělo 6 respondentů (4. kategorie); otrava léky 1 respondent (5. kategorie); smrt 1 respondent (6. kategorie) a připravit se o život 1 respondent (7. kategorie).

**Otázka č. 22: Kde si myslíte, že se dají získat informace o této chorobě, péče o lidi s tímto onemocněním?**

*Tabulka č. 26: Informace o chorobě*

<b>Kategorie - odpovědi respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>1. Internet, lékař</b>	33	33%
<b>2. Internet, lékař, knihovna, časopisy, televize</b>	27	27%
<b>3. Internet</b>	19	19%
<b>4. Internet, speciální pracoviště, lékař</b>	13	13%
<b>5. Neurolog, centra pro ACH</b>	7	7%
<b>6. Lékař, pečující</b>	1	1%
<b>Celkem</b>	100	100%

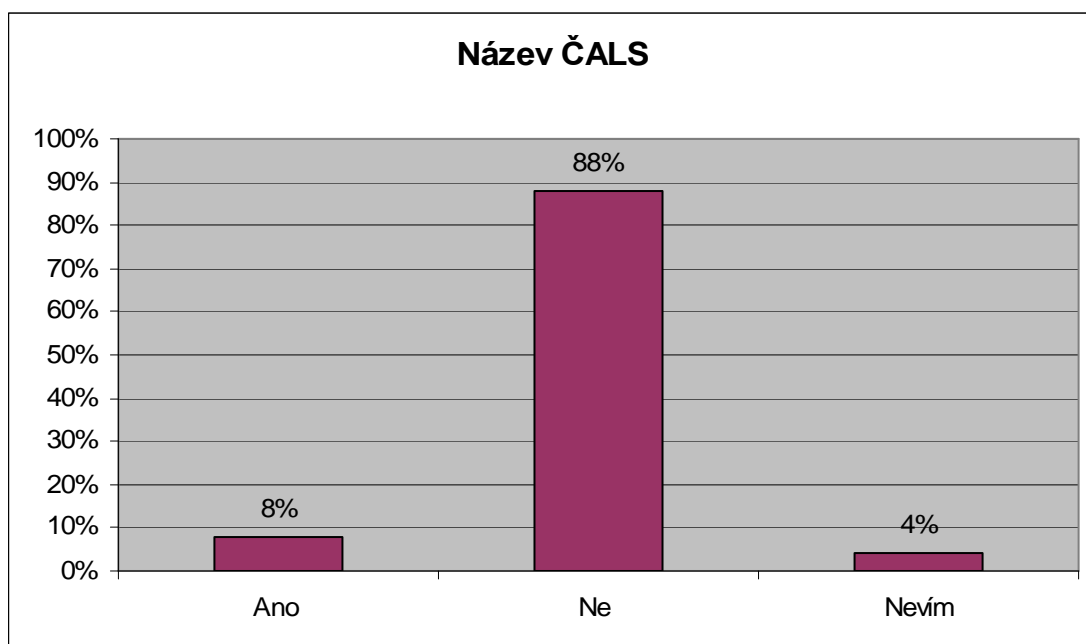
Z celkového počtu 100 respondentů jsem dle jejich odpovědí vytvořila 6 kategorií. Mezi nejčastější odpovědi se řadily: internet, lékař, takto odpovědělo 33 respondentů (1. kategorie); internet, lékař, knihovna, časopisy, televize 27 respondentů (2. kategorie); internet 19 respondentů (3. kategorie); internet, speciální pracoviště, lékař 13 respondentů (4. kategorie); neurolog, centra pro ACH 7 respondentů (5. kategorie). A jen 1 respondent odpověděl lékař, pečující (6. kategorie).

**Otázka č. 23: Setkali jste se někdy s názvem ČALS?**

Tabulka č. 27: Název ČALS

Název ČALS	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	8	8%
Ne	88	88%
Nevím	4	4%
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Graf č. 18: Název ČALS



Z celkového počtu 100 dotazovaných si vybralo odpověď: ano 8%, ne 88%, nevím 4% všech dotazovaných.



**Podotázka otázky č. 23: Čím si myslíte, že se tato společnost zabývá?***Tabulka č. 28: ČALS a její aktivity*

<b>Kategorie - odpovědi respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>1. Informační centrum pro lidi s demencí, ACH</b>	2	25%
<b>2. Zajišťují práva nemocných</b>	2	25%
<b>3. Péče o nemocné</b>	1	12,50%
<b>4. Osvěta, organizování projektů</b>	1	12,50%
<b>5. Poskytování informací</b>	1	12,50%
<b>6. Podpora nemocných, rodin</b>	1	12,50%
<b>Celkem</b>	8	100%

Na tuto otázku odpovídalo 8 respondentů, kteří odpověděli na předešlou otázku ano. Z jejich odpovědí jsem vytvořila 6 kategorií. Od nejčastějších po méně časté tvořily kategorie odpovědi: informační centrum pro lidi s demencí, ACH, takto odpověděli 2 respondenti (1. kategorie); zajišťují práva nemocných, takto odpověděly také 2 respondenti (2. kategorie). Další kategorie tvořily odpovědi vždy jednoho respondenta, řadí se sem: péče o nemocné (3. kategorie); osvěta, organizování projektů (4. kategorie); poskytování informací (5. kategorie) a podpora nemocných, rodin (6. kategorie).

## 4.2 Zhodnocení cílů a hypotéz

**Cíl č. 1:** *Zjistit, jak je laická veřejnost informována o lidech s Alzheimerovou chorobou.*

K tomuto cíli náleží první dvě hypotézy, které jsou níže rozepsány. Samotný cíl se mi díky hypotézám potvrdil.

**Hypotéza č. 1:** *Domnívám se, že převážná většina respondentů se již někdy setkala s pojmem Alzheimerova choroba.*

Tato hypotéza korespondovala s otázkou č. 4. Na tuto otázku odpovídalo celkem 100 respondentů. Samotná otázka je otevřená, takže na ni mohli respondenti odpovědět dle svého uvážení. Pro větší přehlednost jsem odpovědi respondentů zařadila do kategorií od nejčastějších po méně časté. Celkem dle odpovědí respondentů jsem vytvořila 6. kategorií. 1. kategorii se jsem dle odpovědí nazvala: porucha paměti postihující mozek, takto odpovědělo 41 respondentů, 2. kategorii tvoří odpovědi, které se týkají ztráty identity, zapomnělosti, zmatenosti, takto odpovědělo 36 respondentů, 3. kategorii tvoří respondenti, kteří znají blíže onemocnění ACH, označila jsem ji, dle jejich odpovědí jako degenerativní onemocnění mozku, demence, takto odpovědělo 11 respondentů. 4. kategorii tvoří odpovědi zahrnující: odumírání mozkových cév, počet respondentů, kteří takto odpověděli bylo 7. 5. kategorii tvoří odpovědi: odumírání činnosti všech orgánů, takto odpověděli 4 respondenti. 6. kategorie tu tvoří jen jeden respondent, který napsal onemocnění vysokého věku.

Dle získaných odpovědí respondentů se mi samotná hypotéza potvrdila, všichni dotazovaní se setkali s pojmem ACH a většina ví, co je to za onemocnění. Jen někteří respondenti mě překvapily odpovědí, že je to onemocnění, které se projevuje odumíráním činností všech orgánů.

**Hypotéza č. 2:** *Domnívám se, že převážná většina lidí zná příznaky Alzheimerovy nemoci.*

Tuto hypotézu mi ověřovala otázka č. 7, která byla uzavřená, ze tří nabídnutých možností mohli respondenti zvolit jen jednu správnou. Kdy na otázku, která se týkala příznaků ACH ze 100 respondentů odpovědělo 100 respondentů jednotnou odpovědí - člověk začíná pomalu zapomínat běžné věci, jména rodiny.

Tímto se mi samotná hypotéza potvrdila.

**Cíl č. 2:** *Zjistit zda lidé v dnešní době pečují o své starší příbuzné v rodinném prostředí.*

K tomuto cíli se řadí hypotéza č. 3 a 4, které jsou níže rozepsány. Samotný cíl se mi díky hypotézám potvrdil.

**Hypotéza č. 3:** *Domnívám se, že v dnešní době lidé méně pečují o své starší příbuzné v rodinném prostředí.*

Tuto hypotézu mi ověřovala otázka č. 12 a její podotázka. Otázka č. 12 se týkala toho, jestli respondenti žijí ve svém domě či bytě se starší osobou nad 60 let. Ze 100% respondentů mi 34% respondentů odpovědělo: Ano. Následující otázka, tedy podotázka otázky č. 12 se zabývala tím, jestli tito respondenti pečují o tuto osobu. Ze 34 respondentů, jejich relativní četnost je v tabulce hodnocena jako 100%, tak z této části respondentů, pečuje o svého staršího příbuzného v rodinném prostředí 41,20% příbuzných. Což znamená, že v dnešní době lidé méně pečují o své starší příbuzné v rodinném prostředí.

Tímto se mi samotná hypotéza potvrdila.

**Hypotéza č. 4:** *Domnívám se, že převážná většina respondentů by po diagnostice Alzheimerovy choroby, chtěla žít v rodinném prostředí.*

Tuto hypotézu mi ověřovala otázka č. 16, která byla zaměřena na to, kde by sami respondenti chtěli žít, kdyby trpěli tímto onemocněním. Otázka byla polozavřená, tudíž respondenti si mohli vybrat z nabídnutých možností nebo mohli odpověď připsat, tu využil jen jeden respondent. Ze 100 dotazovaných, tedy 100% respondentů se rozhodlo následovně: 63% si vybralo odpověď domácí prostředí, 31% centra pro klienty s ACH, 4% domov důchodců/ pro seniory, 1% psychiatrické oddělení a odpověď jinde, kde si mohli respondenti vybrat napsal jeden respondent smrt 1% odpovědí.

Na této otázce je vidět, že respondenti i přes samotné onemocnění, které by je trápilo, tak by většina z nich ráda žila v rodinném prostředí.

Tato hypotéza se mi potvrdila.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na informovanost veřejnosti o Alzheimerově nemoci. Toto téma jsem si vybrala z několika důvodů. První z nich byl ten, že jsem se chtěla více dozvědět o dané problematice této nemoci. Mezi další důvody řadím například to, že jsem se už s takovými lidmi setkala a chtěla jsem vědět, jak správně o tyto lidi pečovat.

Svou práci jsem tak rozdělila na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se zabývala samotným onemocněním jeho popisem, vznikem, diagnostikou, léčbou a dalšími věcmi týkající se onemocnění. Pro můj výzkum byla však důležitější spíše praktická část a to proto, že praktickou částí jsem něco zjistila a získala.

Pro mě samotnou byl důležitý rozhovor s pacientkou trpící Alzheimerovou nemocí a pak samotné zpracování a hlavně vyhodnocení dotazníků. Hodnocením dotazníků jsem hodně získala, díky tomu jsem se dozvěděla, co lidé ví nebo neví o této nemoci. Některé zjištění mě překvapila, možná tím, že jsem nad nimi nepřemýšlela jako laik, ale jako zdravotník.

Kdybych shrnula celkově, co mi práce přinesla, tak si myslím, že mi přinesla informace, které se týkají nemoci a to hlavně z teoretické části. Z praktické části jsem zjistila, jak je informovaná veřejnost. Kdybych shrnula informovanost veřejnosti, zhodnotila bych to tak, že co se týká nemoci koho a co postihuje, o tom je veřejnost informována celkem dobře, ale co se týkalo otázek otevřených zaměřených na to, co lidé při péči potřebují nebo jak o takto postiženého pečovat, to už veřejnost věděla málo. Myslím si, že to může být i tím, že v dnešní době žijí mladí lidé hlavně ve městě, ale i na vesnici se staršími lidmi v jednom domě méně a neznají tak jejich potřeby a o danou problematiku se nezajímají. Většinou se o danou problematiku začnou zajímat v době, kdy člověk začíná mít první známky demence. Proto na podkladě těchto informací jsem zpracovala brožurku, která by měla laiky nasměrovat k lidem, kteří by jim mohly pomoci nebo poradit.

Doufám, že poznatky z mé bakalářské práce budou využity lidmi, kteří se budou o danou problematiku zajímat.

**SEZNAM LITERATURY**

- [1] AMBLER, Zdeněk. *Neurologické poruchy ve vyšším věku. Základní principy jejich farmakoterapie*. Praha: Triron, 2000. 186 s. ISBN 80-7254-116-1.
- [2] BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
- [3] BAŠTECKÝ, J.; KÚMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kolektiv. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
- [4] HÖSCHL, Jiří; HOLMEROVÁ, Iva; HONZÁKOVÁ, Ludmila et al. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. 96 s. ISBN 80-7262-025-8.
- [5] HRDLIČKA, Michal; HRDLIČKOVÁ, Darina. *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.
- [6] JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. *Demence*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.
- [7] JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.
- [8] JIRÁK, Roman; OBENBERGER, Jiří; PREISS, Marek. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8.
- [9] KOBĚRSKÁ, Petra a kol. *Společnou cestou*. Praha: Portál, 2003. 40 s. ISBN 80-7178-851-1.
- [10] KOUKOLÍK, František; JIRÁK, Roman. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada Publishing, 1999. 161 s. ISBN 80-7169-716-8.
- [11] PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatricie*. Praha: Scientia Medica, 1994. 152 s. ISBN 80-85526-32-8.
- [12] RŮŽIČKA, Evžen et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha: Galén, 2003. 178 s. ISBN 80-7262-205-6.
- [13] THOMASMA, C. D.; KUSCHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*. Praha: Mladá fronta dnes, 2000. 392 s. ISBN 80-204-0883-5.

- [14] VINAŘ, Oldřich. *Léky pro duši*. Praha: Grada Publishing, 1995. 224 s. ISBN 80-7169-155-0.
- [15] WEBER, Pavel a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVZP, 2000. ISBN 80-7013-314-7.
- [16] ZACHAROVÁ, E; HEMANOVÁ, M; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-208-5.
- [17] ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

#### ČASOPISY:

- [18] SNOPOVÁ, I; GEMBICKÁ, I. *Alzheimerova demence*. Sestra, 2007, roč. 17, č. 2, s. 30-32. ISSN 1210-0404.

#### INTERNETOVÉ ZDROJE:

- [19] <http://alzheimer.nepracuje.cz/alois.htm> (26. 2. 2008)
- [20] <http://alzheimer.cz> (26.2.2008)
- [21] <http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba/> (27. 2. 2008)
- [22] <http://nemoci.abecedazdravi.cz/alzheimerova-choroba-1>(27. 2. 2008)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ACH	Alzheimerova choroba
ADL	Activities of Daily Living
ADAS	Alzheimer´s Disease Assesment Scale
AMK	Aminokyseliny
APP	Amyloidový prekurzorový protein
ApoE	Apolipoprotein E
CT	Výpočetní tomografie (Computed Tomography)
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
DAT	Demence Alzheimerova typu
DSM - IV	Diagnostický a statický manuál duševních chorob, 4. vydání
EEG	Elektroencefalografie
IADL	Instrumental Activities of daily Living
HACH	Haschinskiho ischemický skór
MCI	Mild Cognitive Impairment
MKN - 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MMSE	Mini Mental State Examination
MRI	Magnetická rezonance (Magnetic Resonance Imaging)
NINCDS/ADRDA	National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke – Alzheimer´s Disease and Related Dementias Association
PET	Pozitronová emisní tomografie
PS - 1	Presenilin 1
PS - 2	Presenilin 2
SDAT	Senilní demence Alzheimerova typu
SPECT	Jedno fotonová emisní výpočetní tomografie (Single Photon Emission

	Computed Tomography)
$\tau$ – protein	Tau protein
WHO	World Health Organization



## SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek č. 1: Foto Aloise Alzheimerera .....</i>	<i>11</i>
---	-----------

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů</i> .....	38
<i>Tabulka č. 2: Věk respondenta</i> .....	39
<i>Tabulka č. 3: Typ bydlení</i> .....	40
<i>Tabulka č. 4: Pojem Alzheimerova choroba</i> .....	41
<i>Tabulka č. 5: Onemocnění, které nejvíce postihuje</i> .....	42
<i>Tabulka č. 6: Věková skupina nejvíce postihnuta tímto onemocněním</i> .....	43
<i>Tabulka č. 7: Hlavní příznak nemoci</i> .....	44
<i>Tabulka č. 8: Definitivní léčba nemoci</i> .....	45
<i>Tabulka č. 9: Dědičnost onemocnění</i> .....	46
<i>Tabulka č. 10: Dožití vysokého věku po diagnostice</i> .....	47
<i>Tabulka č. 11: Kontakt s nemocným s ACH</i> .....	48
<i>Tabulka č. 12: Místo seznámení s člověkem s ACH</i> .....	49
<i>Tabulka č. 13: Bydlení s osobou nad 60 let</i> .....	50
<i>Tabulka č. 14: Péče o osobu</i> .....	51
<i>Tabulka č. 15: Práva klientů s ACH</i> .....	52
<i>Tabulka č. 16: Práva lidí s ACH dle názoru respondentů</i> .....	53
<i>Tabulka č. 17: Život nemocného v rodinném prostředí</i> .....	54
<i>Tabulka č. 18: Podmínky péče o klienta v domácím prostředí</i> .....	55
<i>Tabulka č. 19: Ovlivnění průběhu nemoci</i> .....	56
<i>Tabulka č. 20: Místo žití respondenta, kdyby měl ACH</i> .....	57
<i>Tabulka č. 21: Výhody péče v rodinném prostředí</i> .....	58
<i>Tabulka č. 22: Co by bylo nejtěžší při péči o takto nemocného</i> .....	59
<i>Tabulka č. 23: Pomoc rodinám při péči</i> .....	60
<i>Tabulka č. 24: Stacionář</i> .....	61
<i>Tabulka č. 25: Nebezpečí při onemocnění</i> .....	62
<i>Tabulka č. 26: Informace o chorobě</i> .....	63
<i>Tabulka č. 27: Název ČALS</i> .....	64
<i>Tabulka č. 28: ČALS a její aktivity</i> .....	65

**SEZNAM GRAFŮ**

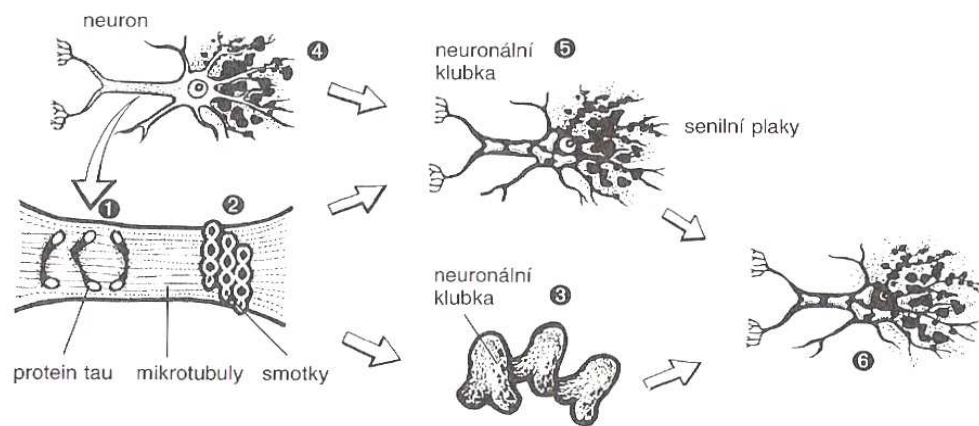
<i>Graf č. 1: Pohlaví respondentů v procentech (%)</i> .....	38
<i>Graf č. 2: Věk respondenta</i> .....	39
<i>Graf č. 3: Typ bydlení</i> .....	40
<i>Graf č. 4: Onemocnění, které nejvíce postihuje</i> .....	42
<i>Graf č. 5: Věková skupina nejvíce postihnuta tímto onemocněním</i> .....	43
<i>Graf č. 6: Hlavní příznak nemoci</i> .....	44
<i>Graf č. 7: Onemocnění definitivně vyléčíme</i> .....	45
<i>Graf č. 8: Dědičnost onemocnění</i> .....	46
<i>Graf č. 9: Dožití vysokého věku po diagnostice</i> .....	47
<i>Graf č. 10: Kontakt s nemocným s ACH</i> .....	48
<i>Graf č. 11: Místo seznámení s člověkem s ACH</i> .....	49
<i>Graf č. 12: Bydlení s osobou nad 60 let</i> .....	50
<i>Graf č. 13: Péče o osobu</i> .....	51
<i>Graf č. 14: Práva klientů s ACH</i> .....	52
<i>Graf č. 15: Život nemocného v rodinném prostředí</i> .....	54
<i>Graf č. 16: Ovlivnění průběhu nemoci</i> .....	56
<i>Graf č. 17: Místo žití respondenta, kdyby měl ACH</i> .....	57
<i>Graf č. 18: Název ČALS</i> .....	64

## SEZNAM PŘÍLOH

- P I : Popis senilních plaků a neuronálních klubek
- P II: Stádia ACH
- P III : Klasifikace demencí dle DSM - IV
- P IV: Kritéria NINCD – ADRDA
- P V: Mini mental state examination
- P VI: Haschinského skóre
- P VII: ADL test
- P VIII: IADL test
- P IX : Test hodin
- P X: GDS
- P XI: Evropská charta pacientů postížených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe
- P XII: Charta práv pacientů s ACH a jinými formami demence
- P XIII: Dotazník „ Informovanost veřejnosti o Alzheimerově nemoci“

# PŘÍLOHA P I: POPIS SENILNÍCH PLAKŮ A NEURONÁLNÍCH KLUBEK

Jak vznikají senilní plaky a neuronální klubka



Obr. 1.1. Alzheimerova choroba je z určitého hlediska mj. projevem toho, že určité neuropatologické změny, typické ve vyšším věku pro každý mozek, probíhají zvláště intenzívně. Jde zejména o:

- odumírání neuronů projevující se jako atrofie (ubývání) mozkové tkáně především v oblasti kůry a hipokampu;
- akumulaci
  - senilních plaků (shluků odumřelých částí nervových buněk s masivním jádrem tvořeným bílkovinou beta-amyloidem),
  - neurálních klubek (vláken stmelých proteinem tau);
- celkovou dezorganizaci neuronální sítě (zejména v mozkové kůře a hipokampu), která narušuje řadu neurotransmiterových systémů v čele se systémem cholinergním
  1. hyperfosforylace proteinu tau, vznik smotků,
  2. vlákna se hromadí uvnitř neuronu,
  3. vznikající neuronální klubka narušují funkci nervové buňky,
  4. nerozpustná depozita beta-amyloidu se mění na senilní plaky,
  5. rovněž přítomnost proteinu tau a spletených vláken přispívá ke vzniku senilních plaků,
  6. neuron degeneruje a odumírá.

## **PŘÍLOHA P II: STÁDIA ACH**

*Ve vývoji Alzheimerovy choroby lze zřetelně rozlišit tři odlišná stadia. Pro každé z nich jsou charakteristické jiné speciální »problémy«, přičemž některé z těchto problémů se mohou objevit v kterémkoli stadiu, zatímco jiné nemusí nastat vůbec. Přechod mezi stadiem I a II a mezi stadiem II a III může trvat i několik let.*

### **PRVNÍ STADIUM – mírná forma**

**POUZE MÍRNÉ A ČASTO PŘEHLÉDNUTELNÉ PŘÍZNAKY**

**A. Zhoršování paměti (zejména pro zcela nedávné události)**

**B. Přechodná časová dezorientace (neschopnost vybavit si, který je den, měsíc a rok)**

**C. Prostorová dezorientace (neschopnost poznat známá místa – nemocný např. nepoznává ani to, že je ve svém vlastním bytě)**

**D. Ztráta iniciativy a průbojnosti**

**E. Obtížné hledání slov**

Toto časně období trvá obvykle dva až čtyři roky. Je pro ně typické, že se pacient často opakuje, ztrácí a zapomíná věci, jako třeba klíče, obtížně hledá slova pro pojmenování zcela běžných předmětů, jako jsou hodinky či tužka, bloudí i na zcela známých místech, a projevují se u něj změny osobnosti – především sklon k pasivitě a ztrátě zájmu o činnosti a věci, které mu předtím přinášely radost a uspokojení. Řada nemocných je těmito prvními příznaky vystrašena, uvedena do rozpaků a deprimována.

### **DRUHÉ STADIUM – středně těžká forma**

**VÝRAZNĚJŠÍ PŘÍZNAKY A PROBLÉMY, KTERÉ JIŽ NEMOCNÉMU ZNEMOŽŇUJÍ VYKONÁVAT ŘADU BĚŽNÝCH KAŽDODENNÍCH AKTIVIT**

**A. Významné výpadky paměti (včetně jmen členů vlastní rodiny)**

**B. Snížená schopnost postarat se sám o sebe (nutnost pomoci např. při mytí nebo oblékání)**

**C. Časté případy, kdy se nemocný člověk ztratí nebo zabloudí i na známých místech**

**D. Zhoršování řečových schopností**

**E. Halucinace**

Druhé stadium obvykle trvá od dvou do deseti let. Je pro ně charakteristické další zhoršování mentálních funkcí a obvykle již i poruchy chování. U postižených se projevuje ve stále vyšší míře zmatenost, jejich pohyby se zpomalují, jsou stále hašteřivější a nesnášenlivější, projevují se u nich bludy a halucinace. Velmi často již vyžadují trvalý dohled, tedy domácí péči nebo umístění do speciálního zařízení.

### **TŘETÍ STADIUM – těžká forma**

**ÚPLNÁ ZÁVISLOST**

Kognitivní poruchy ústí až ve významný rozklad celé osobnosti.

**A. Obtíže při příjmu potravy, nutnost pomoci další osoby**

**B. Neschopnost poznat přátele a dokonce i členy vlastní rodiny**

**C. Obtíže s chůzí (někdy až upoutání na lůžko)**

**D. Inkontinence moči a/nebo stolice**

**E. Významné poruchy chování**

Těžká forma Alzheimerovy choroby představuje poslední stadium, které trvá jeden až tři roky. V tomto stadiu již u pacienta nelze zaznamenat žádné nezávislé funkce na jakékoli úrovni; není schopen hovořit ani vnímat mluvenou řeč, nepoznává nejen členy své rodiny, ale ani sám sebe v zrcadle. Není také schopen se sám o sebe postarat. Pacient ve třetím stadiu onemocnění je zcela závislý na svém pečovateli a velmi často potřebuje trvalou domácí péči nebo umístění do ústavu. Projevuje se u něj větší tendence k podvýživě, infekcím, zánětům plic a dalším onemocněním ohrožujícím jeho život.

## PŘÍLOHA P III: KLASIFIKACE DEMENCÍ DLE DSM - IV

Demence Alzheimerova typu s časným začátkem s pozdním začátkem s deliriem s bludy s depresivní náladou nekomplikovaná
Vaskulární demence s deliriem s bludy s depresivní náladou nekomplikovaná
Demence při onemocnění HIV
Demence v důsledku poranění hlavy
Demence při Parkinsonově nemoci
Demence při Huntingtonově nemoci
Demence při Pickově nemoci
Demence při Creutzfeldtově-Jakobově nemoci
Demence při jiných obecně medicínských poruchách
Perzistující demence v důsledku účinku chemicky působících látek (alkoholu, drog, léků, inhalovaných látek, těžkých kovů, rozpouštědel, organofosfátů apod.)
Demence s mnohočetnou etiologií
Demence jinak neurčená



## PŘÍLOHA P IV: KRITÉRIA NINCDS – ARDRA

### NINCDS-ARDRA

**A. Diagnostická kritéria:** všechny otázky musí mít odpověď **ano**:

1. Byla klinickým vyšetřením stanovena diagnóza demence?
2. Má pacient deficit ve dvou nebo více oblastech kognitivních funkcí nebo celkový, graduálně progredující deficit kognice?
3. Horší se pacientovi progredientně paměť a jiné kognitivní funkce?
4. Je nepřítomna porucha vědomí (delirium)?
5. Začala demence ve věku 40–90 let?
6. Je nepřítomno systémové onemocnění nebo jiné onemocnění mozku, které by mohlo přímo nebo nepřímo zodpovídat za progredientní poruchy paměti a jiných kognitivních funkcí?

**B. Podpůrná kritéria:** Odpovědi typu **ano** podporují diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci, odpovědi typu **ne** ji však nevylučují:

1. Má pacient progredující poruchu specifických kognitivních funkcí, jako jsou řeč (afázie), motorické dovednosti (apraxie) a percepce (agnozie)?
2. Má pacient poruchu aktivit denního života a chování?
3. Vyskytla se v pokrevním příbuzenstvu pacienta podobná porucha, zvláště neuropatologicky ověřená (familiární výskyt)?
4. Bylo u pacienta provedeno vyšetření mozkomíšního moku standardními technikami s normálním výsledkem?
5. Má pacient normální EEG záznam nebo nespecifické změny EEG, jako je zvýšený výskyt pomalých vln?
6. Má pacient prokázanou mozkovou atrofii na CT nebo MRI s průkazem progresu při opakovaných vyšetřeních?

Následující okolnosti jsou slučitelné s diagnózou pravděpodobné Alzheimerovy nemoci po vyloučení jiných příčin demence (odpověď **ano**):

1. Má pacient v průběhu progresu choroby období plató?
2. Má pacient přidružené symptomy deprese, insomnie, inkontinence, bludů, halucinací, iluzí, katastrofických verbálních, emočních či tělesných výbuchů, sexuálních poruch nebo úbytku hmotnosti?
3. Má pacient jiné neurologické abnormality, zvláště u pokročilého onemocnění, včetně motorických příznaků, jako je zvýšení svalového tonu, myoklonus nebo poruchy chůze?
4. Má pacient v pokročilém stadiu choroby epileptické záchvaty?
5. Má pacient normální CT nebo MRI záznam vzhledem k věku?
6. Má pacient výkyvy v průběhu a klinickém obrazu demence?
7. Má pacient jiné systémové nebo mozkové onemocnění, které může způsobit demenci, ale které není pokládáno za příčinu pacientovy demence?

Následující okolnosti činí diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy nemoci **nejistou nebo nepravděpodobnou** (odpovědi **ne** svědčí pro pravděpodobnou Alzheimerovu nemoc):

1. Byl náhlý, apoplektický začátek demence?
2. Jsou přítomny fokální neurologické nálezy (např. hemiparéza, poruchy citlivosti, poruchy zorného pole, ataxie časně na počátku choroby)?
3. Vyskytly se záchvaty nebo poruchy chůze na počátku nebo velmi brzy v průběhu choroby?



## PŘÍLOHA P V: MINI MENTAL STATE EXAMINATION

### 1. ČÁST

A. ORIENTACE (nemocný by měl mít pro odpověď na každou z otázek deset sekund)

1. Co je dnes za den?
2. Který měsíc teď máme?
3. Kolikátého dnes je?
4. Které roční období je teď?
5. Který rok teď máme?
6. V kterém jsme městě?
7. V kterém jsme okrese (kraji)?
8. V které jsme zemi?
9. Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zdravotnické zařízení)?
10. V kolikátém jsme poschodí?

B. ROZSAH POZORNOSTI, ZAPAMATOVÁNÍ

- *»Teď vám vyjmenuji tři předměty – až je vyjmenuji všechny, budu chtít, abyste je zopakoval. Zapamatujte si je dobře, protože se vás na ně ještě jednou zeptám za několik minut.«*

Slova se vyslovují s jednosekundovou přestávkou mezi nimi:

11. lopata
12. šátek
13. váza

- *»Nyní, prosím, řečená slova opakujte.«*

(Nemocnému je nutné nechat na odpověď 20 sekund. Skóre se přiděluje za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Pokud pacient nezopakuje všechny tři výrazy, opakujte alespoň pětkrát, anebo než se to pacient naučí. Jinak by totiž nebylo možné vyšetřovat odstavec »Výbavnost«.)

C. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

- *»Odečítejte od 100 po 7 a skončete po pěti odečtech.«*

(Pokud se pacient jednou zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, počítá se to jako jedna chyba.)

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

V případě, že nemocný nemůže nebo nechce počítat, lze jej místo toho požádat: *»Hláskujte pozpátku slovo POKRM.«* (Opakujte nejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre udává počet písmen ve správném pořadí – např. MRKOP = 5, PKORM = 3.)

D. PAMĚŤ, VÝBAVNOST

- *»Můžete teď znovu opakovat slova, která jsem vám před chvílí řekl?«*  
(Na odpověď ponechte 10 sekund. Za každou správnou odpověď přísluší 1 bod.)

19. LOPATA
20. ŠÁTEK
21. VÁZA

## 2. ČÁST

### E. POJMENOVÁNÍ

22. *Jak se to jmenuje?* (ukážte náramkové hodinky)

23. *Co je to?* (ukážte tužku)

### F. OPAKOVÁNÍ

24. Opakujte po mně větu: *»Žádná kdyby anebo ale.«*

(Na odpověď nechte 10 sekund; skóre 1 patří jen za celou větu a jen za úspěch na první pokus.)

### G. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Vložte pacientovi do ruky kus čistého papíru a dejte mu následující příkaz:

- *»Vezměte teď do pravé ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.«*

(Ponechte na provedení 30 sekund. Za každý provedený stupeň přísluší jeden bod.)

25. Stupeň 1 – uchopení do pravé ruky

26. Stupeň 2 – přeložení na polovinu

27. Stupeň 3 – položení na podlahu

### H. ČTENÍ A VYHOVĚNÍ PŘÍKAZU

28. Ukažte nemocnému kartu s nápísem: *Zavřete oči.* Současně ho požádejte:

- *»Přečtěte, co je na papíru napsáno, a udělejte, co se od vás žádá.«*

(Na provedení příkazu nechte 10 sekund. Pokyn je možno opakovat nejvýše třikrát. Bod lze přidělit pouze tehdy, zavře-li nemocný skutečně oči.)

### I. PSANÍ

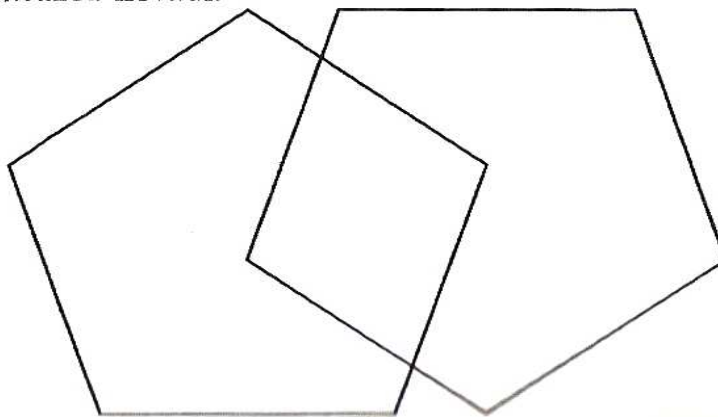
29. Dejte nemocnému tužku a papír a požádejte ho:

- *»Napište jakoukoli větu!«*

(Na splnění příkazu se ponechá třicet sekund. Věta musí mít podstatné jméno a sloveso a musí dávat smysl; pravopisné chyby však nevadí.)

### J. OBKRESLOVÁNÍ

30. Dejte nemocnému papír, tužku a mazací gumu. Požádejte ho, aby obkreslil obraz, který mu ukážete (viz níže). Ponechte mu jednu minutu, aby mohl udělat několik pokusů. Bod přísluší pouze tehdy, jsou-li zachovány všechny strany a úhly a tvoří-li průnik obou obrazců čtyřúhelník. Roztřesenost ani rotace obrazců nevadí.



## PŘÍLOHA P VI: HASCHINSKÉHO SKÓRE

<b>Projev</b>	<b>Body</b>
náhlý vznik	2
kolísavý průběh	2
iktus v anamnéze	2
ložiskové neurologické symptomy	2
topický neurologický nález	2
náhlé zhoršení	1
noční zmatenost	1
relativní zachování osobnosti	1
deprese	1
somatické stesky	1
emoční inkontinence	1
arteriální hypertenze v anamnéze	1
známky arteriosklerózy	1
<b>Hodnocení nálezu</b>	<b>Součet skóre</b>
primární degenerativní demence (AN)	≤ 4
vaskulární demence	> 7
neprůkazné intermediární skóre	5–7

## PŘÍLOHA P VII: ADL TEST

Barthelův test základních všedních činností (ADL)

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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

0–40 bodů vysoce závislý

65–95 bodů lehká závislost

45–60 bodů závislost středního stupně

100 bodů nezávislý



## PŘÍLOHA P VIII: IADL TEST

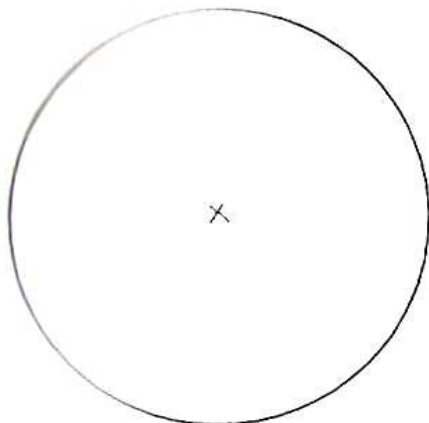
Test instrumentálních všedních činností (IADL)

Činnost	Provedení činnosti	Body
<b>1. telefonování</b>	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
<b>2. transport</b>	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
<b>3. nakupování</b>	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
<b>4. vaření</b>	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
<b>5. domácí práce</b>	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
<b>6. práce kolem domu</b>	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
<b>7. užívání léků</b>	samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musí být podány druhou osobou	0
<b>8. finance</b>	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
<b>Celkové skóre</b>		

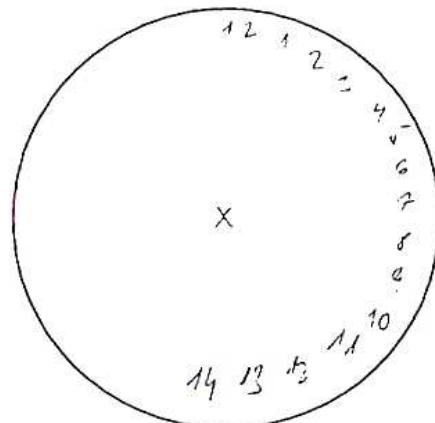
Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech

0–40 bodů	závislý v IADL
45–75 bodů	částečně závislý v IADL
80 bodů	nezávislý v IADL

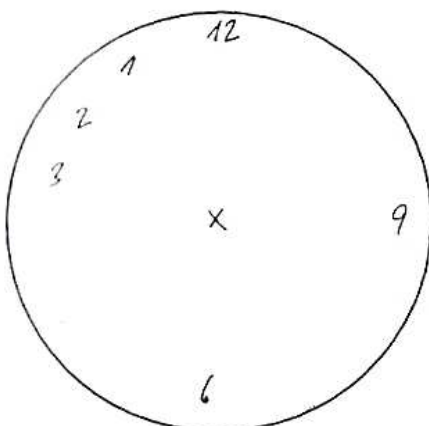
## PŘÍLOHA P IX: TEST HODIN



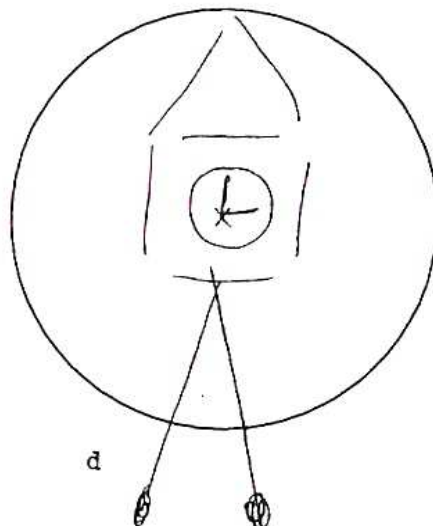
a



b



c



d

Test hodin :

a – vstupní zadání

b, c, d – příklady nesprávných odpovědí

## PŘÍLOHA P X: GDS

### Stupnice celkové deteriorace (GDS, Global Deterioration Scale)

#### 1. Bez postižení kognitivních funkcí

Žádné stížnosti na paměť. V průběhu pohovoru paměťové poruchy zřejmě nejsou.

#### 2. Počínající postižení kognitivních funkcí

Pacient si stěžuje na poruchy paměti zejména v následujících směrech:

- a) zapomíná, kam odložil běžně užívané předměty,
- b) zapomíná jména lidí, které znal.

V průběhu pohovoru nejsou poruchy paměti zřejmé. V osobním ani profesionálním životě nejsou nápadné poruchy. Pacientovy obavy jsou úměrné míře poškození.

#### 3. Lehké postižení kognitivních funkcí

Objeví se zřejmé funkční poruchy, a to ve více než jedné z následujících domén:

- a) jakmile se nemocný nalézá v místě, které do té doby neznal, bývá zmatený,
- b) spolupracovníci si všimají poklesu výkonu,
- c) lidé, kteří jsou nemocnému blízcí, si povšimnou poruchy paměti pro jména a obtíží při hledání slov,
- d) z předneseného textu nebo knihy pacient retinuje poměrně málo podrobností,
- e) pacient si špatně pamatuje jména lidí, s nimiž se poprvé setkal,
- f) pacient ztrácí cenné předměty, popř. zapomíná, kam je uložil,
- g) v průběhu klinického testování je zřejmá porucha soustředění. Jasně doklady poruchy paměti se objeví až při cíleném vyšetření. Úroveň výkonu v náročných povoláních a složitějších sociálních povinnostech klesá. Pacient někdy dokáže své paměťové poruchy zapírat. Příznaky často doprovází lehká nebo zřejmá úzkost.

#### 4. Středně těžké postižení kognitivních funkcí

Při pozorném vyšetřování jsou zřejmé jasné poruchy v následujících doménách:

- a) povědomí o současném a minulém dění se zužuje,
- b) v anamnestickém vyprávění se objevují paměťové poruchy,
- c) poruchy soustředění při počítání z hlavy (např. postupném odečítání),
- d) poruchy v každodenní péči o sebe sama, např. při zacházení s penězi.

Často se začnou objevovat poruchy v následujících oblastech:

- a) orientace v čase a orientace v prostoru,
- b) znovupoznávání známých lidí a osob,
- c) dezorientace ve známém prostředí.

Projeví se neschopnost výkonu složitějších činností. Převažující obranný mechanismus je zapírání deficitů. Oplošťuje se afekt a pacienti opouštějí náročné závazky.

#### 5. Pokročilé postižení kognitivních funkcí

Bez jistého stupně pomoci není pacient schopen samostatného života. V průběhu vyšetření si důležitější praktické životní skutečnosti, s nimiž přicházel často do styku, nevybavuje, např. vlastní adresu nebo telefonní číslo, jména rodinných příslušníků (např. vnoučat), názvy škol, které navštěvoval. Častá je dezorientace v čase (datum, den v týdnu, roční doba atd.) nebo v místě. Pacient s vyšším stupněm školního vzdělání začne mít obtíže s odečítáním, v jehož průběhu je zapotřebí většího počtu kroků. Nemocní v tomto stadiu si však pamatují důležitější zkušenosti jak ze života vlastního, tak svých bližních. Pamatují si vlastní jméno, i jméno svého životního partnera a dětí. K cestě na toaletu ani při jídle nepotřebují pomoc, s výběrem vhodného šatstva však mohou mít obtíže.



## **6. Těžké postižení kognitivních funkcí**

Pacienti si přestávají vybavovat jméno svého manželského partnera, přestože jsou na něm zcela závislí. O aktuálních událostech a důležitých okamžicích svého života už nevědí téměř nic. Ve vzpomínkách na proběhlý život jsou mezery. Povědomí o okolí, roku, roční době ap. se ztratilo. Přičítání a odečítání od deseti dělá obtíže. Při každodenní péči potřebují pomoc. Mohou být inkontinentní. Potřebují pomoc při pohybu. Přesto se někdy dokáží vypravit na místa, která znali. Rytmus bdění a spánku bývá narušen. Své vlastní jméno si však nemocní pamatují. Lidi, které znali, stále ještě rozlišují od lidí cizích. Objevují se změny osobnosti a nálady, např.:

- a) bludy, pacienti např. svého manželského partnera obviňují, že je podvádí, mluví s imaginárními bytostmi ve svém okolí nebo s vlastním odrazem v zrcadle,
- b) nutkavé jevy, např. nutkavé čištění předmětů,
- c) úzkost, neklid, útočné chování vůči neznámým jevům,
- d) abulie, neschopnost rozhodnout se k jakémukoli činu.

## **7. Velmi těžké postižení kognitivních funkcí**

Postupně vyhasnou všechny řečové funkce. V dalším vývoji pacient vydává jen zvuky. Objevuje se inkontinence moči; umývání a jídlo jsou možné jen s pomocí. Zaniká i hybnost, pacienti jsou neschopni chůze.



# **PŘÍLOHA XI: EVROPSKÁ CHARTA PACIENTŮ POSTÍŽENÝCH DEMENCÍ A TĚCH, KTEŘÍ O NĚ PEČUJÍ – DEKLARACE ALZHEIMER EUROPE**

## **1. Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují:**

- správnou a včasnou diagnózu
- dostatek informací a porozumění
- zdravotní a sociální služby

Mají právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a co nejlepší v jejich zemi dostupné zdravotní i sociální služby

## **2. Pečovatelé a rodinní příslušníci potřebují:**

- informace a porozumění
- společenské ocenění jejich unikátní role a jejího významu pro poskytování péče
- respektování jejich vlastních potřeb
- dostupnost zdravotnických a sociálních služeb
- finanční pomoc

Pečovatelé a rodinní příslušníci jsou klíčovým článkem v péči o pacienty postižené demencí. Mají proto právo na to, aby jejich role byla respektována a společensky oceněna, aby jejich názor byl respektován při rozhodování a zajišťování další péče a služeb.

## **3. Lidé s demencí potřebují spektrum zdravotnických a sociálních služeb, a to zejména**

- včasné a přesné stanovení diagnózy a odstranění léčitelných onemocnění či příznaků
- dostupnost běžné medikamentózní terapie
- dostupnost specializované neurologické a psychiatrické péče
- denní centra a domácí péči
- respitní péči pro rodinné pečovatele
- citlivou a správnou péči o umírající

## **4. Systém sociální péče a sociálního zabezpečení v každé evropské zemi by měl garantovat**

- uznání finančních nákladů spojených s péčí o pacienty postižené demencí, které vynakládá sám postižený i jeho rodina
- informace a nediskriminovaný přístup k sociálním výhodám pro zdravotně postižené, které jsou dostupné v jejich zemi
- finanční podporu pro mladší nemocné postižené demencí a jejich rodiny
- přiměřenou finanční podporu pro rodinné pečovatele

## **5. Zvýšení informovanosti a vzdělání jsou základem pro lepší péči o pacienty postižené demencí**

- Je nutné zlepšit informovanost široké veřejnosti – to je základem pro porozumění této problematice a pro odstranění předsudků a diskriminace

- Je třeba zajistit dostatek informací pro rodinné pečující
- Je třeba zajistit komplexní edukační programy o problematice demencí pro lékaře a ostatní zdravotnické profesionály
- Je třeba vypracovat vzdělávací a výcvikové programy pro ošetřující personál a zdravotní sestry.

**6. Výzkum o biologických, klinických a psychosociálních aspektech demencí je zásadní podmínkou pro zlepšení péče a léčení a konečně i jedinou možnou cestou k nalezení kauzálního léku.**

- Výzkumné priority by se měly zaměřit dle potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin
- Výzkumné programy by měly respektovat pacienty postižené demencí a jejich rodinné příslušníky jako aktivní účastníky
- Výzkum musí být založen na etických zásadách a zejména respektovat důležitost souhlasu
- Výzkum by měl být vždy zaměřen na praktické výstupy

**7. Evropská alzheimerovská asociace a její členové chtějí výše uvedených cílů dosáhnout následujícími cestami:**

- Spolupráci s profesionály v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb
- Prosazováním potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v kontaktu s národními vládami a parlamenty
- Prosazování potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v rámci Evropské Komise a Evropského Parlamentu
- Podporou výzkumu, prosazováním nových strategií, rozšiřováním informací i zkušeností z praxe
- Podporou rodinných pečovatелů, podporou mezigenerační solidarity
- Spolupráci ke zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti.

## **P XII: CHARTA PRÁV PACIENTŮ S ACH A JINÝMI FORMAMI DEMENCE**

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlázení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

## **P XIII: DOTAZNÍK**

### **DOTAZNÍK**

Vážený respondente,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Tímto dotazníkem bych Vás ráda oslovila a požádala Vás o jeho vyplnění. Dotazník, je zaměřen na informovanost veřejnosti o lidech s Alzheimerovou chorobou, je zcela anonymní, proto Vás prosím o pravdivé vyplnění údajů. Samotné údaje Vámi poskytnuté budou využity ke zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je formulován tak, že v každé otázce, která má několik možností výběru je jen jedna správná odpověď, některé otázky mají volnost odpovědi, zde prosím napište svůj názor. V několika otázkách jsou i podotázky, zde se řiďte prosím pokyny, které jsou u nich napsány.

Předem děkuji za vyplnění

Monika Ondrůšková

#### **1. Pohlaví**

- žena
- muž

#### **2. Kolik je Vám let?**

- 18 – 45 let
- 46 – 64 let
- 65 – 80 let

#### **3. Kde bydlíte?**

- na vesnici
- v rodinném domku

- v paneláku, bytové jednotce
- ve městě
- v rodinném domku
- v paneláku, bytové jednotce

**4. Setkali jste se někdy s pojmem Alzheimerova choroba, pokud ano, prosím napište co o ní víte?**

**5. Je to onemocnění, které nejvíce postihuje?**

- mozek
- smyslové orgány (oko, ucho, ...)
- citlivost

**6. Kterou věkovou skupinu si myslíte, že toto onemocnění postihuje nejvíce?**

- děti předškolního věku do 6 let
- děti školního věku do 15 let
- dospělé osoby nad 30 let
- starší osoby nad 65 let

**7. Jaký si myslíte, že je hlavní příznak této nemoci?**

- člověk začíná špatně vidět
- člověk začíná ztrácet citlivost v končetinách
- člověk začíná pomalu zapomínat běžné věci, jména rodinných příslušníků

**8. Myslíte si, že se toto onemocnění dá definitivně vyléčit?**

- ano
- ne
- nevím

- nepřemýšlel (a) jsem o tom

**9. Myslíte si, že může být Alzheimerova choroba dědičné onemocnění?**

- ano
- ne
- nevím
- nepřemýšlel (a) jsem o tom

**10. Myslíte si, že člověk po diagnostice (určení) choroby se může dožít vysokého věku?**

- ano
- ne
- nevím
- nepřemýšlel (a) jsem o tom

**11. Znáte někoho, kdo trpí tímto onemocněním?**

- ano
- ne
- nevím

- **pokud jste odpověděli ANO, prosím odpovězte na níže položenou otázku, pokud jste odpověděli NE, odpovězte prosím dále na ot. č.12**

**Kde jste se s tímto člověkem seznámil (a) ?**

- v jeho domácím prostředí
  - v nemocnici
  - v domově důchodců
  - jinde ( prosím uveďte kde)
- 

**12. Žijete ve svém domě, byť se starší osobou ve věku nad 60 let?**

- ano
- ne

- **pokud jste odpověděli ANO, odpovězte prosím na níže položenou otázku, pokud jste odpověděli NE, prosím pokračujte ot. č. 13**

**Pečujete o tuto osobu?**

- ano
- ne

**13. Každý člověk má své práva, myslíte si, že člověk s Alzheimerovou chorobou je také má?**

- ano
- ne
- nevím
- nepřemýšlel (a) jsem o tom

- **pokud jste odpověděli ANO, odpovězte prosím na níže položenou otázku, pokud jste odpověděli NE, prosím pokračujte ot. č. 14**

**Napište některá práva, která podle Vás tito lidé mají.**

**14. Myslíte si, že člověk s tímto onemocněním může žít v rodinném prostředí?**

- ano
- ne
- nevím
- nepřemýšlel (a) jsem o tom

- **pokud jste odpověděli ANO, odpovězte prosím na níže položenou otázku, pokud jste odpověděli NE prosím pokračujte ot. č. 15**

**Za jakých podmínek si myslíte, že se dá pečovat o klienta s tímto onemocněním v domácím prostředí?**

**15. Myslíte si, že se dá procvičováním paměti ( hraním her ) ovlivnit průběh onemocnění?**

- ano
- ne
- nevím
- nepřemýšlela jsem o tom

**16. Kdybyste vy sami trpěli tímto onemocněním, kde byste chtěli žít?**

- doma – v rodinném prostředí
- v domově důchodců/ pro seniory
- na psychiatrickém oddělení
- centra pro klienty s Alzheimerovou nemocí
- jinde ( prosím uveďte kde)

**17. Jaké má podle Vás výhody péče v domácím prostředí?**

**18. Kdybyste pečoval (a) o člena rodiny postiženého tímto onemocněním, co by bylo podle Vás nejtěžší?**



**19. Jakou potřebují podle Vás pomoc rodiny, které pečují o svého blízkého s Alzheimerovou chorobou?**

**20. Co si představujete pod pojmem stacionář?**

**21. Pokud by tito nemocní bydleli sami – hrozí jim nebezpečí? Pokud ano, tak jaké?**

**22. Kde si myslíte, že se dají získat informace o této chorobě, péče o lidi s tímto onemocněním?**

**23. Setkali jste se někdy s názvem ČALS ( Česká alzheimerova společnost )?**

- ano
- ne
- nevím

- ***pokud jste odpověděli ANO, odpovězte prosím na níže položenou otázku***

**Čím si myslíte, že se tato společnost zabývá?**