

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Bc. Anna Janošová

Zdravotní politika v primární prevenci demence

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Machaczka, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 3. května 2023

Bc. Anna Janošová

Děkuji Mgr. Ondřeji Machaczkovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji také Mgr. Martině Kovalové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Název práce v ČJ: Zdravotní politika v primární prevenci demence

Název práce v AJ: Health policy in primary prevention of dementia

Datum zadání: 2022–01–31

Datum odevzdání: 2023–05–03

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví

Autor práce: Bc. Janošová Anna

Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Machaczka, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Demence je celosvětově se vyskytující nevyлéčitelné onemocnění, jehož prevalence neustále narůstá. Ačkoliv postihuje především osoby ve vyšším věku, není normální součástí stárnutí a její rozvoj lze ovlivnit již pomocí primární prevence, pro kterou je třeba znát rizikové faktory onemocnění. Na šíření povědomí o možné prevenci by se měla zásadně podílet zdravotní politika státu se svými plány a strategiemi.

Výzkumná část této práce se zaměřuje na psychosociální rizikové faktory demence. Byla zjišťována statistická významnost jednotlivých vybraných psychosociálních faktorů v porovnávaných skupinách ve vztahu k demenci a byly analyzovány plány zdravotní politiky WHO a ČR v souvislosti se zaměřením na vybrané rizikové faktory v rámci primární prevence demence. Pro určení statistické významnosti byla použita data týkající se psychosociálních rizikových faktorů získaná na základě epidemiologického dotazníku. Respondenti byli zařazeni dle výsledků neuropsychologických testů MoCA a MMSE do skupiny případů (283) a skupiny kontrol (760), v celkovém počtu 1043 respondentů. Analýza programů zdravotní politiky pro oblast demence byla provedena na základě veřejně dostupných dokumentů WHO a MZ ČR.

Na základě statistické analýzy dat byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinou případů a skupinou kontrol u všech socioekonomických faktorů (vzdělání,

zaměstnání i rodinného stavu), stejně jako u všech zkoumaných aktivit (čtení, luštění křížovek i návštěvy kultury) a intenzity pohybové aktivity. U druhu pohybové aktivity (individuální pohyb či kolektivní – ve společnosti) se statistická významnost neprokázala. Při analýze zdravotních strategií bylo zjištěno, že WHO se psychosociálními rizikovými faktorům a preventivním přístupům ve svých plánech věnuje obsáhle. ČR zatím konkrétní návrhy či opatření v souvislosti s psychosociálními RF a možnostmi prevence stanoveny nemá.

V souvislosti s rozšiřující se problematikou demence narůstá také důležitost a významnost primární prevence. Výsledky této práce by mohly představovat impuls pro oblast výzkumu ve smyslu zaměření se na psychosociální rizikové faktory a pro programy zdravotní politiky ČR ve smyslu tvorby koncepce pro prevenci demence na základě výsledků těchto výzkumů.

Abstrakt v AJ:

Dementia is a occurring worldwide incurable disease which prevalence is constantly increasing. Although it mainly affects the elderly, it is not a normal part of aging and its development can be influenced by primary prevention, for which it is necessary to know the risk factors of the disease. National health policy, with its plans and strategies should play a major role in raising awareness of possible prevention.

The research part of this thesis focuses on psychosocial risk factors for dementia. The statistical significance of individual selected psychosocial factors in the compared groups in relation to dementia was investigated and the WHO and Czech health policy plans were analysed in relation to the focus on selected risk factors within the primary prevention of dementia. Data related to psychosocial risk factors obtained from the epidemiological questionnaire were used to determine statistical significance. According to the results of the neuropsychological tests MoCA and MMSE, the respondents were classified into a group of cases (283) and a group of controls (760), in a total number of 1043 respondents. The analysis of health policy programs for the area of dementia was carried out on the basis of publicly available WHO and MZ ČR documents.

Statistical analysis of the data revealed a statistically significant difference between the case group and the control group for all socioeconomic factors (education, employment and marital status), as well as for all investigated activities (reading, crossword puzzles and cultural visits) and intensity of physical activity. No statistical significance was demonstrated for the type of physical activity (individual movement or collective – in society). In the

analysis of health strategies, it was found that the WHO addresses psychosocial risk factors and preventive approaches extensively in its plans. The Czech Republic has not yet established specific proposals or measures in relation to psychosocial RF and prevention options.

In the context of the growing problem of dementia, the importance of primary prevention is also increasing. The results of this thesis could be an impulse for the research field in terms of focusing on psychosocial risk factors and for health policy programs in the Czech Republic in terms of developing a concept for dementia prevention basen on the results of these researches.

Klíčová slova v ČJ: demence, zdravotní politika, strategie, prevence, primární prevence, psychosociální rizikové faktory, rizikové faktory

Klíčová slova v AJ: dementia, health policy, strategy, prevention, primary prevention, psychosocial risk factors, risk factors

Rozsah: 71/2

Obsah

Úvod.....	9
1 Zdravotní politika	10
1.1 Aktéři a nástroje zdravotní politiky.....	11
1.2 Cíle zdravotní politiky v ČR	12
1.3 Komplexní programy zdravotní politiky v ČR	12
2 Demence	16
2.1 Výskyt demence	16
2.2 Stádia demence.....	17
2.3 Typy demence	18
2.4 Rizikové faktory demence.....	19
2.4.1 Psychosociální rizikové faktory.....	20
2.4.2 Ostatní rizikové faktory	22
3 Zdravotně–politický kontext demence	24
3.1 Péče o pacienty.....	24
3.2 Ekonomická stránka demence.....	25
3.3 Strategie v problematice demence.....	25
3.3.1 Globální akční plán WHO	26
3.3.2 Strategie ČR v problematice demence.....	27
4 Prevence demence	30
4.1 Primární prevence	31
5 Výzkumná část	33
5.1 Výzkumné cíle a hypotézy	33
5.2 Metodika výzkumu.....	34
5.2.1 Charakteristika souboru	34
5.2.2 Postup zpracování dat	34
5.2.3 Realizace výzkumu	35
5.2.4 Metody zpracování dat.....	35
5.3 Výsledky.....	36

6	Diskuze	50
	Závěr	57
	Referenční seznam	58
	Seznam zkratek	65
	Seznam tabulek	66
	Seznam obrázků	67
	Seznam příloh	68

Úvod

Demence je závažné neurokognitivní onemocnění. Jedná se o soubor symptomů, které se týkají chování, jednání, paměti, uvažování a sociálních dovedností, které vzhledem k jejich závažnosti omezují autonomii a každodenní život člověka. WHO k roku 2020 uvádí, že počet osob s diagnostikovanou demencí (Alzheimerova choroba a další) je celosvětově více než 55 milionů. Vzhledem k faktu, že populace stárne, počet případů demence roste (Gauthier et al., 2021, s. 26–29).

Demence ale není normální součástí stárnutí, možnost snížení rizika rozvoje onemocnění existuje. Informace o důležitosti prevence demence však nejsou dostatečně známy ve společnosti. Téměř 80 % obyvatel se obává, že se u nich demence rozvine, přičemž čtvrtina obyvatel má za to, že neexistují možnosti prevence. Je tedy potřeba o možnostech snížení rizika rozvoje tohoto onemocnění šířit povědomí (WHO, 2019, s. 11–12).

Riziko rozvoje demence lze mimo jiné ovlivnit modifikovatelnými rizikovými faktory. Pod ty spadají faktory životního stylu, vaskulární faktory, některá chronická onemocnění a také faktory psychosociální (Godbee et al., 2022, s. 790). Ty lze ovlivnit pomocí prevence např. na základě změn životního stylu, podpory sociálních interakcí a podpory kognitivních funkcí (Horstkötter, Deckers a Köhler, 2021, s. 468).

Nejefektivnějším nástrojem zprostředkujícím šíření povědomí o demenci a možnostech snižování rizika je zdravotní politika ve smyslu tvorby strategií, plánů a šíření povědomí o této problematice (ADI, 2022, s. 39). Samotnou zdravotní politikou se rozumí souhrn činností, které jsou zaměřeny na udržování, podporu a zlepšování zdraví obyvatel. Činnosti by se měly orientovat na zlepšení životního stylu a životních podmínek, monitorovat determinanty zdraví, motivovat k zájmu o zdraví, umožnit obyvatelům se podílet na tvorbě zdravotní politiky a všechny postupy vytvářet na základě kvalitního výzkumu (Ivanová et al., 2018, s. 58–59). Stárnutí populace a s tím spojený nárůst počtu případů demence ovlivní vývoj poptávky po zdravotních službách a celkový vývoj zdravotnictví (MZ ČR, 2020, s. 48).

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku demence z pohledu primární prevence a s tím související identifikované rizikové faktory tohoto onemocnění a v návaznosti na důležitost prevence dále předkládá poznatky z oblasti zdravotní politiky se zaměřením na strategie, plány a opatření týkající se demence. Výzkumná část práce navazuje na výše zmíněné poznatky a zabývá se vlivem psychosociálních rizikových faktorů na onemocnění demence a analyzuje programy zdravotní politiky ČR a WHO z pohledu primární prevence a jejího zaměření na psychosociální rizikové faktory.

1 Zdravotní politika

Oblast zdravotnictví je v rámci celého světa, a tedy i v rámci České republiky, neodmyslitelnou složkou ekonomického koloběhu. Zdravotnictví svými ekonomickými činnostmi, jako jsou např. různorodé investice, přispívá k udržení zdraví obyvatel státu a udržuje je tak ekonomicky aktivními. Velká část těchto ekonomicky aktivních obyvatel je také v oblasti zdravotnictví sama zaměstnána. Důležitost sféry zdravotnictví je tak třeba odrazet ve formování systému zdravotnictví, financování zdravotní péče, dostupnosti služeb nebo vývoji a implementaci technologií. Těmto volbám se věnuje zdravotní politika.

Politiku lze obtížně definovat, můžeme ji však nazvat jako úmyslnou a aktivní činnost, která občanům daného státu přináší užitek. Politika představuje sjednocení různorodých názorů do jediného stanoviska a jeho následnou implementaci. Složkou politiky státu je právě také politika zdravotní. I její definice se liší, zejména z pohledu jednotlivých aktérů zasahujících do zdravotní politiky, společnými východisky jsou však zlepšování zdravotního stavu a multidisciplinární přístup (Zlámal et al., 2018, s. 77–78). Zdravotní politiku lze např. chápat jako soubor aktivních politických činností a jednání, které ovlivňují zdraví obyvatel a jejíž součástí je také počínání veřejnosti i jedinců. Zaměřuje se tak na zdraví nejen z hlediska poskytování zdravotní péče, ale také z hlediska socioekonomického a environmentálního prostředí (Gladkij a Strnad, 2002, s. 7).

Součástí tvorby zdravotní politiky v ČR je jasné stanovení priorit a cílů zdravotní péče a formulace strategie, pomocí které těchto cílů dosáhne. Dále zahrnuje tvorbu, realizaci a hodnocení jednotlivých programů zdravotní péče a stanovuje směr, kterým se zdravotnictví bude ubírat (Zlámal et al., 2014, s. 68). Prvotním krokem je identifikace problematiky, kterou se má zdravotní politika zabývat. Aby bylo možno postupy implementovat, je třeba je jasně definovat a po zavedení do praxe následně vyhodnotit. Hodnotí se jejich účinek, zdali došlo k naplnění stanovených cílů a zdali se objevují případné nežádoucí následky (Gladkij a Strnad, 2002, s. 7).

Data sloužící jako základ pro tvorbu zdravotní politiky jsou shromažďována Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který spravuje NZIS (Národní zdravotní informační systém). Skrze něj dochází ke sběru dat týkajících se zdravotního stavu obyvatel ČR a poskytování zdravotní péče. Dále spravuje národní zdravotnické registry a poskytuje data také pro výzkumné účely (Alexa et al., 2015, s. 28).

1.1 Aktéři a nástroje zdravotní politiky

Důležitým prvkem pro tvorbu a realizaci zdravotní politiky je stát a příslušné orgány. Tvoří cíle a záměry zdravotní péče, zajišťují její dostupnost a podílí se na efektivním vynakládání prostředků využívaných pro poskytování zdravotní péče (Gladkij a Strnad, 2002, s. 9). Stát zasahuje do sféry zdravotnictví prostřednictvím různých rolí. Stojí v roli zákonodárce (skrže parlament), skrže Ministerstvo financí pak v roli výběřčího daní a plátce zdravotního pojištění pro určitou skupinu obyvatel, dále v roli zřizovatele zdravotnických zařízení (Ministerstvo zdravotnictví či obrany) a v roli regulátora (Ministerstvo zdravotnictví a financí). Zajištění ochrany veřejného zdraví, realizace výzkumů ve zdravotnictví, vydávání licencí, zajišťování zdravotní péče a přístupu k péči, léčivům a technologiím v rámci prevence, diagnostiky a léčby onemocnění, dohlížení na systém zdravotního pojištění a vedení zdravotnického informačního systému – to vše jsou povinnosti ústředního správního orgánu, kterým je Ministerstvo zdravotnictví v čele s ministrem zdravotnictví (Alexa et al., 2015, s. 21). Stát by se měl snažit najít kompromis mezi ideálním a realizovatelným stavem.

Dalšími aktéry ve zdravotní politice jsou subjekty jako zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče, zájmové organizace jako např. komory, dále pacienti, politické strany, prodejci, distributoři, farmaceutické firmy a další. Postavení a skutečná moc jednotlivých aktérů se mohou značně lišit. Jsou součástí společnosti, ve které si vzájemně konkurují či naopak spolupracují.

K realizaci zdravotní politiky jsou potřeba určité nástroje. Těmi jsou oblasti legislativního systému, finančního pánování a organizace zdravotnických služeb. Legislativa v oblasti zdravotnictví se týká poskytovatelů zdravotní péče, pracovníků ve zdravotnictví, práv pacientů, oblast léčiv a jiných prostředků, organizační a správní oblasti zdravotnictví, principů financování služeb, působnosti zdravotnických korporací a ostatních oblastí jako jsou ochrana osobních údajů, výzkum aj. Oblast financování zahrnuje principy zdravotního pojištění. Poslední nástroj představuje předpokládané vlivy prostředí (změny trhu, konkurence), lidské zdroje, návaznost a spolupráci ve zdravotnictví, kompetence a další (Zlámal et al., 2018, s. 79–81). Legislativní základ zdravotní politiky je navrhován vládou parlamentu, a to prostřednictvím ministra zdravotnictví. Ten má mimo přípravu zdravotnické legislativy povinnost mít přehled o fungování zdravotnického systému a stanovení směřování a náplně zdravotní politiky (Alexa et al., 2015, s. 6–15).

1.2 Cíle zdravotní politiky v ČR

Je třeba si uvědomit, že problematika zdraví a nemoci se odvíjí nejen od jednotlivých činností jedince, ale i od jednání celé společnosti. Podmínky, ve kterých jako jedinci i společnost žijeme, jsou ovlivnitelné, stejně jako faktory, které nám determinují zdravotní stav. Lze je měnit na základě lidských tužeb a potřeb. Z tohoto důvodu můžeme onemocněním předcházet (Zlámal et al., 2014, s. 69). Z definice zdraví dle WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace), která zní „zdraví je stav plné tělesné a duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady“ (WHO, 1946, s. 1) lze chápat zdraví jako nástroj k dosažení co nejvyššího zdravotního potenciálu člověka, samo zdraví tedy není přímo cílem. Zdravotní potenciál spočívá ve schopnosti pečovat o sebe, pečovat o druhé a možnosti vést a formovat si svůj život, proto je třeba usilovat o nastavení takových podmínek, aby mohli lidé tohoto potenciálu docílit (MZ ČR, 2020, s. 7).

Česká republika je členem WHO, která má stanoveny principy a cíle, ze kterých zdravotní politika České republiky vychází. WHO má za cíl umožnit všem lidem žít jak ekonomicky, tak sociálně přínosný život, a to prostřednictvím dosažení adekvátní úrovně zdraví (Zlámal et al., 2014, s. 68–69). Obecným a hlavním cílem zdravotní politiky je tedy zlepšování zdravotní úrovně a omezení výskytu poruch zdravotního stavu obyvatel (Zlámal et al., 2018, s. 82). ČR svou zdravotní politiku orientuje na čtyři oblasti, které mají na zdraví vliv. Jsou jimi životní styl, rizikové faktory životního stylu, zdravotní péče a personální, vědeckovýzkumnou a další podporu zdraví (Zlámal et al., 2014, s. 68–69).

Pro konkrétnější stanovení cílů a implementaci zdravotní politiky je třeba si odpovědět na tři základní otázky. „Jaké je zdraví populace? Proč je zdraví takové, jaké je? Co se dá udělat pro zlepšení zdraví?“ (Zlámal et al., 2018, s. 82). Pro zodpovězení těchto otázek je třeba provést analýzu životního stylu, životního prostředí, systému zdravotnictví, dále sociálních determinant zdraví a ekonomické, sociální a podobné situace. Jako reakcí a zároveň odpovědí na třetí otázku by měla být tvorba určitých opatření ve formě konkrétních programů podpory a ochrany zdraví (Zlámal et al., 2018, s. 82).

1.3 Komplexní programy zdravotní politiky v ČR

Protože je v ČR sféra zdravotnictví v určité míře regulována státem, je třeba klást důraz na strategické řízení aby bylo možno provádět logické kroky k naplnění stanovených cílů a docílit tak udržitelnosti zdravotnického systému. Systém zdravotnictví je tedy

vymezován v mnoha vládních a strategických dokumentech, a to nejen na národní, ale také na mezinárodní úrovni (MZ ČR, 2020, s. 7).

Aby byla národní zdravotní politika účinná, je třeba stanovit široké spektrum aktivit, které jsou součástí národní zdravotní strategie. Touto strategií vytyčené cíle musí být následně naplněny pomocí stanoveného meziodvětvového národního zdravotního plánu činnosti. Pro konkrétní stanovené cíle jsou dále tvořeny soubory vzájemně spolu souvisejících aktivit, které tvoří konkrétní zdravotní program. Zdravotní programy by se měly soustředit na specifické cíle a jejich předpokládané výsledky a měly by stanovovat potřebné lidské, technologické a další materiální zdroje. Zahrnovat by měly také finanční rozplánování a měly by být termínované (Gladkij a Strnad, 2002, s. 8–9).

ČR má vytvořené programy pro několik oblastí týkajících se zdravotnictví. Obecnými strategiemi jsou plány Zdraví 2020, Zdraví 2030 a Zdraví pro všechny ve 21. století. Plány dotýkající se konkrétní problematiky jsou pak Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění, Národní onkologický plán ČR 2030, screeningové programy týkající se karcinomu prsu, děložního hrdla, plic a kolorektálního karcinomu, dále Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, Strategie rovnosti žen a mužů, Protikorupční strategie, Národní strategie elektronického zdravotnictví a další (MZ ČR; MZ ČR, 2008, s. 1).

ZDRAVÍ 21

WHO vydala dlouhodobý program „Zdraví pro všechny v 21. století“ (dále jen „ZDRAVÍ 21“), který stanovuje 21 cílů, které mají vést k ochraně a zlepšování zdraví obyvatel a omezení výskytu poruch zdraví. Snahou programu je vyrovnat rozdíly v úrovni zdraví mezi Evropskými zeměmi a také snížit odlišnosti v rámci jednotlivých států. ČR tento program rozpracovává a implementuje v rámci své národní zdravotní politiky jako „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“. Řídícím orgánem programu ZDRAVÍ 21 je Ministerstvo zdravotnictví a na realizaci programu dohlíží vláda s Radou pro zdraví a životní prostředí.

Každý cíl je termínován, specifikován a dělen na dílčí úkoly. Ty obsahují zhodnocení současného stavu, konkretizované aktivity ke splnění úkolů a dále jmenují jednotlivé ukazatele určené pro monitoraci průběhu plnění daného úkolu. Hlavní cíle programu lze charakterizovat v následujících bodech:

- solidarita a spravedlnost ve zdraví,
- lepší zdraví dětí a dospívající mládeže,
- zdravější stáří,
- podpora a ochrana duševního zdraví,
- ochrana před infekčními chorobami,
- nižší incidence chronických onemocnění,
- pokles četnosti úrazů a postižení způsobených nehodami a násilím,
- zdravý životní styl,
- omezit důsledky abúzu návykových látek (alkohol, tabák, drogy),
- bezpečnější životní prostředí (voda, ovzduší a půda) a podmínky (socioekonomické),
- podpora a ochrana zdraví ve všech resortech,
- integrovaná zdravotní péče,
- zvyšování kvality poskytované péče,
- optimalizace a zlepšení efektivity financování zdravotnictví,
- zajištění adekvátního vzdělání zdravotnických pracovníků,
- rozvoj výzkumu, komunikačního a informačního systému,
- účast všech členů společnosti na naplňování programu (občané, organizace, hnutí apod.),
- podpora a motivace k implementaci programu (MZ ČR, 2008).

ZDRAVÍ 2030

Dalším a zároveň nejaktuálnějším programem je „Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030“, který byl zadán Ministerstvem zdravotnictví České republiky a se všemi úpravami schválen Vládou ČR v roce 2020 (MZ ČR, 2020, s. 3). Tento strategický rámec navazuje na již proběhlou strategii „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“, která byla realizována v letech 2014–2020 a jež si kladla za cíl zlepšení zdravotního stavu populace skrze ochranu a podporu zdraví obyvatel a prevenci nemocí (MZ ČR, 2014, s. 10).

Zdraví 2030 se svým konceptem snaží formovat rozvoj zdravotní péče v letech 2021–2030 v ČR pomocí tří strategických cílů. Těmi jsou ochrana a zlepšení zdraví obyvatel, optimalizace zdravotnického systému a podpora vědy a výzkumu. Specifikace hlavních cílů je obsažena v sedmi specifických cílech jež jsou součástí implementačních plánů.

Cíl ochrany a zlepšení zdraví obyvatel zahrnuje rozvoj epidemiologických přístupů ke zdraví a podporu zdravého životního stylu a skrze reformu primární péče klade důraz na prevenci onemocnění. Pod optimalizací zdravotnického systému si lze představit jeho zefektivnění a snaha o udržitelnost, k čemuž přispěje mimo jiné vyřešení problematiky nedostatku personálu ve zdravotnictví, otevřený přístup k digitalizaci systému, zlepšení úhradového systému a integrace poskytované péče. Poslední cíl zahrnující podporu vědy a výzkumu se snaží o zvýšení úrovně výzkumu ve zdravotnictví v ČR na úroveň vyspělých států EU, protože výzkumné postupy svými výsledky přispívají k lepšímu zdraví populace.

Dokument Zdraví 2030 tvoří čtyři hlavní oddíly. Úvodní oddíl popisuje stanovené cíle strategie a představu budoucího vývoje. Druhou částí je analýza, která poskytuje podklady pro specifické cíle strategie. Jedná se o demografická data popisující determinanty zdraví, nemocnosti, celkového zdravotního stavu obyvatel a další. Předposlední kapitolou je návrhová část popisující specifické cíle pomocí dílčích cílů, stanovených opatření, odpovídajících indikátorů, zhodnocení současného i požadovaného (cílového) stavu, zúčastněných institucí a způsobu financování. Dokument uzavírá poslední část vysvětlující implementaci strategie a její náležitosti. Aby mohlo dojít k úspěšné implementaci strategie, je třeba aktivní spolupráce zúčastněných subjektů, dostatečné personální zabezpečení, plynulá časová návaznost procesů v průběhu realizace opatření, využívání prostředků ve vhodném pořadí, adekvátní finanční pokrytí, stabilita politické a personální situace a v neposlední řadě také analyzovat případná rizika.

Demografický vývoj obyvatelstva spočívající ve stárnutí populace přinese zásah do systému zdravotnictví. S rostoucím věkem a s přibývajícím počtem seniorů se mění také zdravotní a sociální potřeby obyvatel odrážející se v nárůstu nemocnosti a v potřebě téměř nepřetržité dlouhodobé zdravotní i sociální péče. Bude se jednat o nárůst onkologických, kardiovaskulárních a muskuloskeletálních onemocnění, o zvýšení výskytu diabetu a také o nárůst nemocnosti v oblasti neurodegenerativních onemocnění – demence, její podtypy a další. V rámci podpory vědy a výzkumu je uveden specifický cíl, který stanovuje zapojení této oblasti do sfér zdravotnictví, kterým je třeba věnovat největší pozornost. Jednou z nich je právě oblast dlouhodobé péče o pacienty a s ní souvisejícími náležitostmi (bezpečnost péče, nedostatečné personální kapacity, nepřetržitá kontrola apod.), pod kterou spadá také již zmiňovaná problematika demence (MZ ČR, 2020).

2 Demence

Demence je syndrom vznikající na podkladě onemocnění mozku, při kterém dochází k postižení několika kortikálních funkcí, jako jsou např. paměť, chápání, řeč a úsudek. Demence je většinou charakteristická svou chronickou a progredující povahou (WHO a ADI, 2012, s. 7). Při tomto onemocnění dochází ke změnám struktury mozku, jejichž následkem je ztráta neuronů a zmenšení objemu mozkové tkáně (Dening a Sandilyan, 2015, s. 38). Demence zasahuje do každodenního života nemocného a způsobuje rozpad osobnosti. Nemocní mají potíže s pamětí, z počátku krátkodobého, později i dlouhodobého charakteru, ztrácí schopnost srozumitelně hovořit, nezvládají dříve ovládané dovednosti. Jak onemocnění progreduje, objevují se i změny v jednání a chování nemocného, objevuje se agrese, může také docházet až ke zkreslenému vnímání reality ve formě halucinací či bludů (Janoutová et al., 2020b, s. 2). Nemocný ztrácí schopnost orientovat se v prostoru a schopnost se o sebe postarat, prochází změnou osobnosti. Tempo progresu onemocnění je však individuální (Mátl, Mátlová a Holmerová, 2016, s. 6). Jedná se o nevléčitelné onemocnění, dochází pouze ke zpomalení průběhu onemocnění pomocí medikací, je proto důležitá včasná diagnostika onemocnění a kvalitnější a dostupnější péče (Fenclová et al., 2020, s. 60).

2.1 Výskyt demence

V předchozích dvou stoletích byly považovány za velké zdravotní hrozby populace infekční, kardiovaskulární, metabolická a onkologická onemocnění, v tomto století se jedná o neurodegenerativní onemocnění, a tedy i demenci (Janoutová et al., 2020b, s. 2). S demencí v současnosti žije celosvětově přes 55 milionů lidí, z toho 60 % žije v zemích se středními a nízkými příjmy. Předpokládá se, že prevalence onemocnění demence bude značně růst. V roce 2050 by mělo dle predikcí žít na světě 139 milionů lidí s tímto onemocněním. Každé 3 vteřiny přibude jeden nemocný s demencí (Alzheimer's Disease International). V ČR se od devadesátých let dvacátého století prevalence demence zdvojnásobila (GCOA a ADI, 2021, s. 39). K roku 2021 žilo v ČR odhadem 161 tisíc lidí s demencí, přičemž predikce k roku 2050 uvádějí počet 280 tisíc (Česká alzheimerovská společnost, 2022). Původní odhady prevalence demence, které uvedl projekt EuroCoDe z roku 2009, se pravděpodobně nenaplnily. Studie z Alzheimer Europe 2019 totiž udává, že počet osob s demencí je zhruba o milion nižší, než studie z roku 2009 předpokládala. Tento pozitivní trend je připisován

pravděpodobně lepšímu životnímu stylu, což vede k závěru, že je reálné a vhodné snažit se riziko rozvoje demence snižovat. I přes pozitivní vývoj prevalence se však odhaduje, že počet nemocných bude k roku 2050 dvojnásobný (Česká alzheimerovská společnost, 2020). Demence je však celosvětově poddiagnostikována. U zemí s vyššími příjmy hovoříme o zhruba 50 % diagnostikovaných, u zemí s nízkými a středními příjmy se jedná jen o pouhých 10 %. Z toho vyplývá, že reálný počet případů bude značně vyšší (MZ ČR a ÚZIS, 2020).

Demence postihuje především starší populaci, nelze ji však zaměňovat za běžnou součást stárnutí. Pouze 2–10 % případů je diagnostikováno u lidí mladších 65 let, od tohoto věku dochází k významnému počtu nárůstu prevalence, a to dvojnásobně každých 5 let (WHO a ADI, 2012, s. 8).

2.2 Stádia demence

Jak je zmíněno výše, rychlost progresu onemocnění je u každého pacienta jiná, stejně jako se nemusí u všech pacientů postižených demencí projevit všechny možné příznaky onemocnění. Lze však zhruba postup onemocnění rozdělit do tří fází.

První je ranná fáze objevující se v prvních dvou letech. V tomto stádiu často dochází k záměně onemocnění s běžným stárnutím. Objevují se první náznaky ztráty paměti, dezorientace v čase a prostoru, nemocní mají obtíže s vyjadřováním a slovní zásobou. Může se objevovat ztráta zájmů, chuti do života a nemocný může procházet změnami nálad.

Druhým stádiem je střední fáze, která navazuje na první fázi a trvá do pátého roku onemocnění. Příznaky sílí a jsou jasně zaznamenatelné. Charakteristickým je významná ztráta paměti projevující se zapomínáním jmen a nedávných událostí. Orientace v čase a prostoru je velmi špatná, nemocní se často ztrácejí nejen na veřejně dostupných místech, ale také ve vlastním domově. Zhoršuje se schopnost komunikace a schopnost se o sebe postarat – je nutná pomoc s osobní hygienou, uklízením, vařením apod. Objevuje se zhoršení spánku, halucinace, bloudění, opakované dotazování a agrese.

Pro poslední, pozdní stádium, je typická kompletní odkázanost nemocného na druhého člověka. Čas a prostor nevnímají, stejně jako dění okolo nich. V osobní hygieně a stravování jsou odkázáni na asistenci, v pohybu na kolečkové křeslo či lůžko. Projevy změny osobnosti a agrese mohou být až fyzické (WHO a ADI, 2012, s. 7).

Česká Alzheimerovská společnost (ČAS) dělí ve své Strategii P–PA–IA průběh nemoci na 4 stádia – mírnou, středně pokročilou, těžkou a terminální fázi demence, a to na základě potřeb nemocných s demencí v jednotlivých stádiích nemoci. Písmeno P v názvu strategie značí podporu, psychologickou pomoc a poradenství, kterých je třeba využívat v prvním (počínajícím a mírném) stádiu demence. Pro druhé stádium demence (středně pokročilá a rozvinutá demence) je potřebná realizace programových aktivit, které jsou značena zkratkou PA. Ve fázi těžké demence jsou nemocní odkázáni na individuální asistenci – IA. Terminální stádium je dle ČAS většinou poslední rok života nemocného – prognóza se udává v měsících. Nemocný je na pomyslném psychickém i fyzickém dně a je tak potřeba především paliativní a ošetrovatelské péče, stejně jako přítomnost a podpory blízkých (Holmerová et al., 2020, s. 5–19).

2.3 Typy demence

Nejběžnějšími typy demence jsou Alzheimerova demence, vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Velmi často dochází k výskytu kombinovaných forem.

Prvním a zároveň nejčastěji se vyskytujícím typem je Alzheimerova choroba. Vyskytuje se buď samotná či v kombinaci s ostatními typy a tvoří zhruba 75 % všech případů demence (Denning a Sandilyan, 2015, s. 39). Příčinou vzniku Alzheimerovy demence je hromadění beta-amyloidu a tau proteinů v mozku, které omezují kognitivní funkce (Gauthier et al. 2021, s. 26). Lze ji dělit dle jejího vzniku na formu s časným začátkem, kterou tvoří minimum případů a na formu s pozdním začátkem, která tvoří více než 95 % (Chen, Lin a Chen, 2009, s. 754).

V pořadí druhým nejčastějším typem demence je vaskulární demence. Ta vzniká na podkladě nedostatečného prokrvení mozku, což může vést k omezení funkce neuronů a k případné destrukci mozkových buněk (Denning a Sandilyan, 2015, s. 39). Na vzniku tohoto typu demence mohou podílet stavy jako prodělání cévní mozkové příhody infarktu myokardu, přítomnost arytmií, hypertenze, diabetu, obesity a dalších (Gauthier et al. 2021, s. 26).

Demence s Lewyho tělísky se svými 10 % případů zastává po předchozích dvou typech třetí pozici. Dochází zde k nahromadění bílkoviny zvané alfa-synuklein v mozku, která se při tomto typu demence ukládá i do mozkové kůry. Jedná se o typ demence, který je svou

charakteristikou blízky Parkinsonově nemoci, jedná se např. o symptomy jako třes končetin nebo šoupavá chůze.

Frontotemporální demence je čtvrtým typem demence, který není v porovnání s výše zmíněnými tak častý a postihuje frontální a temporální mozkový lalok. Dělí se dále na podtypy na základě konkrétního místa poškození mozkové tkáně.

Na vzniku demence se mohou podílet i další onemocnění. Jedná se např. o Huntingtonovu chorobu, která je autozomálně dominantně dědičná. Až u poloviny nemocných s pokročilou Huntingtonovou chorobou bývá diagnostikována demence. Další příčinou může být kortikobazální degenerace, Creutzfeldt-Jakobova nemoc, roztroušená skleróza, idiopatický normotenzní hydrocefalus či onemocnění virem HIV (Dening a Sandilyan, 2015, s. 39–40). Také až u poloviny pacientů s Downovým syndromem je diagnostikována demence (Fenclová et al., 2020, s. 60).

2.4 Rizikové faktory demence

Rizikové faktory jsou faktory, které mohou podpořit vznik daného onemocnění, nejsou však podmínkou vzniku (Dening a Sandilyan, 2015, s. 40). Vzhledem k rostoucí incidenci tohoto onemocnění je třeba rizikové faktory znát, aby bylo možno učinit kroky v rámci prevence (Chen, Lin a Chen, 2009, s. 754). Rizikové faktory lze rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou ovlivnitelné, které lze pomocí zlepšení životního stylu a případnou medikací ovlivnit. Patří zde kouření, příjem alkoholu, diabetes, obezita, nedostatek pohybu, hypertenze a další. Neovlivnitelné faktory však ovlivnit nelze, zahrnují věk a pohlaví, genetické faktory a rodinnou anamnézu. Existují i další, méně závažné faktory, pod které spadá např. anestezie, hmotnost dítěte po porodu, vývoj mozku, těžké stavy po operacích, insuficientní spánek či velikost lebky. Určité riziko představují také úrazy hlavy či poškození mozku, zejména u opakovaných stavů (Fenclová et al., 2020, s. 59–62). Rizikové faktory lze také dle jejich charakteru dělit do několika kategorií. První jsou vaskulární faktory (obezita, kardiovaskulární onemocnění, DM, hypertenze, hypercholesterolemie, kouření, abúzus alkoholu a další), dále jsou to genetické faktory (přítomnost určitých genů), jako třetí psychosociální faktory (nízká socioekonomická úroveň, nižší vzdělání, nedostatečná fyzická aktivita, sociální izolace, nedostatečný duševní rozvoj) a nakonec faktory vývojové, psychické (deprese) infekční (např. herpes viry a chlamydie), úrazové (poranění mozku) a spánkový

deficit (Janoutová et al., 2020a, s. 29). Dále podrobněji k vybraným uvedeným rizikovým faktorům demence se zaměřením na faktory psychosociální.

2.4.1 Psychosociální rizikové faktory

Vzdělání a zaměstnání

Na základě výzkumů lze říci, že existuje vztah mezi zvýšeným výskytem demence a lidmi s nižším vzděláním. Lidé s vyšším vzděláním mívají větší tzv. nervovou rezervu oproti lidem s nižším vzděláním, dokud tedy nedojde k vážnějšímu poškození mozku, je jeho funkce zachována (Dening a Sandilyan, 2015, s. 43). Nervovou, nebo taky kognitivní rezervou, se rozumí složitější propojení či větší účinnost neuronů. Tato síť neuronů v případě, že se v mozku vyskytne patologie typická pro demenci, zvládne tyto patologie kompenzovat. Lidé s vyšším vzděláním také mohou být otevřenější a aktivnější v přístupech k podpoře inteligence, a to v průběhu celého života (ADI, 2014, s. 17).

Nižší úroveň vzdělání ale nemusí být přímým rizikovým faktorem, ke vzdělání se totiž také pojí odpovídající socioekonomické podmínky, zapojování kognitivních funkcí a styl života (Fenclová et al., 2020, s. 63). Lidé s vyšším vzděláním mívají vyšší socio-ekonomický status a ke způsobu života zastávají zdravější přístup, vystavují se tak menšímu množství toxinů, mívají přístup ke kvalitnější zdravotní péči a mohou tak být vystaveni menšímu riziku cerebrálních onemocnění, jako je např. cévní mozková příhoda, která také představuje určité riziko vzniku demence (jak je uvedeno níže v kapitole „vaskulární faktory“). Vzdělání lze také vnímat jako určitý indikátor inteligence, která může mít souvislost s dalšími environmentálními či genetickými faktory. Vzdělání a zaměstnání spolu úzce souvisí, přičemž vyšší dosažená profesní kvalifikace byla taky uvedena jako potenciálně protektivní faktor. Mechanismů protektivního působení se předpokládá více, může jít o dlouhodobé budování kognitivní rezervy, podporu kognitivních funkcí mentálním rozvojem či souvislostí s vyšší socioekonomickou úrovní jedince (jako tomu je u vzdělání) (ADI, 2014, s. 17–18).

Duševní aktivita a zájmy

Výskyt demence byl zjištěn v nižší míře u pacientů, kteří se věnují svým zájmům a dochází tak k duševnímu rozvoji. Může jít o luštění křížovek či sudoku, čtení knih či práce na zahradě. Obdobně je tomu u lidí, kteří tráví čas ve společnosti a navštěvují např. kulturní akce či jsou součástí nějaké sociální skupiny (Fenclová et al., 2020, s. 63). Mechanismem

působení může být stimulace mozku (při aktivitách sociálního a intelektuálního charakteru) s výsledkem efektivnějšího využívání spletej neuronů. Ke snížení rizika může docházet také díky snižování hladiny stresu, jež také představuje rizikový faktor demence (Hlaváčová, 2022, s. 30).

Ke snížení rizika demence je třeba posilovat kognitivní funkce, k čemuž právě zmíněný aktivní sociální život spočívající v pravidelném sociálním kontaktu s okolním světem, napomáhá. Zdali však z hlediska rizika vzniku demence hraje nějakou roli velikost sociální skupiny či spokojenost jedince v její společnosti, není zcela jasné (Hussenoeder a Riedel-Heller, 2018, s. 1290). Určitou roli hraje také rodinný stav a zaměstnání, ovdovělí pacienti a pacienti odcházející do důchodu mohou tyto události vnímat negativně a sociálně se distancovat, což vede k úpadku kognitivních funkcí (Fenclová et al., 2020, s. 63).

Pohybová aktivita

Studie, mezi které patří např. kohortové studie zkoumající vliv fyzické aktivity u starších lidí či metaanalýza o 30 randomizovaných studiích, potvrzují určitý protektivní efekt pohybové aktivity na kognitivní funkce a snížení pravděpodobnosti kognitivního úpadku. V důsledku pohybu dochází také ke snížení rizika vaskulárních onemocnění, snížení hladiny zánětlivých markerů, snížení pravděpodobnosti obezity a celkově lepší fyzické a psychické kondice, což může být důvodem jeho protektivního vlivu (Chen, Lin a Chen, 2009, s. 756–757). Může se jednat i o nízko-zátěžové aktivity, jako je chůze. Pohyb u starších lidí je však doprovázen komplikacemi v podobě bolestí či jiných postižení muskuloskeletálního systému, které jsou často příčinou nízké fyzické aktivity pacienta (Fenclová et al., 2020, s. 63). Součástí pohybové aktivity, kterou většina lidí praktikuje v rámci svého volného času, bývá často sociální interakce, která také hraje v otázce vzniku demence určitou roli (viz „duševní aktivita a zájmy“) (ADI, 2014, s. 52). Až 3 % osob, kterým byla diagnostikována demence, by demencí onemocnět nemusela, pokud by u nich došlo ke zvýšení pohybové aktivity. Kromě samotného protektivního účinku pohybu dochází jeho vlivem také ke zlepšení psychologických symptomů demence u jedinců s již diagnostikovaným onemocněním (Hlaváčová, 2022, s. 30).

2.4.2 Ostatní rizikové faktory

Věk a pohlaví

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů vzniku demence je věk, protože riziko vzniku s věkem stoupá. Od 65 do 85 let se jak incidence tak prevalence demence co 5 let dvojnásobně zvyšuje.

Pohlaví

Alzheimerovou chorobou trpí více ženy než muži, u vaskulární demence je tomu však naopak (Denning, Sandilyan, 2015, s. 40). Rozdílnost výskytu onemocnění může být způsobena jednak úmrtím mužů v mladším věku ale také protektivním vlivem hormonu estrogeneru u žen před menopauzou (Chen, Lin a Chen, 2009, s. 756).

Vaskulární faktory

Mezi vaskulární faktory, které mohou ovlivnit vznik demence patří hypertenze a diabetes mellitus (Denning a Sandilyan, 2015, s. 43). Oba stavy jsou považovány za jedny z nejvýznamnějších rizikových faktorů a dochází při nich k rozvoji kognitivního defektu. Významným vaskulárním rizikem je také hypercholesterolemie.

Vaskulární faktory představují i přenesené riziko vzniku demence, jsou totiž podkladem pro vznik cévní mozkové příhody či jiných kardiovaskulárních onemocnění, která sama o sobě znamenají zvýšené riziko vzniku demence.

Dalším vaskulárním faktorem, který má vliv na rozvoj demence v důsledku degenerace neuronů, je obezita. Při porovnání pacientů s normální hmotností (stanovenou na základě BMI) s obézními pacienty a s pacienty s nadváhou se prokázalo, že obě zkoumané skupiny jsou vystaveny většímu riziku vzniku demence (lidé s nadváhou o 35 %, obézní o 74 %).

Faktory životního stylu

Kouření představuje riziko pro širokou škálu onemocnění, včetně demence. Většina studií se shoduje, že aktivní kuřáci jsou vystaveni vyššímu riziku vzniku tohoto onemocnění.

Zamezení kouření je důležitým krokem, protože riziko vzniku demence u exkuřáků je v porovnání s kuřáky menší (Fenclová et al., 2020, s. 61–62).

Dalším rizikovým faktorem je alkohol. Dlouhodobý a nadměrný příjem alkoholu způsobuje cévní změny v mozku, které mohou vést ke vzniku vaskulární demence (Dening a Sandilyan, 2015, s. 43). Některé studie prokazují protektivní vliv alkoholu při rozumných dávkách, jiné zase předkládají negativní dopad alkoholu na kognitivní funkce i při konzumaci malého množství (Fenclová et al., 2020, s. 62).

Genetické faktory

Přes 20 genů způsobuje větší náchylnost člověka ke vzniku demence (Dening a Sandilyan, 2015, s. 41). Největším rizikem je však APOE gen, a to pro Alzheimerovy demence s pozdním začátkem, u formy s časným začátkem hrají roli geny APP, presenilin 1 a presenilin 2 (Chen, Lin a Chen, 2009, s. 755).

Deprese

Zdali je přímá souvislost mezi vznikem demence a depresí není zcela jasné, avšak lidé prožívající deprese jsou náchylnější k zapomínání a lidé vyléčení z depresí mají zvýšené riziko vzniku demence (Dening a Sandilyan, 2015, s. 42). Osoby, které trpí depresemi a netrpí onemocněním demence, jsou vystavení dvakrát vyššímu riziku kognitivního úpadku. Mezi Alzheimerovou nemocí a depresí jsou také shodné určité neuropatologie (Fenclová et al., 2020, s. 63).

3 Zdravotně–politický kontext demence

Stárnutí populace s sebou nese zvyšující se prevalenci demence, která má čím dál větší dopad na společnost (GCOA a ADI, 2021, s. 4). Vzhledem k povaze onemocnění demence a jejímu individuálnímu i celospolečenskému vlivu je třeba zohledňovat toto onemocnění také na politické úrovni v rámci plánů, programů a strategií. Demencí se zabývá WHO a Organizace pro ekonomickou spolupráci a také mnohé instituce EU (Mátl, Mátlová a Holmerová, 2016, s. 33). S problematikou demence počítá ve svých strategiích mnoho zemí Evropy (Janoutová et al., 2020b, s. 2). WHO by chtěla do roku 2025 docílit situace, kdy 75 % zemí (146 ze 194 zemí) bude mít vytvořené strategie či plány na národní úrovni, a to buď samostatné či integrované do jiných plánů. Národní plány zaměřující se na demenci jsou jedním z nejlepších nástrojů, které vláda státu může využít pro vypořádání se s touto problematikou.

Podpora jednotlivců k individuální snaze o snižování rizika demence (zejména těch, kteří se řadí do skupiny jedinců se zvýšeným rizikem) je běžná, na celkovém zlepšení zdravotního stavu celé populace má však jen malý podíl. Prvním z důvodů je fakt, že počet lidí se zvýšeným rizikem, je relativně malý a tak i jejich příspěvek do celkového počtu lidí s demencí je výrazně menší, než je tomu u lidí s mírným či žádným rizikem. Druhým důvodem je náročnější individuální udržení zdravého životního stylu, protože je k naplnění tohoto cíle třeba určitých zdrojů, které nejsou všem stejně k dispozici. Je tak třeba zastávat populační přístupy a apelovat na zdravý životní styl, lepší socioekonomické prostředí a jiné determinanty zdraví (ADI, 2022, s. 17–40).

3.1 Péče o pacienty

Poskytování péče pacientům, kteří trpí demencí, je obtížné. Náročnost péče bývá často neúnosná pro blízké osoby, které se o pacienty starají, zejména o pacienty v pozdním stádiu demence. Běžně se jedná o rodinné příslušníky, pro které představuje péče o jejich nemocné blízké psychickou i fyzickou zátěž (Janoutová et al., 2020b, s. 3). Je odhadováno, že do roku 2030 bude o pacienty s demencí pečovat na plný úvazek přes 65 milionů lidí (GCOA a ADI, 2021, s. 4). Po přepočtu lze stanovit, že časová zátěž neformálních pečovatелů, je zhruba 8 hodin denně, u zemí s nízkými příjmy se jedná až o 12 hodin za den, u zemí s vyššími

příjmy pak 7,6 hodin denně (ADI, 2022, s. 21). Nemocní jsou z tohoto důvodu často přijímáni do zařízení sociálních služeb či hospitalizováni (Janoutová et al., 2020b, s. 3).

Poskytování zdravotní péče pro pacienty s demencí musí nabývat tři základní vlastnosti. Zdravotní plány spolu s léčebnými přístupy a potřebami péče je třeba neustále sledovat, péče by tedy měla být kontinuální. Dále je třeba v rámci léčby zastávat holistický přístup a nakládat s ním s ohledem na individualitu a specifickou každého pacienta. Mělo by také docházet k integraci napříč zdravotních a sociálních systémů, poskytovateli péče i jednotlivými úrovněmi péče (Prince et al., 2016, s. 1).

3.2 Ekonomická stránka demence

Vzhledem k náročnosti poskytované péče, potřebě léků, zdravotního materiálu a souvisejících služeb, je problematika demence vnímána i jako finančně náročná (Janoutová et al., 2020b, s. 3). Dle WHO dojde globálně k rapidnímu navýšení nákladů na demenci (z důvodu zvýšené potřeby péče), a to z 1,3 bilionů dolarů v roce 2019 na zhruba 2,8 bilionů dolarů v roce 2030 (GCOA a ADI, 2021, s. 4). Náklady na demenci lze dle České Alzheimerovské společnosti rozdělit do tří složek – náklady na neformální péči, které tvoří 45 %, dále náklady na sociální péči zastupující 40 % a poslední složkou jsou s 15 % náklady na péči zdravotní. Více než miliarda korun je v ČR ročně poskytována na péči o pacienty s demencí prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Dalším příspěvkem na péči jsou přímé výdaje, které v ČR tvoří 0,39 % HDP. Jsou k dispozici také státem zřizované nenárokové dotace (Mátl, Mátllová a Holmerová, 2016, s. 28–29). Ačkoliv více než 60 % nemocných s demencí žije v zemích s nízkými a středními příjmy, podíl nákladů je na tyto pacienty jen zhruba 25 %. Naopak podíl nákladů na neformální péči je v těchto zemích vyšší (65 % ku 44 % u zemí s vyššími příjmy) (ADI, 2022, s. 21).

3.3 Strategie v problematice demence

Vzhledem k faktu, že demence je neléčitelné onemocnění, jsou strategie zaměřující se na snižování rizika vzniku onemocnění nejefektivnějším nástrojem snížení rizika. Vlády by měly tvořit plány pro problematiku demence včetně šíření povědomí o demenci a podpory

zdravého stárnutí. Přístup k informacím o možnostech snižování rizika je důležitý a udržovat mozek ve zdravé kondici je otázkou celoživotní snahy počínající v mládí (ADI, 2022, s. 39).

Strategie se obecně zabírají informovaností o demenci, počtem nemocných, větší dostupností diagnostiky demence, zkvalitněním poskytované péče (zdravotní, sociální, dlouhodobé) a monitoringem duševního zdraví obyvatel (Mátl, Mátlová a Holmerová, 2016, s. 33). Státy musí mít vytvořeny plány, které budou stanovovat konkrétní a uskutečnitelné postupy, aby bylo možno reagovat na měnící se potřeby nemocných a lidí o ně pečujících a je nutné je stanovovat s ohledem na lidská práva nemocných, která bývají často opomínána. Měly by se opírat o sedm klíčových oblastí stanovených v Globálním akčním plánu vytvořeném WHO. Plány však nestačí pouze vytvořit, nezbytná je jejich následná implementace. Dalším úkolem vlády je zaměřit se na významnější financování programů zaměřených na demenci (GCOA a ADI, 2021, s. 4).

Je odhadováno, že na vzniku až 40 % všech případů demence mohou mít podíl ovlivnitelné rizikové faktory, které lze modifikovat na základě změn v chování a provedených opatření v oblasti veřejného zdraví. Protože velká řada rizikových faktorů, které mají na vznik demence vliv, hraje určitou roli již ve středním věku, je třeba se na tuto oblast v rámci prevence zaměřit již u mladších jedinců, dokud nedochází ke kognitivnímu úpadku. Jednou z možností je zaměření politiky na vedení a výchovu dětí k zdravějšímu životnímu stylu, na nekuřáctví, zdravé stravování, zvládání depresivních stavů, prevenci hypertenze a na podporu udržování sociálních vazeb a kognitivních funkcí (Horstkötter, Deckers a Köhler, 2021, s. 468).

3.3.1 Globální akční plán WHO

WHO v květnu roku 2017 přijala jako reakci na problematiku demence globální akční plán („Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025“). Tento plán je mezinárodním závazkem ke zlepšení životní úrovně nemocných s demencí a také lidí o ně pečujících. Zaměřuje se na integraci poskytovaných služeb, spravedlnost, dodržování lidských práv a úzce navazuje na ostatní strategie v oblasti demence, které byly WHO přijaty (WHO, 2018, s. 7). WHO bude v rámci tohoto plánu spolupracovat s členskými i nečlenskými státy, aby došlo k naplnění cílů plánu, které povedou k vytvoření společnosti, která bude zaměřena na prevenci demence a ve které bude lidem zasaženým demencí poskytnuta adekvátní pozornost a péče, aby mohli žít smysluplný, důstojný a zdravější život (WHO, 2017, foreword).

Pro naplnění plánu je třeba účinné spolupráce všech zúčastněných subjektů veřejných sektorů na vládní úrovni, jako jsou systém zdravotnictví, systém sociálních služeb, oblasti vzdělávání a zaměstnání, právní sféra a další. Dále je třeba neopomínat lidská práva pacientů s demencí, proto by zájmy politiky, programy, strategie i legislativa měly brát v úvahu potřeby a práva nemocných, stejně jako by lidé s demencí, jejich pečovatelé i zájmové organizace měli být do politiky, plánování či výzkumu více zapojováni. Je třeba tvořit strategie pro problematiku demence z hlediska prevence a péče na základě principů medicíny založené na důkazech, a to tak, aby byly zaměřené na jedince, braly v potaz principy zdraví, kulturní podmínky a aby byly finančně efektivní a udržitelné. Globální akční plán WHO stanovuje cíle na celosvětové úrovni, které mohou sloužit jako podklad pro tvorbu vnitrostátních cílů jednotlivých členských států WHO. Tyto vnitrostátní cíle členských států by měly být přizpůsobovány národním strategiím a politikám (WHO, 2017, s. 4–6).

Globální akční plán nahlíží na problematiku demence v sedmi akčních oblastech. První oblastí je nahlížení na demenci jako na prioritu veřejného zdravotnictví s cílem tvorby národních strategií, plánů či politik zaměřených na oblast demence u 75 % členských států do roku 2025. Druhou oblastí je povědomí o demenci a přátelský přístup. Cílem tak je vytvoření funkčních kampaní zaměřených na šíření povědomí o demenci, a to u všech zemí do roku 2025. Třetím zaměřením je snížení rizika vzniku demence. Další oblast je zaměřená na diagnózu, léčbu a péči v oblasti demence a klade si za cíl diagnostikovat polovinu případů demence v alespoň polovině zemí, opět do roku 2025. Pátá oblast zahrnuje podporu pro lidi pečující o pacienty s demencí. V této oblasti je cílem poskytnutí péče a edukace pečujícím a blízkým, a to u 75 % zemí do roku 2025. Předposlední akční oblast se týká informačního systému pro oblast demence, kde je cílem pravidelné sbírání dat hlavních indikátorů demence u 50 % zemí (k roku 2025). Akční oblasti uzavírá oblast výzkumu demence, u které je snaha o zdvojnásobení celosvětových výzkumných aktivit demence mezi lety 2017–2025 (WHO, 2018, s. 8).

3.3.2 Strategie ČR v problematice demence

První plán ČR řešící otázku problematiky demence probíhal v letech 2016–2019 a dle odborníků nebyl dostatečně rozsáhlý a nedostatečně zapojoval všechny zúčastněné subjekty. Aktuální strategický rámec tyto nedostatky odstranil, avšak stále je nutné vyčlenit potřebné složky rozpočtu pro řešení problematiky demence (GCOA, ADI, 2021, s. 40).

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019 (NAPAN 2016–2019)

Tento plán počítá s nárůstem počtu osob trpících demencí z důvodu demografického vývoje obyvatel – stárnutí populace. Již v roce 2010 vláda schválila zpracování návrhu řešení problematiky demence („Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a dalších podobných onemocnění v České republice“), který měl být realizován v období let 2014–2017. Termín pro vypracování (říjen 2013) však nebyl dodržen a jednání tak započala znovu až v roce 2015 s posunem období realizace koncepce o 2 roky (2016–2019). Pojetí plánu bylo postaveno na osnovách návrhů České alzheimerovské společnosti a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Plán byl podkladem pro činnost ústředních orgánů státní správy, poskytovatelů zdravotní i sociální péče pro pacienty s demencí a také pro činnosti obcí a krajů. Stanovoval konkrétní úkoly, informoval o vládních cílech a opatřeních a byl podkladem pro tvorbu strategií zdravotní politiky na úrovni krajů a obcí. Cílem tohoto plánu bylo zvýšení úrovně kvality života, a to jak pro nemocné s demencí, tak i pro jedince o ně pečující. Dalšími cíli byla podpora edukace a výzkumu a zaměření se na obeznámenost veřejnosti a zdravotní i sociální sféry s problematikou demence. Z hlediska rozpočtu a plánovaných nákladů na řešení problematiky demence nemělo dojít k zásadnímu navýšení (MZ ČR, 2016, s. 3–5).

Informace o počtu pacientů s demencí, finančních nákladech, zdravotní péči a dalších aspektech této problematiky nebyly dostatečné z důvodu nerealizované potřebné analýzy, cíle a postupy tak nebyly konkretizované, měřitelné a postrádaly vzájemnou návaznost. Následkem těchto nepřesností dohromady s neefektivním finančním plánováním byla velmi nedostatečná implementace plánu. Z tohoto důvodu bylo třeba na tento dokument navázat a aktualizovat jednotlivé cíle a opatření (MZ ČR, 2021, s. 11).

Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030 (NAPAN 2020–2030)

NAPAN 2020–2030 svou strategií navazuje na NAPAN 2016–2019. Obdobně jako tomu bylo u předchozího plánu, pro tvorbu NAPAN 2020–2030 byla podnětem rostoucí prevalence demence v ČR. Plán se zabývá nejen Alzheimerovou demencí, ale i dalšími typy, jako jsou frontotemporální demence, atypické parkinsonské syndromy aj. Je rozdělen do tří základních částí. Úvodní částí je specifikování vize veřejné politiky v problematice demence.

Na tu navazuje situační analýza, která popisuje současnou situaci v přístupu k demenci. Poslední částí jsou návrhy, které obsahují konkrétní opatření, která mají být realizována a tím naplněna vize národního akčního plánu (MZ ČR, 2021, s. 11–12).

NAPAN 2020–2030 aspiruje na lepší koordinaci a přesnější vymezení zdravotní a sociální péče. Zaměřuje se na stanovení národních směrnic, které zpřesní stanovené priority a umožní efektivnější spolupráci mezi zdravotním a sociálním sektorem (GCOA a ADI, 2021, s. 40).

Jsou stanoveny strategické cíle, které specifikují představu budoucího vývoje fungování veřejné politiky z hlediska demence. Prvním strategickým cílem je tvorba doporučených mezioborových postupů, díky kterým bude zajištěna provázanost služeb a jasnost v rolích jednotlivých poskytovatelů péče a včasná možnost diagnostiky, terapie i podpory nemocným. Druhým cílem je zlepšení vzdělávání v oblasti demence, a to v řadě oborů a profesí (zdravotní a sociální pracovníci, pedagogové, pracovníci veřejné správy, policie, církvi apod.). Vzdělání bude součástí pregraduálních i postgraduálních programů, specifických kurzů a jiných vzdělávacích postupů, a to nejen pro odborníky, ale také pro neformální osoby pečující o osoby s demencí. Třetí cíl se zaměřuje na podporu, financování a rozvoj výzkumu společně s monitorováním epidemiologické situace v oblasti demence. Protože pacienti s demencí představují z důvodu diagnózy demence velmi ohroženou skupinu, je jedním ze strategických cílů také ochrana a respekt pacientů s demencí a jejich práv. Zbývajícím cílem je zajistit dostatečnou informovanost o problematice demence a také o samotné prevenci onemocnění související se sníženým rizikem rozvoje demence (MZ ČR, 2021, s. 13–14). Vzhledem k zaměření této práce je prevenci demence věnována následující kapitola.

4 Prevence demence

S podporou a upevněním zdraví velmi blízce souvisí prevence, kterou lze realizovat na úrovni jedince či celé společnosti. Prevenci lze realizovat obecnou formou, skrze kterou se apeluje na zdravý způsob života jako celku nebo formou specifických činností, které jsou stanoveny na základě konkrétních postupů jako je specifikovaná úprava životosprávy, očkování a další (Čeledová a Čevela, 2010, s. 35). Prevencí se běžně zabývají vládní zdravotní a kontrolní organizace, je však důležitým úkolem samotného zdravotnictví (zvláště v oblasti primární péče), spolu s šířením povědomí o demenci a s včasnou intervencí (Prince et al., 2016, s. 9). K prevenci demence bývá přistupováno často jako ke snaze o oddálení prvních projevů onemocnění, než ke zpomalení či vyhnutí se samotné patologické přestavbě, přičemž nejideálnější by byl stav oddálení příznaků až do smrti, příp. do vyššího věku, než ve kterém by k jejich propuknutí za normálních okolností (bez preventivních postupů) došlo. Pokud by došlo k oddálení prvních projevů onemocnění o v průměru 5 let, prevalence demence by se snížila o 50 %, což by vedlo k výrazné změně ve společnosti (ADI, 2014, s. 9).

Na prevenci v rámci demence je třeba nahlížet z pohledu výše zmíněných rizikových faktorů a lze ji rozdělit na 3 úrovně – primární (která je dále podrobněji specifikována), sekundární a terciární prevence.

Zavčas diagnostikovat onemocnění a zamezit jeho případnému rozvoji je cílem sekundární prevence. Z tohoto důvodu je třeba co nejdříve identifikovat, zdali se jedná o proces prostého stárnutí či nástup demence. Zavčas diagnostikovaná demence je také prvním krokem pro adekvátní léčbu a implementaci preventivních opatření, která mohou mít pozitivní vliv na průběh života nemocného a jeho blízkých (Janoutová et al., 2020a, s. 29–30). Sekundární prevence je realizována na úrovni primární zdravotní péče praktickými lékaři (Čeledová a Čevela, 2010, s. 38). Často se známky poruchy kognitivních funkcí projeví při osobním pohovoru s pacientem, kdy se pacient chaoticky či nejasně vyjadřuje, má omezenou slovní zásobu a obdobné problémy s vyjadřováním. K diagnostice lze také využít neuropsychologické testování. K diagnostice preklinické fáze onemocnění lze využít také zobrazovacích metod jako MR či PET nebo provést vyšetření na výskyt biochemických markerů, jedná se však o postupy aplikované především v rámci výzkumů.

Terciární prevence má za cíl předejít komplikacím a negativním dopadům onemocnění a tím zvýšit kvalitu života pacienta. To je zajišťováno pomocí adekvátní péče o pacienta související s pomocí v domácnosti, zajištění sociální interakce, aktivního života a podpory zájmů a soběstačnosti nemocného (Janoutová et al., 2020a, s. 29–31).

4.1 Primární prevence

Cílem primární prevence je ochrana zdraví a zamezení vzniku onemocnění. Opatření se opírají o zdravý životní styl včetně vhodných podmínek životního a pracovního prostředí. Sféra zdravotnictví se na primární prevenci podílí skrze preventivní lékařství a činnostmi orgánů ochrany veřejného zdraví (Čeledová a Čevela, 2010, s. 36). Primární prevence v rámci demence má tedy za cíl zabránit jejímu vzniku. Vznik demence je mimo jiné ovlivňován identifikovanými rizikovými faktory, z tohoto důvodu se primární prevence orientuje právě na ně. Vzhledem k faktu, že většina rizikových faktorů demence je ovlivnitelná, lze na ně uplatnit principy a opatření prevence, která mohou zasáhnout do vzniku onemocnění.

Prvním opatřením je zlepšení životního stylu, které může mít dopad především na faktory vaskulární (hypertenze, diabetes mellitus a další). Jedná se o úpravu stravy, snížení příjmu alkoholu (avšak nutno brát v úvahu jeho protektivní účinek), omezení, ideálně zanechání kouření a dostatek pohybu. Dalšími jsou uvedená opatření s ohledem na psychosociální rizikové faktory. Pro efektivní prevenci je třeba informovat veřejnost o problematice demence a zaměřit se na výzkum tohoto onemocnění.

Primární prevence z pohledu psychosociálních rizikových faktorů

Je třeba se orientovat na udržování sociálních kontaktů a vazeb, na duševní rozvoj pomocí čtení, vzdělávání, luštění logických her a hlavolamů a zájmem o kulturu (Janoutová et al., 2020a, s. 29–30). Podporu sociálně aktivního života lze zprostředkovávat skrze budování bytových center, ve kterých bude docházet ke kontaktu sousedů, či za pomoci multigeneračního bydlení.

Primární prevence z hlediska fyzické aktivity spočívá v pravidelném vykonávání pohybu, přičemž protektivně působí i mírná fyzická aktivita, oproti žádné. Jakou konkrétní aktivitu a v jaké intenzitě praktikovat však není zcela jasné (Hussenoeder a Riedel-Heller, 2018, s. 1290–1298). Se stoupajícím věkem fyzické aktivity ubývá, přičemž právě lidé ve vyšším věku jsou rizikovou skupinou demence. Je tak na místě pohyb podporovat a apelovat na redukci sedavého životního stylu (Sabbagh et al., 2022, s. 1567). Iniciativu a zásadní opatření v oblasti pohybu by bylo vhodné aplikovat jak do individuálních cvičících programů, školních tělesných aktivit tak i do přístupů k široké veřejnosti. Pro veřejnost by se mohlo jednat o zlepšení či zvýšení průchodnosti měst pro chodce nebo úprava infrastruktury pro cyklistiku.

Na faktor vzdělávání je třeba se zaměřit již v dětství a dospívání, oblast posilování kognitivních funkcí je důležitá ve středním a pozdějším věku. Opatření by bylo vhodné implementovat do oblasti školního vzdělávání s cílem zvýšení jeho úrovně. Možností je také podporovat celoživotní vzdělávání pomocí např. bezplatně provozovaných online univerzitních kurzů (Hussenoeder a Riedel-Heller, 2018, s. 1290–1298).

Realizování prevence demence není omezeno věkem, na rizikové faktory lze nahlížet z hlediska realizace v brzkém, středním či pozdním věku. Je potřeba, aby se na prevenci kladl důraz jak na úrovni strategií a programů veřejného zdraví, tak na úrovni individuální. Zdravotní politika by měla nabádat především osoby s vyšším rizikem vzniku demence ke zvýšení fyzické aktivity, k vyhledávání sociálního kontaktu a k udržování vaskulárního zdraví (Livingston et al., 2020, s. 414).

Vzhledem k faktu, že demence bývá často diagnostikována až desítky let po jejím nástupu, že se jedná o nevléčitelné onemocnění a že její léčba je omezená, je třeba se zaměřit na její poznávání a zmíněnou prevenci, spočívající v zaměření se na modifikovatelné, a tedy i zmíněné psychosociální rizikové faktory. Veškerá doporučení, která se z hlediska primární prevence demence týkají psychosociálních faktorů, ať už se jedná o podporu fyzické aktivity či sociální interakce, ale také i o ostatní modifikovatelné rizikové faktory (jako je např. zdravý životní styl), jsou zcela bezpečné a přinášejí také další zdravotní benefity (Hussenoeder a Riedel-Heller, 2018, s. 1289–1298).

5 Výzkumná část

Vzhledem k důležitosti a významnosti primární prevence spočívající ve snížení rizika vzniku onemocnění, a tedy také potřebě znalosti rizikových faktorů, je třeba se v problematice demence zaměřit především na modifikovatelné rizikové faktory, jejichž podstatnou a nedílnou součástí tvoří faktory psychosociální. Výzkumná část diplomové práce se tedy zaměřuje na psychosociální rizikové faktory vzniku demence. Zahrnuje stanovené cíle a hypotézy výzkumu, charakteristiky výzkumných souborů a metody sběru a zpracování získaných dat. První část výzkumu se zaměřuje na analýzu vlivu psychosociálních rizikových faktorů na vznik demence, ve které je hodnocena statistická významnost rozdílnosti mezi skupinou případů (jedinců s demencí) a skupinou kontrol (jedinců bez demence). Druhou část tvoří zhodnocení strategií a programů zdravotní politiky ČR a WHO vzhledem k psychosociálním rizikovým faktorům v rámci primární prevence demence.

Základní data byla získána na základě provedených vyšetření a dotazníkového šetření, které se uskutečnily v rámci projektu Juniorského grantu Univerzity Palackého v Olomouci č. JG_2019_004 s názvem „The influence of atherosclerosis on the development of dementia and the possibility of its non-pharmacological influence“ („Vliv aterosklerózy na rozvoj demence a možnosti jejího nefarmakologického ovlivnění“) a projektu AZV č. NU20-09-00119 s názvem „Possible influence of atherosclerosis on dementia development“ („Možný vliv aterosklerózy na rozvoj demence“). Výzkumné šetření bylo realizováno na základě souhlasného stanoviska Etické komise Fakulty zdravotnických věd při Univerzitě Palackého v Olomouci s č. UPOL-83451/1040-2018 (Juniorský grant, datum schválení 6. 6. 2018) a č. UPOL-90360/1030-2019 (AZV, datum schválení 12. 6. 2019).

5.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Pro zkoumanou problematiku byly zformulovány následující výzkumné cíle a jejich hypotézy:

Cíl 1: Posoudit vliv psychosociálních rizikových faktorů na vznik demence.

Hypotéza 1.1: Existuje statistická významnost rozdílnosti ve výskytu vybraných psychosociálních rizikových faktorů mezi skupinou případů (jedinců s demencí) a skupinou kontrol (jedinců bez demence).

Cíl 2: Zanalyzovat strategii a programy zdravotní politiky vzhledem k psychosociálním rizikovým faktorům v rámci primární prevence demence.

Hypotéza 2.1: Zdravotní politika ČR se ve své strategii věnuje vlivu psychosociálních rizikových faktorů na vznik demence a možné primární prevenci.

5.2 Metodika výzkumu

5.2.1 Charakteristika souboru

V rámci výše uvedených projektů byla získána anonymizovaná data od více než 3 tisíc pacientů. Vstupním kritériem těchto projektů byl věk nad 30 let a podepsání informovaného souhlasu. Vylučujícím kritériem byla přítomnost závažného onemocnění s malou pravděpodobností přežití v období 1 roku. Účastníci projektů byli vyšetřeni na přítomnost demence a aterosklerózy a podstoupili dotazníkové šetření. Soubor vytvořený z celkového souboru těchto projektů pro účely této diplomové práce byl z důvodu užšího zaměření výzkumné části tvořen 1043 pacienty, u kterých byly k dispozici údaje o psychosociálních rizikových faktorech, z toho 300 pacientů pocházelo z projektu Juniorského grantu a 743 pacientů z projektu AZV.

5.2.2 Postup zpracování dat

Nejprve byla v rámci uvedených projektů vytvořena souhrnná databáze anonymizovaných údajů z dotazníkového šetření. Data byla sjednocena a naformátována pomocí programu Microsoft Excel. Z této souhrnné databáze byl vybrán soubor respondentů pro účely analýzy v rámci výzkumné části této práce. Tito respondenti byli rozřazeni do skupiny kontrol a skupiny případů na základě výsledků neuropsychologických diagnostických testů MoCa – Montrealský kognitivní test a MMSE – Mini-Mental State Examination. Hranice pozitivního výsledku diagnózy demence tvořily u jednotlivých testů následující hodnoty: test MMSE ≤ 24 a test MoCa ≤ 21 . Informace o psychosociálních rizikových faktorech byly získávány na základě epidemiologického dotazníku (viz příloha 1) o 44 otevřených i uzavřených otázkách, které se zaměřovaly na údaje o věku, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, rodinném stavu, anamnéze demence, aktivitách, faktorech životního stylu, kardiovaskulárních onemocněních a kognitivních funkcí. Pro tvorbu této diplomové práce byla použita pouze základní popisná data (věk, pohlaví), data ze skupin socioekonomických

údajů (vzdělání, zaměstnání, rodinný stav) a aktivit (čtení, křížovky, kultura, pohybové a jiné aktivity).

Z vybraných dat byly vytvořeny kontingenční tabulky, které vyjadřovaly zastoupení případů a kontrol k dané otázce v absolutních (n) a relativních (%) hodnotách. Otevřená otázka „jiné aktivity“ byla zanalyzována na základě konkrétních odpovědí pacientů. Tyto odpovědi byly rozděleny podle charakteru daných aktivit do podkategorií a následně byla zjištěna jejich četnost, která byla graficky znázorněna.

Analýza strategií WHO a ČR v problematice demence, která představuje druhý cíl praktické části práce, byla provedena na základě rozboru dokumentů MZ ČR a WHO vztahujících se k demenci a obdobným onemocněním. Analýza proběhla se zaměřením na části a kapitoly dokumentů, které se věnovaly primární prevenci demence a psychosociálním rizikovým faktorům, navrženým opatřením, postupům a doporučením.

5.2.3 Realizace výzkumu

Sběr dat v rámci uvedených projektů byl zahájen 1. 1. 2019 a probíhá do konce roku 2023. Epidemiologický dotazník vytvořený v rámci projektů je s respondenty vyplňován za pomoci lékaře, sestry či proškoleného studenta. Práce na vytvoření souhrnné excelovské databáze probíhala od října 2021 do září 2022. Analýza a navazující práce s daty pro účely této diplomové práce probíhala od září 2022 do prosince 2022.

5.2.4 Metody zpracování dat

Statistická analýza jednotlivých rizikových faktorů byla provedena za pomoci programu Stata. Normalita dat byla ověřena pomocí Shapirova-Wilkova testu. K porovnání metrických znaků (věk) byl použit neparametrický Mann-Whitney test (data nejsou normálně rozložena, nebylo možno použít Studentův t-test). Ostatní data byla testována pomocí chí-kvadrát testu a byla vypočítána hodnota p (pravděpodobnost). U aktivit (čtení, křížovky, kultura) byla z důvodu úzkého členění odpovědí (ano/ne) navíc vypočítána síla asociace – poměr šancí OR (odds ratio).

Pro analýzu strategií v problematice demence byly z komplexních dokumentů ČR a WHO zaměřujících se na tuto problematiku vybrány a následně popsány ty části, které zmiňovaly, odkazovaly či se přímo zaměřovaly na psychosociální rizikové faktory vzniku demence a na možnosti či konkrétní návrhy preventivních opatření, které se k nim pojí.

Poznatky strategií MZ ČR a WHO byly porovnány a následně vyhodnoceny vzhledem ke stanovené hypotéze.

5.3 Výsledky

Cíl 1: Posoudit vliv psychosociálních rizikových faktorů na vznik demence.

Hypotéza 1.1: Existuje statistická významnost rozdílů ve výskytu vybraných psychosociálních rizikových faktorů mezi skupinou případů (jedinců s demencí) a skupinou kontrol (jedinců bez demence).

Základní popisná charakteristika – věk a pohlaví pacientů

Na základě výsledků neuropsychologických testů bylo zjištěno, že celkový soubor (1043 pacientů) tvořilo 283 pacientů s diagnózou demence (skupina případů) a 760 pacientů bez diagnózy demence (skupina kontrol).

Věkové rozmezí všech zúčastněných respondentů bylo 31–92 let. Nejpočetnější skupinou čítající 400 pacientů (38,4 %) byla skupina 71–80 let. Četnou skupinou byli také pacienti ve věkovém rozmezí 61–70 let (323 pacientů, 31 %). Věkové rozložení detailněji uvádí tabulka č. 1. Průměrný věk všech respondentů byl 71,4 let, ve skupině případů byla tato hodnota 75,9 let, ve skupině kontrol 70 let. Minimální věk se ve skupinách lišil, ve skupině případů představoval hodnotu 44 let, ve skupině kontrol 31 let. Maximální věk byl v obou skupinách obdobný – skupina případů 89 let, skupina kontrol 92 let. Charakteristika souboru dle věku je zobrazena v tabulce č. 2. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v porovnání věku mezi skupinou případů a kontrol ($p < 0,001$). Významně více osob je ve skupině kontrol ve věku 61–70 let oproti případům. Případy mají průměrný věk vyšší o více než 5 let oproti kontrolám.

V obou souborech převažovaly ženy nad muži (viz tabulka 1). Soubor případů byl tvořen ženami z 58,9 % (166 pacientů), v souboru kontrol představovaly ženy 64,7 % pacientů (492 žen). Muži tvořili ve skupině případů 41,1 % (116 respondentů), ve skupině kontrol 35,3 % (268 respondentů). Nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v rozložení mužů a žen v porovnávaných skupinách ($p = 0,081$).

Tabulka 1: Základní popisná charakteristika zkoumaného souboru

Základní popisná charakteristika							
Věk (v letech)	Kontroly		Případy		Celková četnost		p
	[n _k]	[%]	[n _p]	[%]	[n _c]	[%]	
31-40	5	0,7			5	0,5	
41-50	18	2,4	2	0,7	20	1,9	
51-60	62	8,2	9	3,2	71	6,8	
61-70	280	36,8	43	15,2	323	31,0	<0,001
71-80	308	40,5	92	32,5	400	38,4	
81-92	68	8,9	84	29,7	152	14,6	
neveden	19	2,5	53	18,7	72	6,9	
Celkem	760	100,0	283	100,0	1043	100,0	
Pohlaví							
Muž	268	35,3	116	41,1	384	36,9	
Žena	492	64,7	166	58,9	658	63,1	
Celkem	760	100,0	282	100,0	1042	100,0	0,081

Tabulka 2: Charakteristika souboru dle věku

Charakteristika souboru dle věku		
	Kontroly	Případy
Průměr	70	75,9
Minimum	31	44
Maximum	92	89
Směrodatná odchylka	8,7	8,4
Počet respondentů	741	230
p hodnota		<0,001

Socioekonomické údaje – vzdělání, zaměstnání, rodinný stav

Mezi případy a kontrolami byl ve vzdělání zjištěn statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$). V souboru případů i v souboru kontrol převažovali respondenti se středoškolských vzděláním – 49,5 % případů (138 respondentů) a 60,9 % kontrol (463 respondentů). Ve skupině případů však výrazně převyšovala se svými 39,8 % skupina pacientů se základním vzděláním (111 pacientů) skupinu s univerzitním vzděláním, která čítala 10,8 % (30 respondentů). Ve skupině kontrol taktéž převažovala skupina pacientů se základním vzděláním (187 pacientů) oproti vysokoškolsky vzdělaným (110 pacientů), avšak s menším rozdílem četností – 24,6 % ku 14,5 %. Rozložení případů a kontrol ve vztahu ke vzdělání uvádí tabulka č. 3.

Co se zaměstnání týče (viz tabulka 3), zastoupení fyzické a duševní práce se ve skupině případů a skupině kontrol lišilo. Případy zastupovaly z 48,6 % fyzickou práci (134 respondentů), zatímco kontroly o necelých 18 % méně – 30,7 % (231 pacientů). Rozdílnost se projevila také v zastoupení duševní práce, kterou o 13,5 % více zastávala skupina kontrol se svými 41,4 % (311 pacientů) oproti 27,9 % ve skupině případů (77 pacientů). Kombinace fyzické a duševní práce byla v zastoupení skupin podobná, u případů tvořila 23,6 % (65 pacientů) a u skupiny kontrol 27,9 % (210 pacientů). Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v zaměstnání mezi případy a kontrolami ($p < 0,001$), statisticky významně více vykonávaly fyzickou práci případy oproti kontrolám.

Tabulka č. 3 dále uvádí podobné procentuální rozložení rodinného stavu ve skupině případů a skupině kontrol. Nejvíce respondentů zastupovalo skupinu ženatých/vdaných, a to 54,3 % ve skupině případů (151 pacientů) a 58,3 % ve skupině kontrol (441 pacientů). Následovala skupina ovdovělých respondentů, ve které se mezi skupinami projevila rozdíl necelých 10 %. Tu tvořila skupina případů se svými 33,8 % (94 pacientů) a skupina kontrol 23,9 % (181 pacientů). Rozvedení tvořili 8,6 % případů (24 respondentů) a 13,5 % kontrol (102 respondentů). Nejméně se zúčastnilo svobodných respondentů, a to v zastoupení 3,2 % případů (9 osob) a 4,2% kontrol (32 osob). V rodinném stavu byl mezi případy a kontrolami zjištěn statisticky významný rozdíl ($p = 0,006$). Statisticky více je ovdovělých případů oproti kontrolám.

Tabulka 3: Rozložení případů a kontrol dle socioekonomických údajů

Socioekonomické údaje							
	Kontroly		Případy		Celková četnost		p
Vzdělání	[n _k]	[%]	[n _p]	[%]	[n _c]	[%]	
Základní	187	24,6	111	39,8	298	28,7	
Střední škola	463	60,9	138	49,5	601	57,8	<0,001
Univerzita	110	14,5	30	10,8	140	13,5	
Celkem	760	100,0	279	100,0	1039	100,0	
Zaměstnání							
Duševní práce	311	41,4	77	27,9	388	37,7	
Fyzická práce	231	30,7	134	48,6	365	35,5	<0,001
Kombinace	210	27,9	65	23,6	275	26,8	
Celkem	752	100,0	276	100,0	1028	100,0	
Rodinný stav							
Ženatý/vdaná	441	59,3	151	54,3	596	57,3	
Svobodný/á	32	4,2	9	3,2	41	4,0	
Vdovec/a	181	23,9	94	33,8	275	26,6	0,006
Rozvedený/á	102	13,5	24	8,6	126	12,2	
Celkem	756	100,0	278	100,0	299	100,0	

Aktivity – čtení, luštění křížovek, kultura

Procentuální rozdíl mezi osobami, které čtou a osobami, které nečtou, je u skupiny kontrol větší – 75,9 % čtenářů (573 pacientů), zbylých 24,1 % nečte (182 pacientů). U skupiny případů je poměr čtenáři – osoby, které nečtou následující: 62,4 % – 37,6 % (176 osob – 106 osob). Rozložení uvádí tabulka č. 4. Byl zjištěn statisticky významný rozdíl ve čtení mezi případy kontrolami ($p < 0,001$). Statisticky významně více čtou kontroly oproti případům. OR=1,89 (95% IS 1,41–2,54), osoby, které nečtou, tak mají vyšší šanci rozvoje onemocnění.

Luštění křížovek se účastní podstatně více osob ve skupině kontrol – 61,7 % luštících : 38,3 % neluštících (467 osob : 290 osob). Ve skupině případů jsou pacienti luštící křížovky zastoupeni o necelých 18 % méně, než pacienti, kteří křížovky neluští – 41,2 % : 58,8 % (115 pacientů : 164 pacientů) (viz tabulka 4). Byl zjištěn statisticky významný rozdíl v luštění křížovek mezi případy kontrolami ($p < 0,001$). OR=2,29 (95% IS 1,73–3,04), tudíž obdobně, jako tomu bylo u faktoru čtení, osoby křížovky neluštící mají vyšší šanci onemocnět demencí.

Ve vztahu ke kultuře v obou souborech převažovali respondenti, kteří kulturu nevyhledávají, avšak rozdíl procentuálního zastoupení v rámci skupin byl výrazně odlišný (jak je uvedeno v tabulce č. 4). Ve skupině případů kulturu nevyhledávalo 70,6 % respondentů (199 osob), naopak kladně na otázku odpovědělo 29,4 % respondentů (83 osob). Ve skupině kontrol byl rozdíl vyrovnanější – 53,9 % (409 osob) respondentů odpovědělo kladně a 46,1 % kontrol (350 respondentů), tedy s rozdílem necelých 8 % pacientů, odpovědělo na otázku záporně. Mezi případy a kontrolami byl v kultuře zjištěn statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$). OR=2,05 (95% IS 1,53–2,75). I v tomto případě mají osoby, které kulturu nenavštěvují, vyšší riziko vzniku demence.

Tabulka 4: Rozložení případů a kontrol dle aktivit

Aktivity								
	Kontroly		Případy		Celková četnost		p	OR
Čtení	[n _k]	[%]	[n _p]	[%]	[n _c]	[%]		
Ne	182	24,1	106	37,6	288	27,8		
Ano	573	75,9	176	62,4	749	72,2		
Celkem	755	100,0	282	100,0	1037	100,0	<0,001	1,89
Křížovky								
Ne	290	38,3	164	58,8	454	43,8		
Ano	467	61,7	115	41,2	582	56,2		
Celkem	757	100,0	279	100,0	1036	100,0	<0,001	2,29
Kultura								
Ne	409	53,9	199	70,6	608	58,4		
Ano	350	46,1	83	29,4	433	41,6		
Celkem	759	100,0	282	100,0	1041	100,0	<0,001	2,05

Pohyb – intenzita pohybové aktivity a druh pohybu

V otázce pohybové aktivity byl mezi případy a kontrolami zjištěn statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$). Mezi případy a kontrolami byl vyšší procentuální rozdíl v kategoriích „pohyb ve volném čase“ a „žádný pohyb“. Na skupinu případů připadalo 41,6 % respondentů, kteří se pohybu nevěnovali vůbec (117 osob), zatímco ve skupině kontrol se jednalo o 19,7 % respondentů (149 osob). Největší zastoupení v kontrolách měli respondenti věnující se pohybu ve volném čase (67,5 % = 510 osob), ve skupině případů tato kategorie také představovala největší zastoupení, a to z 51,2 % (144 pacientů). Aktivně se pohybu věnovalo v obou skupinách podstatně nižší počet osob (viz tabulka 5). Statisticky významně více mají kontroly pohybu ve volném čase oproti případům.

V druhu pohybu nebyla zjištěna statistická významnost ($p = 0,181$). Jak většina případů tak i většina kontrol uvedla odpověď, že vykonávají spíše individuální pohybovou aktivitu. U případů se jednalo o 79,1 % (159 pacientů), kontroly tato skupina zastupovala z 74,4 % (442 pacientů) (viz tabulka 5).

Tabulka 5: Rozložení případů a kontrol dle pohybové aktivity

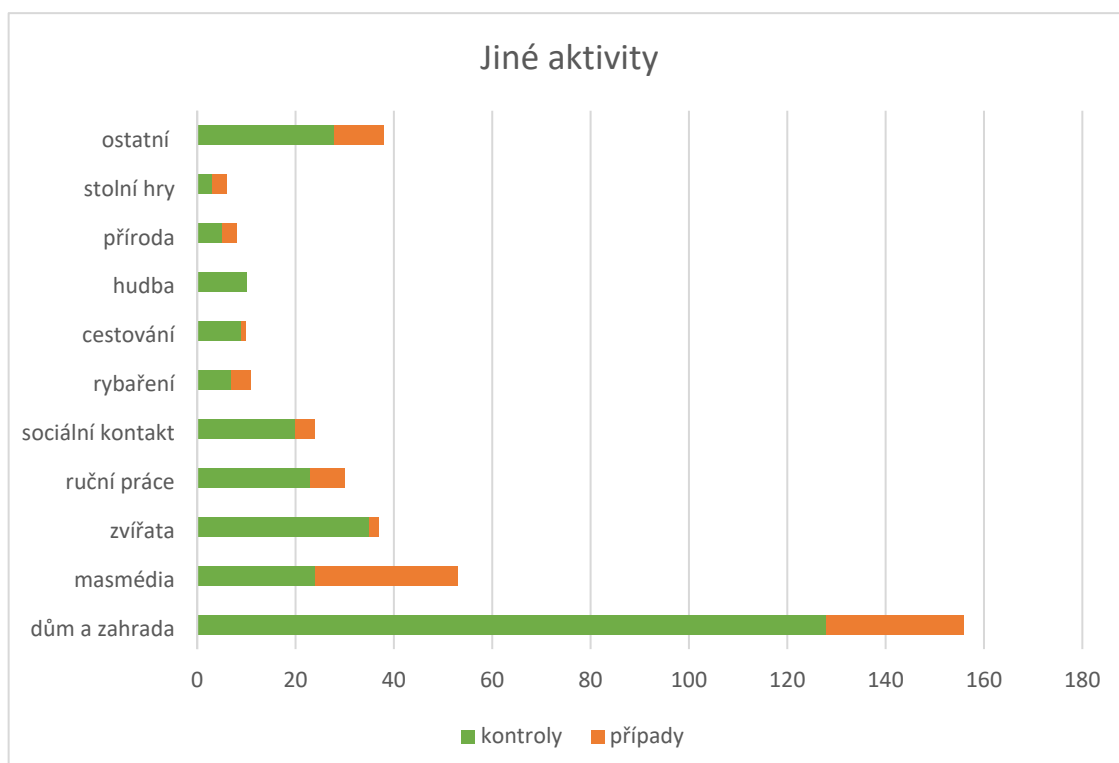
Pohybová aktivita							
	Kontroly		Případy		Celková četnost		p
Pohyb	[n _k]	[%]	[n _p]	[%]	[n _c]	[%]	
Aktivně	96	12,7	20	7,1	116	11,2	
Ve volném čase	510	67,5	144	51,2	654	63,1	<0,001
Žádný pohyb	149	19,7	117	41,6	266	25,7	
Celkem	755	100,0	281	100,0	1036	100,0	
Druh pohybu							
Kolektivní	152	25,6	42	20,9	194	24,4	
Individuální	442	74,4	159	79,1	601	75,6	
Celkem	594	100,0	201	100,0	795	100,0	0,181

Jiné aktivity

V otevřené otázce „jiné aktivity“ odpovídali respondenti různorodě. Ze všech respondentů uvedlo na tuto otázku odpověď 374 osob, přičemž někteří uváděli aktivit více. V rámci této otázky odpovídaly výrazně více kontroly oproti případům. 76,2 % odpovědí bylo uvedeno kontrolami, 23,8 % případy.

Nejčastěji se vyskytujícími byly aktivity vztahující se k práci kolem domu či na zahradě. Ty uvedlo celkově 156 dotazujících, z toho 128 bylo kontrol a 28 případů (16,8 % a 9,9 %). Druhou nejčastěji uváděnou skupinou byly aktivity vztahující se k médiím, jako je sledování TV, práce s PC/internetem či poslech rádia. Tyto aktivity zmínilo 53 pacientů, z toho 29 případů a 24 kontrol. S počtem 37 zmínek se na třetím místě nejčastěji uváděných aktivit umístily aktivity související s péčí o zvířata. Jednalo se především o zvířata v domácnosti (psi, kočky, rybičky) ale vyskytla se také zvířata hospodářská. 30 pacientů, z toho 23 kontrol, uvedlo, že se ve volném čase věnují ručním pracím, jako je šití, pletení či háčkování. Přes dvě desítky respondentů uvedlo v otázce jiných aktivit vyhledávání sociálního kontaktu, a to především skrze rodinu a vnoučata, ale také skrze navštěvování klubů/spolků seniorů. S počtem 11 odpovědí se vyskytovala aktivita rybaření a o jednu odpověď méně zastávaly v otázce aktivity cestování a poslech hudby. 8 respondentů uvedlo, že rádi navštěvují přírodu a 6 osob se věnuje karetním či stolním hrám.

Ostatní odpovědi se v souboru vyskytovaly se zastoupením pár respondentů. Jednalo se o houbaření, vaření/pečení a tanec. Vyskytovaly se také odpovědi s uměleckým zaměřením, jako hra na hudební nástroj, malba/kresba či skládání básní. Ojediněle se pak vyskytovaly specifické činnosti jako sběratelství předmětů, studium jazyků, zájem o auta, hodinářství, tvorba dekorací, focení, zájem o politiku, modelářství a další. Četnost odpovědí zobrazuje obrázek č. 1.



Obrázek 1: Rozložení odpovědí v otázce „jiné aktivity“

Cíl 2: Zanalyzovat strategii a programy zdravotní politiky vzhledem k psychosociálním rizikovým faktorům v rámci primární prevence demence.

Hypotéza 2.1: Zdravotní politika ČR se ve své strategii specificky věnuje vlivu psychosociálních rizikových faktorů na vznik demence a možné primární prevenci.

Přístup k psychosociální faktorům v Globálním akčním plánu WHO

WHO má v oblasti demence zpracovanou strategii, a to ve formě Globálního akčního plánu („Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025“), ve kterém mimo jiné nahlíží do sféry rizikových faktorů tohoto onemocnění, včetně faktorů psychosociálních.

Tento plán se problematikou rizikových faktorů a prevencí demence zabývá ve třetí akční oblasti s názvem „Snížení rizika demence“. Předkládá vzájemný vztah onemocnění demence a jejích rizikových faktorů, včetně psychosociálních – nedostatek fyzické aktivity, sociální izolace, kognitivní neaktivita a nízká úroveň vzdělání. Uvádí, že snížení vystavování populace těmto rizikovým faktorům (počínající již v dětství) přispěje ke zlepšení úrovně zdraví. WHO tak předkládá následující opatření, která mají ochranný charakter a mohou tak snížit riziko vzniku demence (opatření vztažena na psychosociální rizikové faktory): zvýšení fyzické aktivity, aktivní zapojování do společnosti, podpora aktivit využívajících kognitivní funkce a podpora učení. Dalšími opatřeními, která s nevztahují přímo k psychosociálním RF, jsou prevence obezity, podpora zdravého stravování, omezení kouření a abúzu alkoholu, prevence diabetu, hypertenze a deprese.

V rámci snižování rizika vzniku demence dále WHO zmiňuje, že je třeba o rizikových faktorech onemocnění dostatečně edukovat a aktivně přistupovat k jejich zvládnutí. Uvádí potřebu poskytovat péči nemocným na základě důkazů, multioborového, věkově, genderově a kulturně vhodného přístupu, čehož lze dosáhnout mimo jiné pomocí navýšení počtu zdravotníků a sociálních pracovníků. Tyto intervence je dle WHO potřeba zavést především do systému primární péče a zvýšit tak úroveň znalostí a schopností personálu edukovat o rizikových faktorech.

Obecné postupy, které WHO navrhuje pro členské státy, se týkají zakomponování problematiky demence do ostatních zdravotních programů a strategií, které se věnují rizikovým faktorům jiných (nepřenosných) onemocnění a nabádá, aby byla oblast modifikovatelných rizikových faktorů (čili snaha o jejich redukci a monitoraci) zahrnuta do procesů tvorby plánů podporujících zdraví. Navrhuje využití databáze, která by obsahovala

údaje o prevalenci ovlivnitelných rizikových faktorů (a tedy i těch psychosociálních) a účincích, které by nastaly v případě jejich zredukování. Jednalo by se o důkazy, o které by se mohly opírat politické strategie a opatření. WHO dále apeluje na podporu zdraví skrze rizikové faktory pomocí výše zmíněných preventivních opatření.

WHO předkládá doporučené postupy směrem ke všem zúčastněným subjektům, jak na regionální, národní tak i mezinárodní úrovni. Patří zde především podpora strategií zaměřujících se na zdraví populace z pohledu sociálně aktivního a zdravého životního stylu a podpora preventivních opatření např. pomocí vědeckých poznatků (na základě EBM) (WHO, 2017, s. 18–20).

Pokyny WHO pro snížení rizika kognitivního úpadku a rozvoje demence

Dalším dokumentem, který se zabývá psychosociálními rizikovými faktory a předkládá konkrétní návrhy a opatření je dokument s názvem „Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia – WHO Guidelines“. V samostatných kapitolách se zabývá intervencemi ve všech oblastech zkoumaných psychosociálních rizikových faktorů – v oblasti fyzické aktivity, kognitivních funkcí i sociální aktivity. Tato doporučení uvádí důležitost psychosociálních RF v otázce vzniku demence a podrobně uvádí konkrétní navržené preventivní postupy pro snížení rizika onemocnění. Všechny tři intervence jsou cíleny na zdravé jedince, případně jedince s mírnou kognitivní poruchou. Všechny rizikové faktory jsou posuzovány v kontextu s demencí a jsou zde předloženy studie zabývající se vlivy daného RF na vzniku demence.

Pro stanovení míry vlivu daného RF a síly doporučení byla pracovní skupinou provedena rešerše studií zabývajících se touto problematikou. Pokud skupina shledala žádoucí účinky dané intervence přínosnější než nežádoucí účinky, pak dané doporučení označila jako silné, v případě nejistého přínosu pak stanovila doporučení podmíněné. Podmíněné doporučení není jednoznačné a někteří jedinci v tomto případě musí zvážit, zda intervenci využít nebo ne.

Fyzická aktivita

Zde WHO uvádí, že fyzická aktivita je pro všechny jednoduše dostupná a mimo snížení rizika vzniku demence má velké množství dalších zdravotních benefitů. Uvádí, že by měla být z důvodu snížení rizika kognitivního úpadku doporučována zdravým dospělým jako

preventivní opatření, přičemž tomuto doporučení klade velkou váhu (silné doporučení). Podmíněně doporučuje aktivitu také osobám s mírnou kognitivní poruchou. Předkládá konkrétní pohybové aktivity a jejich frekvence, a to zejména pro osoby starší 65 let. Těmito mohou být aerobik, multifunkční či vytrvalostní cvičení zahrnující rekreační a volnočasovou fyzickou aktivitu, pěší chůze či jízdu na kole, domácí práce a různé sporty.

Specifikovaná doporučení:

- 1) minimálně 150 minut aerobiku mírné intenzity/75 minut aerobiku vysoké intenzity týdně, případně adekvátní kombinaci (pro větší zdravotní přínosy lze prodloužit dobu cvičení na 300 minut/týden – mírná intenzita, či 150 minut/týden – vysoká intenzita),
- 2) cvičit v sériích po minimálně 10 minutách nepřerušného pohybu,
- 3) silový trénink alespoň 2x/týden,
- 4) pokud nelze ze zdravotních důvodů praktikovat výše uvedená doporučení, měla by se osoba věnovat pohybu v takové míře a intenzitě, kterou její zdravotní stav umožňuje.

Kognitivní a sociální intervence

Posilování kognitivních funkcí a sociální interakce je, stejně jako tomu je u oblasti fyzické aktivity, doporučováno zdravým dospělým v rámci primární prevence demence, případně dospělým s mírnou kognitivní poruchou. WHO uvádí, že k zlepšování kognitivních funkcí může docházet pomocí jejich stimulace či kognitivního tréninku. Kognitivní stimulování spočívá v obecné účasti a podílení se na činnostech a aktivitách, které vedou k zapojení kognitivních a sociálních funkcí. Kognitivní trénink zde WHO uvádí jako cílené provádění standardizovaných činností, které jsou zaměřeny na zlepšení konkrétních kognitivních funkcí. Na základě výsledků studií je zde uvedeno podmíněné doporučení spočívající v provádění kognitivního tréninku, konkrétní doporučení pro kognitivní trénink však nejsou v těchto postupech WHO stanovena. V oblasti kognitivní stimulace nejsou důkazy o jejím vlivu na vznik demence dostatečné, nejsou tak pro ně vydána žádná doporučení.

V rámci sociální interakce odkazuje WHO na studii, která doporučuje sociální aktivitu jako preventivní opatření vzniku demence. Přesto však WHO zastává názor, že v oblasti

sociálních aktivit není adekvátní dostatek důkazů pro jisté potvrzení vlivu na vznik demence. Uvádí především všeobecný pozitivní přínos sociální angažovanosti pro celkové zdraví a duševní pohodu a apeluje na její realizaci v průběhu celého života. Ani v této oblasti tak nejsou stanovena konkrétní doporučení (WHO, 2019, s. 10–28).

Česka republika – zaměření na psychosociální rizikové faktory v dokumentu NAPAN 2020–2030

Česká republika se konkrétně problematikou demence zabývá v jednom akčním plánu – v „Národním akčním plánu pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro léta 2020–2030“ (NAPAN 2020–2030), který byl vydán MZ ČR. Zde je problematika prevence a rizikových faktorů demence konkretizována ve specifickém cíli č. 4.2 „Prevence vzniku a rozvoje demencí“, který je součástí strategického cíle č. 4 „Povědomí o demenci a prevence“. Na rizikové faktory, včetně psychosociálních, se MZ ČR v tomto dokumentu obrací také z hlediska potřeby a významnosti výzkumu, a to ve specifickém cíli č. 3.1 „Rozvoj výzkumu demence“. Získávání informací o rizikových faktorech prostřednictvím výzkumu populace je stanoveno jako jedna ze čtyř priorit tohoto cíle.

MZ ČR zde uvádí, že kromě neovlivnitelných rizikových faktorů (věk, pohlaví, genetické faktory a další) zvažujeme také ovlivnitelné rizikové faktory, včetně nedostatku pohybové aktivity, omezeného sociálního kontaktu a omezeného používání kognitivních funkcí. Uvádí, že pomocí realizace vhodných opatření, která by vedla k omezení těchto rizikových faktorů, lze docílit ke zpomalení rozvoje demence a odkazuje na dokument WHO, který předkládá doporučené postupy, kterými je možné tohoto dosáhnout.

Opatření jsou v dokumentu NAPAN 2020–2030 stanovena tři – aplikování doporučených postupů s ohledem na situaci v ČR, následnou implementaci stanovené strategie a sledování rizikových faktorů demence. Ministerstvo v plánu osvětluje, že s ohledem na původ zdrojů dat, ze kterých WHO vytvořila zmíněná opatření, nelze v ČR postupy okamžitě aplikovat do praxe. Plánuje tak tvorbu multidisciplinárního týmu a realizaci analýzy rizikových faktorů v ČR (na základě dat ze SZÚ, ÚZIS a dalších) s následným sepsáním doporučených postupů (metodiky prevence) s ohledem na kontext situace v ČR. Postupy by měly být sestaveny do konce roku 2024. Opatření v NAPAN 2020–2030 tak mají formu především provádění analýz (analýza lidských zdrojů, finančních zdrojů, zdravotnického systému, legislativy a dalších) a tvorby plánů, včetně zakomponování problematiky prevence demence do sféry vzdělávání a námětu k přístupu v komunikaci pro

média. V rámci monitorování situace rizikových faktorů uvádí MZ ČR nutnost pravidelného sledování prevalence rizikových faktorů, ze kterého budou získány podklady pro hodnocení preventivních strategií (MZ ČR, 2021, s. 65–77).

6 Diskuze

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku primární prevence demence z pohledu zdravotní politiky. Primární prevence spočívá v zamezení vzniku onemocnění, při kterém hrají roli modifikovatelné rizikové faktory, je tak důležité tyto faktory eliminovat. Významnou skupinou těchto faktorů jsou faktory psychosociální.

Cílem diplomové práce bylo posoudit vliv psychosociálních rizikových faktorů na vznik demence, kdy pod rizikové faktory spadá vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, dále čtení, návštěva kultury, luštění křížovek a fyzická aktivita. Dalším cílem bylo zanalyzovat strategii a programy zdravotní politiky vzhledem k psychosociálním rizikovým faktorům v rámci primární prevence demence. V hypotézách byl stanoven předpoklad existence statistické významnosti rozdílnosti mezi skupinou případů a skupinou kontrol vzhledem k psychosociálním rizikovým faktorům a dále zaměření na tyto faktory ve strategiích zdravotní politiky.

Data využitá pro posouzení prvního cíle výzkumné části byla zpracována na základě epidemiologického dotazníku, jež byl součástí projektu Juniorského grantu Univerzity Palackého v Olomouci č. JG_2019_004 s názvem „The influence of atherosclerosis on the development of dementia and the possibility of its non-pharmacological influence“ („Vliv aterosklerózy na rozvoj demence a možnosti jejího nefarmakologického ovlivnění“) a projektu AZV č. NU20-09-00119 s názvem „Possible influence of atherosclerosis on dementia development“ („Možný vliv aterosklerózy na rozvoj demence“). Pro analýzu byla využita data od 1043 pacientů.

Riziko demence roste s věkem, čemuž odpovídá zjištění, že mezi případy a kontrolami byl v porovnání věku nalezen statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$). Průměrný věk případů byl o více než 5 let vyšší, než průměrný věk kontrol. Z hlediska rozložení žen a mužů v souboru převažovaly jak ve skupině případů, tak ve skupině kontrol, ženy. I přes vyšší četnost žen v obou skupinách však nebyla z hlediska rozložení pohlaví mezi zkoumanými skupinami zjištěna statistická významnost ($p = 0,081$).

Zkoumaná skupina socioekonomických údajů zahrnovala vzdělání, zaměstnání a rodinný stav. Nejvíce případů i kontrol zastupovalo skupinu se středním vzděláním (49,5 % a 60,9 %), zastoupení se lišilo u vysokoškolsky vzdělaných osob a osob se základním vzděláním. V otázce vzdělání byl nalezen statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$), kdy statisticky významným byl vyšší počet kontrol se středním vzděláním oproti případům se středním vzděláním. Snížení rizika rozvoje demence v závislosti na vyšší úrovni vzdělání

potvrzují také studie Larsson et al., 2017 a Satizabal et al., 2016. Statisticky významná rozdílnost byla také zjištěna v zastoupení zaměstnání. Duševní práci zastávaly více kontroly, naopak práci fyzickou prováděly více případy, což je podloženo hodnotou $p < 0,001$ a rozdíl v zastoupení fyzické práce mezi případy a kontrolami je tak statisticky významný. Rozdíl v riziku rozvoje demence mezi manuálně a nemanuálně pracujícími ukázala švédská kohortová studie, kdy manuálně pracující disponovali o 50 % vyšším rizikem vzniku demence (Qiu et al., 2003). Poslední faktor socioekonomických údajů – rodinný stav byl u většiny odpovědí zastoupen případy i kontrolami procentuálně obdobně. Rozdílnost se prokázala u skupiny ovdovělých, kde rozdíl v zastoupení tvořil téměř 10 % a byla zde zjištěna statistická významnost ($p = 0,006$).

Druhou zkoumanou oblastí byly aktivity zahrnující čtení, luštění křížovek a návštěvu kultury. Čtenáři jsou procentuálně více zastoupeni ve skupině kontrol oproti případům (75,9 % oproti 62,4 %), podobná situace je pozorována v otázce luštění křížovek, kdy více kontrol luští křížovky oproti případům (61,7 % ku 41,2 %). U obou aktivit byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi kontrolami a případy, a to jak v otázce čtení ($p < 0,001$), tak v otázce luštění křížovek ($p < 0,001$). Pro čtení bylo zjištěno, že $OR = 1,89$ (95% IS 1,41–2,54), z čehož vyplývá, že osoby, které se čtení nevěnují, mají vyšší riziko rozvoje demence. Pro luštění křížovek vyšla hodnota $OR = 2,29$ s 95% IS 1,73–3,04, tedy i v případě křížovek se u nevěnování této aktivitě zvyšuje riziko pro onemocnění demencí. Na otázku ohledně vyhledávání kultury, odpověděla negativně více než polovina respondentů jak ze skupiny kontrol, tak i ze skupiny případů. U kontrol však byl poměr osob kulturu vyhledávajících a nevyhledávajících vyváženější. Mezi skupinami byl také zjištěn statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$) a hodnota $OR = 2,05$ (95% IS 1,53–2,75), i v tomto případě mají tedy osoby, které kulturu nenavštěvují, zvýšené riziko pro rozvoj demence. Vztah kognitivní stimulace a aktivit podporující kognitivní funkce zkoumala také německá studie z roku 2012, která mimo jiné zahrnovala v této práci zkoumané čtení a luštění křížovek. Výsledky této studie naznačují protektivní účinek vysoké úrovně kognitivní aktivity ve vztahu ke vzniku mírné kognitivní poruchy a Alzheimerovy demence (Sattler et al., 2012). Snížené riziko vzniku demence (konkrétně Alzheimerovy, vaskulární a kombinované demence) v souvislosti s aktivitami podporující kognitivní funkce předkládá také studie z roku 2003. Zde se jednalo se čtení, hraní deskových her a hru na hudební nástroj (Verghese et al., 2003).

Poslední zkoumanou oblastí byla pohybová aktivita. Více než 51 % případů a 67 % kontrol zde uvedlo, že provozují pohyb ve volném čase. Bez pohybu bylo o více než 20 % více případů oproti kontrolám. Mezi skupinami byl z hlediska intenzity pohybu zjištěn

statisticky významný rozdíl ($p < 0,001$) – případy se statisticky významně méně věnují pohybu oproti kontrolám. V otázce druhu pohybu odpovědělo převážné množství respondentů z obou skupin, že se věnují spíše individuálním sportům. Nebyla zde zjištěna statistická významnost ($p = 0,181$). Lze tedy říci, že pravidelná pohybová aktivita má pozitivní vliv funkci mozku a osoby, které jsou fyzicky aktivní, mají menší šanci rozvoje kognitivního úpadku oproti fyzicky neaktivním osobám. Toto tvrzení potvrzuje také řada studií, např. Sofi et al., 2011, která uvádí, že i mírná pohybová aktivita dokáže snížit riziko rozvoje kognitivního poklesu.

Sociální interakce a izolace sama o sobě nebyla součástí této práce, ale vyskytovaly se zde faktory v návaznosti na sociální kontakt – kolektivní pohybová aktivita, vyhledávání kultury, v rámci jiných aktivit určité formy sociálního kontaktu zmíněné respondenty (interakce s rodinou, vnučaty, kluby seniorů apod.) a rodinný stav (vdovec/vdova). Jak je zmíněno výše, v otázce kolektivní aktivity nebyla nalezena statistická významnost, stejně jako u sociální interakce – zde se jednalo se o otevřenou otázku a uvedení odpovědi bylo variabilní. U kultury a rodinného stavu ovšem statistická významnost prokázána byla (viz výše). Negativní vliv sociálně neaktivního života a samoty podpořila také meta-analýza z roku 2015, která uvedla, že lidé, kteří méně vyhledávají sociální kontakt a jsou častěji sami, vykazují vyšší riziko vzniku demence (Kuiper et al., 2015).

Zdravotní politika, strategie a přístupy ČR a WHO k demenci se v určitých ohledech liší. WHO problematiku demence pojímá ze široka ve svém základním plánu – „Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025“, kde se věnuje také snižování rizika rozvoje onemocnění z pohledu rizikových faktorů včetně faktorů psychosociálních a opatření primární prevence. Uvádí zde doporučené postupy a okruhy preventivních opatření, pomocí kterých lze ovlivnit výše zmíněné RF. Pro psychosociální RF v kontextu této práce se jedná o opatření – podpora fyzické aktivity, sociálního kontaktu, aktivit zapojujících kognitivní funkce a vzdělávání. Předkládá zde doporučení pro členské státy WHO a také pro všechny subjekty zúčastněné v této oblasti. Apeluje na zakomponování problematiky demence do národních strategií a na zvýšenou pozornost vzhledem k ovlivnitelným rizikovým faktorům. Doporučuje tvorbu databáze obsahující veškeré potřebné údaje o demenci.

Konkrétní stanovené doporučené postupy a opatření v rámci primární prevence má WHO pro demenci stanoveny v dalším dokumentu s názvem „Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia – WHO Guidelines“. Zde je vyhodnocena závažnost konkrétních rizikových faktorů a důležitost navržených doporučení. Ke všem faktorům, tedy i k faktorům psychosociálním, je uveden kontext daného RF ve vztahu k demenci a odkaz na studie

zabývající se vztahem daného faktoru a demence. Na základě vyhodnocení RF jsou uvedena konkrétní doporučená opatření a jejich významnost.

Česká republika v kontextu demence aktuálně pracuje s plánem NAPAN 2020–2030 („Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030“). Je zde v samostatné kapitole zdůrazněna oblast prevence z pohledu modifikovatelných rizikových faktorů. Konkrétní opatření či doporučení v oblasti primární prevence v závislosti na psychosociálních (či jiných) RF však tento dokument nepředkládá. MZ ČR vysvětluje, že navržená doporučení WHO nelze aktuálně aplikovat na českou populaci, a to z důvodu jiného původu využitých dat. Strategie v tomto cíli se tak týkají především analýz (počínaje analýzou rizikových faktorů) potřebných pro sestavení preventivních opatření vhodných pro českou populaci. Analýza RF by již měla být hotová (termín MZ ČR stanovilo na červen roku 2022), samotná doporučená opatření by měla být zkompletována do konce roku 2024.

Česká republika však není jediným státem střední Evropy, která nemá zpracována opatření v rámci primární prevence demence. Dva ze čtyř sousedních států ČR nemají zpracovány dokonce žádné národní strategické plány, jedná se o Slovensko a Polsko. Zbylé dva sousední státy – Německo a Rakousko plány zpracovány mají (Alzheimer Europe, ©2021–2023). Rakousko se ve svém plánu z roku 2015 zaměřuje na zvýšení povědomí o demenci, podporu soběstačnosti nemocných, zlepšení znalosti a dovednosti pečujících, zajištění dostupnosti a koordinace potřebných služeb a zlepšení jejich kvality pomocí výzkumu. Na oblast prevence, a tedy i na rizikové faktory, se však národní plán Rakouska vůbec nezaměřuje (BMASGK, 2015, s. 7–10). Národní strategie demence Německa z roku 2020 cílí na 4 hlavní okruhy – rozvoj komunit pro osoby s demencí na podporu sociální interakce, posílení zdravotní a dlouhodobé péče pro nemocné, podpora osob s demencí a jejich blízkých a podpora výzkumu. V rámci prvního okruhu se plán zaměřuje také právě na snížení rizika rozvoje demence a to uvedením rizikových faktorů (včetně pohybu, sociální interakce a kognitivního tréninku) a jejich vlivu na vznik onemocnění (BMFSFJ, 2020, s.11–48).

Z evropských států mají dále v problematice demence vytvořenou strategii např. státy Francie a Anglie. Francie měla první zpracovaný národní plán v problematice demence již v roce 2001, na kterém byly postaveny následující strategické rámce, včetně toho nejnovějšího vytvořeného na léta 2021–2022. Z 10 oblastí, na které se francouzská strategie zaměřuje, je jednou oblast prevence (Alzheimer Europe, ©2021–2023). Uvádí zde determinanty zdraví ve smyslu rizikových faktorů a navrhuje konkrétní preventivní opatření (Ministère des solidarités et de la sante, 2021, s. 42–43). Také Anglie klade v rámci zdravotní

politiky důraz na oblast demence a její prevenci. V roce 2015 tehdejší premiér Anglie David Cameron vydal strategický plán demence s názvem „Prime Minister’s challenge on Dementia 2020“, který navazoval na dva předchozí plány. Tento dokument udával Anglii za cíl stát se nejlepší zemí světa v poskytování péče a podpory a také ve výzkumu demence. Toho mělo být docíleno pomocí zkvalitnění zdravotně-sociální péče, šíření povědomí a aktivního přístupu zúčastněných (Alzheimer Europe, ©2021–2023). V dokumentu je také zmínka o vhodnosti snížení rizika na základě redukce rizikových faktorů (Department of Health, 2015, s. 10–24). Konkrétní rizikové a protektivní faktory včetně postupů a doporučení ke snížení rizika rozvoje demence jsou zveřejněny také na webových stránkách vlády (Public Health England, 2021). Samostatnou fungující kampaň zaměřenou na snížení rizika rozvoje demence má z výše zmíněných zemí vytvořenou pouze Německo a Anglie (GDO, ©2023). Shrnutí strategií vybraných zemí je součástí přílohy č. 2.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že většina zkoumaných psychosociálních rizikových faktorů má vliv na rozvoj onemocnění demence. Toto zjištění podporuje také řada studií, včetně výše zmíněných. Prokázala se určitá statistická významnost ve smyslu vyššího výskytu demence u osob, které nepodporují kognitivní funkce skrze čtení a křížovky, mají nižší úroveň vzdělání, pracují fyzicky, nenavštěvují kulturu, žijí bez partnera (jsou ovdovělí) a nevěnují se pohybu. Většina těchto faktorů, které jsou v rámci této DP zařazeny pod faktory psychosociální, je (a to často jednoduchým způsobem) ovlivnitelná (ovlivnit nelze úmrtí partnera, lze však ovlivnit přístup k životu po jeho úmrtí). Jedná se o aktivity, které nejsou důležité jen ve stáří, ale v průběhu celého života. Z tohoto důvodu je důležité zaměřit se v rámci výzkumu na psychosociální rizikové faktory a v rámci zdravotní politiky na primární prevenci v rámci těchto RF a snažit se tak předcházet rozvoji kognitivního úpadku s následným vznikem demence.

Práce by mohla být impulsem pro následné studie, které by mohly být zaměřeny na problematiku psychosociálních rizikových faktorů zahrnujících např. socioekonomické údaje, volnočasové a kognitivní aktivity, sociální angažování a způsob pohybové aktivity. Vzhledem k aktuální situaci, kdy Česká republika nemá stanoveny žádné konkrétní plány či jiné aktivity související s modifikovatelnými RF v rámci veřejnosti, by mohlo být pro problematiku demence přínosem, kdyby se těmito faktory aktivně zabývala a kdyby bylo na základě již existujících studií šířeno veřejné povědomí o jejich existenci, významnosti a důležitosti jejich prevence, a to již v brzkém věku (v závislosti na faktoru vzdělání, který úzce souvisí s celkovým socioekonomickým statusem a v závislosti na nastavení zdravého životního stylu). Šíření tohoto povědomí by mohlo probíhat např. skrze základní školy a praktické

lékaře. V rámci povinné školní docházky by mohla přispět informovanost rodičů a samotných dětí a mládeže, prostřednictvím např. besed či sezení s odborníky ze zdravotnictví nebo prostřednictvím informačních materiálů (papírová či elektronická forma). Druhou cestou, jak apelovat na primární prevenci, by mohlo být skrze praktické lékaře, které převážná většina lidí čas od času navštíví. Při těchto návštěvách by tak mohlo ze strany lékařů či sester docházet k předávání informací ohledně rizikových faktorů a možné prevenci demence, buď pouze ústní formou či s doplněním informačního materiálu (papírově či elektronicky). Veškerá konkrétní opatření, která by mohla být v návaznosti na zmíněné RF navržena, nepřinášejí pro člověka žádné zdravotní či jiné riziko, naopak mohou přispět k celkově lepšímu fyzickému i psychickému stavu.

Doporučení se váže také ke stránce shromažďování dat v souvislosti s demencí. Vzhledem k předpokládanému rozvoji problematiky demence do budoucna a výsledkům tohoto výzkumu, by tato práce mohla být náznakem pro tvorbu komplexní ucelené databáze zaměřující se na demenci, jak již nastínila také WHO (2017, s. 19). Mohla by obsahovat veškeré potřebné informace o demenci – incidenci, prevalenci, úmrtnost, strukturu postižených obyvatel (věk, pohlaví, místo bydliště...) a potřebné údaje o zmíněných (i jiných) rizikových faktorech spolu s odkazy na existující studie a mohla by tak být přínosem pro tvorbu zdravotní politiky v problematice demence.

Práce má určité limity. Vzhledem k prevalenci demence ve společnosti se dá předpokládat, že pokud by se studie účastnilo větší množství respondentů, rozdíly mezi skupinami by se mohly zvětšovat. Statistická významnost u druhu pohybu (individuální či kolektivní – tedy v přítomnosti a interakci s ostatními lidmi či nikoliv) by se také mohla odlišovat, pokud by na tuto otázku odpověděli všichni respondenti – údaj uvedlo pouze 795 osob z 1043. U celkem 72 osob (z toho 19 kontrol a 53 případů) nebyl dostupný údaj o věku. Pokud by tomu tak nebylo, věkové rozložení a věkové charakteristiky jednotlivých skupin by se mohly lehce lišit. Avšak vzhledem k porovnávání zkoumaných RF pouze v rámci skupin případů a skupin kontrol nezávisle na věku, není tato limitace pro tento výzkum významná.

Strategické plány jsou sestavovány na určité období, ve většině případů se jedná o několik let. Z tohoto důvodu nemusí přesně reflektovat současné potřeby a současnou situaci v oblasti demence – nemusí umět reagovat na výsledky nových výzkumů a na měnící se prevalenci onemocnění. V tomto jsou přesnější plány vytvořené v posledních letech, které odráží co nejnovější poznatky. Analýza zdravotních strategií probíhala pomocí veřejně dostupných plánů jednotlivých států a WHO, je tedy možné, že již v současnosti jsou

příslušnými orgány tvořeny plány nové, a tedy odpovídající aktuální situaci, s termínem zveřejnění v blízké budoucnosti.

Závěr

Ačkoliv je demence ve vyšším věku častým onemocněním, není nevyhnutelná. Existují rizikové faktory tohoto onemocnění, které lze ovlivnit. Mezi ty patří faktory životního stylu, sociální interakce, fyzická aktivita, socioekonomická úroveň, podpora kognitivní aktivity a další. Vzhledem k těmto poznatkům je důležité zaměřit se na primární prevenci tohoto onemocnění v závislosti na zmíněných rizikových faktorech. Toho lze docílit pomocí nastavení koncepce a přístupů národní zdravotní politiky. Právě na provázanost rizikových faktorů, prevence a navazujících intervencí zdravotní politiky se zaměřovala tato diplomová práce.

Analýza dat přinesla statisticky významné rozdíly ve výskytu vybraných psychosociálních rizikových faktorů mezi skupinou případů a skupinou kontrol. Statistická významnost byla prokázána u většiny zkoumaných faktorů, tzn. u vzdělání, zaměstnání, rodinného stavu, čtení, luštění křížovek, návštěvy kultury a intenzity pohybové aktivity. Jediný zkoumaný faktor, u něhož se statistická významnost neprokázala, byl druh pohybové aktivity (individuální či kolektivní). Statisticky významně více osob ze skupiny případů mělo nižší vzdělání, pracovalo fyzicky, bylo ovdovělých a méně se věnovalo pohybové aktivitě v porovnání se skupinou kontrol. U všech aktivit (čtení, luštění křížovek a vyhledávání kultury) byl vypočítán statisticky významný rozdíl spolu s poměrem šancí (OR = odds ratio). Všechny aktivity se prokázaly jako protektivní faktor ve vztahu k demenci, tedy osoby, které se těmto aktivitám věnují, mají nižší riziko rozvoje onemocnění.

Následně bylo na základě analýzy zdravotních strategií zjištěno, že WHO v plánech pracuje se zkoumanými RF a předkládá doporučená opatření v rámci primární prevence demence pro členské státy a ostatní zainteresované subjekty. ČR naopak na analýze zmíněných RF teprve pracuje a aktuálně nemá vytvořen plán, který by cílil na primární prevenci demence z pohledu psychosociálních (ani jiných) rizikových faktorů. Stanovené cíle práce byly tímto splněny. Hypotéza č. 1.1 se potvrdila, hypotéza č. 2.1 se vyvrátila.

Výsledky výzkumu této práce by mohly sloužit jako inspirace pro hlubší zabývání se problematikou psychosociálních rizikových faktorů v oblasti výzkumu demence. Výsledky těchto studií by poté v budoucnu mohly případně sloužit jako podklad pro tvorbu preventivních doporučení. Výsledky z této práce by dále mohly být přínosem pro veřejnost ve smyslu šíření povědomí o rizikových faktorech, možné prevenci demence a případně tvorbě informačního materiálu. Posledním přínosem práce by mohlo být nastínění možnosti tvorby komplexní databáze zaměřující se na problematiku demence.

Referenční seznam

ADI [Alzheimer's disease international], 2014. *World Alzheimer Report 2014. Dementia and risk Reduction* [online]. London: Alzheimer's Disease International, 21st September 2014 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2014/>

ADI [Alzheimer's Disease International], 2019. *World Alzheimer Report 2019. Attitudes to dementia* [online]. London: Alzheimer's Disease International, 20th September 2019 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/>

ADI [Alzheimer's disease international], 2022. *From Plan to Impact V. WHO Global action plan: The time to act is now* [online]. London: Alzheimer's Disease International, 25th May 2022 [cit. 2023-01-18]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/resource/from-plan-to-impact-v/>

ALEXA, Jan et al., 2015. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition* [online]. 17(1), 1–165 [cit. 2023-01-26]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/czech-republic-health-system-review-2015>

Alzheimer Europe, ©2021–2023. *National Dementia Strategies* [online]. Luxembourg. [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.alzheimer-europe.org/policy/national-dementia-strategies>

Alzheimer's Disease International. *Dementia facts & figures* [online]. London: Alzheimer's Disease International. [cit. 2023-02-01]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/>

BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz], 2015. *Demenzstrategie – Gut Leben mit Demenz* [online]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.demenzstrategie.at>

BMFSFJ [Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend a Bundesministerium für Gesundheit], 2020. *Nationale Demenzstrategie* [online]. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.nationale-demenzstrategie.de/die-strategie>

ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav, 2010. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

Česká alzheimerovská společnost, 2020. *Prevalence demence v Evropě* [online]. ©2015 VIZUS, 18. února 2020. [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/clanky/alzheimerova-choroba-ve-svete/prevalence-demence-v-evrope/>

Česká alzheimerovská společnost, 2022. *Výroční zpráva za rok 2021* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/vyrocnizpravy/>

DENING, Tom a SANDILYAN, Malarvizhi Babu, 2015. Dementia: definitions and types. *Nursing Standard* [online]. 29(37), 38–43 [cit. 2023-01-07]. ISSN 2047-9018. DOI: 10.7748/ns.29.37.37.e9405. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/276295931_Dementia_definitions_and_types

Department of Health, 2015. *Prime Minister's challenge on dementia 2020* [online]. Published 21 February 2015 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/prime-ministers-challenge-on-dementia-2020>

FENCLOVÁ, Eliška et al., 2020. Rizikové faktory Alzheimerovy nemoci. *Čes a slov Psychiat* [online]. 116(2), 59–65 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1316>

GAUTHIER, Serge et al., 2021. *World Alzheimer Report 2021. Journey through the diagnosis of dementia*. [online]. London: Alzheimer's Disease International, 21st September 2021 [cit. 2023-02-23]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2021/>

GCOA [Global Coalition on Aging] a ADI [Alzheimer's Disease International], 2021. *2021 Alzheimer's Innovation Readiness Index* [online]. London: Alzheimer's Disease International, 22nd November 2021 [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/resource/alzheimers-innovation-readiness-index-2021/>

GDO [Global Dementia Observatory], ©2023. Risk reduction campaign. In: *World Health Organization* [online]. Last updated: 2021-06-25 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-dementia-observatory-gdo/risk-reduction>.

Path: Data; GHO; Themes; Global Dementia Observatory (GDO); Dementia risk reduction.

GLADKIJ, Ivan a STRNAD Ladislav, 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.

GODBEE, Kali et al., 2022. Dementia Risk Reduction in Primary Care: A Scoping Review of Clinical Guidelines Using a Behavioral Specificity Framework. *Journal of Alzheimer's Disease* [online]. **89**(3), 789–802 [cit. 2023-01-24]. ISSN 1387-2877. DOI: 10.3233/JAD-220382. Dostupné z: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad220382>

HLAVÁČOVÁ, Simona, 2022. Přehled rizikových faktorů vzniku demence. *Listy klinické logopedie* [online]. **6**(2), 27–33 [cit. 2023-01-18]. ISSN 2570-6179. DOI: 10.36833/lkl.2022.024. Dostupné z: https://casopis.aklcr.cz/artkey/lkl-202202-0004_overview-of-risk-factors-for-dementia.php

HOLMEROVÁ, Iva et al., 2020. *Strategie České alzheimerovské společnosti P–PA–IA* [online]. Revidovaná verze 2013. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [cit. 2023-01-7]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/publikace/doporuceni-cals/>

HORSTKÖTTER, Dorothee, DECKERS, Kay a KÖHLER Sebastian, 2021. Primary Prevention of Dementia: An Ethical Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, **79**(2), 467–476 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1875-8908. DOI: 10.3233/JAD-201104. Dostupné z: <https://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad201104>

HUSSENOEDER, Felix S. a RIEDEL-HELLER, Steffi G., 2018. Primary prevention of dementia: from modifiable risk factors to a public brain health agenda?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. **53**, 1289–1301 [cit. 2023-01-21]. ISSN 1433-9285. DOI: 10.1007/s00127-018-1598-7. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-018-1598-7#citeas>

CHEN, Jen-Hau, LIN, Kun-Pei a CHEN, Yen-Ching, 2009. Risk factors for dementia. *J Formos Med Assoc* [online]. **108**(10), 754–764 [cit. 2023-01-09]. ISSN 1876-0821. DOI: 10.1016/S0929-6646(09)60402-2. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/214/science/article/pii/S0929664609604022?via%3Dihub>

IVANOVÁ, Kateřina et al., 2018. *Sociální lékařství*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 136 s. ISBN 978-80-244-5326-2.

JANOUTOVÁ, Jana et al., 2020a. Možnosti prevence Alzheimerovy choroby. *Cesk Slov Neurol N* [online]. **83**(1), 28–32 [cit. 2023-01-13]. ISSN 1803-6597. DOI: 10.14735/amcsnn202028. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2020-1-4/moznosti-prevence-alzheimerovy-choroby-121146>

JANOUTOVÁ, Jana et al., 2020b. Péče o pacienty s demencí. *Profese online* [online]. **13**(1), 1–5 [cit. 2023-01-7]. ISSN 1803–4330. DOI: 10.5507/pol.2020.003. Dostupné z: https://www.profeseonline.upol.cz/artkey/pol-202001-0004_pece_o_pacienty_s_demenci.php

KUIPER, Jisca S. et al., 2015. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews* [online]. **22**, 39–57 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1568-1637. DOI: 10.1016/j.arr.2015.04.006. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S156816371500046X?via%3Dihub>

LARSSON, Susanna C. et al., 2017. Modifiable pathways in Alzheimer's disease: Mendelian randomisation analysis. *BMJ* [online]. **359**(8133), 1–7 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1756 1833. DOI: 10.1136/bmj.j5375. Dostupné z: <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j5375>

LIVINGSTON, Gill et al., 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* [online]. **396**(10248), 413–446 [cit. 2023-03-2]. ISSN 0140-6736. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30367-6/fulltext)

MÁTĽ, Ondřej, MÁTLOVÁ, Martina a HOLMEROVÁ, Iva, 2016. *Zpráva o stavu demence 2016*. 1. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. 43 s. ISBN 978-80-86541-50-1. Dostupné také z: <https://www.alzheimer.cz/publikace/zpravy-o-stavu/>

Ministère des solidarités et de la sante, 2021. *Feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022* [online]. Ministère de la Santé et de la Prévention, Mercredi 2 juin 2021 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/feuille-de-route-maladies-neuro-degeneratives-2021-2022#>

MZ ČR, 2008. *Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 20. 1. 2008. Poslední aktualizace: 20. 1. 2008 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti/>

MZ ČR, 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 36 s. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-2/>

MZ ČR, 2016. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016–2019* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 21. 11. 2016. Poslední aktualizace: 21. 11. 2016 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-a-dalsi-obdobna-onemocneni-na-leta-2016-2019/>

MZ ČR, 2020. *ZDRAVÍ 2030*. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz>

MZ ČR, 2021. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 28. 4. 2021. Poslední aktualizace: 28. 4. 2021 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-2020-2030/>

MZ ČR. *Programy a strategie* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/category/programy-a-strategie/>

MZ ČR a ÚZIS, 2020. *ZDRAVÍ 2030 – analytická studie*. Zdravotní stav obyvatelstva: Vybraná chronická neinfekční onemocnění [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz>.

PRINCE, Martin et al., 2016. *World Alzheimer Report 2016. Improving healthcare for people living with dementia* [online]. London: Alzheimer's Disease International, 21st September 2016 [cit. 2023-01-18]. Dostupné z: <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2016/>

Public Health England, 2021. Health matters: midlife approaches to reduce dementia risk. In: *GOV.UK* [online]. Updated 28 June 2021 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-midlife-approaches-to-reduce-dementia-risk/health-matters-midlife-approaches-to-reduce-dementia-risk>. Path: Home; Health and social care; Public health; Health conditions; Dementia.

QIU, Chengxuan et al., 2003. Lifetime principal occupation and risk of Alzheimer's disease in the Kungsholmen project. *American journal of industrial medicine* [online]. **43**(2), 204–211 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1097-0274. DOI: doi.org/10.1002/ajim.10159. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12541276/>

SABBAGH, Marwan N. et al., 2022. Primary prevention recommendations to reduce the risk of cognitive decline. *Alzheimer's Dement* [online]. **18**(8), 1569–1579 [cit. 2023-02-14]. ISSN 1552-5279. DOI: 10.1002/alz.12535. Dostupné z: <https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/alz.12535>

SATIZABAL, Claudia L. et al., 2016. Incidence of dementia over three decades in the Framingham heart study. *N Engl J Med* [online]. **374**(6), 523–532 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1533-4406. DOI: 10.1056/NEJMoa1504327. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4943081/>

SATTLER, Christine et al., 2012. Cognitive activity, education and socioeconomic status as preventive factors for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Psychiatry research* [online]. **196**(1), 90–95 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1872-7123. DOI: 10.1016/j.psychres.2011.11.012. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178111007669?via%3Dihub>

SOFI, Francesco et al., 2011. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Journal Internal Medicine* [online]. **269**(1), 107–117 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1365-2796. DOI: 10.1111/j.1365-2796.2010.02281.x. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2796.2010.02281.x>

VERGHESE, Joe et al., 2003. Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *N Engl J Med* [online]. 348(25), 2508-2516 [cit. 2023-04-01]. ISSN 1533-4406. DOI: 10.1056/NEJMoa022252. Dostupné z:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa022252>

WHO, 1946. *Constitution of the World Health Organization* [online]. ©2023 WHO [cit. 2023-01-7]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

WHO, 2017. *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. Geneva: World Health Organization. 44 s. ISBN 978-92-4-151348-7. Dostupné také z: <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>

WHO, 2018. *Towards a dementia plan: a WHO guide*. Geneva: World Health Organization. 73 s. ISBN 978-92-4-151413-2. Dostupné také z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514132>

WHO, 2019. *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. Geneva: World Health Organization. 78 s. ISBN 978-92-4-155054-3. Dostupné také z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>

WHO a ADI [Alzheimer's disease international], 2012. *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization. 102 s. ISBN 978-92-4-156445-8. Dostupné také z: <https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority>

ZLÁMAL, Jaroslav et al., 2014. *Základy managementu pro posluchače zdravotnických oborů*. 1. vydání. Prostějov: Computer Media s.r.o. 108 s. ISBN 978-80-7402-157-2.

ZLÁMAL, Jaroslav et al., 2018. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Prostějov: Computer Media s.r.o. 139 s. ISBN 978-80-7402-375-0.

Seznam zkratk

APOE	Alipoprotein
APP	Amyloidový prekurzorový protein
BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti)
CT	Výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
ČSA	Česká alzheimerovská společnost
DM	Diabetes Mellitus
EBM	Evidence-based medicine (medicína založená na důkazech)
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IS	Interval spolehlivosti
MMSE	Minimental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment
MR	Magnetická rezonance
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAPAN	Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc
NZIS	Národní zdravotní informační systém
OR	Odds ratio (poměr rizik)
PET	Pozitronová emisní tomografie
RF	Rizikový faktor
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní popisná charakteristika zkoumaného souboru.....	37
Tabulka 2: Charakteristika souboru dle věku	37
Tabulka 3: Rozložení případů a kontrol dle socioekonomických údajů.....	39
Tabulka 4: Rozložení případů a kontrol dle aktivit	41
Tabulka 5: Rozložení případů a kontrol dle pohybové aktivity.....	42

Seznam obrázků

Obrázek 1: Rozložení odpovědí v otázce „jiné aktivity“	44
--	----

Seznam příloh

Příloha 1: Epidemiologický dotazník.....	69
Příloha 2: Porovnání strategií ČR a vybraných evropských zemí	71

Příloha 1: Epidemiologický dotazník

Epidemiologický dotazník (Ateroskleróza a demence)

1. Příjmení, jméno:.....
2. Adresa:.....
3. Telefon:.....
4. Datum narození.....
5. Věk.....
6. Pohlaví.....
7. Vzdělání: základní x střední škola x univerzita
8. Zaměstnání: duševní práce x fyzická práce x kombinace
9. Rodinný stav: ženatý (vdaná) x svobodný (á) x vdovec (vdova) x rozvedený (á)
10. Demence v rodině: ano x ne
11. Jestliže ano, kdo: matka x otec x sourozenec x dítě

Aktivity:

12. Zájmy, hobby: čtení ano x ne, křížovky ano x ne kultura ano x ne jiné.....
13. Pohybová aktivita: aktivně x ve volném čase x žádný pohyb
14. Aktivity: kolektivní (ve společnosti) x spíše individuální

Faktory životního stylu

15. Kuřáctví: nekuřák x kuřák x ex-kuřák
16. Délka kuřáctví: od.....do..... (roky), počet za den:.....
17. Konzumace alkoholu: abstinent x příležitostně x pravidelně denně x pravidelně týdně – kolikrát v týdnu v průměru.....

Kardiovaskulární nemoci

18. Hypertenze ano x ne
19. Jestliže ano, v kterém věku diagnostikována.....
20. Koronární nemoc srdeční: infarkt myokardu x angína pectoris x jiná manifestace.....
21. Jestliže ano, v kterém věku diagnostikována.....
22. Hypercholesterolemie ano x ne
23. Léčba statiny ano x ne
24. Diabetes mellitus ano x ne
25. Jestliže ano, v kterém věku diagnostikován.....
26. Léčba diabetes mellitus dieta x PAD x insulin
27. Centrální mozková příhoda ano x ne
28. Jestliže ano, počet.....rok diagnózy.....
29. Periferní arteriální onemocnění ano x ne
30. Rok diagnózy.....
31. Stenóza carotid ano x ne
32. Jestliže ano, procento stenózy.....
33. Stenóza jakékoliv arterie větší než 50% ano x ne, která arterie.....
34. Léčba stenózy (název, denní dávka).....
35. Fibrilace síní (FS) ano x ne
36. Léčba FS antikoagulancia x antiagregancia x antiarytmika x jiné
37. Konkrétní léčba FS (název, denní dávka)

Kognitivní funkce:

38. Diagnóza demence: ano x ne

39. Typ demence: Alzheimerova demence x vaskulární demence x jiný typ demence,
jaký..... x neurčená demence
40. Začátek příznaků (od jakého věku):.....
41. MMSE:.....
42. MoCa:.....
43. Léčba:.....
44. Délka trvání léčby (roky):.....
- Lékař: MUDr....., pracoviště.....telefon.....
- Rodinný příslušník: Jméno.....telefon.....

Příloha 2: Porovnání strategií ČR a vybraných evropských zemí

Strategie zdravotní politiky v problematice demence							
ČR a vybrané evropské země							
	ČR ^{a, g}	Německo ^{b, g}	Rakousko ^{c, g}	Slovensko ^{d, g}	Polsko ^{d, g}	Anglie ^{e, g}	Francie ^{f, g}
Národní plán	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano
Implementace k r.	2020	2020	2015			2015	2021
Primární prevence	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano
Rizikové faktory	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano
Psychosociální RF	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ano
Kampaň pro snížení rizika demence	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ne

Zdroj dat: ^a MZ ČR, 2021, s. 65–77, ^b BMFSFJ, 2020, s. 11–48, ^c BMASGK, 2015, s. 7–10, ^d Alzheimer Europe, ©2021–2023, ^e Department of Health, 2015, s. 10–24, ^f Ministère des solidarités et de la sante, 2021, s. 42–43, ^g GDO, ©2023

Vlastní zpracování.