

Univerzita Palackého v Olomouci
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

Demence ó nemoc 21./století

Ivana Binarová

Olomouc 2012

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Binarová, PhD.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených zdrojů.

V Olomouci dne 20.6.2012

í í í í í í í í í

Děkuji PhDr. Ivaně Binarové PhD. za odbornou pomoc, vedení, rady a doporučení při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

I.	ÚVOD.....	6
1.	CÍLE PRÁCE	7
2.	STÁ Í NENÍ NEMOC.....	8
2.1.	Kognitivní zm ny ve stá í.....	8
2.2.	Emo ní zm ny ve stá í.....	8
II.	TEORETICKÁ ÁST	9
3.	TEORIE DEMENCÍ.....	9
3.1.	Definice a základní charakteristika.....	9
3.2.	Prevence	10
3.3.	Diagnostika	11
3.4.	Výskyt.....	12
4.	ROZD LENÍ DEMENCE.....	12
4.1.	Podle typu zasažení /d lení dle Halové/	12
4.2.	Podle intenzity zasažení.....	13
4.3.	P ehled jednotlivých typ demencí podle Horta.....	13
5.	ZÁKLADNÍ TYPY KOGNITIVNÍCH PORUCH, EMOCE A DALŠÍ PSYCHICKÉ FUNKCE	14
6.	TYPY DEMENCÍ	16
6.1.	Atroficko-degenerativní typy demencí	16
6.1.1.	Alzheimerova nemoc	16
6.1.2.	Demence s Lewyho t lísy	17
6.1.3.	Demence u Parkinsonovy choroby a onemocn ní typu šParkinson plusõ.....	18
6.1.4.	Frontoteporální demence.....	18
6.2.	Symptomatické demence	18
6.2.1.	Vaskulární demence.....	18
6.3.	Ostatní symptomatické demence ó Sekundární demence	19
III.	DEMENCE V PRAXI.....	19
7.	PÉ E O OSOBY TRPÍCÍ DEMENCÍ	19
7.1.	Komunikace a pé e.....	19
7.2.	Kroky v pé i.....	19
7.3.	Služby registrovaných poskytovatel sociálních služeb.....	21
7.5.	Záznamy rozhovor	22
7.6.	P íklady postiflení praktických dovedností	22
7.7.	Narušení kognitivních funkcí.....	22
8.	KAZUISTIKA.....	24
9.	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO TĚT ENÍ - SONDA.....	25
10.	SOUHRN	29
11.	ZÁV R.....	31
12.	P ÍLOHY	33
13.	REFEREN NÍ SEZNAM	38

I. ÚVOD

V letošním roce je to 106 let od doby, kdy byl poprvé popsán pojem demence. Objev učinil profesor Alzheimer v roce 1906 a jeho objev je považován za zlom v dějinách demence.

Dříve se mnoho lidí demence nedočkalo, protože umírali v důvěrné péči. Dnes se díky zlepšující se kvalitě lékařské péče lidé dožívají v důvěrné péči. Demence je kladena na první místo jako nemoc, která výrazně zhoršuje kvalitu života. Postihuje stále větší počet osob v produktivním věku. Tyto osoby přesto přehlídají prvotní varování, protože je zaměňují s příznaky přepracování. Svět čeká ve 21. století boj s touto zákeřnou nemocí.

21. století bylo popsáno jako století neurodegenerace, století demence.

Téma bakalářské práce je Demence – nemoc 21. století. Téma jsem si vybrala, protože pracuji v centru denních služeb, které poskytuje služby formou denního pobytu lidem s demencí. Práce vyžaduje velkou míru trpělivosti, znalostí a zkušeností. Jako všechny oblasti pomáhajících profesí, je i tato služba náročná na psychiku všech pečujících. Profesionální i rodinných poskytovatelů.

Lidstvo stárne. Tento proces přináší problémy zdravotní, sociální, ale i ekonomické. Demence jsou spojeny mezi nemocí s výrazným společenským i zdravotním dopadem.

Nemohou najít cestu domů, zapomínají tváře, data, neorientují se v prostoru. Nepoznávají své osobní věci. Vzpomínek ubývá, nové informace nejsou schopni přijmout. Emoce jsou hrozné a zvládnutelné, sociální chování je narušeno.

Ztrácí se v tomto světě, jejich realita je jiná než u zdravého člověka. Nemoc mohou doprovázet deprese, stavy úzkosti, strach, halucinace, bludy. Člověk se stává nevykonným, neorientovaným. Může trpět inkontinencí, ztratit schopnost plynulých pohybů, schopnost se sám najít, obléci nebo zvládnout běžné denní úkony jako je například ranní hygiena, příprava jídla apod. Prožívají znovu přítomnost manžela i rodičů, kteří již dávno nefijí. Mohou stále něco hledat a trápit se tím, ale to nemohou najít. V noci bloudí, ve dne jsou unavení a zmatení. Neumí hospodařit s penězi. Jsou v duchu a tvrdí, ale mají detský vzhled. Takto mohou vypadat světlovka s demencí.

Svět tichlý, plný obav. Tito lidé hlijí mezi námi.

Je na laických pečujících a odbornících mírnit projevy nemoci, pomoci proflit smysluplný flivot co nejdéle.

š Demence je vřlly d sledkem chorobného procesu. Není normální sou ástí stárnutí. Proto je t eba k demencím p istupovat tak, aby nebyly zanedbány jejich prvotní projevy².õ

Tedy v as.

Bakalá ská práce seznamuje s nemocí, která m ní osobnost lov ka, zasahuje nemocného i jeho rodinu. Ta se musí p izp sobit nové situaci, zm nit sv j zab hlý reflim a ukrojit velký kus ze svého volného asu, který v nují nemocným.

V teoretické ásti mé práci vás seznámím s pojmem demence, její diagnostikou, rozd lením demencí a jejími projevy.

V praktické ásti p edstavím efektivní kroky ke komunikaci s nemocnými, uvedu p íklady z mé praxe a dv kasuistiky. Poté p edstavím výsledky sondy, která byla provedena mezi pečujícími o lidi s demencí.

Touto prací a provedenou sondou se potvrdila náro nost pé e o osoby s demencí, to, flé práce je vysilující a zásluflná.

1. CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem mé bakalá ské práce bylo poskytnout základní informace pro pečující o osoby s demencí.

Díl í cíle:

1. Poskytnout pečujícím obecné informace o demencích, jejich diagnostice, p ehled nej ast j-ích demencí, vysv tlit pojmy, které s nemocí souvisí, d sledky onemocnění, typické projevy nemocných, které s daným typem demence vznikají.
2. P edstavit prvotní p íznaky, které mohou v as upozornit na po áte ní stádium nemoci a nastínit základní p ehled komunika ních pravidel a popsat kroky k efektivní pé i.
3. Seznámit s výsledky sondy, která byla zam ena na emo ní, somatické a volno asové zm ny, které se vyskytují u pečujících o lidi s demencí.

² HOLMEROVÁ, Iva, JEROLÍMOVÁ Eva, SUCHÁ Jitka, a kol. *Pé e o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum Praha: EV public relations, 2007, 300 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

2. STÁ Í NENÍ NEMOC

Mýtus, že stá í je nemoc, je p ekonáván. Zji– uje se, že t lo i mysl se dají trénovat tak, aby fungovaly lépe a zdrav ji i ve vy–ím v ku. Bez tréninku nastává zm na, které se íká atrofie.

Skute nost, že s p íbývajícím v kem nám p íbývá nemocí, není nevyhnutelný úd l stá í, ale výsledek na–eho íivotota a íivotního stylu. Zku–enosti ukazují, že pokud se vylep–í výfliva, aktivita, zp sob my–lení, íivotní styl a íivotní prost edí, vylep–í se i problémové oblasti, které stá í ásto doprovází. Vylep–í se na–e šproblémy stá íõ. Budeme stárnout zdrav ji.³ I p es snahu o zachování zdraví v r zných oblastech, dochází ke zm nám:

2.1. Kognitivní zm ny ve stá í

Zhor–uje se smyslové vnímání ó zhor–ení smysl sebou p íná–í nejen pokles výkonu p i provád ní inností, ale kvalitativn se hor–í i moínost profití odpo inků nap . etbou nebo poslechem hudby. Vlivem zhor–ení n kterých smysl dochází k naru–ení komunikace, vzniká vy–í riziko úraz , nar stá úzkost.

Zhor–uje se pam ó p edev–ím pam pro nové záíitky. Dávne vzpomínky z stávají uchovány v pam ti déle.

Klesá inteligence, je naru–ena tvo ivost - Langmaier uvádí, že ve skute nosti není íádná hranice, která omezuje lidskou tvo ivost. Tvo ivým z stává lov k po celý íivot. Jde spí–e o motivaci, vytrvalost a entuziasmus, neí o v k.

2.2. Emo ní zm ny ve stá í

Zm na v oblasti afektivního proíívání - vy–í v k sebou p íná–í zm nu v oblasti afektivního proíívání. Starý lov k se jíí tak snadno nenadchne pro nové, situaci dokáíe hodnotit klidn jí a s rozumem, stává se mén bezprost edním, snííuje se intenzita emocí. Stárnoucí osoba se stává emo n stabiln j–í, ale ásto i lhostejn j–í v í okolnímu sv tu.

Osobnost starého lov ka - osobnost lov ka je obrazem jeho íivotního vývoje, ale i sou asné adaptace na obtííe a skute nosti spojené se stá ím. lov k se m íe stát závislým na okolí, m ílou být p ehnan aktivní í pedanti tí, plní hn vu a nenávisti v í druhým, í sob , mohou být ale i stále aktivní, sná–enlivý, pruíí, rozvííet se apod.

Citové vztahy ve stá í - význam rodiny u starých lidí p eváíí stoupá. Sta í lidé jsou ohroíeni sociální izolací. V rodin mají své nezastupitelné místo jako babi ky í d de kové bez ohledu na v k a zdravotní stav.⁴

³ RHEINVALDOVÁ, Eva. *Novodobá pé e o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 1999, 88s. ISBN 80-7169-828-8.

⁴ LANGMAIER, Josef, KREJ Í OVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

Je důležité přijmout fakt, že špatně zvolená involuce nevede k syndromu demence.⁵

II. TEORETICKÁ ČÁST

3. Teorie demencí

3.1. Definice a základní charakteristika

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v roce 1992 demenci: Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších kognitivních funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvědomování, schopnosti učení, cílevědomí a úsudku. V domnění není zastavené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.⁵

Demence pochází z latinského slova *demens*. *De* znamená mimo a *mens* znamená ducha. Tedy šten kdo ztratil ducha. Označuje celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrálního nervového systému.

V první fázi postihuje kognitivní funkce jako paměť, intelekt, pozornost. Postupně se přidávají poruchy emotivity jako afekty a nálady, například deprese, halucinace, někdy i bludy.

Takto nemocný člověk ztrácí schopnost zvládnutí běžných denních aktivit, bývá dezorientován ve známém prostředí, přestává zvládat sebe sama.

Dle R. Jiráka jsou demence poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí. Mezi tyto funkce náleží kromě paměti i pozornost a vnímání emoční funkce (schopnost tvorby cílů a schopnost je porozumět). Dále demence postihují exekutivní funkce neboli funkce výkonné, tj. schopnost být motivován k činnosti, činnost naplánovat, provést a zpětně zhodnotit. Jsou to funkce, které zajišťují účelné jednání.

Autor dále uvádí, že kromě narušení kognitivních funkcí dochází k postihu i dalších funkcí. Celkově jde tedy o tři základní okruhy, které se vzájemně prolínají:

- A aktivita běžného života
- B poruchy emocí
- C kognitivní funkce

Postihu těchto funkcí se odráží na kvalitě života nemocného. Progrese nemoci vede k nesoběstačnosti, závislosti na pečujících a ústavní péči.⁷

Pidman uvádí, že v průměru onemocnění trvá 9 let, uvádí rozmezí 2-12 let.

⁵ KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problém v ošetřovatelské péči*. Praha: Galén. 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

⁶ REKTOROVÁ, Irena, et al. *Kognitivní poruchy a demence*. Praha: Triton. 2007. 192 s. ISBN 978-80-7387-017-1.

⁷ JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

Aktivity denního, b dného žívota zahrnují b dnou -kálu inností denního režimu lov ka. Jde o schopnost se vhodn obléci, vy ídit telefon, p íjít v as na dohodnutou sch zku, zvládnout hygienu, schopnost nakládat s pen zi, udržet si stravovací návyky apod. Nap . p i Alzheimerov demenci dochází ke zm nám v behaviorálním, které se projevují zm nami chování, poruchou emocí, zm nami nálad⁸ apod. a zm nám kognitivním, kdy iní potífl zapamatování si nových informací, výbavnost se snižuje, vzniká porucha pozornosti, vznikají smy-lené události, p idružuje se porucha orientace, pozornosti, my-lení apod.⁹

Jiráek dále uvádí, že ke vzniku demence nevede pouze Alzheimerova choroba, ale i více než 60 dal-ích chorob. Demence sama o sob p edstavuje syndrom ó ur itý charakteristický soubor p íznak , který m že mít r zné p í iny. Existují nemoci, které jsou spojeny s rozvojem demence (nap íklad Alzheimerova nemoc), u jiných se demence m že rozvinout jen n kdy (nap íklad AIDS).

Demence jsou poruchy, které jsou p evážn chronické. Pacienti s demencí nemají zast ené v domí, uv domují si sebe sama. Demence se projevuje charakteristickými p íznaky.¹⁰

Porucha m že být natolik závažná, že zp sobí neschopnost v oblasti pracovní a sociální. Demence je obecn ázeny mezi organické du-evní poruchy. Tato onemocn ní mají za následek p echodné nebo trvalé zhor-ení mozkové funkce.¹¹

Pidman považuje t i skupiny p íznak A-B-C za základní a charakteristické pro úbytek kognitivních schopností. Demence v-ak zahrnuje i dal-í symptomy. Uvádí: - poruchy intelektu, pam ti, abstraktního my-lení, chápání, sob sta nosti, poruchy osobnosti.¹²

3.2. Prevence

Prevencí je chápán zdravý zp sob žívota. Kvalitní spánek, t lesný pohyb, minimum stresu. Ale život p iná-í zát flové situace. Cílem je tedy nau it se p ekonávat zát flové situace. D ležitým preventivním faktorem je kvalitní lé ba t lesných chorob.¹³

*šAktivn posilujeme mozek, protože nové informace jsou pro n j výživou. Pokud ho nutíme pracovat, zpomalíme patologické procesy v mozku.*¹⁴

⁸ PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické léka e. Diagnostika a lé ba*. Praha: Maxdorf, 2005, 96 s. ISBN 80-7345-052-6.

⁹ FRANKOVÁ, Vanda, HORT, Jakub, Holmerová, Iva et al. *Alzheimerov demence v praxi*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. 201., ISBN 978-80-204-2423-5.

¹⁰ JIRÁEK, Roman. *Demence a jiné poruchy pam ti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

¹¹ REKTOROVÁ, Irena, et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vydání. Praha: Triton. 2007, 192 s. ISBN 978-80-7387-017-1.

¹² PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 1. vydání, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

¹³ KU EROVÁ, Helena. *Demence v kasuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

¹⁴ KLEVETOVÁ, Dana. *Motiva ní prvky p i práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

3.3. Diagnostika

Pro každodenní praxi je důležité demenci rozpoznat nejen pro odborné pracovníky, ale i další osoby, které pracují se staršími lidmi. Při podezření na demenci je věnována pozornost paměti, úsudku a dalšímu projevu, které jsou pro demenci typické změny nálad, vidiny, hlasy, zmatenost, nedůvěra, paranoia, vztahovost, bludy, bloudění apod.¹⁵ Nesprávná diagnóza včas vznikne proto, že v počátku nemoci se klinické obrazy jednotlivých onemocnění podobají, ale také proto, že jednotlivé vývojové procesy nemocí se mohou prolínat. Diagnostika demencí je složitý proces. Je potřeba provést řadu vyšetření. Některá z nich mohou provádět praktičtí lékaři, jiná jsou ale velmi specializovaná.

Diagnózu nemoci lze především stanovit pomocí anamnézy nemocného a baterie testů, které pomáhají vyšetřit stav kognitivních funkcí. Po stanovení anamnézy, může lékař provést hrubý test 6 testů hodin (Příloha 1). Pomocí tohoto testu zjistí stav kognitivních funkcí. Pro zjištění hloubky demence a přesnější hodnocení je možno provést Mini Mental State Examination (MMSE) (Příloha 2.).

Diagnózu demence lze stanovit na základě klinického obrazu a to psychiatrického a psychologického vyšetření.¹⁶ Je důležité vyloučit jiné příčiny pokoení paměti. Proto se také provádí další vyšetřovací metody.¹⁷

Dalším krokem k určení diagnózy je provedení laboratorních a instrumentálních vyšetření, která zahrnují základní biochemická vyšetření. Samozřejmě je vyšetření EKG a CT mozku. Po těchto vyšetřeních by měl lékař alespoň orientačně znát příčinu demence a míru postižení. Pokud je u nemocného stanovena diagnóza demence.

Je vhodné, aby lékař dále provedl psychologické vyšetření k přesnějšímu určení hloubky a závažnosti postižení kognitivních funkcí a intelektu. Měl by pátrat i po dalších, nikoliv jen kognitivních symptomech. Jako například: změny osobnosti, změny chování, pokles aktivit denního života. Pidrman tyto příznaky posuzuje, mnohdy jako závažnější pro nemocného, než postižení kognitivní.¹⁸

Důvodem pozdního stanovení diagnózy demence může být to, že se nemocný nesví s poruchou paměti, dysfunkce kognitivních schopností je vyvážena přijatelným sociálním chováním, nebo jsou poruchy přitány stárnutím apod.¹⁹

¹⁵ KUEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

¹⁶ PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické lékaře a Diagnostika a léčba*. Praha: Maxdorf, 2005, 96 s. ISBN 80-7345-052-6.

¹⁷ *Na pomoc pečujícím rodinám*. Z anglického originálu Help for the Caregivers. česká alzheimerovská společnost, 2001, 24 s. ISBN 80-86541-03-7.

¹⁸ PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 1. vydání, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

¹⁹ RYŠKA, Evžen et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1. vydání. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

3.4. Výskyt

Demence je globálním problémem. Souvisí s prodloužením délky života, se stárnutím populace. R. Jiráček uvádí, že u osob starších 60 let se zvyšuje riziko rozvoje této nemoci. U osob starších 65 let je riziko 5%, v 75 letech riziko stoupá na 10%. 20% riziko mají lidé nad 80 let, u lidí ve věku nad 90 let trpí jasnými příznaky demence 50% osob.²⁰ Stejná data uvádí i Pidrman. Velké epidemiologické populační studie prokazují, že demence jsou poměrně častým onemocněním, postihuje cca 1% populace. 90% věkových postižených je starších 65 let. V populaci nad 65 let je statisticky s výskyt demencí postiženo okolo 7-10% populace. Mezi pacienty s demencí se častěji vyskytují ženy.²¹

Pidrman uvádí, že největší díl demence tvoří atroficko-degenerativní, jejich podíl je až 60% z celkového počtu demencí. Jako nejčastější demenci uvádí Alzheimerovu chorobu. Vaskulární demenci, její forma je nejčastěji multifaktorová je zastoupena v 20%. Sekundární demence jsou zastoupeny v 10%.

Pro včasný záchyt je důležité odlišit demenci od dalších poruch a nalézt její příčiny, které jsou nezbytné pro úspěšnou léčbu.²²

4. Rozdělení demence

4.1. Podle typu zasazení /dělení dle Halové/

- a) **Demence kortikálního typu** o zasahují mozkovou kůru. Nemoc je provázena poruchami paměti (včetně pování), afázií, apraxií, agnózií, poruchou orientace. Mezi kortikální demence patří Alzheimerova nemoc, varianty frontotemporální lobbární degenerace.
- b) **Demence subkortikálního typu** o zasahují jsou oblasti pod mozkovou kůrou. Změny jsou patrné ve zpracování emocí a v exekutivní oblasti. Nemocný si může udržet náhled na nemoc i na svoji osobu. Postupem nemoci nastávají podkorové degenerativní a vaskulární změny. Hlavním příznakem je celkové zpomalení psychického a motorického tempa. Časté jsou perseverace o co jsou opakované a stereotypní činnosti nebo jednání. Diferenciální diagnostika sem patří především vaskulární demenci a demenci při Parkinsonově nemoci.

²⁰ JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

²¹ TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma. První vydání, 1999, 86 s. ISBN 80-238-4913-1.

²² PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické lékaře o Diagnostika a léčba*. Praha: Maxdorf, 2005, 96 s. ISBN 80-7345-052-6.

4.2. Podle intenzity zasafení

- A) Mírná demence ó je provázena poklesem pam ti, sob sta nost je zachována, ale kognitivní deficit st fluje kvalitu flivota.
- B) St edn t flká demence ó pam je jifl t fce postiflena, sob sta nost lov ka je omezena závafln ji, nemocný je asto dezorientován.
- C) T flká demence ó nemocný jifl není schopen se nau it i si zapamatovat nové informace, je nesob sta ný, p estává poznávat své blízke.²³

4.3. P ehled jednotlivých typ demencí podle Horta

A) Atroficko- degenerativní demence

- a) Alzheimerova demence
- b) Demence s Lewyho t lísky
- c) Demence p i Parkinsonov chorob
- d) Frontotemporální demence
- e) Demence Parkinson + aj.

B) Symptomatická (sekundární) demence

- a) Vaskulární
- b) Multiinfarktová
- c) Vaskulární demence s náhlým za átkem
- d) Biswangerova choroba
- e) Dal-í vzácné typy

C) Ostatní:

- symptomatické (sekundární) demence, zp sobené jinými chorobami, nap . infek ními, poran ním mozku apod.

Existuje afl 60 r zných p í in vzniku demence. Nej ast j-ím typem je Alzheimerova demence v ísté form , která p edstavuje 50% v-ech demencí. 10-20% p edstavují demence smí-ené tj. s etiologickým podílem jak Alzheimerovy nemoci, tak i vaskulárního postiflení mozku. ísté vaskulární demence tvo í 15-30% v-ech demencí. Jsou tudífl na druhém míst po Alzheimerov demenci. 10% v-ech demencí p ipadá na demenci s Lewyho t lísky. Zbytek tj. 5% p ipadá na dal-í atroficko-degenerativní demence /parkinsonské, frontoteporální a dal-í/ a na ostatní demence /toxické, infek ní, tumorové etiologie aj./.²⁴

²³ HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí pé i II, Demence a demence Alzheimerova typu*. 1.vydání. VEF Enterprises. 2010, 155 s. ISBN 978-80-904-6110-9.

²⁴ HORT, Jakub. JIRÁK, Roman. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v u ebnicích 20století nebylo*. Praha: MediMedia Information. 2007, 32 s. ISBN 978-86336-07-7.

5. Základní typy kognitivních poruch, emoce a další psychické funkce

Mezi základní typy kognitivních poruch patří:

Afázie – porucha tvorby a zpracování zachované schopnosti řeči a rozumění a porucha porozumění řeči.

Apaxie – neschopnost vykonávat složitější a úložné pohyby jako je například odemknutí dveří, oblékání apod., psychomotorická hybnost končetin není omezena.

Agnozie – neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, psychomotorický smyslový ústrojí není poškozeno.

Dysexekutivní funkce – poškození exekutivních funkcí tj. schopnost vybavit si nějakou informaci a dovednost, která byla dříve nabyta.

Jsou typy demence, u kterých nemusí být porucha paměti v počátku onemocnění, nebo se dokonce v průběhu onemocnění vůbec nevyskytne. (například frontotemporální demence) Diagnóza demence v sobě nemusí tedy vždy zahrnovat nezbytné poškození paměti.

Vlastní rozvinutý syndrom demence je ve většině případů předcházen lehkou kognitivní poruchou – MCI (mild cognitive impairment). Pacienti s MCI mají kognitivní deficit, ale nesplňují kritéria demence. Hlavní rozdíl mezi MCI a demencí je tak skutečnost, že nemocní s MCI by neměli mít narušenou oblast zvládnutí aktivit běžného života.²⁵

Dlouhodobým sledováním bylo zjištěno, že u pacientů s MCI dochází k progresi do demence během 6 let a to u přibližně 80 % nemocných. Proto je nutné u těchto pacientů pravidelně kontrolovat a vyhodnocovat mentální stav.²⁶

PAMĚ

Schopnost přijímat, uchovávat a znovu si vybavit přijaté informace máme díky paměti. Paměť nám umožňuje uvdomit si sebe sama, získávat a udržet si v domosti, dovednosti a návyky.

Jsou dva druhy paměti. Paměť deklarativní, která se dělí na epizodickou a sémantickou a paměť nedeklarativní /procedurální/.

Práv **deklarativní paměť** je nejvíce postižena při Alzheimerově chorobě. Obsahy této paměti lze popsat, vypovědět slovy. Sémantická paměť se podobá slovníku, obsahuje pojmy a v domosti a epizodická paměť v sobě nese vzpomínky.

Paměť nedeklarativní zahrnuje paměťové obsahy, které nelze popsat slovy. Jde o motorické dovednosti, řečové dovednosti, podmíněné reflexy a další složitky. Procedurální paměť bývá postižena například u Parkinsonovy nemoci. Projevuje se poruchou výkonných

²⁵ HORT, Jakub. JIRÁK, Roman. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v ušlechtilých 20stoletích nebylo*. Praha: MediMedia Information. 2007, 32 s. ISBN 978-86336-07-7.

²⁶ TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma. První vydání, 1999, 86 s. ISBN 80-238-4913-1.

funkcí, může se jevit jako neúspěšnost, neobratnost. Tato paměť může být ovšem postižena i u těžké demence Alzheimerova typu.²⁷

EMOCE

Emoce se mohou definovat jako postoje ke skutečnosti, různým podnětům, prožitkům. Je možné je rozdělit na:

Afekty jsou krátkodobé emoční stavy. Trvají několik vteřin až několik minut. Mohou být slovní i fyzické. U lidí trpících demencí může být často afektivita nekontrolovatelná, tzn. nejsou schopni ovládnout své emoce, zvládat afekty, trápí je maličkosti apod.

Nálady jsou dlouhodobějším stavem. Mohou být depresivní, úzkostné, agresivní /dysforické/, euforické i manické. Depresivní nálada v sobě nese smutek. Úzkostné stavy jsou chorobné nálady, které se projevují také strachem. Strachem z něčeho konkrétního, s nepříjemnými pocity. Úzkost se podobá strachu, ale nemá konkrétní vyvolávací objekt.

Osoby s demencí trpí chorobným pětáením reality – **iluzí**. Jejich vnímání reality je nesprávné, ale oni jsou přesvědčení o správnosti svých představ.

Hlavní psychotickou poruchou myšlení jsou **bludy**. Jde o myšlenky, které neodpovídají skutečnosti, ale nemocný je přesvědčen o jejich pravdivosti. Vyvracení bludů je neefektivní, bludy u demencí bývají nelogické.

Při demenci se může vyskytnout i jiná závažná porucha myšlení – inkoherece neboli **nesouvislost myšlení**. Nejčastěji se projeví ve slovní mluvě. Mluvené slovo nedává smysl, slova jsou zpěházena, jsou bez obsahu. Může se vyskytnout tzv. ulpívavé myšlení (perseverace), což je neustálé opakování jedné věty, myšlenkové vazby. Časté je také nevypravené myšlení, kdy se nemocný stále vrací k jedné myšlence, k jednomu tématu. Častou poruchou u demencí je **agitovanost**. Jde o neklid různého stupně, různé délky trvání. Bývá porušená úmělnost jednání.

U demencí dochází k poklesu intelektu. Tento pokles je úměrný tíži demence. Odborná literatura uvádí tu skutečnost, že čím vyšší intelekt před propuknutím demence, tím pomalejší je pak sestup do těžších stadií demence. Při demenci postižený hůle reaguje na podněty vnějšího světa, hůle probíhá adaptace na vnější prostředí. Tyto funkce jsou označovány pojmem kognitivní funkce. Mezi kognitivní funkce patří i tzv. exekutivní, neboli výkonné funkce.²⁸

²⁷ BARTOŠKA Aleš, HASALÍKOVÁ, Martina. Poznejte demenci správně a včas. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.

²⁸ JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

6. Typy demencí

6.1. Atroficko-degenerativní typy demencí

6.1.1. Alzheimerova nemoc

Alzheimerova nemoc je nej častější formou demence. Nemoc byla pojmenována po jejím objeviteli Aloisi Alzheimerovi, který se zabýval případem pacientky Augusty D., který její projevy zaznamenával formou rozhovoru.²⁹ Nemoc zastupuje ve své době asi 50% demencí. Alzheimerova demence se může často kombinovat například s vaskulární demencí a s Parkinsonovou chorobou. Při onemocnění se na mozku nemocného objeví patologické změny.

Vědci hledají genetické faktory onemocnění. Existuje hypotéza, že k rozvoji této nemoci je nutné genetické podmínění, ale je také velmi pravděpodobné, že svou roli hrají i faktory negenetické. U desetin procenta lidí několik procent se choroba vyskytuje familiálně, tzn. že je postiheno více příbuzných v rodině.

Demence je plíživá a nenápadná. Zpočátku je diagnostikována jako lehká kognitivní porucha. Prvními příznaky jsou krátkodobé poruchy paměti, zapomínání a epizodické paměti. Nemocný v průběhu nemoci a zejména za účasti může ztratit zájem o své koníčky, nemocní naruší své dlouhodobé vztahy, stávají se konfliktními. Objevují se poruchy kognitivních funkcí jako je afázie, apraxie, agnozie. Následují poruchy časoprostorové orientace. Jak se demence prohlubuje, nemocní začínají bloudit. Logické myšlení a soudnost je snížena, a dokonce ustoupí. Nemocný přestává zvládat sebe sama, zanedbává se po stránce hygienické, je nedbalý v oblékání a úpravě. Může být plachým, depresivním. Může trpět halucinacemi. S postupem nemoci dochází k celkové dezorientaci, protože nemocní si již nic nepamatují. Zapomínají jména, rodinu, slova, tvář /prosopagnozie/, nerozumí symbolům, pojmům. Dochází ke snížení intelektu, jejich myšlení je zpomaleno.

Propukne-li nemoc před 65. rokem života, je její progresse rychlejší ve srovnání s nemocnými, u nichž propukla nemoc až po 75. roce věku.³⁰

Onemocnění obvykle trvá 8-10 let a končí smrtí, nemocný se může dožít i dalších 20 let od propuknutí nemoci.³¹

Odborná literatura uvádí, že od prvních příznaků trvá nemoc 7-10 let. V mladším věku s nástupem za účinkem může být doba kratší a průběh rychlejší. Jiní pacienti mohou žít i více než 15 let. Lidé trpící touto demencí často umírají na záškrtení plic a průdušek a jiné choroby,

²⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál. 1999, 448 s. ISBN 80-7178-214-9.

³⁰ JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

³¹ TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. První vydání. Praha: UCB Pharma. 1999, 86 s. ISBN 80-238-4913-1.

které jsou léčitelné u stejných starých lidí, kteří ovšem chorobou netrpí. Jinou příčinou smrti mohou být úrazy a jejich následky.

Vladimír Pidrman upozorňuje na atypické symptomy, kterými jsou poruchy paměti a řeči. Tyto příznaky nejsou projevem běžného stáří, ale jde o pokračující chorobu. Mezi atypické známky poruchy paměti patří například zapomínání jmen, opakování, zapomínání dohodnutého. Zřejmým projevem nemoci je to, když nemocný zapomíná obličej, i nedávné události. Pokud hledá obličej slova v běžné konverzaci, opakuje slova, obličej navazuje komunikaci, jde o zřejmý projev nemoci.³²

Růžička uvádí, že mezi atypický příznak nemoci patří porucha prostorové orientace, poruchy chování a poruchy motoriky.³³

6.1.2. Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky se řadí mezi primární neurodegenerativní demence na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci. Nemoc dostala jméno po německém neurochirurgovi a internistovi Friedrichovi Heinrichu Lewym (1885-1950). Pozoroval v mozku pacienta, který trpěl šparalysis agitans, neboli Parkinsonovou nemocí, kulovitá tělíčka v mozkových buňkách. Výskyt nemoci v pozdním stáří je zřejmě dosti značný. Klinicky se jí dříve těžko odlišit od Alzheimerovy choroby, ale pitvění nálezy odpovídají výskytu 10-20% ze všech demencí. Často je zaměňována s Alzheimerovou demencí. Demence s Lewyho tělísky je nemoc s pozdním začátkem, průměrný věk nástupu nemoci je v 75-80 letech.

Mimo základní příznaky demence je charakterizována jako porucha kognitivních funkcí, s častým výskytem zrakových halucinací a parkinsonovým syndromem. Při nemoci se mohou objevit i bludy. Nemocní mohou trpět častými pády, periodickými poruchami v domě. Porucha pozornosti je typická i u Alzheimerovy choroby, jsou postiženy zraková-prostorové schopnosti a exekutivní funkce. Paměť je relativně zachována. Její zhoršení je patrné až v pozdějších stádiích nemoci.

Jedním z projevů je PARKINSONISMUS. Je základním příznakem demence s Lewyho tělísky u více než poloviny pacientů. Projevuje se třesem, rigiditou (ztuhlostí), bradykinezi (zpomalení pohybu), ztrácí se mimika a člověk má maskovitou tvář, poruchou jemné motoriky. Příčiny vzniku demence s Lewyho tělísky nejsou dosud zcela jasné, stejně tak, jako u dalších degenerativních demencí. Svou roli hrají i genetické vlivy, fluktuantní styl a prostředí.

³² PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické lékaře*. Diagnostika a léčba. Praha: Maxdorf, 2005, 96 s. ISBN 80-7345-052-6.

³³ Růžička, Evžen, et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1. vydání. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

6.1.3. Demence u Parkinsonovy choroby a onemocnění typu š Parkinson plus

Parkinsonova nemoc je také neurodegenerativní onemocnění. Je často obtížné ji odlišit od demence s Lewyho tělísky, někdy může být kombinována i s Alzheimerovou chorobou i vaskulárním onemocněním mozku.

Parkinsonova nemoc postihuje 0,2% populace. Po nástupu nemoci se objevuje okolo 58-60 let. Projevuje se především poruchami hybnosti. Mezi motorické příznaky patří třes, snížená hybnost, ztuhlost, neschopnost pohnout se, poruchy rovnováhy a chůze. Nemoc mohou doprovázet i drobné poruchy kognitivních schopností, tyto poruchy bývají lehkého stupně. Narušeny jsou exekutivní funkce. Demence může být přítomna ve 20-40% případů. Mezi další typické příznaky patří deprese, úzkostné stavy, záchvaty paniky, monotónní řeč, sexuální dysfunkce, zácpa, zvýšená únava ztráta chuti, mimicky, mastná kůže, potíže s polykáním. Nemocný může mít zhoršenou pozornost, schopnost soustedit se je kolísavá. Myšlení a psychomotorické tempo je zpomalené, nemocný může být apatický. Onemocnění Parkinson plus sdílí podobné příznaky jako Parkinsonova nemoc. Ale má rychlejší nástup, nereaguje na léčbu základním antiparkinsonikem a vyznačuje se výraznějšími poruchami rovnováhy a chůze a to velmi brzy po nástupu nemoci. U jedince s touto formou demence je očekávána kratší doba přežití.³⁴

6.1.4. Frontotemporální demence

Nemoc začíná velmi často mezi 45-65 rokem života. Je charakterizována významnou změnou osobnosti nemocného, změnou jeho sociálního chování a poruchami řeči. Exekutivní funkce jsou výrazně postiženy. Časté jsou behaviorální změny jako změny jídelních návyků, apatie, stereotypie. Její nejčastější formou je Pickova nemoc.

6.2. Symptomatické demence

6.2.1. Vaskulární demence

Vaskulární demence je dle Pidrmána druhou nejčastější formou demence. Rozvoj této nemoci souvisí s onemocněním cév CNS, kardiovaskulárního systému, hypertenzí, může souviset s jinými problémy hloučkovou cévní mozkovou příhodou. Symptomy nemoci se objevují náhle, někdy dochází ke zhoršení po skocích. Příznaky demence se objeví zpravidla po 3 měsících po prodělané cévní mozkové příhodě.

K orientaci v základních příznacích vaskulární demence a odlišení vaskulární demence od Alzheimerovy, napomáhá Hachinského skóre. (Příloha 3)

³⁴ JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

6.3. Ostatní symptomatické demence ó Sekundární demence

Sekundární demence jsou nesourodou skupinou demencí. Mohou vzniknout na podklad intoxikací, infekcí, zánětu, poranění mozku, nádoru a jiných faktorů, které ovlivní činnost mozku. Mohou vzniknout také za základ traumata tzv. postraumatická demence. Tyto typy demencí vyžadují specifickou a diametrálně odlišnou léčbu. Při správné léčbě je možné, že dojde i k podstatnému zlepšení stavu nemocného.³⁵

III. Demence v praxi

7. Péče o osoby trpící demencí

Nemocný ztrácí různé schopnosti, znalosti, stává se závislým na pomoci druhé osoby. Má poruchu chování, emotivity, pohybu apod. Ale jeho emocionální nastavení a emocionální vnímání zůstává. Nemusí rozumět tomu, co říkáme, ale cítí, jak to říkáme.

7.1. Komunikace a péče

Pro osobu se syndromem demence je vhodné:

- Klidné prostředí ó omezení rušivých podnětů a těch, které mohou nemocného rozptylovat, a mu nedělají dobře.
- Zjistit potřebu ó pečlivě si klade otázky typu: slyší dobře, nepotřebuje jinak nastavit sluchadlo, nepotřebuje brýle apod.
- Klidný přístup ó vyhnout se prudkým pohybům, nepřistupovat zezadu, vyuffit doteku ke zklidnění a navození dobré atmosféry.
- Mluvíme pomalu, nahlas a zřetelně. Uffíváme krátkých vět.
- Pokud nemocný němu nerozumí, formulujeme požadavek jinak.

Péče o nemocného demencí je velmi vyerpávající. Existuje několik cest, jak se s touto situací alespoň částečně vyrovnat a péči si usnadnit.

7.2. Kroky v péči

1 krok

Zavést stereotypy - rutina dává pečovatelům řád, pro nemocného bude znamenat bezpečí. Tzn. dělat vše co nejdéle podle navykklých zvyklostí, ve stejnou dobu na stejném místě.

2 krok

³⁵ PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické lékaře*. Diagnostika a léčba. Praha: Maxdorf, 2005, 96 s. ISBN 80-7345-052-6.

Podpora sob sta nosti nemocného ó asto je pro pe ujícího snadn j-í ud lat v-e sám, protože to bude kvalitn j-í a rychlej-í. Ale tato pé e zavírá moflnost samostatnosti pro nemocného, urychlí se jeho závislost na pé i.

3 krok

Podpora d stojnosti nemocného ó je d leffité mít neustále na pam ti, že nemocný stále vnímá a cítí. Proto je nezbytné vyhýbat se nevhodným komentá m, posm -k m i mluvení o diagnóze a hodnocení zdravotního stavu nemocného v jeho p ítomnosti.

4 krok

Pozor na konflikty

Konflikt je vy erpávající pro nemocného i pro pe ujícího. Je nutné zachovat klid a rozvahu. Je dobré mít na pam ti, že p í inou konflikt ze strany nemocného není jeho snaha o vyvolání sporu, ale je to nemoc. Je nutné se s tímto faktem smít it.

5 krok

Volte jednoduché úkoly ó muset si zvolit a rozhodnout se je pro nemocného mnohdy velmi zat flující, proto není vhodné ho nutit. Je dobré mu v ci naopak zjednodu-it.

6 krok

Pokuste se zachovat si smysl pro humor ó sm jte se spole n , smích p sobí proti stresu i proto únav . Nikdy se nesm jte nemocnému.

7 krok

Bezpe né prost edí ó protože nemocný ztrácí pam a zhor-uje se mu koordinace pohyb a orientace, je vy-í riziko úrazu i pádu. Je proto nutné p ípravit nemocnému bezpe ný domov.

8 krok

Podporujte fyzické zdraví ó cvi ení nejen, že pom že zachovat si déle fyzickou kondici, ale pom že odplavit stres, nap tí, p sobí jako p írozená únava pro organismus.

9 krok

Ze zachovaných schopností a dovedností vyt ffit co nejvíce ó pokud nemocný m že nadále vykonávat innosti, na které byl zvyklý nebo které ho bavily, posílí to v n m pocit sebeúcty a zároveň bude mít nemocný vhodným zp sobem a smyslupln ý vypln ý volný as.

10 krok

Komunikace ó hlavn komunikovat. Podle postifení je nutné zvolit zp sob komunikace ó slovn , dotekem, s pom ckami apod.³⁷

Kroky navazující jeden na druhý. Je pot eba je mít v-echny na pam ti a pr b fln je napl ovat.

³⁷ *Na pomoc pe ujícím rodinám.* Z anglického originálu Help for the Caregivers. eská alzheimerovská spole nost, 2001, 24 s. ISBN 80-86541-03-7.

7.3. Služby registrovaných poskytovatel sociálních služeb

S postupující progresí onemocnění dochází k narušení soběstačnosti nemocného. Ten potřebuje stále více péče, často jsou tak na péči kladeny vysoké nároky.³⁸

Pro nemocného je nejlepší, pokud může zůstat v prostředí a mezi lidmi, na které je zvyklý. Není-li v možnostech péči, aby poskytl celodenní péči v domácím prostředí, je možno využít péči sociálních služeb (pečovatelská služba, centra denních služeb, denní stacionáře, dle možnosti pečovatelskou službou, domovy s zvláštním režimem/).

Pečovatelská služba Pracovníci pečovatelské služby pomáhají uživateli v jeho přirozeném prostředí doma. Služba pomáhá při hygieně, úklidu, přípravě a podání stravy, nákupy, doprovody apod.

Výhodou této služby je, že uživatel zůstává v domácím prostředí. Nevýhodou je, že pečovatelská služba je závislá jen na smluvených úkonech a jen na dobu, která je předem dohodnuta.

Osobní asistence Služby osobní asistence se ve velké míře kryjí s nabídkou pečovatelské služby. Asistent je považován za společníka uživatele, může zajistit i péči 24 hodinovou. Nemocný setrvává v domácím prostředí, rodina může jednorázově opustit domov.

Denní/týdenní stacionář, centrum Nabízí péči, která je optimální pro uživatele trpící demencí. Dle Růžičky je prokázáno, že právě nabídka služeb stacionáře či center oddálení služby pobytové.³⁹ Jde o denní pobyt, zpravidla ve večerní dny ve stacionáře či centru, kde o klienty pečují pracovníci, kteří zajišťují program.

Výhodou těchto zařízení je, že je o uživatele postaráno v době, kdy je rodina například v práci, je lépe zachována soběstačnost a sociální dovednosti. Je zachována kontinuita péče v rodině.⁴⁰ Osoby, které navštěvují centra se denně vrací do svého přirozeného prostředí.

Odlehovací/respítní služby Je respektována jako jediná nejefektivnější forma pomoci pečujícími rodinám. Snižuje stres, oddaluje institucionalizaci. Služba nabízí po určitou dobu umístění do pobytového zařízení. Službu zajišťují mnohé domovy pro seniory, které mají zřízené oddělení pro osoby s demencí či oddělení se zvláštním režimem.

Uživatel služeb se pak vrací do svého přirozeného prostředí, rodina si může odpočinout, odjet na dovolenou, rekonstruovat byt apod.

S diagnózou demence není možné umístit postiženého do běžného domova. Pobytové služby je možno využít v zařízeních pro nemocné s demencí či **domovy se zvláštním režimem**, Růžička uvádí, že nemocného je možno umístit i v lépebných dlouhodobě nemocných, nemocné v terminálním stádiu je možno umístit i v hospicu.

³⁸ Růžička KA, Evfleen., et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1.vydání. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

³⁹ Růžička KA, Evfleen., et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1.vydání. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

⁴⁰ JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

Služba zajišťuje 24hodinovou péči. Nevýhoda spoívá v tom, že v případě akutní potřeby, není možno okamžitě nemocného umístit (po adníc) a péče v různých zařízeních může být rozdílná.⁴¹

7.4. Pomáhající organizace

Česká Alzheimerovská společnost je organizace, která pomáhá nemocným lidem, jejich rodinným příslušníkům i pečovateli. Nabízí bezplatnou konzultaci a vyšetření paměti. ALS má více jak 25 kontaktních míst v ČR.⁴²

7.5. Záznamy rozhovor

Rozhovor pečovatelské sestry s osobou postiženou demencí:

- ŠCítím se dobře, nic mi není. Ta paní vedle mě pořád všechno zapomíná. Já ne. Mám dobrou paměť. Měla jsem 4 děti, musela jsem vše zvládat a na vše myslet. Manžel mi nepomáhal. Měla jsem 4 děti, 2 kluky a 2 holky, byla jsem na to sama. No je třeba abych tak začala zapomínat. Musela jsem se ohánět, to víte, 4 děti i .
- ŠPoznáte na obrázku Milenu Vostákovou? Byla to hlasatelka a moderátorka .
- Klientka: ŠNe, neznám ji, já jsem přišla až teď .
- ŠJak vám chutnal oběd? ŠByl dobrý. Ale ufl mi nic nedávejte, nemám hlad. ŠV-ak jste po obědě? ŠJá? Kdo ví, kdy jsem jedl naposledy. Ale nemám hlad.
- ŠJak se vám líbilo na procházce? ŠJá jsem nebyla. ŠAha? ŠNo, měla jsem jen polovinu, takže skoro nic.

7.6. Příklady postižení praktických dovedností

- Nemocný si po uflití WC neumyje ruce. Pečovatelská sestra ho vyzve a on si ruce namočí do záchodu.
- Při jídle nedokáže rozpoznat vhodnost uflití příboru o polévku jí vidličkou.
- Nesprávně vrství oblečení o klientka přišla v silonkách, na nich měla oblečené spodní kalhotky, kalhoty a sukni. Jiná klientka měla na plenkových kalhotkách oblečené pánské trenýrky.
- Nerozpozná co je vhodné k jídlu a co je např. dekorace. Stalo se, že klient si dal do úst podzimní dekorace o flady, kámen. Při arteterapii vložil klient do úst houby kvůli tupování a odmítl ji vyndat z úst apod.

7.7. Narušení kognitivních funkcí

- ŠVzpomenete si, jak jste se jmenovala za svobodna? Klientka: ŠNe, to ufl si nepamatuji, to ufl je tak dávno. ŠA kolik rok jste ufl vdova? Klientka: ŠMoc.

⁴¹ Růžička KA, Evžen et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1. vydání. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

⁴² www.alzheimer.cz

- Školikátý je rok? Š1987?
- ŠKolik m síc má va-e pravnu ka, co se narodila minulý rok? Klientka: ŠNevím. Já ani nevím, fle mám pravnu ku?
- Klient na pe ovatelku: ŠPoj sem a dej mi pusu! ŠA Va-e manfelka se nebude zlobit? Klient: ŠPro mi vyká-? a osloví pe ovatelku jménem manfelky, proto fle se domnívá, fle mluví s ní.
- Syn se setká s nemocným otcem a zdraví ho: ŠAhoj tati.š. Otec synovi odpoví: ŠAhoj tatiš.

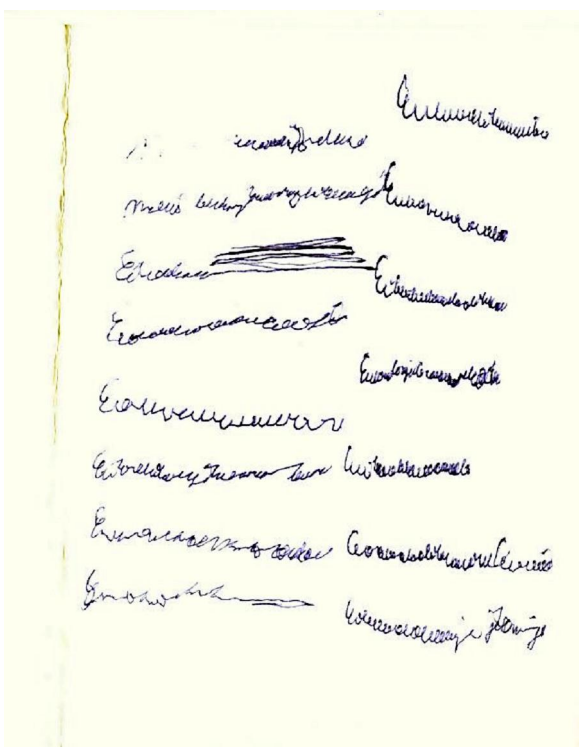
Matn vrství oble ení. Nepoznají si osobní v ci, tvá e, rodinu, sebe na nov j-í fotografii. Nepamatují si, co m li k ob du, ale d tskou íkanku si vybaví. Své dosp lé d ti nepoznají, jsou pro n cizími lidmi, ale na fotografii z jejich d tství je poznají. Je to proto, fle demence ukrajuje v ase zp t..

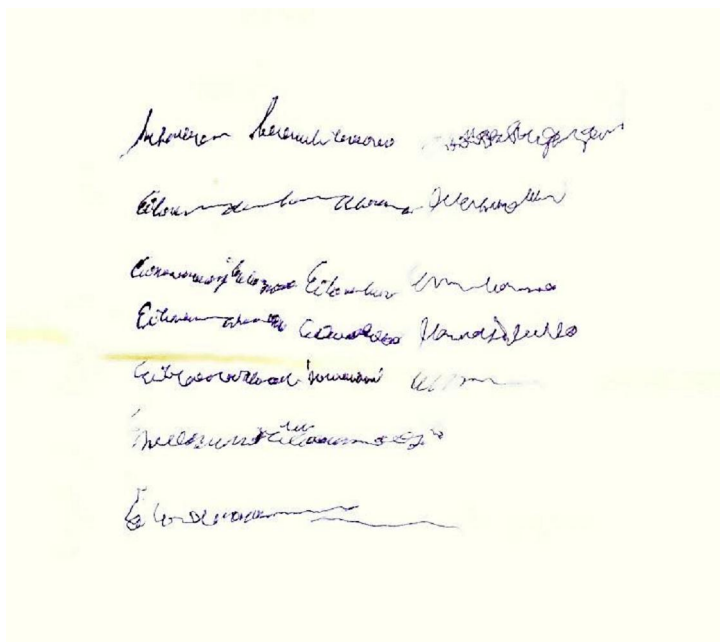
Pé e o klienty s demencí je velmi náro ná a zárove velmi riziková. lov ka, který trpí jifl minimáln st edn t flkým postiflením je nutné zahrnout maximálním dohledem.

Pro zajímavost p íkládám ukázkou podpisu paní, která trpí Alzheimerovou chorobou.

Obrázky . 1 a .2 Ukázka podpisu

Obrázek . 1





8. KAZUISTIKA

Seznámím vás se dvěma kazuistikami uživatelek, jedna stále navštěvuje Centrum denních služeb v Olomouci, druhá uživatelka byla jífl umístěna do pobytového zařízení. Poukážl na d vodu, pro které je rodina umístila denního centra, projev nemoci a změny, které nemoc provázely.

Paní M. narozena 1928 ó paní M. má dle rodiny změnu chování poslední 2-3 roky. Vždy byla aktivní, ráda lučila k íflovky, sledovala naučné a soutěžní pořady v televizi. Ráda trávila volný čas na chalupě na Vysočině, kde bývala mnohdy i sama. Byla klidný, mírný, d sledný a společenský člověk. Rodina vyhledala ambulanci služby, protože se jífl bála, nechat paní M. doma samotnou. Během dne telefonovala rodině do práce, flé neví, zda jífl obdávala, neví co má te dlat apod. a to i 20x během dne. Nemá jistou, zda paní jedla, má strach, flé paní např. zapne sporák, bude chtít vařit a zapomene na to. Rodina v práci nemá klid, kvůli opakovaným telefonním hovorům.

Paní se v zařížení rychle aklimatizovala, služby velmi ráda přijímá, pracovníky si oblíbila. Má potífl s orientací. Má narušenou emotivitu. Když si neví rady, požádá o pomoc pracovníka s obrovským zoufalstvím, protože nechápe, flé neví co má dlat. Nechce být sama, ráda si povídá. Rozhovor sama nezahájí a je jen na druhé osobě, jak dlouho je schopna jej udržet. Paní M. se sama rozhoduje o tom, zda se bude účastnit aktivit, které jí nabídne zařížení. Věch se ráda účastní s tím, flé má ráda změnu, ale její přítomnost je vždy pasivní, reaguje jen při individuálním přístupu. Je schopna ještě dnes manipulovat s mobilem, což se naučila před 10 lety. Ráda lučí k íflovky. Emoce projevuje verbálně i neverbálně. V posledních několika

týdnech paní neví, co se s ní děje, nepamatuje si děvody pro své chování, neví, proč reagovala právě tak, jak reagovala. Stává se pasivní, mlčenlivou. Tvrdí, že je ráda, že je zdravá a netrpí zapomínáním.

Paní V. narozena 1935 - paní V. byla milou společnicí. Její stav se velmi rychle zhoršoval. O maminku se staral syn, který nebyl společně s matkou. Vdělela, že maminka potřebuje celodenní dohled, protože si jí sama nepřipraví jídlo, neobléká se ve správném pořadí, pokud bude doma sama, bude propadat bezraději. Paní se na centru adaptovala hůře. Měla obrovské výkyvy nálad a to několikrát během dne. Po těchto změnách byla velmi unavená. V jednu chvíli spolupracovala, komunikovala a jen poslouchala rozhovor, v druhé byla rozhodnuta jít domů k manželovi a malým dětem /manžel zemřel a děti byly jí dospělí samostatní lidé/. O zařazení, ve kterém byla během dne umístěná, tvrdila, že je v zeni a pracovníci spolupracují s gestapem. Občas se jich bála a tloukla na dveře, aby jí kolemjdoucí pomohli dostat se ven. Pracovníky verbálně a mírně fyzicky napadala.

Měla ráda individuální přístup. Pokud se jí pracovník vnoval, cítila se dobře. Měla ráda česání vlasů, hlazení po hlavě, sezení u postele, když se s pracovníky společně dohodly na tom, že se obnavoní a společně zalily květiny nebo šly na procházku.

Protože paní žila sama v bytě, přijela často dehydrovaná a často nepevněná z předcházejícího dne, v oblečení zjevně spala. Nebyla schopna rozvrstvit si jídlo, mnohdy pak byla hladová.

Často si psychickou nepohodu uvdomovala a nechápala co se děje. Bála se. I přes snahu rodiny a výpomoc pečovatelské služby byla paní později umístěna v pobytovém zařazení.

9. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO VĚTĚNÍ - sonda

Ráda bych vás seznámila s výsledky sondy, která byla určena rodinným příslušníkům, kteří mají v současné době, žijí na Centru denních služeb v Olomouci osobu blízkou, která trpí demencí. Otázky jsem sestavila tak, abych zjistila, jak rodiny vnímají péči a dohled, jak se péčí o jejich životní situace, jak poznali, že se děje s jejich nejbližším a co považují za péči o nemocného člověka s demencí za nejrizikovější.

Mezi rodinné příslušníky bylo rozdáno 25 dotazníků, vrátilo se 19 vyplněných.

Výsledky uvádím v níže uvedených tabulkách.

Legenda odpovědí:

1 **ó zcela souhlasím, 2** **ó áste n souhlasím, 3** **ó nevím, 4** **ó áste n nesouhlasím, 5** **ó zcela nesouhlasím**

Otázky:

řijete s osobou, která trpí demencí v jedné domácnosti?

ANO 15x

NE 4x

Tab. . 1 Zm ny a pocity pe ujících, p íznaky demence u jejich rodinných p íslu-ník

1. Pe ovatel					
V souvislosti s rolí pe ovatele:	1	2	3	4	5
Se zm nil m j zdravotní stav	13	6	0	0	0
Mám problémy zvládat b fné denní aktivity	8	10	0	1	0
Cítím se unaven	16	2	0	1	0
Mám vý itky, fle pé i nezvládám	7	6	0	3	1
Nemám as na své záliby a koní ky	9	4	0	1	0
Zm nu nepoci uji	0	0	0	1	4
Jiné: /vypi-te a ohodno te/Nevím kam d ív.	0	0	0	0	0
Jak jste poznali, fle Vá-rodinný p íslu-ník má p íznaky demence?	1	2	3	4	5
nena-el cestu dom	10	0	0	0	1
za al selhávat v práci i doma	9	0	0	0	1
nezvládl b fné innosti, které d íve zvládal	7	0	0	0	1
zm nil své chování	12	0	0	0	1
p estával si vybavovat slova	10	0	0	0	0
st floval si na to, fle zapomíná	8	1	0	0	0
p estal vyhledávat d ív j-í aktivity	4	1	0	0	0
Jiné: /vypi-te a ohodno te/ Opakování, pasivita	2	0	0	0	0
Bylo obtížné smít se s tím, fle:	1	2	3	4	5
se m ní osobnost nemocného	17	0	0	1	0
zm nil se m j denní reflim	17	0	1	1	0
na pé i jsem sám/sama	3	4	1	2	3
Jiné: /vypi-te a ohodno te/	0	0	0	0	0

Tabulka . 1. - Z odpov dí v dotazníku se dá usoudit, fle s rolí pe ovatele se p eváfn m ní zdravotní stav pe ujících osob. Ty mají problémy se zvládáním b fných denních aktivit, nemají as na své koní ky a záliby a cítí se unavení. Spí-e trpí vý itkami, fle pé i o nemocného nezvládají.

Odpov di na otázku, které jsou nej ast j-í projevy lidí s demencí vybrali z nabídky r zné odpov di, nej ast ji uvád li zm nu chování. Pro p eváfnou v t-inu respondent bylo obtížené smít se s faktem, fle se m ní osobnost jim blízkého lov ka, fle se zm nil i jejich denní reflim a n kte í uvedli, fle jsou na pé i sami.

Tab. 2 Nej čast j-í projevy nemoci

2. Pe ovaní					
Mezi nej čast j-í projevy patří:	1	2	3	4	5
hledá v cí	14	1	0	2	0
v cí ztrácí	12	1	0	1	0
neorientuje se doma	7	0	0	5	4
nepoznává rodinu	4	3	0	3	5
nerozezná denní dobu	10	1	0	3	3
opakuje se	11	0	0	1	3
dofladování se pozornosti	11	0	1	2	1
p emis ování v cí	11	1	0	0	1
otolený spánkový reřim	6	0	1	2	5
nezájem	4	4	1	2	3
podrářdnost	8	5	0	2	1
inkontinence /únik mo í a stolice/	11	1	0	4	2
zhor-ená pohyblivost	10	4	0	3	0
Jiné: /vypí-te a ohodno te/zapomínání	1	0	0	0	0

Tabulka . 2 ó Pe ovatelé udávají mezi nej čast j-í projevy demence u jejich rodinných p íslu-ník hledání v cí, jejich ztráta, dezorientace v ase, opakování se, p emis ování v cí, inkontinence a zhor-ená pohyblivost.

Tab. . 3 Hodnocení náro nosti a rizik nemoci pe ovatelí

3. Vzájemné souftí					
Souhlasím s tvrzením, že pé e je:	1	2	3	4	5
náro ná	17	1	0	0	
zvládnutelná	1	3	0	9	4
vy erpávající	17	1	0	0	
nad mé síly	9	5	0	0	
zásluflná	14	1	0	0	
nedostate n pokryta slufbami /málo míst v domovech se zvlá-tním reflím, denních stacioná apod./	0	1	4	0	3
Jiné: /vypi-te a ohodno te/	0	0	0	0	0
Za rizikové v pé i povafluji:	1	2	3	4	5
Pády a zran ní	16	0	0	1	
Vytopení bytu, plyn, elekt inu	10	2	0		1
No ní bloud ní	12	0	0	1	1
Moflné napadení nemocným	5	2	0	3	4
Odchod z bytu	8	1	0	0	5
Jiné: /vypi-te a ohodno te/	0	0	0	0	0

Tabulka . 3 - Respondenti p eváfln souhlasili s tvrzením, že pé e je náro ná a vy erpávající, nad jejich síly a práci ohodnotili jako velmi zásluflnou. áste n nesouhlasili s tvrzením, že pé e je zvládnutelná. Za rizikové v pé i o lidi s demencí povafluji pády a domácí katastrofy jako je nap . vytopení bytu, pu-t ný plyn apod., 12 respondent odpov d lo, že povafluji za rizikové no ní bloud ní nemocného, 8 pak odchody z domova.

10. SOUHRN

Práce je zaměřena na vysvětlení pojmu demence, pojmu, o kterém se předpokládá, že toto století velmi zasáhne.

V úvodu práce píše o stárnutí, jako o normálním jevu, ke kterému zapomínání nepatří. Dále v práci seznamuje s pojmem demence a oblastmi, které s onemocněním souvisí. V rozdělení typů demencí seznamuje s druhy, dělení demencí a popisuje jednotlivé typy. V praktické části je popsána komunikace, uvedena kasuistika a stručný pohled služeb, které v péči o lidi s demencí napomáhají.

Bakalářská práce seznamuje s výsledky sondy, která byla provedena mezi rodinnými příslušníky na Centru denních služeb v Olomouci, které pečují o lidi s demencí. Dotazník jsem zaměřila projevům nemocných a pocity pečujících.

SUMMARY

The study is focused on the dementia, the disease that is supposed to affect this century very much.

In the introduction I write about ageing as a normal phenomenon, a certain degree of forgetfulness may accompany ageing. I characterize dementia and describe the psychological effects of these changes. I describe categories and types of dementia.

In practical part there is described the communication, the casuistry and the brief overview of services that help care for people suffering from dementia.

The Bachelor study presents the questionnaire survey results, that was performed among family members at CDS (Centre of daily services) in Olomouc, that takes care mainly for people with dementia.

The survey is focused on bearing people with diseases and the comprehension of personnel.

11. ZÁVĚR

Práce přináší základní informace o nemoci, která se stává natolik významnou, že bylo podle ní pojmenováno toto století – Století demence.

Diagnóza je velmi zatěžující pro nemocné i pro pečující. Péče je náročná i ekonomicky. Je třeba jí věnovat náležitou pozornost, nepřehlédnout prvotní příznaky a věnovat jí veškerou sílu.

- Včasná diagnóza je důležitá.
- Diagnóza je prvním krokem k plánování budoucnosti.
- V současné době neexistuje lék, který demenci vyléčí.
- Je možné oddálit rozvoj kognitivní poruchy a dalších příznaků nemoci.
- Můžeme oddálit rozvoj kognitivní poruchy, brzdit projevy nemoci, hledat nové možnosti v péči.

Nepříznivá statistika Světové zdravotnické organizace předpokládá, že v roce 2050 se výskyt demence ztrojnásobí a to, že pracuji s lidmi s demencí mě přivedlo k tomu, že jsem o tomto tématu napsala svou bakalářskou práci.

Přínos mé bakalářské práce spatřuji v tom, že poskytuje stručný přehled o problematice, která se pomalu dostává do povědomí i jinak nevědomé, o které si mnoho lidí myslí, že je jen neustálým hledáním ztracených v cíli. Můžeme pomoci ve větší míře v chápání projevů lidí postižených demencí a upozornit na nutnost prevence a včasné diagnózy.

Svět v současné době přikládá význam demencím. Hledá její příčiny, způsoby léčby, nové terapie a služby, které pomohou pečujícím i nemocným.

Připravila jsem seznam otázek, které byly určeny pro pečující o lidi s demencí. Údaje vyplývají z rodiny uřadnice Centra denních služeb v Olomouci. Chtěla jsem zjistit, jak pečovatelé ovlivnili změnu zdravotního stavu jejich rodinného příslušníka, bez ohledu na to, zda společně žijí i nikoliv.

Pomoc pečujícím je oblast, která je zanedbávána. Je nutné, aby profesionálové, kteří se na péči podílí, komunikovali s rodinou, poskytovali jim informace o nemoci, o změnách, o dalších možnostech.

Péče o nemocného s demencí je velmi vyčerpávající. Klade nároky na pozornost, předvídání možných situací, na hledání vhodné komunikace v různých situacích, vyřazuje hodnou osobního času pečujícího. Noční vstávání, hledání nemocného nebo třeba časté konflikty jsou denní realitou mnoha pečujících.

V dotazníku se ptám, jak bylo zjištěno, že osoba blízká trpí příznaky demence, příznaky, které napovídaly, že není nic v pořádku. Ptám se na pocity pečujících, projevy nemocných, o které se starají a na rizika v péči.

Mnoho rodin své pocity nesv ũje. Nepovaŕují to za vhodné. Bojí se, ŕe budou vnímáni jako ti, co nezvládají pé i. Dotazník pro pé ũjící byl vyhodnocen tak, ŕe pé e o osoby s demencí je velmi zat ŕující a náro ná. Ubírá zdraví a volný as rodinám, ve kterých se starají o nemocného s demencí.

12.P ÍLOHY

P íloha . 1. TEST HODIN

P edstavuji vám test, který se provádí p í posuzování stavu kognitivních funkcí. Na ukázkou p íkládám ty i obrázky hodin, které kreslili uflivatelé centra denních slufleb. Nebylo smyslem posoudit hloubku jejich demence, spí– si jen výsledky porovnat s údaji, které uvádí literatura.

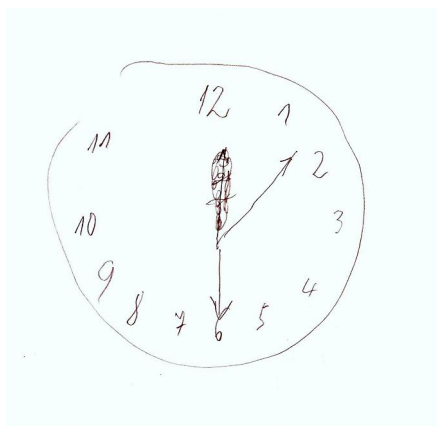
Postup p í testu:

Testovaná osoba je pofládána, aby nakreslila ciferník hodin i s íslicemi.

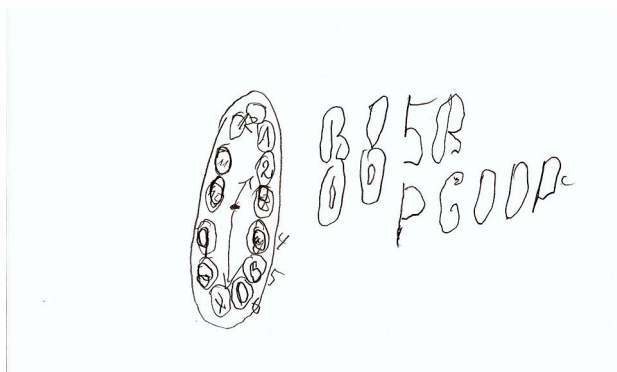
Pokud osoba provedla zápis bez obtíflí a znatelných chyb, je moflné usuzovat, fle jde o osobu bez poruchy kognitivních funkcí. Test má 6 –kál pro hodnocení kresby. Dle výsledku lze orienta n posoudit stav kognitivních funkcí.⁴³

P íkládám na ukázkou obrázky . 1 - . 4. jsou kresleny uflivatelí centra denních slufleb.

Obrázek . 1 Ciferník kreslený paní s mírnou kognitivní poruchou

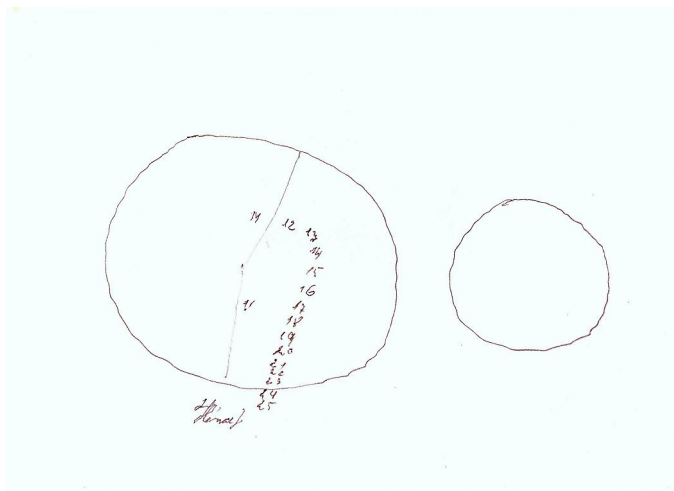


Obrázek .2 Kreslen paní s diagnostikovanou střední fází demencí

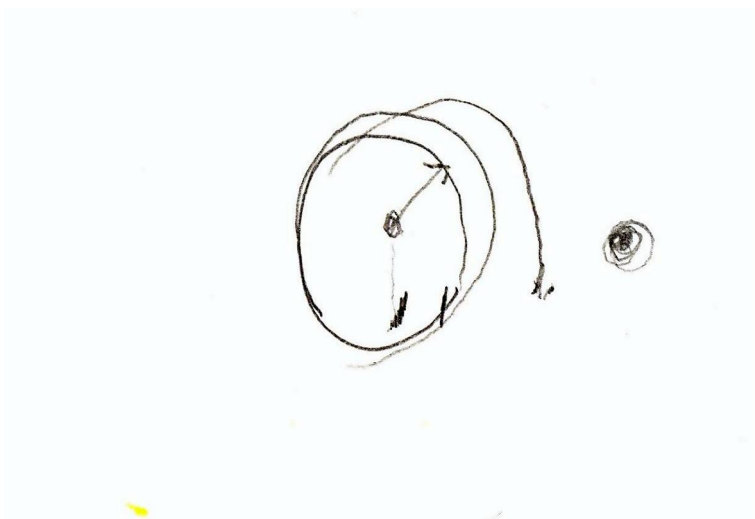


⁴³ PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 1. vydání, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

Obrázek . 3 Nakreslen paní, které byla diagnostikována demence s pozdním začátkem



Obrázek . 4 Kreslen pánem s těžkou formou Alzheimerovy choroby



Příloha . 2.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Představuji vám test, který slouží pro přesnější hodnocení a orientaci stanovení hloubky závažnosti demence.

Je vhodné testovanou osobu seznámit s tím, pro budou otázky pokládány. Test prověří stav kognitivních schopností v několika oblastech.

Přidám vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovzte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

ORIENTACE

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?
6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje tvr., kde je naše nemocnice, a zdravotnické zařízení?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém poschodí?

Přidám vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusila(a) si je zapamatovat, protože se vás na ně zeptám později jednou.

REGISTRACE

11. klobouk
12. citron
13. auto

Přidám vám tři slova. Od stovky odpovívejte sedmi ku.

POZORNOST A POČTY

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

šZopakujte mi prosím ta t i slova, která jste p ed chvílí m l(a) opakovat a zapamatovat si.

PAM

- 19. klobouk
- 20. citron
- 21. auto

JAZYK

- 22. Ukařfte pacientovi tufku. **M řete mi řici, co to je?**
- 23. Ukařfte mu hodinky. **M řete mi řici, co to je?**
- 24. Pozorn ř poslouchejte a opakujte po mn ř : **řiřdnř jestli, ano, nebo ale.**
- 25. Polořte na st ř list papřru, ukařfte pacientovi a řkn řte mu: **Pozorn ř poslouchejte, co vřm řte řkn ř: Vezm řte papřr do prav ř ruky.**
- 26. **P řelořte ho napolovic.**
- 27. **Ho řte ho na podlahu.**
- 28. Drřte p ed pacientem list papřru, na kter řm je napsřno: řZav řete o iř a řkn řte pacientovi: **Prosřm ud řejte to, co je zde napsřno.**
- 29. Podeřte pacientovi list papřru a tufku a řkn řte mu: **Např-te prosřm n řakou v řtu. M řle břt o řemkoliv, ale musř břt řplnř.**

PRAXE

- 30. Podeřte pacientovi list papřru, na n řm ř jsou zakresleny dva p řtřuhelnřky a řkn řte mu: řProsřm, nakreslete stejnř obrřzek.ř

Celkov ř skřre (0-30 bod ř)⁴⁴

Hodnocenř:

- 25-30 bod ř bez poruchy kognitivnřch funkcř
- 25-26 bod ř hrani řn ř nřlez, doporu řeno dal ř sledovřnř testovan řho
- 18-24 bod ř lehkř demence
- 6-17 bod ř st ředn ř t řlkř demence
- m řn ř neřl 6 bod ř t řlkř demence⁴⁵

⁴⁴ PIDRMAN, Vladimřr. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 1. vydřnř, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.

⁴⁵ TOPINKOVř, Eva. *Jak sprřvn ř a v řas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma. Prvnř vydřnř, 1999. 86 s. ISBN 80-238-4913-1.

Příloha . 3

ISCHEMICKÉ SKÓRE HACHINSKÉHO

Posledním testem, který představím je Ischemické skóre Hachinského. Slouží jako pomoc při odlišení vaskulárních a primárně degenerativních demencí. Test je doplněm pro klinickou rozvahu, v současné době se k odlišení těchto skupin demencí doporučují neurovizuální metody.

Projev	Body
náhlý vznik	2
kolísavý průběh	2
iktus v anamnéze	2
lofiskové neurologické symptomy	2
atopický neurologický nále	2
náhlé zhoršení	1
noční zmatenost	1
relativní zachování osobnosti	1
deprese	1
somatické stesky	1
emoční inkontinence	1
arteriální hypertenze v anamnéze	1
známky arteriosklerózy	1

Hodnocení nálezu	Součet skóre
Pravděpodobně jde o Alzheimerovu chorobu	0-4
Může jít o smíšenou demenci	5-6 bod
Pravděpodobně jde o vaskulární demenci	7 a více bod

Test obsahuje 13 položek, které se skórují dle následující tabulky. Pokud je jev přítomen, započítají se body zde uvedené.⁴⁶

⁴⁶ TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma. První vydání, 1999, 86 s. ISBN 80-238-4913-1.

13. REFEREN NÍ SEZNAM

1. BARTOŠ, Aleš, HASALÍKOVÁ, Martina. *Poznejte demenci správně a včas*. Praha: Mladá fronta, 2010, 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.
2. FRANKOVÁ, Vanda, HORT, Jakub, Holmerová, Iva et al. *Alzheimerova demence v praxi*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. 2011, ISBN 978-80-204-2423-5.
3. HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči II, Demence a demence Alzheimerova typu*. 1.vydání. VEF Enterprises. 2010, 155 s. ISBN 978-80-904-6110-9.
4. HOLMEROVÁ, Iva, JEROLÍMOVÁ Eva, SUCHÁ Jitka, a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum Praha: EV public relations, 2007, 300 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
5. HORT, Jakub. JIRÁK, Roman. *Alzheimerova choroba a jiné demence aneb co v u ebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information. 2007, 32 s. ISBN 978-86336-07-7.
6. JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
7. KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problém v ošetřovatelské péči*. Praha: Galén. 2006, 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
8. KLEVETOVÁ, Dana. *Motivace a prvky práce se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
9. KUŠEROVÁ, Helena. *Demence v kasuistikách*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
10. LANGMAIER, Josef, KREJČÍKOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
11. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 1. vydání, 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
12. PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické lékaře. Diagnostika a léčba*. Praha: Maxdorf, 2005, 96 s. ISBN 80-7345-052-6.
13. REKTOROVÁ, Irena, et al. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vydání. Praha: Triton. 2007, 192 s. ISBN 978-80-7387-017-1.
14. RHEINVALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. 1999, 88s. ISBN 80-7169-828-8.
15. RYBIČKA, Evžen et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1.vydání. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-7262-205-6.
16. TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma. První vydání, 1999, 86 s. ISBN 80-238-4913-1.

17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999, 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
18. *Na pomoc pe ujícím rodinám*. Z anglického originálu Help for the Caregivers. eská alzheimerovská spole nost, 2001, 24 s. ISBN 80-86541-03-7.
19. www.alzheimer.cz

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Ivana Binarová
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.
Vedoucí práce:	PhDr. Ivana Binarová, PhD.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Demence ó nemoc 21./století
Název v angličtině :	Dementia ó disease 21./century
Anotace práce:	Práce je zaměřena na seznámení s druhy demencí, jejich projevy a možnostmi zvládnutí péče.
Klíčová slova:	Demence, poruchy kognitivních schopností.
Anotace v angličtině :	The study is focused on the introduction to kinds of dementia, their symptoms and the ability to cope with the care.
Klíčová slova v angličtině :	Dementia, cognitive dysfunction.
Přílohy vázané v práci:	3 + 1 CD
Rozsah práce:	40 stran
Jazyk práce:	čeština