

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií



Bakalářská práce

Gabriela Hamplová

**Péče o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou
v domácích podmínkách**

Olomouc 2015

vedoucí práce: Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně, přičemž jsem použila jen literaturu a jiné prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 22. 6. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Touto cestou děkuji paní Doc. PhDr. Jitce Skopalové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu při tvorbě mé bakalářské práce.

Také děkuji všem rodinným pečujícím za jejich ochotu a vstřícnost účastnit se mého výzkumného šetření.

Obsah

Úvod.....	5
1 Uvedení do problematiky stáří, stárnutí a demence.....	7
1.1 Vymezení pojmu stárnutí	7
1.1.1 <i>Biologické a psychické stárnutí</i>	10
1.2 Vymezení pojmu stáří.....	15
1.2.1 <i>Příprava na stáří</i>	18
1.2.2 <i>Adaptace na stáří</i>	20
1.3 Vymezení pojmu demence	21
2 Demence Alzheimerova typu	25
2.1 Alzheimerova choroba.....	25
2.2 Změny, které s sebou choroba přináší	28
2.3 Stádia Alzheimerovy choroby	31
2.4 Diagnostika.....	32
3 Rodinná péče	37
3.1 Rady pro pečující.....	37
3.2 Terapie a aktivizace	43
4 Výzkumné šetření	49
4.1 Metodologie výzkumného šetření	49
4.2 Charakteristika výzkumného vzorku	50
4.3 Zpracování dat	50
4.4 Vhled do problematiky	50
4.5 Výsledek výzkumného šetření.....	55
Závěr.....	57
Seznam použité literatury a zdrojů	58
Seznam příloh	64
Přílohy	65

Úvod

Bakalářská práce pojednává o problematice Alzheimerovy choroby. Téma „Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v domácích podmínkách“ jsem si vybrala z několika důvodů. Jedním z nich je osobní zkušenost s pečováním o babičku, u které jsem mohla průběh choroby pozorovat po dobu 5 let. Dále si myslím, že toto téma se v dnešní době stává velmi aktuální. Věk se stále prodlužuje a tím se může zvyšovat i počet lidí trpících touto chorobou. Proto chci veřejnost informovat o této chorobě. Demence Alzheimerova typu se může týkat každého z nás. Alzheimerova choroba představuje v současné době velký problém. Je to závažné onemocnění mozku, začíná pomalu, nenápadně. Způsobuje nevratné změny v mozkových buňkách a úbytek mozkové hmoty (Orel, 2012, s. 94). (viz. Příloha č. 1) Dále mě velmi zajímá, jak se s poskytováním péče vypořádávají i jiní pečující. Zda mají stejné problémy, jaké řešila moje rodina. Jelikož nemoc zasahuje nejen do života samotného jedince, ale také do života jeho blízkých.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části je první kapitola zaměřena na stárnutí, stáří a demenci, kdy tyto pojmy charakterizuji, uvádím různá pojetí. Objasňuji charakteristické rysy stárnutí v rovině biologické, psychické. Vysvětluji specifické změny, které se projevují v období přirozeného stárnutí a nejsou projevem Alzheimerovy choroby. Popisuji, jak by se lidé měli připravovat a adaptovat na toto období, jelikož je to nutné, aby vstup do této etapy neměl zlý dopad. Uvádím definice demence, její druhy a členění. Jednotlivé typy demencí uvádím, abych ukázala, že Alzheimerova choroba je pouze jedním z typu demence. Dále však nepopisuji jednotlivé typy a stádia všech demencí, jelikož to není cílem této práce.

V druhé kapitole popisuji, proč je tahle choroba nazývána Alzheimerovou chorobou, její obecnou charakteristiku, základní faktory, které mohou ovlivnit vznik. Uvádím hlavní změny osobnosti, objasňuji stádia a diagnostiku. V odborné literatuře (například v psychologii, psychiatrii, gerontologii) se uvádí různé způsoby umožňující diagnostiku Alzheimerovy choroby. Já však popisuji jednoduché orientační testy, které mohou využít i laičtí pečující, protože tato práce je zaměřena na domácí podmínky. Lékařské vyšetření zmiňuji pouze okrajově.

Třetí kapitolu věnuji domácí péči o člověka postiženého touto chorobou. Líčím jak správně pečovat o postiženého a zahrnuji zde i opatření, které je třeba udělat pro bezpečný

domov. Dále charakterizují typy terapií, které je možno využít k udržení aktuálního stádia choroby, aby se choroba rapidně nezhoršovala. Podkapitola není nazvána léčbou, ale terapií, jelikož Alzheimerovu chorobu nelze vyléčit.

Získané informace využívám v empirické části práce.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na výzkumné šetření, které se týká samotné každodenní péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v domácích podmínkách a také toho jak se změnil život postiženého. Zvolila jsem metodu kvalitativního výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo formou rozhovoru. Výzkumným vzorkem pro mou práci byly dvě rodiny. Samotné anonymní rozhovory proběhly s rodinnými pečujícími, jelikož ví o postižených nejvíce.

Bakalářská práce je zpracována z odborných a internetových zdrojů, dále z výsledků rozhovorů osob, které mají zkušenosti s touto chorobou v rámci poskytované domácí péče.

Hlavním cílem této práce je interpretovat aktuální informace o Alzheimerově chorobě v obecné teoretické rovině a popsat domácí péči poskytovanou postižené osobě.

Dílčí cíle teoretické části:

- shrnout dostupné informace o stárnutí, stáří a demenci,
- popsat základní informace o Alzheimerově chorobě,
- popsat kroky vedoucí ke správné rodinné péči,
- specifikovat terapii.

Tyto dílčí cíle jsou specifikovány v jednotlivých kapitolách bakalářské práce.

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jak žili postižené osoby v produktivním věku, jak se později začala měnit jejich osobnost, dokonce život, ale především porovnat, jak kvalitní péči zajistili domácí pečující.

1 Uvedení do problematiky stáří, stárnutí a demence

Lidé se v dnešní době dožívají vyššího věku a narůstá tedy počet starých osob a s tím souvisí i demence Alzheimerova typu, která se vyskytuje v období seniorského věku. Proto zde vysvětluji rozdíl mezi přirozeným stárnutím v rovině psychické, biologické, kde rozebírám i specifické změny, které se projevují v tomto období a demencí. Seznamuji zde čtenáře s pojmy stárnutí a stáří. V podkapitole o stáří, popisuji příklady periodizace, vysvětluji, jak by se lidé měli připravovat na stáří, jelikož je to nutné, aby vstup do této fáze neměl negativní důsledky. Charakterizuji adaptaci na stáří. Nakonec uvádím obecné definice demence a její typy.

Stářím a stárnutím se zabývá řada oborů a vědních disciplín (gerontologie, geriatrie a mnoho dalších), jelikož jeden vědní obor nedokáže zahrnout celý proces stárnutí a stáří. Je zapotřebí, aby při jejím zkoumání spolupracovali odborníci s různým zaměřením z různých oblastí.

„S rychlým rozvojem detailních poznatků v každé vědní disciplíně souvisí i další rozdělení a specializace vědních oborů, které se stávají tak specializované, že i vědci formálně začlenění do jednoho oboru si mnohdy vzájemně jen těžko rozumějí. Současně s touto diferenciací probíhá i proces integrace vědních disciplín, uvědomování si vzájemných souvislostí jevů a nutnosti chápat jev jako součást celku.“ (Wolf, 1982, s. 60).

Geriatricie je specializační lékařský obor, který se zabývá nemocemi, které postihují seniory, klinickými zvláštnostmi onemocnění, prevencí, diagnostikou, léčením, terapií a **gerontologie** se zaměřuje na zkoumání jak biologických procesů stárnutí tak i psychických a fyzických vlastností stárnoucího organismu. Zaobírá se i sociálními a společenskými problémy stáří. Rozděluje se na biologickou, sociální, gerontopsychologii, gerontopsychiatrii, gerontopedagogiku sociologii stáří, gerontoekologii, gerontoergonomii a řadu dalších podoborů a specializací (Wolf, 1982, s. 59-62).

1.1 Vymezení pojmu stárnutí

Otová a Kalvach (2004, s. 67) tvrdí, že stárnutí je univerzální proces, který se odehrává v průběhu celého života od narození až po smrt.

Šimíčková - Čížková (2003, s. 130-131) označuje stárnutí jako komplexní proces s mnoha endogenně i exogenně působícími faktory, které se odehrávají po celý život jedince. Začíná to narozením dále pohlavním dozráváním v pubertě a pokračuje až k smrti.

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) definují stárnutí „jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.“

„Nástup tělesného stárnutí i celý jeho průběh je do značné míry individuální a závisí také na způsobu života a práce člověka, na jeho celkovém zdraví, prodělaných chorobách či úrazech a ovšem také na jeho genetických vlastnostech, které zdědil po svých předcích a prapředcích.“ (Wolf, 1982, s. 86)

Nemoci v dětství i v pozdějším věku urychlují stárnutí. Přispívá k němu i nepříznivá životospráva, nesprávná výživa, kouření, životní zátěže. Stejně i sklon k různým nemocem typických pro stáří (například Alzheimerova choroba) je založen na celém předchozím životě (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 203).

Pacovský (1997, s. 54) tvrdí, že „stárnutí se vyznačuje posloupností nezvratných změn, které nastávají v živém organismu a postupně omezují a zeslabují jeho jednotlivé funkce. Je to „ústup“ po dosažení vrcholu anatomického i funkčního růstu v širokém slova smyslu. Stárnutí je proces, má určitou časovou dynamiku, je geneticky naprogramováno, řídí se druhově specifickým časovým zákonem, podléhá formativním vlivům prostředí.“

Křivohlavý (2011, s. 13, s. 16) podle celostního pojetí života a psychologie celého života poukazuje, že stárnutí je celoživotní děj či proces a netýká se jen lidí, kterým bude sto let. Člověk prochází změnami již od narození.

Šafránková a Nejedlá (2006, s. 193) definují stáří jako fyziologický a nevyhnutelný stav, který začíná od narození. Dochází k asynchronnímu stárnutí všech orgánů, kdy i tělesné a duševní stárnutí není jednotné a souběžné. Je projevem ztráty buněk při opotřebením organismu. Ten už nedokáže zachovat rovnováhu. S narůstajícím věkem imunitní systém ztrácí svoji sílu a jedinec je více náchylný nemocem infekčních tak i nádorových a autoimunitních.

Čevela, Kalvach, Čeledová (2012, s. 20) popisují, že „stárnutí je souhrn involučních, regresivních a negativních změn morfologických a funkčních, nastupujících postupně se značnou interindividuální variabilitou a heterochronně po dosažení sexuální dospělosti a adaptačních reakcí na ně. Jde o proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, který je zčásti geneticky kódován, zčásti rozvíjen náhodnými jevy, chybami, poruchami.“

Také Pacovský (1990, s. 15) charakterizuje stárnutí jako „proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. V jednotlivých orgánech při něm probíhají změny degenerativní, morfologické a funkční“ Vysvětluje, že stárnutí je „přechodnou vývojovou periodou mezi

dospělosti a stářím, přičemž strukturální a funkční změny v něm vzniklé jsou regresivní, nezvratné a neopakují se. Stárnutí tedy představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří.“

I Mühlpachr (2004, s. 23) vysvětluje, že stárnutí je individuální, asynchronní jednotlivé systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně.

Wolf (1982, s. 86) podporuje názor, že člověk stárne nenápadně již od období dospělosti. Průběh tělesného stárnutí je individuální a závisí na způsobu života, práci člověka, celkovém zdraví jedince, prodělaných chorobách či úrazech a na genetických vlastnostech, které zdědil.

Jirák a kolegové (2009, s. 153) popisují stárnutí jako dlouhodobý proces, který závisí na genetických dispozicích, různých poškozeních, chybách, životních podmínkách, životní úrovni, kvalitě života a dalších faktorech. Tento proces probíhá u každého jedince individuálně a asynchronně a dochází k nezvratným tělesným, psychickým, morfologickým a funkčním změnám organismu. Výsledkem stárnutí je stáří. Tyto změny způsobují zvýšenou zranitelnost, pokles schopností, výkonnosti a odolnosti jedince.

Morfologicky jde o fyziologickou, věkově obvyklou atrofii, funkčně jde o zhoršování vlastností, úbytek funkcí, zhoršování reakcí, o změnu biorytmů, hromadění chyb a deficitů. Dochází k poklesu zdatnosti, odolnosti, kdy postupně klesá výkonnost, přizpůsobivost změnám, odolnost k zátěžím a ke stresorům (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 20).

Stárnutí zahrnuje souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, tyto změny probíhají především v oblasti biologické, psychické a sociální. Člověk pak trpí zvýšenou zranitelností organismu, dochází k poklesu schopností a výkonosti, ale jedinec dokáže tyto nedostatky kompenzovat, kdy se jedná především o externí kompenzaci (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 61).

Křivohlavý (2011, s. 18) periodizuje stárnutí do čtyř fází.

- První fázi života označuje jako mládí, které trvá od narození do dosažení dospělosti zhruba 0-30 let.
- Druhá fáze života nazvaná střední věk trvá od 30 do 65 let.
- Třetí fáze života zahrnuje život v době důchodu, bez ohledu na to, zda daný člověk důchod dostává, či ne. Toto období trvá od 65 do 85 let.
- Čtvrtá fáze života je věnována přípravě na odchod, zahrnuje věk od 85 let a více.

Jak zde můžeme vidět stárnutí i přes jeho individuální tempo probíhá po šedesátce rychleji než před dovršení tohoto věku.

Stárnutí zahrnuje souhrn změn ve struktuře a funkcí organismu, tyto změny probíhají především v oblasti biologické, psychické a sociální. Člověk pak trpí zvýšenou zranitelností organismu, dochází k poklesu schopností a výkonosti, ale jedinec dokáže tyto nedostatky kompenzovat, kdy se jedná především o externí kompenzaci (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007, s. 61).

Stárnutí je proces, kterým prochází každý jedinec, jelikož to je přirozený průběh nejen lidského života. Jak je zde vidět charakterizovat stárnutí není snadné. I když se autoři snaží o jednotné vymezení pojmů stárnutí, tak žádná z uvedených definic není úplná. Takže existuje řada definic, členění, dělení a teorií. I přes absenci obecné definice stárnutí je zřejmá shoda názorů výše uvedených autorů řešících tuto problematiku. Tento proces se týká každého člověka, který se narodí a pokračuje po celý život až po smrt. I v tomto období je třeba dbát na zdravý životní styl, svůj zdravotní stav a aktivní život. Tím je možno předcházet nástupu Alzheimerovy choroby. Důsledkem prodělaných chorob nebo úrazů je nástup Alzheimerovy choroby naopak vyšší.

1.1.1 Biologické a psychické stárnutí

V této podkapitole popisují změny, které stárnutí provázejí, jelikož tyto změny se mohou zaměňovat s příznaky demence a Alzheimerovy choroby. Stárnutí je provázeno velkou řadou involučních změn, jak biologických, tak i psychických.

Biologické stárnutí

Tělesné proměny a změny, kterými se staří lidé odlišují od mladých, bývají označovány jako fenotyp stáří. Změny jsou individuální z hlediska času, rozsahu. Jsou předurčeny genetickými dispozicemi a životním stylem. Postihují tělesné tkáně a orgány. Všechny systémy v těle zaznamenávají zpomalení, oslabení dřívějších funkcí. Dochází k poklesu biologických adaptačních mechanismů (srov. Kalvach a kolegové, 2004, s. 99; Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 19).

Pohybový systém

Typickým znakem stárnoucích lidí je pokles tělesné hmotnosti a výšky. Příčinou snížení hmotnosti je změna proporcí jako například šíře ramen, pánve, snížení hmotnosti celé kostry či dokonce vnitřních orgánů a svalstva. Úbytek výšky je způsobován degenerativními změnami chrupavky, atrofií kostí a sesedáním meziobratlových plotének. Všechny tyto poruchy mají posléze za následek celkové snížení pružnosti, rychlosti, hbitosti pohybů a to vede ke zvýšení pravděpodobnosti úrazů. Ubývá také svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu, která negativně ovlivňuje motorické

dovednosti jedince. Díky atrofii meziobratlových plotének a ochabováním kosterních svalů se páteř více ohýbá a člověk se hrbí. V cévách se ukládají tukové látky a vápník, tím dochází k jejich zužování a následně nedojde k dokrvení příslušných orgánů. Nejvíce jsou pak postiženy věnčité tepny dolních končetin a mozkové tepny (srov. Šimíčková - Čížková, 2003, s. 131; Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 20).

Změny se projevují i u vnitřních orgánů.

Srdce

Dochází k úbytku kardiomyocytů i kontraktilních buněčných elementů. Důsledkem je snížení výkonnostního maxima. Při větší zátěži nastanou značné nedostatečnosti. Nastávají změny v arteriálním řečišti, kdy ubývá elastin a přibývá kolagen ve stěně artérie. Tepny se zvětšují a prodlužují, ale klesá jejich pružnost, tím je narušena regulace krevního tlaku. Srdeční chlopně zaznamenávají změny, díky kterým se do nich ukládá vápník a to zamezí kvalitnímu průtoku krve. Zvyšuje se množství homocysteinu v krvi, což zapříčiňuje vznik chorob srdce. U jedné třetiny starších osob je smrt způsobena srdeční chorobou (srov. Šimíčková - Čížková, 2003, s. 131; Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 20)

Plíce

Časté potíže s plícemi jsou spojovány s kardiovaskulárním onemocněním. Snižuje se poddajnost a kapacita plic, funkce řasinek. V tomto důsledku dochází k infekcím dýchacích cest. Člověk přijímá z prostředí méně kyslíku, pohyby hrudního koš jsou menší. Převážně u kuřáků se projevují větší problémy s dýcháním. Ležícím seniorům hrozí selhání plic (srov. Šimíčková - Čížková, 2003, s. 131; Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 20).

Cévní systém

U vyššího věku nastávají patologické projevy kornatění tepen, kdy dochází k postižení všech tepen těla i srdce. Dlouhodobě probíhá bez příznaků a jedinec nemá žádné obtíže. Tyto změny způsobují úbytek tělesných i duševních schopností. Pro prevenci arteriosklerózy je nutno upravit stravovací návyky a vyhýbat se stresorům (Šimíčková - Čížková, 2003, s. 131).

Nervový systém

Vznikají morfologické a funkční změny a snižuje se nerovnoměrně počet neuronů, které jsou důležité, jelikož v nich probíhají morfologické a biochemické změny nervové soustavy. Nastává snížená rychlost vedení nervového vzruchu a tím dochází ke snížení rychlosti reakce. Objevují se obtíže s rozpoznáváním, učením, vyjadřováním. Zhoršuje se motorika. Jedinci se chvěje tělo a končetiny, chůze je vratká. Je snížena odolnost k nepříznivým vlivům, adaptace na změny prostředí. Zajímavostí je, že mozek stárne pomaleji než všechny jiné orgány,

i když po šedesátém roce dochází k snížení váhy mozku, ubývá méněcenná tkáň než ta cenná (Šimíčková - Čížková, 2003, s. 131).

Žlázy s vnitřní sekrecí

Nastává pokles pohlavní činnosti. U mužů se začíná snižovat potence, trpí zbytněním prostaty. U ženy končí menstruace, trpí poklesem dělohy. Snížení počtu vylučovaných hormonů má za následek změny v chování člověka, změny v intelektuální činnosti, ztrátu vitality a jiné. Způsobují i řídnutí vlasového porostu, křehkost kostí, pomalejší růst nehtů a jejich lámavost (Šimíčková - Čížková, 2003, s. 131 - 132).

Kožní systém

Prvním příznakem stárnutí, který se projeví již v dřívějších etapách vývoje, je změna kůže. Dochází k mizení podkožního tuku, vody v kůži. Ztrácí pružnost, ztenčuje se a je suchá, svráštělá. Výrazně přibývají vrásky, vějířky okolo očí, rýhy okolo úst, váčky pod očima. Vzniká pigmentace na některých částech těla i obličeje. Obecným projevem stárnutí je také šedivění a vypadávání vlasů, které je zapříčiněno sníženou činností vlasové pokožky a vlasových kořínků (srov. Šimíčková - Čížková, 2003, s. 132; Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 21).

Obličej

Vznikají změny pokožky. Je vrásčitá, suchá a mohou se objevit i pigmentové skvrny. Dochází ke ztrátě zubů, což zapříčiňuje zmenšení čelisti a pokles brady. Nastává zvětšování špičky nosu, ztenčení horního rtu, prodloužení ušního boltce, zduření očních víček a snížení výšky otevřených očí (Šimíčková - Čížková, 2003, s. 132).

Zrak

Degenerativní změny způsobují snížení zrakové ostrosti, zhoršení rozpoznávání barev, zmenšení oční čočky, její elasticity a involuční změny v očních svalech. Závažné změny sítnice ohrožující zrakovou percepci (Stuart - Hamilton, 1999, s. 27 - 30; Šimíčková - Čížková, 2003, s. 133).

Sluch

Jedná se o přirozenou ztrátu sluchu, která přichází s věkem. Objevují se degenerativní změny sluchového receptoru, které jsou způsobeny úbytkem jemných buněk kochleárního aparátu vnitřního ucha. Člověk pozoruje, že zvuky už nejsou tak zřetelné a jasné jako dříve. Špatně vnímá mluvené slova a to má za následek negativní ovlivnění mezilidských vztahů. Pro člověka takto postiženého je nesmírně důležité pochopení a tolerance jeho nejbližšího okolí, jelikož i tak už to má velký dopad na jeho psychiku. Kvůli zhoršení sluchu může být jedinec

podrážděný, nervózní, podezřívavý (Stuart - Hamilton, 1999, s. 30 - 33; Šimíčková - Čížková, 2003, s. 133).

Čich a chuť

Téměř u 80 % seniorů se objevují poruchy čichu a chuti. Poruchy bývají tak minimální, že nemají větší vliv na běžný život seniora (Šimíčková - Čížková, 2003, s. 133 - 134).

Termoregulace

Tělo seniorů produkuje méně tepla, ztrácí se schopnosti adaptace na různé klimatické změny a ve dnech tropického horka přibývá počet úmrtí seniorů. Člověk je náchylnější jak na přehřátí, tak i na podchlazení. Je snížena i citlivost kožních termoreceptorů, které řídí tepelné procesy (Šimíčková - Čížková, 2003, s. 134).

Trávicí systém

Klesá tvorba slin, snižuje se množství a kyselost trávicích šťáv, tím pádem bývá potrava pomaleji rozkládána a vstřebávána. Vyprazdňování žaludku je pomalejší. Snižuje se očista ledvin. Klesá pružnost a kapacita močového měchýře, to vede k inkontinenci. Dochází k atrofii jater, slinivky břišní. Snižuje se svalová síla, která může způsobit pokles tlustého střeva, což zapříčiňuje chronickou zácpu (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 21).

Změny ve vnímání

Ve stáří dochází ke zhoršení vnímání. Příčinou jsou změny ve smyslových orgánech, nervovém přenosu a centrálním mozgovém zpracování. Úbytek vnímání působí na starého člověka negativně a může to mít závažné důsledky pro duševní zdraví, jelikož proměny zapříčiňují zpomalení a omezení reakcí, větší úrazovost. Nejvíce snižuje schopnost porozumět mluvenému slovu. Obecně úbytek vnímání vyvolává v jedinci pocit nejistoty, strachu, úzkosti. Závažné důsledky způsobuje snížená schopnost rozumět řeči (Wolf, 1982, s. 135-137).

Říčan (2004, s. 331) ukazuje proces biologického stárnutí na tomto příkladu: „*Řekněme, že biologický rozdíl mezi šedesátníkem a sedmdesátníkem je stejně velký jako mezi průměrným patnáctiletým a pětadvacetiletým. Ale rozdíl mezi patnáctiletým a pětadvacetiletým je patrný na první pohled, zatímco mnoho šedesátníků vypadá a funguje na sedmdesát a naopak.*“

Na tomto názorném příkladu poukazuje na to, že stárnutí je u každého jedince individuální.

Psychické stárnutí

Malíková (2011, s. 21) uvádí, že kromě situací patologického stárnutí by psychické změny neměli výrazně negativně ovlivnit život jedince. Změní ho až tehdy, když jsou v souvislosti se změnami biologickými a psychickými, kdy jedinec prožívá stupňující tělesné změny negativně.

Dochází k poklesu duševních funkcí. Nastávají změny v poznávacích schopnostech (vnímání, pozornost, paměť, představy). Snižuje se mozková funkce, jelikož je horší oxyličování mozku, a tím se zpomalují myšlenkové operace. Zhoršuje se adaptace na změny, stres, nové situace a podmínky. Zvyšuje se citová labilita, člověk je plačtiví, má pocit neužitečnosti, převládá touha po soukromí a pohodlí. Objevuje se strach i úzkost z nemoci, nesoběstačnosti, z opuštěnosti, ze smrti. Přehodnocuje své hodnoty, podněty a cíle života. Člověk trpí depresemi a psychickými duševními poruchami jako jsou demence, Parkinsonova nemoc nebo Alzheimerova choroba (Nováková, 2011, s. 176).

Změny rozumových schopností

Organické změny centrální nervové soustavy se odrážejí v intelektuální činnosti gerontů. Zpomaluje se řeč, projev i psychická činnost. Výkon vyžaduje více času. Pro stáří je charakteristické zhoršování paměti, spíše krátkodobé, jelikož dlouhodobá bývá zachována. Mezi závažnější projevy patří duševní pomlky, kdy člověk nedokončí větu nebo nedovypráví příběh. Opírá se více o dřívější zkušenosti, přítomnost přijímá s nedůvěrou. Rád dlouhodobě uvažuje o stejném problému. Proces učení je ovlivněn, postupně se snižuje (Šimíčková - Čížková, 2010, s. 150 - 151).

Změny citového prožívání

Citová labilita starého člověka souvisí s fyziologickými změnami a ztrátou orientace na budoucnost. Tyto proměny nejsou však u všech jednotné. Emoční labilitu starých lidí, prohlubuje rovněž snížení sebehodnocení. Dochází ke změnám v citových složkách duševního života, pohyblivosti nálad a citové reaktivitě. Senioři jsou většinou velmi často přecitlivělí a zranitelní, smutně naladěni, plačtiví. Mají tendenci jednat úzkostně, objevuje se i oslabená vůle. Jelikož jim stárnou tkáně v nervové soustavě, tak dochází ke snižování odolnosti vůči zátěžovým a stresovým situacím. Nastávají změny v sociálních rolích jak u mužů, tak i u žen. Mohou nastat psychické potíže při odchodu ze zaměstnání, například pokles sebevědomí, ztráta společenského postavení. Změna může mít však i pozitivní vliv, kdy se jedinec vyrovná se stářím a může se věnovat aktivitám, které dříve nemohl vykonávat (Wolf, 1982, s. 151-153).

Změny v osobnosti

Vlastnosti člověka by měly být ustáleny v období dospělosti, ale neznamená to, že vývoj dále nepokračuje. Ve stáří se mohou objevit vlastnosti, které dokázal jedinec dříve tlumit nebo je vyjadřoval přijatelným způsobem. Ve stáří se vlastnosti buď tlumí, nebo se podstatně zvýrazňují a umocňují. Například šetrnost se mění v lakotu, pořádkumilovnost v perfekcionalismus, nedůvěřivost v podezřívavost až paranoiu, nerealistický

pohled v nesoudnost, uzavřenost v samotářství, pomalost v pasivitu, úzkostnost ve strach o sebe, což může vést až k hypochondrii. Mezi typické vlastnosti starých lidí patří vztahovačnost, panovačnost, ješitnost, náladovost. Prokazatelný osobnostní rys starých osob je egocentrismus, což znamená, že člověk se více uzavírá sám do sebe a řeší své vlastní problémy. Člověk zcela opomíjí jiné dění a problémy ostatních, nevnímá své okolí, je nedůvěřivý a nepřátelský vůči okolí, má strach z budoucnosti, pocity prázdnoty a může se utápět v depresích (Šimíčková - Čížková, 2003, s. 139).

Dle Venglářové (2007, s. 16) je nutné „*odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či tělesných poruch.*“

U duševních poruch nastávají změny osobnosti, které vznikají vlivem onemocnění mozku a degenerativními změnami. Tyto změny osobnosti mohou být velmi různorodé a může dojít i k rozpadu osobnosti. Patří sem například poruchy spánku, kdy dochází k obtížnému usínání, časnému probuzení, nespavosti, spavostí a dále Alzheimerovy choroby, při které dochází k výraznému narušení psychických a kognitivních funkcí a tento postižený jedinec začne selhávat v běžných denních aktivitách.

Mühlpachr (2004, s. 34) uvádí 5 faktorů, které stárnutí člověka ovlivňují. Prvním je biologická involuce, mezi druhý patří nemoci a choroby, kterými člověk trpí, třetí faktor je jakým životním způsobem jedince žije, ať to pozitivním nebo negativním, dále životní podmínky člověka a pátým faktorem je subjektivní hodnocení a prožívání. Většinu těchto faktorů můžeme ovlivnit vlastním jednáním a tím můžeme proces stárnutí ovlivnit.

Jak je patrné z výše uvedeného, tyto změny probíhají u jednotlivých osob individuálně, odlišnou rychlostí a intenzitou. U někoho se změny projeví více či dříve, u někoho méně nebo později. Psychické i biologické změny jsou propojeny a navzájem spolu souvisí. Je však důležité rozpoznat rozdíl mezi změnami v období stárnutí a s přicházejícími nemocemi. U Alzheimerovy choroby to má zásadní význam. Včasně rozeznání průběhu nemoci může totiž podstatně prodloužit život postiženého.

1.2 Vymezení pojmu stáří

Zde se věnuji vymezení pojmu stáří z pohledu různých autorů.

Nováková (2011, s. 175) charakterizuje stáří jako poslední etapu života, kdy dochází ke změně celého člověka, a je to bohužel nevyhnutelný stav ve vývoji.

Kalvach (1997, s. 18) uvádí, že „*stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, způsobem života*

a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí).“

I Kozáková a Müller (2006, s. 9) sdělují, že *„stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami).“*

„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně.“ (Mühlpachr, 2004, s. 39)

Zmíněná ztráta soběstačnosti souvisí i s Alzheimerovou chorobou a je nevyhnutelným důsledkem této choroby.

Matoušek (2008, s. 214) popisuje stáří jako období, které začíná odchodem do důchodu. Jako věkovou hranici určuje věk mezi šedesátým a šedesátým pátým rokem. Upozorňuje na zvýšenou zdravotní a sociální potřebnost, ale naopak od Mühlpachra tvrdí, že ne všichni musí nutně ztrácet soběstačnost, být nemocní a trpět duševním onemocněním.

Podle Křivohlavého (2011, s. 16) by stáří mělo mít za cíl *„odevdat postupně vše, co jsme v životě přijali, a uzavřít celkovou životní bilanci“* a za úkol *„kulturně i osobnostně zrát a dozrát v plně rozvinutou, ucelenou a úctyhodnou harmonickou osobnost, která se stále ještě snaží podílet na kulturním dědictví a předávat je dále.“*

I Kalvach a Mikeš (2004, s. 47) označují stáří jako pozdní fázi ontogeneze, kdy tento proces je přirozený. Dochází k involučním změnám funkčních a morfologických. Probíhá druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou, která vede k obrazu nazvaným stařecký fenotyp, ten závisí na zdravotním stavu, vlivu prostředí, životním stylu, vlivu sociálně ekonomickém a psychickém. Také je modifikován sebehodnocením, adaptací a přijetím určitých rolí. Kvůli této mnohočetnosti a individuality každý jedinec stárne jinak. Tyto rozpornosti jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří, proto se rozlišuje na kalendářní, sociální a biologický věk.

Kalendářní věk je určen dosažením určitého věku, kdy udává jak je člověk starý, ale není pokládán za spolehlivý údaj, protože nepostihuje individuální rozdíly jedince. Výhodou tohoto vymezení je jednoznačnost a jednoduchost (srov. Kalvach, Mikeš, 2004, s. 47; Mühlpachr, 2004, s. 20).

Biologický věk odpovídá konkrétnímu fyzickému stavu organismu, souvisí s funkčním stavem orgánů a výkonností. Je to nezvratná involuce. Souvisí se souborem genetického naprogramování, celoživotním působením vnějšího pracovního prostředí a způsobem života. Posuzuje se aktivní stav s věkem a rozdíly v čase u jednotlivých lidí (srov. Kalvach, 1997, s. 19; Kalvach, Mikeš, 2004, s. 48).

Sociální věk zahrnuje stránky ze sociálního života jedince, je to období, které vyjadřuje změny v postavení starého člověka ve společnosti, změnu statusu, role, životního stylu, potřeb a ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří je považován vznik nároku na starobní důchod nebo skutečný odchod do penze (srov. Kalvach, Mikeš 2004, s. 47; Mühlpachr, 2004, s. 19).

Mühlpachr (2004, s. 23) členění stáří do tří etap dle devítiletých věkových cyklů takto:

- 65-74 let mladí senioři,
- 75-84 let staří senioři,
- 85 let a více velmi staří senioři.

Příhoda (1974, s. 229 – 231) nazval období mezi 60 a 75 lety jako stárnutí, senescenci či časné stáří. Období v letech 75 až 89 jako kmetství, senium nebo vlastní stáří. Poslední období nazval patriarchium, neboli dlouhověkost. Patří sem osoby starší 90 let.

Pacovský (1990, s. 16) uvádí stejné dělení, jen používá jednotné názvy a to rané stáří, vlastní stáří a dlouhověkost.

Současné orientační dělení stáří označuje první skupinu jako mladé seniory ve věku 65 – 74 let. Druhou skupinu jako staré seniory od 75 do 84 let a poslední skupinu jako velmi staré seniory, ti jsou starší 85 let (Kalvach a kolegové, 2004, s. 47).

Švancara (1983, s. 17) dělí stáří pouze na senium od 65 do 80 let a vysoký věk od 80 let. Uvádí, že kromě těchto dělení existuje mnoho dalších periodizací stáří, které závisí na váze, kterou autoři přikládají jednotlivým kritériím.

Podobně jako stárnutí má různé definice i stáří, jelikož také neexistuje obecná definice, ale i tak je zde zřejmá shoda názorů na tuto problematiku. Stáří je konečnou fází stárnutí, poslední etapou lidského života, která končí smrtí. Týká se každého jedince, který se dožije věku od šedesáti let výše, kdy dochází k individuálním změnám v organismu i v osobnosti jedince. To může zapříčinit výskyt Alzheimerovy choroby, kdy dochází k degeneraci a rozpadu celého jedince. Proces nelze výrazně měnit.

1.2.1 Příprava na stáří

Zde charakterizují obor gerontopedagogiky, která může tuto etapu života výrazně ovlivnit. Dále popisují jednotlivé možnosti, jak se na toto období důkladně připravovat.

Gerontopedagogika se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů s orientací na osobnostní rozvoj. Je chápána jako teoreticko-empirická disciplína, která zabezpečuje péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb. Snaží se inovovat znalosti a orientaci jedince v dnešním dění, pomáhá jim zvládat nové technologie, aby si geront udržel určitou sociální roly. Prolínají se zde poznatky ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva. Řada poznatků jde využít v běžném životě k obohacení volného času, k posílení rodinných vztahů (Kalvach a kol., 2004, s. 822).

Čevela, Kalvach, Čeledová (2012, s. 38) rozdělují vzdělání v seniorském věku na čtyři oblasti:

- Preventivní, kde jsou podávány informace o úspěšném stárnutí, možnostech ovlivnění průběhu stáří včetně přípravy na něj, podpory funkčního zdraví, prevence závažných onemocnění jak fyzických, psychických tak i sociálních událostí.
- Rehabilitační, která zahrnuje edukační rehabilitace znalostí, dovedností, schopností.
- Volnočasovou, která slouží k poskytování nových znalostí, podnětů k řešení, diskuzi k dalšímu studiu, poskytnutí inspirace k volnočasovým aktivitám a sociálním kontaktům, souvisí i s animací života.
- Anticipační, která poskytuje informace o změnách, nových jevech, aby nedocházelo k vypadávání z kontextu společenského vývoje, nových objevů a technologií.

„Většina lidí může žít mnoho let po dosažení nároku na důchod. Proto nelze přípravu k odchodu do důchodu chápat jako přizpůsobení se vzniklým podmínkám na poslední chvíli, ale je třeba ji chápat jako proces probíhající během celého vědomého lidského života. V souvislosti s tím značnou roli, na níž závisí jejich budoucí prospěch, sehrávají jak sami jednotlivci, tak osoby, zodpovědné za přijatá rozhodnutí.“ (Kalvach, 1997, s. 134)

Člověk by se měl na stáří připravovat již v produktivním věku, a to nejen po stránce materiální, ale také vytvořením druhého životního programu, který mu umožní seberealizaci a kvalitní život v důchodovém věku (Kozáková a Müller, 2006, s. 13).

Příprava na stáří se dá rozdělit do tří etap a to podle délky času, který je jí věnován. Rozlišuje se na přípravu dlouhodobou, středně dlouhou a krátkodobou.

Dlouhodobá

U dlouhodobé přípravy na stáří je důležité začít již od dětství, kdy bychom měli vést děti k harmonickému a smysluplnému životu, k rozvoji sebevzdělávání a osobních zájmů, k osvojení zásad správné životosprávy, ke zvyšování morálních kvalit, k výchově rodičovství, manželství. Měli bychom je také učit úctě ke starším (Pacovský, 1990, s. 55).

Středně dlouhá

Tato příprava by měla začít ve středním věku, což je kolem 45. roku života a každý člověk středního věku by měl začít s cílenou přípravou na stáří. Měla by být zaměřená na životosprávu a na rizikové faktory. Jedinec by měl brát stáří jako nedílnou součást lidského života a měl by se začít zajímat o různé aktivity, které může využívat a rozvíjet v pozdějších letech. Snadnější adaptaci na novou etapu života také usnadňuje včasné vytvoření přátelských vztahů (Pacovský, 1999, s. 56).

Krátkodobá

Tato příprava je praktická a zahajuje se tři až pět let před předpokládaným odchodem do starobního důchodu. Lidé by se měli připravit na odchod z aktivního života, měli by si upravit bezpečně byt, vyměnit opotřebované spotřebiče, jelikož mají větší finanční možnosti než v důchodu. Měli by více dbát na zdravý životní styl a jejich zdravotní stav. Je také důležité ujasnit si, jak naplní penzijní čas, jakou činností, programem nebo novou životní perspektivou (Pacovský, 1999, s. 56).

Švancara (1983, s. 81) doporučuje v psychohygieně stáří usilovat o 5P:

- perspektiva (zachovat, upřesňovat a pěstovat svůj životní program a pozitivní výhled do budoucna),
- pružnost (zůstat otevřený novým podnětům, usilovat o pochopení nových dějů, postupů a také se snažit ve stáří vzdělávat),
- prozíravost (vidět věci v souvislostech, vybírat přiměřené cíle a činnosti, připravit se na různé obtíže i ztráty, které stáří často přináší, přemýšlet o jejich kompenzaci, včas zajistit vhodné bydlení, finanční prostředky pro klidný a aktivní život v penzionování),
- porozumění (usilovat o pochopení druhých, o dobré vztahy, nepropadat vyčítání, poučování a hádavosti)
- potěšení (pěstovat aktivně dobrou náladu, mít se nač těšit, umět užívat drobných radostí všedního dne).

Tento model 5P klade důraz, aby jedinec vynaložil vlastní úsilí a aktivitu v přípravné fázi, aby vstup do poslední etapy života byl poklidný ne stresující.

Kalvach (2004, s. 83) navrhuje zařadit do přípravy tyto prvky:

- trvalou přiměřenou aktivitu tělesnou včetně zachování zájmů a podílení se na péči o vnoučata,
- trvalou přiměřenou aktivitu duševní,
- udržení pozitivních přátelských vztahů a navazování nových,
- potěšení z drobných věcí, které život dává,
- správnou životosprávu,
- vyhýbat se emočně rozrušujícím situacím a vše zvládat s moudrostí.

Pomocí těchto prvků by se měl člověk naučit správně organizovat a řídit svůj vlastní život.

Příprava na stáří je celoživotní proces, který je provázen zmíněnými doporučeními.

Ty vedou k naplnění plnohodnotného života. Příprava je nejen nutným doplňkem pro správný proces stárnutí. Vhodnými opatřeními a aktivitami lze oddálit nástup Alzheimerovy choroby. Je důležité provádět jakékoliv aktivity, které zaměstnají mozek i tělo. Tím se zabrání rozvoji negativních projevů této choroby.

1.2.2 Adaptační schopnost na stáří

Adaptační schopnost, tedy přizpůsobení se stáří, bývá snižena. Proto je tolik důležitá celoživotní příprava ovlivněna nejen osobností člověka, jeho přístupem, získanými zkušenostmi, zděděnými schopnostmi, ale velkou úlohu zastává i společnost. Záleží na tom, jaký postoj zaujímá ke starým lidem, jaké prostředí pro ně vytváří, jak respektuje jejich práva na spokojený život (Wolf, 1982, s. 134).

Z hlediska přizpůsobování a vyrovnávání se seniorskému věku rozděluje Bromley (1966, s. 105 – 110) pět strategií:

- Konstruktivní strategie je nejoptimálnější, jelikož člověk dospěje k uvědomění, že se lze přizpůsobit tělesným a duševním změnám. Smíří se dokonce i se svojí smrtí. Postoj k životu se v té chvíli stává optimistickým. Navazuje osobní vztahy a stanovuje si nové cíle, jako například zůstat nadále soběstačným, tolerantním, přizpůsobivým.
- Strategie závislosti se vyznačuje pasivitou jedince, který očekává péči ze strany druhých lidí, aby uspokojili jeho citové, materiální potřeby. Centrem zájmu seniora se stává vlastní osoba, své problémy zveličuje, což mu umožňuje snadnější manipulaci s lidmi, jež jsou v jeho blízkosti.

- Strategii obrannou zaujímají lidé, kteří se nechtějí smířit s vlastním stářím. Senior se hrozí ztráty aktivního života, tak hledá neustálé činnosti. Má snahu dokázat společnosti, že na vše stačí sám, proto neudrhuje ani sociální kontakty.
- Strategie nepřátelství se projevuje záští vůči všem i všemu. Lidé začínají být agresivní, podezřívavý, neústupní. Jejich zájmová činnost spočívá v psaní anonymů, stížností. Snaží se svalit vinu na druhé. Žijí většinou osaměle. Stáří považují za nespravedlnost vůči své osobě. Nejsou a nebyli nikdy schopni tolerance, lásky, altruismu, proto měli v předchozím životě meziosobní konflikty.
- Strategie sebenenávisti je pro seniora značně nebezpečná. Nenávidí sám sebe. Smrt považuje za vysvobození ze svého promarněného života a je s ní smířený. Tento člověk vidí vše pesimisticky, cítí se osamělý, nevyhledává koníčky, trpí depresí.

Díky konstruktivní strategii se člověk lépe vyrovná s příchodem Alzheimerovy choroby, jelikož zůstane optimistický a je schopen se s touto chorobou prát. Naopak nejvíce jsou ohroženi Alzheimerovou chorobou lidé, kteří zaujmou strategii nepřátelství a sebenenávisti. Jejich přístup je negativní, nechtějí přijmout pomoc druhých, uzavírají se do sebe. Jsou podezřívavý, neústupní až agresivní. Trpí depresí. Jelikož podobné příznaky má i Alzheimerova choroba je možné, že blízké okolí nerozezná tuto chorobu od přístupu ke stáří a tak není zahájena včasná terapie, která může chorobu zpomalit.

U každého probíhá stárnutí a stáří různě. Stejně tak jsou i individuální způsoby reagování na tento proces a vyrovnávání se s ním. Nalezneme spokojené seniory, kteří se smířili se stářím a nesou vše, co je sním spojené dobře. Na druhou stranu potkáme i nespokojené jedince. Nemají takovou sílu přijmout a tolerovat všechny omezení způsobené nejen změnami v jejich organismu, ale i řadou změn vnějších. Přístup člověka k vlastnímu stáří závisí na jeho osobnosti, povahových rysech, životních zkušenostech a celém předchozím životě.

1.3 Vymezení pojmu demence

Slovo demence pochází z latinského slova de- mens, kdy předpona „de“ představuje „od“ a mens“ znamená „mysl“. Slovo „demens“ tedy označuje odchylku od rozumového jednání, něco, co pozbylo mysl (Kučerová, 2006, s. 9).

Jiráková a kolegové, (2009, s. 11-12) popisují, že každý člověk čas od času něco zapomene, a čím více let má, tím se to stává častěji. Mírná zapomětivost je normální. Demence však není běžnou součástí stárnutí. Jedná se o skupinu poruch, při kterých dochází k výraznému narušení psychických a kognitivních funkcí. Především se snižuje úroveň paměti, myšlení, orientace,

pozornosti, motivace, soustředění, vnímání, chápání, uvažování, schopnosti řeči, učení a úsudku, ale vědomí není zastřené. Toto postižení je způsobeno onemocněním mozku, kdy postupně ubývají nervové buňky (viz. Příloha č. 2). Onemocnění bývá většinou chronické a postupující. Dochází k postižení kognitivních funkcí, aktivit denního života a k poruchám emocí, chování, spánku, a cyklu spánek – bdění. Okruhy se navzájem prolínají. Lidé trpící demencí se stanou nesoběstačnými a závislými na péči blízkých osob. Ke vzniku demence nevede pouze Alzheimerova choroba, ale více než 60 dalších chorob, které závisí na různých faktorech.

Podle Orla (2012, s. 93) „*postupně vážne logické i abstraktní myšlení a soudnost, klesá výkonnost. Objevují se poruchy plánování, organizování a obecného zpracování informací. Dochází k narušení až ztrátě orientace (dotyčný zabloudí ve známém městě, později ve vlastním bytě). Mění se motivace člověka, činnosti mohou být bezcílné a monotónní. Zhoršuje se také komunikace.*“

Dle Pidrmana (2007, s. 9) je „*demence syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřené. Zhoršení funkcí je doprovázeno nebo někdy i předcházeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování a motivace.*“

Jiráček (1998, s. 8) podobně jako Pidrman definuje demenci jako „*chorobu, u nichž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních funkcí) od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí. Demence vzniká kdykoli po vytvoření základů poznávacích funkcí, tj. po 2. - 4. roce života. Výskyt demence výrazně stoupá s věkem.*“

I Kalvach (2004, s. 547) uvádí, že v důsledku chorobného procesu dochází k podstatnému snížení kognitivních funkcí, které podstatně omezí běžné aktivity, profesní aktivity i soběstačnost postiženého. Upozorňuje i na velké zatížení blízkých osob, které pečují o postiženého. U pečujících dochází ke zhoršení celkového zdravotního stavu v důsledku velké zátěže a vyčerpání.

Buijssen (2006, s. 13.) popisuje, že „*člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku. Během (dlouhé) první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý. V konečné fázi nemoci je závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl už všechno, co se kdy naučil. Člověk*

s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil, jako bezmocné dítě. V tomto stadiu vnímá už jen atmosféru kolem sebe a uspokojuje pouze své nejzákladnější biologické potřeby.“

Podle Jiráka (1999, s. 7) „jsou demence závažné duševní poruchy, které představují značný problém zdravotní, sociální, i ekonomický. Podstatně zkracují nejen aktivní věk, ale i věk skutečný. Vedou k podstatným omezením postižených, jejich postupné odkázanosti na péči okolí, k neschopnosti samotné existenci.“

Demence může mít řadu příčin. Dělí se podle různých faktorů, ale autoři se většinou shodují na rozdělení do tří skupin podle příčin. Mezi základní dělení patří primární, sekundární a smíšené demence. Primární degenerativní demence zahrnuje Alzheimerovu chorobu, demenci s Lewyho tělískem, frontotemporální demenci. Do sekundární a smíšené demence se řadí vaskulární demence, která je buď multiinfarktová nebo mikroangiopatická, metabolické demence, demence při Parkinsonově chorobě, demence při Huntingtonově chorobě, traumatické demence, demence při normotenzním hydrocefalu a demence při nádorech (Pidrman, 2007, s. 31).

Podobně rozděluje demence Jiráček (1998, s. 10 - 12):

- Atroficko - degenerativní demence zahrnují Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu chorobu, korovou nemoc s Lewyho tělísky, demenci u Pickovy choroby a jiných ložiskových mozkových atrofií, progresivní supranukleární obranu, Huntingtonovu chorobu, a vzácné demence.
- Ischemicko - vaskulární demence obsahují multiinfarktové demence, vaskulární demence s náhlým začátkem, Binswangerovu chorobu a další vzácné vaskulární demence.
- Mezi Symptomatické demence se řadí metabolické demence, demence při vitaminových deficitech, demence v průběhu elektrolytového rozvratu, demence při endokrinopatiích, hereditárně podmíněné metabolické demence, toxicky podmíněné metabolické demence a demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy.

Dle České Alzheimerovské společnosti mezi nejčastější příčiny demence patří v procentuálním vyjádření Alzheimerova choroba s 56 %, vaskulární demence s 14 %, smíšené demence s 12%, Parkinsonova nemoc s 8 %, jiné degenerativní onemocnění mozku s 4 %

a na závěr ostatní vzácnější příčiny například Creutzfeld - Jacobova nemoc, Pickova choroba, Huntingtonova nemoc.¹

Existují některé choroby nebo poruchy, které se zaměňují s demencí, jelikož na kratší dobu ji mohou připomínat, a proto musí být od nich co nejdříve odlišena. Mezi nemoci, které mohou demence napodobovat, patří například těžká deprese zvaná depresivní pseudodemence, disociační - hysterické poruchy, deliria, což jsou stavy spojené s kvalitativními poruchami vědomí a s mentální retardací (Jirák a kolegové, 1998, s. 13).

Autoři se shodují, že demence postihuje nejen paměť, ale i komunikační, poznávací schopnosti, intelekt, myšlení, pozornost, úsudek, učení. Má vliv na společenský, pracovní život a vede k omezení všech běžných denních aktivit. Ovlivňuje život jak nemocnému, tak později i osobám, které o něj pečují. To platí i u Alzheimerovy choroby, jelikož je jedním z typů demence.

¹ <http://www.alzheimer.cz/>

2 Demence Alzheimerova typu

Mým hlavním tématem mé práce je Alzheimerova choroba v domácích podmínkách, a proto je tato kapitola celá věnovaná Alzheimerově chorobě, ale v obecné rovině. Stručně zde popisuji její historii, charakteristiku a základní rizikové faktory, které vedou ke vzniku. Zmiňuji změny, které nastávají při tomto onemocnění. Líčím její fáze a diagnostiku. Soustředím se na to, jak správně rozpoznat a diagnostikovat demenci, pomocí jednoduchých diagnostických testů, které zaberou pár minut. Na to navazuji obecnými lékařskými vyšetřeními, jelikož jsou pro stanovení závěrečné diagnózy nezbytné.

Choroba má mnoho názvů, například Alzheimerova nemoc, Alzheimerova choroba, demence Alzheimerova typu (Stuart-Hamilton, 1999, s. 183). V této práci používám pojmenování Alzheimerova choroba, Demence Alzheimerova typu a Alzheimerova nemoc.

2.1 Alzheimerova choroba

Název Alzheimerova choroba pochází původně od Emila Kraepelina z roku 1910, který ji pojmenoval podle muže, který tuto chorobu jako první podrobně popsal. Tím mužem byl německý neurolog a psychiatr Alois Alzheimer, který ji popsal na počátku 20. století, kdy do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem byla přijata žena, která trpěla již několik let příznaky demence. Například dezorientací, neschopností porozumět slovům, sluchovými halucinacemi, paranoiou, projevy žárlivosti, selháváním paměti, ztrátou soudnosti a nechápavostí. Alzheimer tuto ženu pozoroval po dobu šesti let a s výzkumem pokračoval i po její smrti. Po smrti této pacientky byla provedena pitva, která prokázala zvláštní změny na mozku. „*Posmrtné vyšetření mozku ukázalo, že mozková kůra byla mnohem tenčí, než je to obvyklé u zdravých. Alzheimer zjistil i další dvě abnormality. Byl to jednak takzvaný senilní plak, který bývá diagnostikován u mnohem starších pacientů, ale také pozměněná struktura buněk v mozkové kůře. Taková spletitost nervů nebyla nikdy dříve popsána, a proto především tato abnormalita definovala nový druh onemocnění.*“²

Alzheimerova choroba je progredientní onemocnění s charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Je to primární onemocnění šedé kůry mozkové a trvá v rozmezí dvou až dvanácti let (srov. Pidrman, 2007, s. 34-35; Jiráková a kolegové, 2009, s. 29).

² <http://alzheimermf.cz>

Toto onemocnění má typický plíživý, a pomalý začátek, který je tak nepatrný, že okolí si kolikrát nevšimne počátečních změn, ale všimne si až pozdějších projevů. Z počátku si změn všimne blízké okolí. Choroba se rozvíjí plynule, bez nápadnějších výkyvů. Objevují se fáze zdánlivého zastavení nebo zpomalení, které trvají určitý čas, a pak se zase postupně choroba zhoršuje. V konečném stádiu choroby vyřadí jedince ze společnosti. Přináší úplnou degeneraci a znemožňuje samotnou existenci a člověk potřebuje čtyřicetihodinovou péči (srov. Jiráček, 1999, s. 124, Orel, 2012, s. 94).

Jak již bylo zmíněno, jedná se o nejčastější formu demence. „*Představuje 55-60% všech případů. Od běžných neurochemických změn provázejících stárnutí se liší tím, že je to progresivní neurodegenerativní proces, začínající degenerací a destrukcí neuronů především cholinergního systému, které se podílejí na vyšších nervových funkcích a jsou lokalizovány v bazálních úsecích předního mozku, v mozkové kůře i v dalších oblastech.*“ (Höschl a kolektiv, 1999, s. 13)

„*V mozku nemocných se objevují zrnka patologického proteinu β -amyloidu (viz. Příloha č. 3). V jejich okolí dochází k degeneraci a zániku neuronů, aktivují se gliové buňky a vznikají charakteristické Alzheimerovy plaky. Pravděpodobně sekundárně dochází v neuronech ke změnám tau-proteinu, který se podílí na zpevnění vláken cytoskeletu. Intracelulárně podmiňují změny tau-proteinu vznik neurofibrilárních uzlíků (tangles). Neurony, které je obsahují, degenerují a zanikají.*“ (Orel, 2012, s. 95)

Orel (2012, s. 95) doplňuje, že sekundárně dochází k degeneraci a zániku neuronů, významnému deficitu neuromediátorů (zejména acetylcholinu a serotoninu), mění se metabolické pochody a aktivity enzymů. Konečným důsledkem je pak atrofie mozkové tkáně.

Degenerace způsobuje pokles kognitivních funkcí. Jak již bylo zmíněno u demence, dochází i u této choroby ke zhoršování paměti, myšlení, orientace, soustředění, úsudku. Člověk trpí i poruchou mluvení, smyslových a pohybových funkcí i porozumění řeči. Zhoršuje se i soběstačnost a schopnost se vypořádat s každodenním životem. Klesá schopnost navázat, udržet sociální kontakty odpovídající okolnostem a schopnost adekvátně reagovat v situacích vyžadujících kontrolu emocí. Proto se přeruší jakékoliv spojení s okolím. Vše se děje bez jakéhokoli zhoršení či narušení vědomí (srov. Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008. s. 7-8; Hrušová, 2005, s. 15-20).

Postihuje značné procento populace zejména ve věku nad 65 let avšak má jak u stárnutí a stáří individuální variace ve věku nástupu, charakteru zhoršování kognitivních funkcí a progresi, ale má stejné charakteristické klinické a patologické rysy u každého jedince (Höschl a kolektiv, 1999, s. 10).

Jiráček (1998, s. 14) tvrdí, že „*Alzheimerova choroba je čtvrtá až pátá nejčastější příčina všech úmrtí.*“

Bohužel příčina Alzheimerovy choroby není dosud známa, ale v dnešní době jsou prozkoumány onemocnění způsobující demenci Alzheimerova typu. Jsou známy procesy, které se na vzniku podílejí, ale nejsou známy příčiny onemocnění, které vedou k tomuto typu demence. Odborníci nedokáží přesně říci, které faktory demenci způsobují, ale existují již poznatky o rizikových faktorech, které mohou chorobu podpořit (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 12).

Mezi významné rizikové faktory řadí Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv (2007, s. 12-14):

- Věk, který je jedním ze základních faktorů. U lidí před 60. rokem se vyskytuje demence vzácně, ale s přibývajícím věkem se objevuje čím dál více.
- Pohlaví, kdy jsou ženy více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži.
- Rodinný výskyt a genetické faktory také ovlivňují výskyt Alzheimerovy choroby. Pokud se vyskytne před šedesátým rokem, jedná se velmi často o dědičně podmíněné onemocnění. Lidé s Downovým syndromem, kteří se dožijí dospělosti, trpí většinou Alzheimerovou chorobou kvůli genetickým změnám. U Alzheimerovy choroby, která se vyskytuje ve vyšším věku, je role genetických faktorů méně zřejmá. Blízcí příbuzní lidí s Alzheimerovou chorobou mají třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost tohoto onemocnění.
- U vzdělání prokazují některé studie, že Alzheimerova choroba je méně častá u lidí s vyšší úrovní vzdělání. Neví se však, zda to má za následek vzdělání jako takové nebo přirozená inteligence či socioekonomické postavení. Protektivním faktorem je i úroveň psychické aktivity v průběhu života.
- Kouření přináší vyšší riziko vzniku demence Alzheimerova typu.
- Lidé, kteří pijí dlouhodobě větší množství alkoholu, bývají náchylnější k tomuto onemocnění. Může to být důsledkem toxického působení alkoholu nebo nedostatkem vitaminů a živin. O konzumaci malého množství se zatím polemizuje.
- U poranění hlavy se v anamnéze pacientů s Alzheimerovou chorobou vyskytuje poranění hlavy dvakrát častěji než v populaci. Za poranění hlavy se považuje jakékoliv zranění, u kterého dojde ke ztrátě paměti nad patnáct minut. Úraz hlavy je považován za velký rizikový faktor pro vznik Alzheimerovy choroby.

- Starší lidé s depresí mají třikrát až čtyřikrát větší riziko propuknutí demence Alzheimerova typu.

2.2 Změny, které s sebou choroba přináší

Popisují zde, k jakým poruchám a změnám dochází u člověka postiženého Alzheimerovou chorobou, jak se postupně mění a rozpadá jeho celá osobnost.

Poruchy intelektu

K přirozenému mírnému úbytku intelektu dochází i v průběhu normálního stárnutí, proto počáteční příznaky této choroby jsou často připisovány zvyšujícímu se věku. Poruchy paměti se objevují v různých oblastech a většinou se kombinují. Jsou prvními známkami u této choroby. U krátkodobé paměti se projevují tím, že člověk není schopen bezprostředně zopakovat několik názvů předmětů, které mu přečteme, také není schopen zapamatovat si, co dělal před malou chvílí. Trpí zapomětivostí, neustále něco hledá, ukládá věci nesmyslným způsobem. Výpadky paměti kompenzuje odpověďmi, které se hodí do kontextu, ale nejsou pravdivé, avšak on je přesvědčen o jejich správnosti. Porucha střednědobé paměti se klinicky projevuje neschopností tvorby paměťových stop, převedení paměťových obsahů z krátkodobé do dlouhodobé paměti. Postižený si nedokáže zapamatovat nové informace i vědomosti. Poruchy paměti znesnadňují adaptaci na nové prostředí, činnosti, osoby. Poruchy dlouhodobé paměti se projevují jak zpomalenou, tak nepřesnou výbavností. Vedou k neschopnosti vykonávat běžné denní životní aktivity (srov. Jiráček, 1999, s. 9-10; Zgola, 2003, s. 53; Pidrman, 2007, s. 39).

Poruchy orientace

Objevují se často jako časný příznak. Jedná se o poruchy orientace v čase a prostoru. Dochází k bloudění i přesto, že místo postižený dobře zná. Prostory, které zná, nepoznává. Selhává při rozeznávání známých předmětů. Pokud již nedokáže identifikovat věci ve své okolí, obzvláště když si není této situace vědom, má sklon ke klamným představám, k prožívání bludů, jelikož si mylně vykládá skutečné stimuly. Člověk ztrácí schopnost odhadnout vzdálenost a hloubku, schopnost vnímat směry a relativní polohu předmětů vůči sobě navzájem, a tak vznikne problém s rozlišováním mezi pravou a levou stranou, přední a zadní polohou. Postižený se může obtížně orientovat i v nových situacích. V pozdním stádiu choroby může být dezorientovaný i vlastní osobou. Tyto poruchy působí pocity úzkosti, proto je nutné pomáhat postiženému s orientací (srov. Jiráček, 1999, s. 10, Zgola, 2003, s. 37 - 40).

Poruchy vhledu, soudnosti a abstraktního myšlení

Tyto poruchy souvisí s intelektovou deteriorací. Poruchy vhledu, úsudku a abstraktního myšlení spolu se sníženou kontrolou emocionálních projevů, nesprávným hodnocením emocionálních projevů druhých dělá z této osoby někoho, kdo se jeví jako tvrdohlavý, nerealistický a egocentrický. Pokud pečující neporozumí původu chování, je zbytečné se snažit, aby postižený pochopil význam negativních emocí nebo hádek. V důsledku nerealistického odhadu odmítá pomoc, trvá na svých starých vzorcích chování, nepřijme důkaz o snížení svých schopností, ztrácí schopnost chovat se podle společenských konvencí, ztrácí zábrany, nedokáže předvídat důsledky, má tendenci brát věci doslovně. Není schopen najít rozdíly mezi příbuznými pojmy nebo najít podobnosti. Není schopen používat abstraktní myšlení, koncepční uvažování, což mu znemožňuje plánování a řešení složitějších úkolů a problémů. Dělá mu potíže vybrat vhodnou kombinaci oblečení, jídel a podobně (srov. Jiráček, 1999, s. 10; Zgola, 2003, s. 30 - 31).

Poruchy pozornosti a motivace

Tyto poruchy souvisí s poruchou soustředění a jsou pro Alzheimerovu chorobu typické. Dochází i k poruchám motivace. Tyto změny se objevují již v časných stádiích. Člověk ztrácí zájem o své zaměstnání, koníčky, tisk, televizi. V pozdějších stádiích se přestane zajímat o své blízké okolí a dění v rodině. Neposedí na jednom místě, bloumá a soustavně hledá něco na práci, ale nic ho nezaujme nebo činnosti v půlce přeruší a odejde. Nerozumí souvislostem, proto ho již nezajímají. Často se stává, že se postižený zaměří na nepodstatný prvek činnosti a zapomene na činnost jako celek. Mnohem hůře se soustředí, když je rušen podněty zvenci, jelikož je nedokáže přehlížet a soustředit se tak na svou činnost (srov. Jiráček, 1999, s. 10; Zgola, 2003, s. 28).

Poruchy chápání

Chápavost je konstantně porušena. V důsledku narušení mozku dochází k poruchám smyslového vnímání, proto postižený není schopen pochopit základní údaje, příznaky či souvislosti. Postižený není schopen rozeznávat jednotlivé předměty či tváře (Jiráček, 1999, s. 10).

Poruchy korových funkcí

Patří tam například poruchy mluvení, kdy dochází k poruše tvorby řeči. Postižený není schopen tvořit srozumitelně a gramaticky správnou řeč, komolí slova a vypadávají mu pojmy. Nedokáže porozumět mluvené řeči, jelikož nechápe význam slov. Stává se, že začne větu, ale po pár slovech již neví, co chtěl říci. V posledním stadiu choroby se často objevuje mutismus. Mezi další změny zahrnujeme například poruchu porozumění psanému textu, neschopnost

počítat, rozeznat pravou a levou stranu, orientovat se ve vlastním těle, rozeznat melodie. Patří sem i apraxie, což je ztráta schopnosti vykonávat určité úkony (Jirák, 1999, s. 10-11).

Poruchy chování

Jsou to standartní příznaky této nemoci. Projevuje se hypoaktivita, kdy se snižuje aktivita nebo naopak se člověk stává hyperaktivní. Tyto jevy se mohou střídát. Pacienti mohou být konfliktní, nesnášenliví jak verbálně tak i brachiálně. Člověk může opakovat slova, co slyšel nebo napodobovat pohyby jiných osob. Objevuje se negativistické chování a útok na nejbližší rodinné příslušníky či na sebe samé. Je narušena osobní hygiena, dochází k inkontinenci. Vyskytuje se asociální chování, kdy se jedinec začne chovat sexuálně nezdrženlivě až deviantně, obnažuje se a močí na veřejnosti. Také se objevují halucinace nebo bludy. Postižený podezírá a obviňuje blízké, sousedy nebo zcela cizí osoby z krádeží. Tvrdí, že mu někdo chodí do bytu (Jirák, 1999, s. 11).

Poruchy emotivity

Při těchto poruchách bývá přítomna emoční oploštělost a dochází k postupnému úbytku vyšších citů. Lidé jsou emočně otupělí. Může se vyskytnout emoční plachost. Naopak dochází k odbrzdění emotivity, kdy mají jedinci nezvladatelné projevy vzteku, lítosti či smutku (Jirák, 1999, s. 11).

Poruchy exekutivních funkcí

Patří sem plánování, organizování, řízení. Nemocný není schopen si naplánovat řešení určitých úkonů, řešit zpočátku složité, později i jednoduché problémy. Situaci prohlubuje úzkost z nezvládnutých situací a ta ještě více snižuje schopnost rozhodovat se a řešit problémy. Člověk je nejistý a cítí bezmoc. Jedinec si nedokáže vstřípit nové informace, osvojit nové technologie a pracovní postupy. U lidí v řídicích funkcích způsobuje tato porucha odchod ze zaměstnání (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 22).

Z této podkapitoly vyplývá, že onemocnění Alzheimerovou chorobou je velmi vážné, zákeřné. Postupně a nevyhnutelně se mění celá osobnost postiženého, tím se stává závislý na svém blízkém okolí, protože nezvládá běžné denní činnosti. I přesto, že je tato péče fyzicky i psychicky náročná činnost a ovlivní chod celé rodiny na dlouhou dobu, měli by se blízcí pokusit zvládnout tuto cestu. Člověk se bude pohybovat ve známém prostředí obklopen lidmi, kteří k němu již mají vztah, tudíž se péče stane láskyplnější. To mu dá pocit bezpečí a jistoty.

2.3 Stádia Alzheimerovy choroby

Choroba se rozděluje na tři základní stádia a to na počáteční stádium, střední stádium a těžkou demenci.

Počáteční stádium

Trvá obvykle dva až čtyři roky od vypuknutí choroby. Je snadno přehlédnutelné, jelikož ho lidé považují za běžné projevy stárnutí a stáří. Z počátku onemocnění dochází k menším změnám osobnosti a chování. U postiženého se objevují poruchy paměti. Zapomíná základní věci a události, které se staly před chvílí a během dne, ale pamatuje si dobře věci z minulosti a z období svého mládí. Zhoršuje se také obrazová představivost, logické myšlení a schopnost úsudku. Nemocný si uvědomuje tyto poruchy, ale snaží se je zakrýt a popřít. Dále nastávají potíže s vyjadřováním a dorozumíváním, kdy hledá pojmy pro známé věci, zaměňuje slova nebo se nemůže vyjádřit, je pro něj obtížné se rozhodovat. Častá je zde dezorientace v prostoru a čase, což vede například k bloudění na známých místech. Jedinec neví kolik je hodin, nedovede říci co je za den, měsíc ani rok. Ztrácí zájem o koníčky, oblíbené činnosti a objevují se zvláštnosti v chování, ale soběstačnost ještě není porušena. Nepotřebuje nepřetržitý dohled ani pomoc v denních aktivitách. Tyto poruchy negativně zasahují do vykonávání jeho zaměstnání a koníčků, což značně omezí jeho další sociální kontakty (srov. Jirák a kol., 2009, s. 32; Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 32; Sociální péče, 2010, s. 16; Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 142).

Střední stadium

Toto stádium bývá nejdelší a obvykle probíhá od dvou do deseti let. V této fázi dochází k dalšímu prohlubování problémů, které čím dál více znesnadňují jak nemocnému tak i jeho okolí každodenní život. Zhoršují se problémy s výpadky paměti, s orientací v prostoru a čase. Postižený se přestává orientovat i ve vlastním bytě, zaměňuje současnost s minulostí, nerozumí správně situacím, které se kolem něj dějí, mohou nastat i halucinace a bludy. Mohou se objevit nezvladatelné afekty vzteku. Postupem je narušena schopnost počítat, číst, psát, uklízet, vařit, nakupovat, dodržovat osobní hygienu. Nastávají problémy s oblékáním. Člověk je schopen tyto činnosti stále vykonávat sám, ale je potřeba ho podpořit a navést. Jsou narušena i řečová centra. V této fázi jsou vhodné programové aktivity, které vyplní jeho denní program (srov. Höschl a kolektiv, 1999, s. 87; Jirák a kolegové, 2009, s. 32; Sociální péče, 2010, s. 16; Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 142).

Těžká demence

Jedná se o poslední stadium, které většinou trvá jeden až tři roky. Postižený je plně závislý na pomoci druhých, jelikož není schopný se postarat sám o sebe a potřebuje celodenní péči. Dochází k velkému narušení osobnosti i tělesného stavu. Není schopen se na nic soustředit, vyjádřit své potřeby. Pohyblivost je narušena a to může vést k tomu, že člověk bude upoután na vozík nebo lůžko. Dochází k poruchám příjmu potravy, kdy je nutné jídlo krájet nebo dokonce mixovat a k usnadnění pití se používá brčko. Objevuje se inkontinence stolice a moči. Při těžké demenci již postižený nepoznává členy rodiny ani přátele. Okamžitě po kontaktu s rodinou či známými zapomene, že s nimi byl a mluvil, což způsobuje depresivní stavy a nemocný se tak cítí stále osamocen. Dochází také k tomu, že již není schopen formulovat větu nebo často opakuje pouze jednu větu nebo některá slova. V posledních stádiích nemoci může dojít až k úplné nemluvnosti. U postiženého může nastat také spánková inverze, kdy spí přes den a v noci je aktivní (srov. Reiserová, 2003, s. 8-9; Jiráková a kol., 2009, s. 32).

V jednotlivých stádiích průběhu choroby vidíme, jak člověk postupně přichází o mozkové funkce. Pomalu se mění celá jeho osobnost. Přejít mezi jednotlivými stádii může probíhat více či méně let než jak je zde popsáno. Postižený nemusí vykazovat všechny popsané příznaky. Některé uvedené změny třetího stádia se mohou vyskytnout již ve druhém stádiu, protože celkový průběh této choroby je u každého jedince individuální, stejně jako u procesu stárnutí. Závisí na zdravotním stavu, fyzické kondici, životních podmínkách člověka. Myslím si, že důležitou roli hraje i zvolená léčba a péče.

Díky tomu, že jsem se ocitla v roli pečovatele, tak jsem mohla sledovat postup nemoci od počátku až k těžké demenci, která skončila smrtí. Pozorovala jsem postupné změny návyků, postojů, zručnosti, motorických funkcí, myšlení. Postupně došlo k úplnému omezení schopnosti sebeobsluhy.

2.4 Diagnostika

Diagnostika, která se týká demence obecně, platí i pro Alzheimerovu chorobu, jelikož je to jeden z typů demence. Rozpoznání a diagnóza demence není jednoduchá a je třeba ji odlišit od jiných mentálních poruch. Jelikož jsem se pohybovala mezi rodinnými pečujícími tak jsem se dozvěděla, že často dochází ke stanovení diagnózy až v pokročilejším stádiu, jelikož postižený ani rodina nerozpoznají nebo neupozorní včas na poruchy. Je důležité co nejdříve rozpoznat tuto chorobu, protože i když se nedá vyléčit, tak se dá alespoň zpomalit její průběh.

Jirák a Koukolík (1999, s. 11) uvádí, že „*diagnóza syndromu demence je osudové rozhodnutí, které současně znamená přesné rozlišení, co syndrom demence není.*“

Příznaky lze rozdělit z praktického hlediska do tří základních podskupin. Kognitivní poruchy, poruchy chování, a funkční omezení při běžném životě a každodenních činnostech (Růžička, 2003, s. 23).

Kognitivní poruchy zahrnují poruchu paměti, učení, orientace, úsudku, myšlení, rozhodování, plánování, organizování, motivace, exekutivních funkcí, korových funkcí. Poruchy chování můžeme vidět při změně osobnosti, sociálně nepřijatelným chování, emotivity. Člověk může trpět depresemi, úzkostmi, halucinacemi, bludy. Osoba je podrážděná až agresivní. Mohou nastat změny spánkového rytmu. Nastane omezení při běžných činnostech například při vykonávání domácích prací, sebeobsluhy, chůzi, kontinenci a komplexních činnostech (Růžička, 2003, s. 24).

K diagnostice demence se využívají různé psychologické testy.

Jirák a Koukolík (1999, s. 11) uvádí nejjednodušší orientační test, který se skládá ze tří otázek. Tento test pouze zabere pár minut. V první otázce se postiženého zeptáme na časoprostorovou orientaci, tedy na místo, kalendářní rok, den, měsíc. Po vysvětlení, co a proč se bude dít, řekneme pacientovi následně názvy tří obyčejných předmětů. Například strom, auto, míč. Za pět minut se na tyto předměty zeptáme znovu. Mezi tím zadáme pacientovi další úkol, kdy ho necháváme odečítat sedmičky od padesátky. Tento orientační test opakujeme znovu za čtyři týdny. Lidé s podezřením na demenci mají poruchu časoprostorové orientace, nejsou neschopni si vybavit po pěti minutách alespoň dva předměty ze tří jmenovaných a ani nedokáží určit správný výsledek alespoň jednoho nebo dvou odečítání. Jestliže je stav po dalších čtyřech týdnech stejný nebo horší je pravděpodobné, že se jedná o syndrom demence.

Jirák (1998, s. 9) uvádí čtyři body, které vedou k diagnostikování demence. Je třeba se zamyslet, nastal-li úbytek paměti. Především ztížené zapamatování si nových paměťových obsahů, zpomalené a nepřesné vybavování si starších a starých vzpomínek. Zda se objevil pokles úsudku, myšlení, orientace v prostoru logického uvažování a představitelnosti. Jestli se vyskytly poruchy emocí, hlavně emoční kontroly, poruchy motivace, změny sociálního chování, emoční lability. Projevila se podrážděnost, apatie, hrubost ve společenském vystupování. Pokud uvedené příznaky se vyskytují přinejmenším šest měsíců, jedná se spolehlivě o demenci.

Využívá se také test kreslení hodin (viz. Příloha č. 4). Používá se pro screening, diagnózu lehkého stádia demence, pro sledování progresu. Slouží pro zhodnocení kognitivních funkcí.

Pacient na čistý list papíru, nebo do předkresleného kruhu nakreslí ciferník hodin a vepíše číslice. Poté zakreslí ručičky ukazující deset hodin a deset minut. Existuje zde více hodnotících škál s různou komplexností, ale v základu se vždy hodnotí ciferník hodin, správnost umístění číslic a určený čas, poloha a délka ručiček. Používá se jednoduché bodové hodnocení: 1 bod (bezchybné provedení) až 6 bodů (hodiny nejsou zakresleny). Od 3 bodů a více se jedná již o Alzheimerovu chorobu (srov. Topinková, 1999, s. 64; Holmerová, Mátlová, Vaňková, Jurašková, 2010, s. 140).

Pro zvýšení přesnosti se provádí další jednoduchý orientační test nazvaný Mini-Mental State Examination (viz. Příloha č. 5). Určuje spolehlivě střední a těžkou demenci zejména Alzheimerovu chorobu. Počínající lehkou demenci tímto testem nerozpoznáme. Tento test posuzuje narušení kognitivních funkcí. Skládá se z orientace v čase a místě, schopnosti zapamatování, vybavení si tři věci, zkoušky řeči, jazyka, kreslení. Odpovědi na otázky a řešení úkolů se boduje. Maximálně může postižený dosáhnout 30 bodů. Hranicí, která odděluje dementního člověka od nedementního je dvacet tři bodů (Koukolík, Jirák, 1999, s. 12-14).

Kromě kognitivních poruch pacienta se musí zjistit i postižení funkčních schopností v běžných činnostech. Pro tuto diagnostiku se používá jednoduchý test nazvaný Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (viz. Příloha č. 6). Tento test posuzuje deset komplexních sociálních a instrumentálních aktivit, které bývají postiženy již v počátečních fázích choroby. Dotazník vyplňuje blízká osoba, která důvěrně zná pacientovi schopnosti v běžném životě. Hodnotí stupeň funkční ztráty pro každou činnost. Schopnosti se vyjadřují čtyřbodovou stupnicí: 0 - vykoná sám, 1 - vykoná sám s potížemi, 2 - potřebuje pomoc druhého, 3 – plně závislý v provádění činností. Celkové skóre testu je v rozmezí 0 bodů, kdy pacient vykonává všechny činnosti sám po 30 bodů, kdy ve všech činnostech je závislý na pomoci. Devět bodů a více představuje vysokou pravděpodobnost svědčící o výskytu demence (Topinková, 1999, s. 67).

Pro hodnocení funkčních schopností a soběstačnosti v běžných denních aktivitách jedince s pokročilejším stádiem demence se používá test sebeobsluhy podle Barthela (viz Příloha č. 7). Hodnotí se deset základních sebeobslužných činností nutných pro každodenní život. Posuzuje se, jak zvládá jedinec příjem potravy, osobní hygienu, koupání, chůzi, použití toalety, oblékání, kontinenci moči a stolice. Pokud pacient činnosti nezvládá a musí ji provádět někdo druhý, hodnotí se nulou. Pětkou, když jedinec činnost provede, ale pouze s pomocí druhé osoby. Desítkou, pokud činnost provede samostatně. Celkové skóre slouží ke zhodnocení závažnosti

postižení a také potřeby péče. Nepatří mezi screeningové ani základní diagnostické testy, ale je vhodný pro hodnocení funkčních ztrát v průběhu demence (Topinková, 1999, s. 70).

Tyto testy jsou pouze orientační, i když dokáží přesně popsat poškozené funkce. Proto při zaznamenání některých nepříznivých změn a potíží svědčící o demenci by měl postižený člověk okamžitě navštívit v doprovodu blízké osoby lékaře. Ten posoudí aktuální stav, provede základní vyšetření a odešle pacienta k odbornému lékaři. Ten stanoví podrobnější a invazivnější vyšetření. Pošle pacienta nejprve na klasické klinické vyšetření, kde se sepíše rodinná a osobní anamnéza, provede se fyzikální a laboratorní vyšetření. Poté následuje magnetická rezonance, která vyloučí i jiné patologie. Vykoná se počítačová tomografie, kde se zaměřují na části mozku, kde sídlí funkce související s pamětí, elektroencefalogram, který odliší demence od záchvatovitých onemocnění. Další vyšetření jsou psychologická. Probíhají formou testů, které sestavili odborníci. Trvají hodinu až hodinu a půl. Podle výsledků se stanoví kognitivní profil pacienta (Regnault, 2011, s. 22).

V medicíně platí zásada, že *„diagnózy se nedokazují, ale vylučují (zamítají). Toto se týká diagnostiky obecně, nikoli jen diagnostiky syndromu demence. Jákýkoli počet důkazů svědčících ve prospěch nějaké teorie tuto teorii nedokazuje, zatímco zamítnout (vyloučit) ji může jediný důkaz. Nehledejme tedy doklady, co ve prospěch syndromu demence svědčí. Hledejme alespoň jeden klíčový důkaz, který svědčí proti diagnóze tohoto syndromu.“* (Jirák, Koukolík, 1999, s. 12)

Po sdělení diagnózy je důležité, aby na to nemocný nezůstával sám. Nejdůležitější podporou pro něj bude, když mu budete naslouchat, pokud si o tom bude chtít promluvit. V opačném případě musíme respektovat, když o tom nebude chtít hovořit (Regnault, 2011, s. 24).

Jak tu vidíme tak k diagnostice dochází především na základě klinického obrazu a údajů od blízké osoby. Pro popsání stavu postiženého nám pomáhají různé testy, které slouží pro srovnání stavu ne pro stoprocentní diagnostiku Alzheimerovy choroby. Pátrá se po poruchách paměti, řeči, orientace, chování, osobnosti, nálady, plánování, počítání, čtení, psaní. Zjišťuje se začátek onemocnění, vývoj poruchy, schopnost sebeobsluhy. Změny se musí odlišit od normálního stárnutí, deliria, depresí, mentální retardace. Při diagnostice onemocnění, které mohou demenci komplikovat, se používají běžné vyšetření jako elektroencefalogram, laboratorní vyšetření, zobrazovací vyšetření mozku a magnetická rezonance. Konečnou diagnózu může určit pouze lékař. Je však nutné, aby se poruchy vyskytovaly u člověka alespoň po dobu šesti měsíců. Lékař, který stanoví diagnózu, by měl seznámit rodinu s touto chorobou

a podat jim co nejvíce informací, které potřebují, aby se mohli co nejlépe připravit na další kroky, které souvisejí s péčí o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou.

3 Rodinná péče

Staré přísloví praví: „Všude dobře, doma nejlíp.“ To platí i v případě postižených Alzheimerovou chorobou. Proto se v této kapitole snažím vtáhnout čtenáře do problematiky domácí péče. Také by tato kapitola mohla sloužit jako manuál pro pečující, aby se mohli lépe připravit na problémové situace. Při diagnostikování této choroby totiž potřebují získat co nejvíce informací. Popisují zde tedy, jak mají postupovat při péči o postiženého, jak se zachovat při problémových situacích, jak upravit byt, aby se pacient mohl bezpečně pohybovat a nezpůsobil si úraz. Jaké se mohou využívat aktivizační postupy, které kromě podávání léků vedou k udržení současného stavu.

3.1 Rady pro pečující

„Cílem efektivní péče je podpořit kvalitu života, která respektuje důstojnost, identitu a potřeby jak postižené osoby, tak pečovatele. K takové péči může dojít jenom v prostředí důvěry a vzájemného respektu. Pokud vznikne skutečný vztah, může se péče stát obohacující zkušeností. Pokud se ovšem takový vztah nevytvoří, může se pečování stát předmětem nejrůznějších sporů.“ (Zgola, 2003, s. 15)

Proto, je důležité, aby rodinní pečující dodržovali určitá pravidla uvedené níže, které usnadní péči o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou.

Pomáhejte postiženému ve věcech, které nedovede dělat sám. Na druhou stranu však neprovádějte celý úkon za něj, protože jen tak zachováte určitý stupeň soběstačnosti. Nechte jej provádět menší kroky, které postupně přesně popíšete. Aby zůstal stále aktivní, motivujte ho pochvalou. Nejdůležitější je být trpělivý. Netrpělivost pečovatele může vzbudit u postiženého negativní pocity. Vždy je třeba respektovat důstojnost těchto lidí, jelikož jde o dospělého člověka ne o dítě (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 24).

„Čím déle bude moci nemocný s Alzheimerovou chorobou využívat vlastních tělesných a duševních schopností, čím déle bude soběstačný, tím déle bude zachována uspokojivá kvalita jeho života.“ (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 23)

Osobní hygiena

Člověka s touto chorobou je třeba vést a povzbuzovat k udržování osobní hygieny, aby ji bral jako rutinní záležitost. V pozdějším stadiu má jedinec tendenci na mytí zapomínat nebo není schopen si vybavit pořadí potřebných kroků. V takovém případě je třeba udělat z koupání klidnou, odpočinkovou a příjemnou záležitost. Pro ještě lepší prožitek lze místo koupele použít

sprchu. Pokud se necítí člověk dobře, když je nahý, umožněte mu, aby měl určité části těla zakryté. Ved'te jej k tomu, aby se pokud možno myl sám. Snažte se co nejvíce dodržovat jeho zvyklosti. Pomáhejte mu při česání a holení. Využijte pro bezpečnost madla a neklouzavé podložky (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 26).

Toaleta

Vytvořte plán, kdy má nemocný chodit na toaletu. Měl by chodit ráno, po jídlech a před spaním. Mezi návštěvami toalety ponechte alespoň dvě hodiny pauzu. Močový měchýř se naplní, a tak se udrží svalové napětí. Sledujte výrazy tváře, jelikož postižený dává i mimikou signály, že má potřebu. Dveře od záchodu řádně a srozumitelně označte písmenem nebo symbolem. Zabezpečte je proti zamknutí zevnitř. Nechte otevřené dveře a rozsvícené světlo přes noc, aby jedinec toaletu lehce našel. Pokud není záchod v noci snadno dostupný a viditelný můžete užít nočník nebo křeslo s mísou u postele. Je zapotřebí, aby měl oděv, který se snadno svléká. V pozdějších stádiích se vyskytuje inkontinence. Napřed vyhledejte pomoc zdravotníků, kteří zjistí příčinu, kterou odstraní nebo ji budou léčit. Může se totiž jednat o infekci močového traktu, o důsledek nesprávného užívání léků, o šok, kdy se nemocný ocitl na neznámém místě. U mužů to může být způsobeno nezhoubným zvětšením prostaty. Hlavně je však zapříčiněna nemožností dojít včas na toaletu, proto je tak důležité naučit nemocného, aby toaletu navštěvoval v pravidelných intervalech. Inkontinence stolice je méně častá. Dochází k ní většinou s poruchami, které komplikují a ztěžují svlékání, oblékání. Pokud má jedinec problém se svlékáním, doprovázejte ho a pomáhejte s potřebnými úkony. Další z příčin inkontinence stolice je zácpa. Abyste tomu předešli, zajistěte pravidelnou stravu bohatou na vlákninu, dostatek tekutin, ovoce a zeleniny. Používání projímadel se vyvarujte. Nesprávné použití by mohlo způsobit problémy, které by bylo nutné řešit ještě obtížněji. Potravu a pití podávejte nejpozději dvě hodiny před spánkem. Pokud problémy přetrvávají, můžete použít vložky nebo plenkové kalhotky pro dospělé, které lze získat na předpis (srov. Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 26 - 27, 33; Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2007, s. 22 - 23).

Pády

Pády jsou pro lidi se sníženou soběstačností a pohyblivostí jedním z největších nebezpečí. Snížená pohyblivost a schopnost udržet rovnováhu jsou důsledkem nesprávných reakcí motorického systému na nervové impulsy. Je tedy potřeba odstranit všechny zbytečné překážky v cestě, volně ležící koberce, po kterých by mohl postižený uklouznout či zakopnout, zajistit dostatek světla ve dne i v noci, odstranit nábytek s ostrými rohy či hranami. Měl by mít pevnou obuv s neklouzavou podrážkou. Je třeba přizpůsobit byt tak, aby při přesunu z jednoho pokoje

do druhého měl možnost se zastavit a odpočinout. Upevněte madla, kterých se bude při cestě přidržovat. Při doprovázení je důležité zachovat dostatek trpělivosti. Zvolte pomalejší tempo, které bude vyhovovat postiženému (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 28).

Stravování

Problémy s příjmem potravy jsou u nemocných s Alzheimerovou chorobou poměrně časté, převážně v pozdějších stádiích. Člověk však nepotřebuje žádnou speciální dietu. Musí být pouze pestrá a výživná. Hlavně potřebuje stravitelné bílkoviny, vlákninu a tekutiny pro správnou činnost střev. U některých lidí se může objevit nadměrná chuť k jídlu, proto je potřebné omezit přísun potravy s vysokým obsahem tuku, cukru. Pokud chce jíst častěji, podávejte mezi hlavními chody ovoce a zeleninu. Naopak pokud jedinec moc nejí a hubne, musíte dohlížet na to, aby konzumoval pravidelně, ve stejnou dobu. Zvolte i výživové doplňky, které jsou k dostání v lékárnách. Učiňte z vaření a prostírání stolu společnou činnost. Pouze dbejte na bezpečnost při práci. Vždy v době jídla ho usad'te k prostřenému stolu, aby bylo zřejmé, že bude nyní jíst. Prostředí by mělo být klidné. Podávejte jídla, která zná a má je rád. Dbejte na to, aby nebyla horká, jelikož postižený nerozliší horké a studené. Mohl by se tak snadno spálit. Pokud to zvládá, může jíst příborem nebo lžící. Pokud ne, stravu připravte tak, aby ji mohl konzumovat rukama. Při jídle se může ušpinit a to by mohlo vést k jeho rozhněvání, proto založte pod krk velký ubrousek, který pak vyhodíte. Nikdy neuvazujte dětský bryndák, jelikož není dítě a to může též vést k rozzlobení. V pokročilejším stádiu se potrava mele nebo mixuje, aby se jedinec neudusil. Pokud není již schopný potravu polykat, konzultujte to s lékařem. Je vhodné uvažovat o výživě sondou (srov. Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 29 – 30; Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2007, s. 14 – 16).

Oblékání

Nemocný s Alzheimerovou chorobou má postupně stále větší problémy s vykonáváním běžných každodenních aktivit. Šatí se nevhodně, proto je potřeba připravit jednotlivé součásti oděvu přehledně v tom pořadí, v jakém si je bude oblékat. Musíte podporovat a vést postiženého, aby se oblékal sám co nejdéle, co to půjde. Nedávejte mu oblečení s příliš složitým zapínáním. Raději využijte oděv se zipem než s knoflíky. Pokud si postižený chce stále oblékat to stejné, kupte mu shodné oděvy. Opatřete pohodlné boty s protiskluzovou gumovou podrážkou a se zapínáním na suchý zip. Snažte se mu oblékání a svlékání změnit v zábavné cvičení, jelikož je důležité provádět nácviky těchto úkonů (srov. Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 32; Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2007, s. 21).

Komunikace

K lepší komunikaci s osobou trpící Alzheimerovou chorobou je důležité odstranit pronikající zvuky pozadí, které odvádějí pozornost. Nemít nahlas puštěné rádio či televizi. Při navázání kontaktu se podívejte, co právě dělá. Oslovte ho jménem a zajistěte si jeho pozornost. Ujistěte se, že vás vnímá. Při rozhovoru se přiblížte na jeho úroveň, pokud sedí, posaďte se k němu, pokud stojí, stůjte u něj, pokud leží, usad'te se k němu na postel. Kdykoliv nemocnému nasloucháte nebo s ním hovoříte, je třeba navázat oční kontakt. Mluvte dostatečně pomalu, zřetelně vyslovujte, nekřičte. Použijte jednoduchá slova a krátké věty. Důležité věci několikrát opakujte. Pokuste se vždy podstatu svého sdělení vyjádřit co nejjednodušším způsobem. Složitější sdělení rozdělte na více jednoduchých. Vyhněte se otázkám, které se týkají nedávné minulosti. To vše podporujte vhodnými gesty. S postupující progresí klesá schopnost postiženého komunikovat s ostatními lidmi. Nakonec se stane, že nebudete schopni s tímto člověkem se domluvit. V ten okamžik slova přestanou být hlavním prostředkem komunikace. Budete muset využít komunikaci neverbální. Použijte mimiku a vše, co umožní alespoň nějaký kontakt a určitý stupeň dorozumění. Nejlépe je udržet kontakt prostřednictvím doteků, pohlazení a úsměvu. Nešetřete nikdy úsměvy, přátelskými pohledy nebo gesty. Tím pacienta uklidníte. Usnadníte mu tolik obtížnou komunikaci. Pečovatelé by neměli být pod žádným tlakem. Jelikož pro úspěšnou komunikaci je vhodné se soustředit výhradně na postiženého člověka a jeho specifické potřeby. Nemocný si zaslouží, abyste k němu přistupovali s úctou, proto je důležité v jeho přítomnosti o něm nemluvit ve třetí osobě (srov. Malíková, 2012, s. 233; Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 40 – 41; Slovenská Alzheimerova společnost, 2007, s. 34 – 35; Buijssen, 2006, s. 62; Chovancová a kolegové, 2012, s. 34 – 35).

Spánek

Může se objevit inverze spánku, což znamená, že člověk je v noci vzhůru a přes den spí. Také se v noci budí za účelem jídla. Proto je důležité přizpůsobit denní režim jeho potřebám. Povzbuzujte jej k co největší aktivitě během dne. Zajistěte dostatek pohybu, cvičení, procházek, prací v bytě nebo na zahradě. Nepodporujte odpolední spánek. Pokuste se, aby nemocný chodil spát večer vždy ve stejnou dobu. Nedávejte mu před ulehnutím hodně tekutin, těžkou nebo sladkou stravu. Neměl by před spaním sledovat akční programy v televizi. Pokud problémy s nespavostí přetrvávají, požádejte lékaře o předepsání vhodných léků (srov. Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 42 – 43; Slovenská Alzheimerova společnost, 2007, s. 31).

Agresivita a podrážděnost

Postižený může být podrážděný, zlostný až agresivní bez jakéhokoli zřejmého důvodu vůči svým pečujícím. Jeho zlost však není namířena proti nim. Pro postiženého je to způsob, jak reaguje na pocity zmatenosti a úzkosti. Je třeba se necítit dotčeně. Neztrácejte trpělivost, nedávejte najevo strach. Zkuste upoutat pozornost na jiné subjekty. Pusťte mu televizi, zaměstnejte jej ručními pracemi nebo jinými aktivitami. Neopravujte ho, nenadávejte mu. Postižený po chvíli na vše zapomene a nebude si uvědomovat, jak se choval. Sledujte k jakým změnám v návycích nebo způsobu života došlo v posledních dnech. Díky tomu možná odhalíte příčinu. Podrážděnost může vyvolat malá změna v bytě, bolest hlavy, potřeba močení či stolice. Jestli u postiženého záchvaty neklidu a agresivity přetrvávají, poradte se s lékařem co dál. Ten může naordinovat léky, které mohou pomoci (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 38 - 39).

Úzkost, neklid

Projevem úzkosti je nepokoj. Postižený se může stát apatický, když zjistí, že není schopen se vyrovnat s požadavky okolí. Nevydrží na jednom místě, přehazuje věci, opakuje slova. Pokuste se ho vždy uklidnit. To docílíte svým klidným hlasem. Protože si plete minulost s přítomností, dělá si někdy starosti o věci z dávné minulosti, a proto je nutno s ním mluvit o těchto obavách a ujistit jej, že je vše zabezpečeno. Jestli stav trvá delší dobu, měl by navštívit lékaře (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 55).

Podezíravost, halucinace, bludy

Pokud postižený nerozumí tomu, co říkáme, domyslí si to po svém, aby to pro něj mělo nějaký smysl. V konečném závěru se tím pádem nejednalo o blud či halucinaci, ale o omyl v důsledku špatného porozumění situace. Postižený začne pečovatele obviňovat z věcí, které nejsou pravdivé. V některých případech ho obviňuje z toho, že mu krade věci, pokouší se ho otrávit či uspat. Jindy se nemocnému zdá, že vidí či slyší lidi, kteří neexistují nebo jsou již mrtví. Také vidí věci, které ve skutečnosti nemůže vidět. Obě tyto poruchy vyvolávají nepředvídatelné reakce. V tomto případě se snažte nezpochybňovat pravdivost jeho tvrzení, nic nevyvracejte, nevymlouvejte, neopravujte. Pokud je to zapotřebí podejte mu pouze vysvětlení. Nezvyšujte hlas, ale zkuste mluvit pokojně. Odvedte jeho pozornost od tohoto problému a přimějte, aby myslel na něco jiného. To nemocného uklidní. V případě, že se jedná o trýznivé příznaky, je vhodné se obrátit na lékaře. Nebuďte dotknutí ani uražení neoprávněnými obviněními. Nemocný za to nemůže, jelikož tento stav způsobuje choroba (srov. Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 56; Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2007, s. 30 - 31).

Bloudění a toulání

V pokročilém stadiu je člověk dezorientovaný jak v čase tak i prostoru. Dezorientace má za následek bloudění, anebo také neustálé hledání čehosi, co dříve nebyl problém nalézt. Při odchodu z domova se postižený toulá po okolí a není schopen nalézt cestu zpět. Pokud nemocný zabloudí a ztratí se, nenadávejte mu. Nadáváním ho polekáte a způsobíte, že bude ještě více nejistý a dezorientovaný. Pokuste se porozumět, proč se toulá, zda se pouze nenudí. Pokud tomu tak je, snažte se rozšířit jeho zapojení do aktivit či společných procházek. Je důležité mít připravenou současnou fotografii, pro případ, že se postižený nevrátí a je třeba požádat okolí o pomoc. Nemocný by měl mít také u sebe vždy něco, podle čeho ho lze identifikovat. Ve všech částech jeho oděvu by měl mít umístěny identifikační kartičky s telefonním číslem, na něž lze podat zprávu, že byl nalezen. Vhodný je též identifikační řetízek na krk nebo náramek na ruku. Česká alzheimerovská společnost připravila pro pacienty ohrožené blouděním projekt Bezpečný návrat. Vytvořili náramky s kódem, pomocí nichž je možné pacienty vyhledat v databázi a zavolat jejich rodinným příslušníkům. Proveďte opatření, která mohou zabránit, aby člověk odešel z domova sám. Doporučují se namontovat obtížně odemykatelné zámky nebo zevnitř i zvenčí dát na dveře zástrčky. Informujte své sousedy a známé o problémech, které prožíváte se svým blízkým. Vysvětlete jim, o jaké onemocnění jde (srov. Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2008, s. 46; Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2007, s. 29 - 30).

V této kapitole si můžete všimnout, jak je namáhavá každodenní péče o postiženého Alzheimerovou chorobou. Je nutné pochopit, čím nemocný prochází, abychom byli schopni vytvářet ideální podmínky pro jeho život. S postiženým musíme jednat klidně, jasně, stručně v oznamovacích větách, postupem času musíme být čím dál konkrétnější. Nakonec se dorozumívání změní pouze na ukazování a využívání gest. Člověk s Alzheimerovou chorobou je schopen rozumět řeči našeho těla a naší náladě. Ve všem co děláme, se musíme snažit posílit postiženému sebeúctu a sebedůvěru. Neměli bychom ho nutit do věcí, které nechce dělat, ale naopak to zkusit pojmout formou hry. Je nutné tohoto člověka motivovat. Musí se hledat činnosti, které mu vyhovují. Jestli nemocný reaguje negativně nebo nervózně, snažme se předejít sporu. Péče vyžaduje spoustu energie, empatie, trpělivosti, schopnosti organizace času i fyzickou sílu. Tyto rady jsou jednoduché a velmi praktické pro každého pečujícího. I když u každého člověka probíhá Alzheimerova choroba individuálně, myslím si, že lze mezi těmito radami nalézt vhodnou radu pro každou péči v domácích podmínkách.

3.2 Terapie a aktivizace

Popisují jak biologické tak i behaviorální přístupy. Ty zahrnují farmakoterapii, motivaci a aktivizaci postiženého.

Terapie je komplexní činnost, která zahrnuje dva přístupy a to biologický a behaviorální. Z biologických je nejdůležitější farmakoterapie. Behaviorální přístup zahrnuje motivaci a aktivizaci nemocného, kognitivní a tělesný trénink, aktivity směřující k mentální i somatické rehabilitaci. Jelikož není objasněna komplexní etiopatogeneze Alzheimerovy choroby, tak zde nelze provádět kauzální terapii, která je ideální (srov. Jirák, Koukolík 2004, s. 146 - 147, Kalvach a kolegové, 2004, s. 549).

Farmakoterapii popíší jen obecně, protože se na „lčbě“ podílejí lékaři. Praktický lékař, psychiatr, neurolog, geriatr, psycholog a jiní specialisté z jiných oborů. Pro mou práci jsou však důležité aktivizační terapie, které mohou praktikovat rodinní pečující v domácím prostředí.

Farmakoterapie se schematicky a nepřesně rozděluje na farmakoterapii kognitivních a nekognitivních poruch. Farmakoterapie kognitivních poruch ovlivňuje především primárně postižené kognitivní funkce a měla by se přiblížit terapii kauzální. Farmakoterapie nekognitivních poruch ovlivňuje nekognitivní funkce. Například spánek, náladu, chování (Jirák, Koukolík 2004, s. 147).

U farmakoterapie kognitivních funkcí se používají farmaka ovlivňující patogenetické řetězce. Ty způsobují neurodegeneraci u Alzheimerovy choroby. Farmaka zlepšují mozkový metabolismus, funkci mozkového cholinergního systému. Používají se zde různé třídy léčiv, působící rozdílnými mechanismy. Například Lecitin slouží jako zdroj cholinu, donepezil ariceptse zamezuje působení acetylcholinesterázy. Dále se používají látky likvidující volné kyslíkové radikály nebo omezující jejich vznik. Látky bránící nadměrnému působení excitačních aminokyselin, látky blokující kalciové kanály nervových buněk, látky obsahující nervové růstové hormony, nové látky s krátkou molekulou, mající působení nervových růstových faktorů, látky blokující efekt cytokinů a řada dalších látek (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998. s. 25-26).

Nekognitivní funkce bývají u Alzheimerovy choroby postiženy různorodě. Při poruchách emotivity se musí někdy použít antidepressiva nebo látky potlačující úzkost. Používají se léky, které nemají vedlejší účinky, nezhoršují paměť, nezrychlují podstatně srdeční puls, nepůsobí sucho v ústech. Náleží sem selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotonin a reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy. Při neklidu a výskytu deliria se používají protipsychotické látky takzvané neuroleptika. Musí mít co nejméně nežádoucích vedlejších

příznaků, musí být dobře tolerované. Jejich užívání je přechodné. Při poruchách spánku se používají některá neuroleptika nebo moderní hypnotika a výjimečně látky clomethiazol. K léčbě poruch nekognitivních funkcí se používá celá další řada farmak. Zde jsou uvedeny jen ty nejdůležitější. Pokud to jde, tak se využijí nefarmakologické metody. Například při výskytu delirií se použije mírné noční osvětlení pokoje, při nespavosti, spojené s inverzí spánku, pomůže aktivace člověka v průběhu dne (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998. s. 26-27).

Jak již bylo zmíněno, léčba Alzheimerovy choroby by měla zahrnovat komplexní léčbu. *„Kromě léčby farmakologické by se měla uplatnit integrující a následně aktivační terapie a trénink kognitivních funkcí. K úspěchu léčby výrazně přispívá pravidelný režim, dobré rodinné zázemí nemocného, co nejdelší setrvání v domácím prostředí a přiměřená aktivizace během dne.“* (Hátlová, Suchá, 2005, s. 27)

Zgola (2003, s. 148) uvádí, že *„při péči o seniory s Alzheimerovou nemocí pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Programy aktivit jsou pro nemocného podstatné stejně jako fyzická péče a výživa.“*

Při aktivizaci je nutné vzít v úvahu poruchu krátkodobé paměti, prostorového vnímání, pravolevé orientace, smyslového vnímání, zhoršenou kvalitu řeči, změny v emoční složce, koncentraci a celkové zhoršení psychomotorického tempa. Postižený má také ochuzenou fantazii a kreativitu (Holmerová, Suchá, 2009, s. 140).

Tyto aktivizační přístupy zahrnují ergoterapii, pet - terapii, reminiscenční terapie, muzikoterapii, taneční terapie, kognitivní rehabilitace, kinezioterapie, reflektivní podporu a bazální stimulace.

Kondiční ergoterapie

Je nedílnou součástí komplexní péče o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou. Je chápána jako „léčba prací“. Snaží se zapojit postiženého i pečovatele do smysluplné činnosti. Jejím cílem je, aby člověk vnímal vlastní důležitost, sounáležitost s druhým. Vyplní smysluplně jeho volný čas. Slouží jako prevence psychických příznaků deprese, úzkosti a neklidu. Je zaměřena na postiženou oblast, výchovu soběstačnosti a zlepšení celkové kondice. Slouží k uvolnění nahromaděné energie. Jako terapeutický prostředek využívá ergoterapie postupy a činnosti, které pomáhají k obnově a rozvíjení stávajících schopností. Vhodné je také přihlídnout i k dřívějšímu zaměstnání a zájmům člověka. Důležitá je správná motivace. Mezi činnosti, které sem můžeme například zařadit, patří výtvarné a textilní techniky, práce s papírem, přírodními materiály, pečení, vaření, nácvik jemné motoriky (srov. Hátlová, Suchá, 2005, s. 27; Kozáková a Müller, 2006, s. 47).

Pet - terapie

Jedná se o psychoterapii pomocí zvířecích miláčků. Komplexně ovlivňuje funkce lidského organismu. Má pozitivní účinky na psychiku. Snižuje deprese, úzkosti. Ovlivňuje vyšší nervovou činnost. Stimuluje společenské chování a zlepšuje komunikaci. Dochází k poklesu krevního tlaku, zpomalení srdeční činnosti. Terapie touto formou se provádí více způsoby. Buď pravidelnými návštěvy dobrovolníků se zvířaty, nebo umístěním zvířete přímo v rodině, kde se jedinec podílí na péči o něj (srov. Hátlová, Suchá, 2005, s. 28, Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, 229 - 230).

Nejčastěji využívaným zvířetem pro pet - terapii je pes. Jedná se o léčebný kontakt psa a člověka. Tento kontakt představuje rozptýlení pro lidi trpící touto nemocí a dalšími psychickými poruchami. Tento typ pet - terapie se nazývá canisterapie. Vychází se ze skutečnosti, že pes je přítel člověka. Canisterapie může probíhat formou mazlení, hrou nebo výcvikem se psem. Také přiměje postiženého několikrát za den ke krátké procházce (srov. Kozáková a Müller 2006, s. 49, Holmerová, Jarolímová, Suchá a kolektiv, 2007, s. 229).

Reminiscenční terapie

„Reminiscenční terapie na sebe bere status filozofie péče, ve kterém minulost, původ, prostředí a životní styl každého jednotlivého člověka slouží jako základ, od kterého se poté odvíjí péče o něho samotného. Tato filozofie se soustřeďuje na zdůraznění schopností starých lidí a cení si všeho, čím jsou ještě schopni přispět k životu svému i druhých lidí.“ (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 21)

I když je krátkodobá paměť narušena, možnost vybavit si vzdálenou minulost je mnohdy nedotčena (Špatenková, Bolomská, 2011, s. 66).

Malíková (2011, s. 238 - 239) popisuje reminiscenční terapii jako techniku záměrného řízeného vyvolávání a vedení vzpomínek postiženého a podpora jejich rozvoje. Pečující by ho měl podporovat při vzpomínání na jeho důležité životní události. Například rodinný život, výchova dětí, manželství, zájmy, zaměstnání, první lásky, svatba, ples, vojna, oslavy, svátky, rodinné a společenské události, dovolená, výlety, vaření, recepty, písničky. Dále by měl mít postižený osobní vzpomínkové předměty, které mu pomohou pomoci při vzpomínání (fotografie, knihy, káča, staré pero, staré hračky, kuličky hliněné a skleněné, mincíř, hříbek na zašívání). Také symboly významných svátků (Vánoce, Velikonoce) mohou navodit vzpomínání a vyprávění zážitků. Základem této terapie je naslouchání, empatii. Záměrem je usilovat o vybavení příjemných vzpomínek a prožitků, díky kterým jedinec prožije znovu pozitivní emoce. Tato terapie má příznivý vliv na psychiku a na celkový zdravotní stav.

Pomáhá rodinným pečovatelům lépe komunikovat s postiženým. Jejím cílem je zlepšit stav a posílit jeho lidskou důstojnost. Je vhodná pro pacienty s lehkou či středně těžkou demencí (Růžička, 2003, s. 153 – 154).

Muzikoterapie

Tato terapie využívá hudby jako léčebného prostředku. Techniky muzikoterapie mohou být součástí celodenního programu. Tyto techniky se rozdělují na techniky aktivizační a napomáhající k uvolnění, relaxaci, vyvolání vzpomínek a emocí. Zahrnuje například zpěv, poslech lidových písní, hru na různé hudební nástroje, rytmické a taneční prvky během kondičního cvičení, hudební kvíz, vybavování si hudebních nástrojů při cvičení paměti. Také se využívá zpívání písní za doprovodu Orffových nástrojů, poslech klasické hudby s čtením o autorovi poslouchané skladby, sledování dechovky v televizi. Při poslechu se nedoporučuje, aby docházelo k častému střídání typu hudby. Mohlo by to jedince rozrušit. U zpěvu je zajímavé, že lidé s určitým stupněm afázie mají při běžné řeči výpadky a nejsou schopni vzpomenout si na určité slovo, ale jsou schopni si vybavit celé texty písní. Terapie napomáhá k psychické pohodě, posílení sebevědomí. Vyvolává pozitivní změny ve všech dimenzích lidského organismu (srov. Hátlová, Suchá, 2005, s. 28; Kozáková, Müller, 2006, s. 49, Jindrová, 2007, s. 225).

Taneční terapie

V této terapii se tanec bere jako terapeutický pohyb. Estetická stránka zde nehraje roli a ustupuje do pozadí. Využívá se k podpoře emocionální, psychické, sociální integrace jednotlivců, zlepšení koordinace pohybu, celkové síly, rovnováhy a nonverbální komunikace. Nutné je vytvořit prostředí, kde může postižený bezpečně vyjádřit své vlastní pocity především nonverbálně. Vychází z vnitřního prožitku. Pohyb je vytvářen improvizací, která umožňuje člověku lépe poznávat jeho tělo, pohybový styl. Dochází k propojení pohybu, atmosféry, emoce a přesného pojmenování. I tu je zapotřebí vzít v úvahu apraxii, zhoršenou jemnou i hrubou motoriku, rigiditu, problém s prostorovým vnímáním, pravolevou orientaci tanečníka (Veleta, 2007, s. 204).

Kognitivní rehabilitace

Skládá se z různých cvičení, které pomáhají zlepšit fungování jednotlivých úrovní poznávacích funkcí. Do kognitivního tréninku by se mělo například zahrnout pravidelné čtení s pokusem o zopakování a výklad toho co se právě nemocný dočetl, učení něčemu novému, cvičení všech druhů paměti (krátkodobé, dlouhodobé, sluchové, zrakové). Měly by se trénovat početní schopnosti s řešením slovních úloh. Dále trénovat psaní, udržování mezilidských kontaktů, adekvátní komunikaci s okolím. Důležité je podporovat návštěvy kulturních

a společenských aktivit. Jedinec by měl luštit křížovky, hádanky, sudoku, hrát vědomostní soutěže, společenské hry (pexeso, šachy, dámu, scrabble). S osobami s Alzheimerovou chorobou se dá využít cvičení paměti i přiřazováním jmen sportovců k jejich disciplínám, doplňování pranostik, přísloví nebo ke každé zemi doplnit její hlavní město či vlajku (Suchá, Holmerová, 2007, s. 158).

Kinezioterapie

Cílem je umožnit postiženému získat zkušenosti prostřednictvím spoluúčasti na smysluplné činnosti a prožít sebe samého jako platného a potřebného pro ostatní. Působí paralelně vedle farmakoterapie, biologické, fyzikální, psychologické a chirurgické terapie. Jsou vědomě aktivovány všechny části těla. Provádí se cviky posilovací- pro zvýšení svalové síly oslabených svalů, protahovací- pro uvolnění svalů, které jsou ve zkrácení nebo v hypertonu, manipulační- pro rozvoj jemné motoriky, navozující správné držení těla. Dále nenáročné cviky pro zlepšení cévní cirkulace, pro udržení a zvětšení rozsahu kloubní pohyblivosti. (viz. Příloha č. 8) Při cvičení je zapotřebí vzít v úvahu dezintegrovanost, apraxii, zhoršenou jemnou i hrubou motoriku, rigiditu, problém s prostorovým vnímáním a pravolevou orientaci cvičících. Je lepší volit dynamická cvičení, která jsou na pohled dobře dešifrovatelná, aby je mohl postižený dobře napodobit. Pečující by měl i přesto doprovázet cvičení jednoduchými pokyny. Před zahájením cvičební lekce je důležité snížit napětí, motivovat nemocného k účasti na cvičení, navodit schopnost koncentrace mysli. Postiženého bychom měli uvést do reality. Připomenout si společně jaké je datum, den, roční období. Tato terapie umožňuje člověku s Alzheimerovou chorobou vydat nahromaděnou energii přijatelným způsobem. Při cvičení dojde ke vniku přirozené únavy, tím se reguluje noční neklid, zlepší se kvalita spánku a sníží se nežádoucí chování. Zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepce stresu a reaktivitu na stres, odolnost vůči zátěžím. Zlepšuje mentální funkce, zdůrazňuje neverbální prvky a vyvolává potřebu komunikace (srov. Hátlová, Suchá, 2005, s. 35 - 40; Suchá, 2007, 189 - 194).

Arteterapie

Je léčba výtvarným uměním, která zahrnuje umělecké techniky a postupy (výtvarné, textilní techniky, práci s papírem, práci s přírodními materiály, terapeutické vaření a pečení). Ty mají za cíl navodit kompenzační proces, aktivizaci, zprostředkování kontaktu, přeformování stereotypů, komunikaci prostřednictvím výtvarného projevu, odstranění úzkostných stavů, sebehodnocení člověka, zvýšení sebevědomí, socializaci, kanalizaci agresivity. Tato terapie má přinést postiženému pocit smysluplného naplnění života. U každého jedince se jedná však o naplnění různých cílů (Šicková-Fabrici, J. 2002, s. 33).

Cílem všech těchto terapií je udržet stávající dovednosti, vyplnit smysluplně volný čas, eliminovat nežádoucí poruchy chování. Aktivita totiž zlepšují emoční stav postiženého, avšak příliš mnoho činnosti může fyzicky i psychicky člověka vyčerpat. To naopak způsobí podráždění jedince. Vše by se mělo vykonávat v klidu a bez spěchu. Tyto přístupy zvýší jeho sebevědomí, sebedůvěru. Člověk si připadá potřebný (srov. Holmerová, Suchá, 2009, s. 140).

I přesto, že péče v domácích podmínkách je náročná a ovlivní chod celé rodiny na dlouhou dobu, měli by se blízcí pokusit zvládnout tuto cestu. Člověk se bude pohybovat ve známém prostředí, obklopen lidmi, kteří k němu již mají vztah, tudíž se péče stane láskyplnější. To mu dá pocit bezpečí a jistoty.

4 Výzkumné šetření

Popisují zde zvolenou metodologii výzkumného šetření, vymezení výzkumných cílů, charakteristiku zkoumaného vzorku, závěry výzkumného šetření.

4.1 Metodologie výzkumného šetření

Výzkumné šetření navazuje na teoretickou část bakalářské práce. Bylo provedeno kvalitativním výzkumem. Švaříček (2007, s. 15 - 16) uvádí, že v kvalitativním výzkumu výzkumníci získávají data zejména z rozhovorů, pozorování a z dokumentů. Pracují tedy se slovy a textem. Dále sděluje, že kvalitativní analýza a interpretace dat je hledání sémantických vztahů mezi nimi a spojování deskriptivních kategorií do logických celků.

V rámci kvalitativního výzkumu využívám metodu polostrukturovaného hloubkového rozhovoru s rodinnými pečujícími, kteří se starají nebo starali o příbuzného postiženého Alzheimerovou chorobou v domácích podmínkách.

Rozhovor či interview, „*je druhem exploračních metod, při níž se navozuje přímý komunikační styk se zkoumanými subjekty, které jsou otázkami nebo jinými stimuly podněcovány k sdělování požadovaných verbálních informací*“ (Maňák, J., a kol. 1996, s. 44)

Hloubkový rozhovor je nestandardizované dotazování badatele pomocí otevřených otázek. Prostřednictvím tohoto rozhovoru jsou zkoumáni členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny. Umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 159 - 160).

Kvale (1996, s. 5 - 6) definuje hloubkový rozhovor jako metodu „*jejímž účelem je získat vylíčení žitého světa dotazovaného s respondentem k interpretaci významu popsanych jevů.*“

Na základě výzkumného cíle jsem položila pečujícím obecné, otevřené výzkumné otázky.

„*Výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumného projektu. Plní dvě základní funkce: pomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, a ukazují také cestu, jak výzkum vést. Výzkumné otázky musí být v souladu se stanovenými cíli i výzkumným problémem. Představují další zúžení a konkretizování výzkumného problému.*“ (Švaříček, 2007, s. 69)

Otázka č. 1 Jaký měl postižený životní styl a život před nástupem Alzheimerovy choroby?

Otázka č. 2 Kdy se objevili první příznaky této nemoci?

Otázka č. 3 Jak jste řešili situaci, když jste si všimli těchto příznaků?

Otázka č. 4 Jak probíhá/ probíhal běžný den nemocného?

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak žili postižené osoby v produktivním věku, jak se později začala měnit jejich osobnost, dokonce život, ale především porovnat, jak kvalitní péči zajistili domácí pečující.

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Jelikož naše rodina pečovala v domácím prostředí o osobu postiženou Alzheimerovou chorobou, podařilo se nám navázat nové kontakty s rodinami z okolí Olomouce, které se nachází ve stejné situaci. Z nich jsem vybrala dvě rozdílné rodiny, jejich členové jsou mi blízcí, což mi umožňuje přehled o jejich současné situaci. Chtěla jsem také docílit získání co nejkvalitnějších dat. Naše přátelství posunulo hranice hloubkového polostrukturovaného rozhovoru dále. Tudíž předpokládám, že respondenti byli otevřenější a upřímnější než k cizí osobě.

Jedna rodina bydlí ve městě. O nemocného se stále stará. Druhá žije na vesnici. Bohužel již péči nezvládala, proto umístila postiženého do domova se zvláštním režimem. Věk informátorů se pohybuje v rozmezí 17 - 49 let. Postižení, jejichž situace byla v rámci tohoto výzkumného šetření zjišťována, mají 75 a 92 let. Z důvodu citlivosti informací a zaručení anonymity byla nahrazena jejich pravá jména smyšlenými.

4.3 Zpracování dat

Získaná data jsem přepsala ze záznamu z diktafonu do písemné podoby. Z rozhovorů jsem později analyzovala ty části, které se přímo týkali mého výzkumného šetření, jelikož přesný přepis je velmi obsáhlý, ale význam se nezměnil. Odstranila jsem také nadbytečná slova a celé věty, které se netýkaly tématu.

4.4 Vhled do problematiky

Zpracovaný rozhovor č. 1

Rozhovor probíhal v domácím prostředí v dopoledních hodinách v domě vnučky Jany, kde žije i paní Marie, žena postižená Alzheimerovou chorobou.

Paní Marie se narodila v roce 1923. Se svým manželem žili napřed v domě, později se přestěhovali do bytu v Olomouci. Měli jednu dceru. Od jara do podzimu trávili čas

na chatě, kde dělali veškeré domácí práce a pěstovali si zeleninu, ovoce, chovali drobné zvířectvo a vybudovali nádhernou okrasnou zahradu. Celá rodina byla velmi aktivní a žili společenským životem. Navštěvovali kulturní akce. Proto se v průběhu života spřátelili s mnoha lidmi. Marie o sebe vždy pečlivě dbala. Chodila krásně oblečena učesaná. Byla přátelská, laskavá, ohleduplná. Před odchodem do starobního důchodu pracovala jako učitelka v mateřské škole. V roce 2003 se přestěhovala k vnučce do bytu v Olomouci, protože ovdověla. Nikdo nechtěl, aby zůstala sama.

Prvních příznaků si vnučka začala všimnout v roce 2013, kdy se rapidně zhoršila paměť a vyjadřování. Když chtěla něco říci, nemohla najít správné slovo nebo ho vyslovit. I psaní se stávalo čím dál více pro babičku obtížnější. Dělal mnoho chyb, například vynechávala písmenka. Bylo zjevné, že zde není něco v pořádku. Dáma totiž přestala žít i aktivní život, pravidelné denní činnosti pro ni ztratily smysl a postupně přestávala o sebe dbát. Dříve ke kadeřníkovi chodila pravidelně a ráda, najednou však tyto termíny několikrát propásla. Přestala zvládat domácí práce. Při vaření zapoměla třeba uvařit přílohu. Z obchodu se vrátila bez nákupu. Stále hledala potřebné věci v domácnosti, nechávala věci na místech, kam nepatří.

Vnučku toto chování vyděsilo a dovedla Marii k praktické lékařce. Ta jim doporučila psychiatrické vyšetření, které absolvovaly u psychiatra ve fakultní nemocnici v Olomouci. Lékař podával Marii jednoduché otázky, jaký je den, datum, rok, měla rozlišit dva podobné předměty a vysvětlit abstraktní pojem. Pak Marii poslali na specializovaná vyšetření (tomografie, magnetická rezonance, elektroencefalogram), aby se potvrdila, nebo vyloučila příčina stavu. Z konečných výsledků stanovili jasnou diagnózu - Alzheimerova choroba kombinovaná s vaskulární demencí v důsledku nedokrvování mozku. Byl jí nasazen jedenkrát denně Aricept. Od lékaře kromě předepsaných léků získaly základní informace a odkazy, kam se mohly obrátit pro pomoc, kde mohly získat rozšiřující informace. Zde se respondentka dozvěděla o možnosti domácí péče. Měla s babičkou velmi blízký vztah, a tak volba byla jasná. I když věděla, že péče je dlouhodobá a hlavně náročná, rozhodla se o ni starat sama ať to prý stojí, co to stojí. Jelikož byla svobodná a bezdětná, dokonce i pracovat doma, situace se jevila pozitivněji než u ostatních pečovateli. Měla možnost být stále u nemocné.

Starý stísněný byt se nacházel v panelovém domě ve třetím patře. Vnučka si uvědomovala, že péče musí být kvalitní a dobře organizovaná, a tak bylo prý nutné vytvořit bezpečné prostory. Rozhodla se z úspor postavit bezbariérový dům v Olomouci. Bez práce by se však z finančního hlediska nedokázala o babičku postarat. V domě si tedy

vybudovala jeden pokoj, který slouží jako učebna. Zde vyučuje soukromé hodiny anglického jazyka. Zbytek domu upravila tak, aby byla Marie schopna se v něm lépe orientovat a fungovat. Po domě nechala nainstalovat madla a zábradlí, na zemi mají plovoucí podlahy a kachličky, jelikož klouzavé běhouny a nepřípevněné okraje kobereců mohou zapříčinit pád. Všude stojí vyšší stolky i nábytek. Nízký nábytek může způsobit, že babička zakopne nebo se uhodí do holeně. Pořídila různé monitorovací systémy (chůvičku a hlásič požáru v kuchyni), zarážky, ochranné pomůcky na rohy nábytku, chrániče do elektrických zásuvek a mnoho dalších drobností, které vypomáhají při péči. Koupelnu uzpůsobily také potřebám babičky. Spatříme zde pouze nízký sprchový kout, aby babička neměla problém se do něj dostat. Větší bezpečnosti přispívají protiskluzová vanička a sedák, na který se může usadit. V jejím pokoji jsou rozestavěné známé předměty. Ty ji celý život doprovázely. Nebezpečné čisticí prostředky, léky, důležité a cenné věci má vnučka uzamčené ve skříňce, jelikož babička tyto věci přesunuje na nepochopitelná místa a pak je nemůže najít a to ji vždy rozčílí.

Již dříve jsem se zmínila, jak důležitým se pro nemocné stává pravidelný režim. Nad touto myšlenkou se pozastavila i Jana. Proto každý den dělají jednotlivé kroky v pravidelných časech. Bohužel se stav Marie zhoršil natolik, že mozková úroveň klesla na úroveň dítěte. Proto se již tolik neorientuje v čase, v prostoru. Bohužel i paměť klesla na nízkou úroveň. A tak musí respondentka stále dávat krátké stručné opakované příkazy, kdy, kde a jak se určitá věc má správně vykonat. I tak často postižená vykoná úkon dle svých představ. V tomto případě je důležitá tolerance a především trpělivost. Například vnučka stále vysvětluje, jak důležitá je hygiena. Je třeba hlídat její dodržování, v případě potřeby s ní pomoc. O něco později přichází čas na snídani. V důsledku poruchy motoriky je pro babičku těžké jíst příborem, a tak používá lžici. Tou nabírá jídlo již rozkrájené na malé kousky. U nemocných s Alzheimerovou chorobou se vytrácí pocit žízně, proto zapomíná na pitný režim. Na co ovšem nezapomněla je starý rutinní režim, který probíhal během pracovního procesu. Stále se k němu její zvyky ubírají. Tudíž se vnučka rozhodla denní aktivity směřovat tímto směrem. Jakmile přichází studenti na výuku anglického jazyka, Marie sleduje pohádky a archivní pořady. Ačkoliv již nevnímá děj, stále ji sledování baví. Nebo poslouchá své oblíbené písně. Jestliže se ve výuce nalezne časová mezera, tak si spolu zpívají dětské písničky, trénují dětské říkanky, nebo cvičí menší sestavy zlepšující jemnou i hrubou motoriku. Kolem dvanácté hodiny dopolední připravují společně oběd. Ne vždy jde vše dle plánu, protože postižená vybírá potraviny dle nynější chuti, neřídí se receptem. I přesto, že se jí pečující snaží navést na správnou cestu a několikrát ji varuje před přidáním nevhodné potraviny, Marie umíněně jedná dle svého. Po obědě společně uklízí. Od dvou se bohužel Jana musí opět věnovat svému povolání. Pro Marii ovšem připraví

aktivizační program, například omalovánky, vytváření různých objektů, mozaiky, luštění dětských křížovek, počítání příkladů, čtení knih a časopisů. Mezi výukami chodí vnučka babičku motivovat a kontrolovat, zda se napila, či nedošlo k problému s vyprazdňováním a tak dále. V podvečer se chodí projít, nebo navštěvují sousedku, která vlastní psa. Marie si s ním hraje, mazlí. Kolem 7 hodiny se vrátí domů, připraví si večeři, opět společně uklidí. Opět probíhá rutinní hygiena. Nastává čas nasadit plenu pro dospělé a jít se uložit do postele.

Zpracovaný rozhovor č. 2

Stejně otázky jsem podala v odpoledních hodinách synovci paní Petry, jeho manželce a jejich dcerám. Ti se o paní Petru starali, jelikož žili ve stejném domě a měli k ní nejbližší. Rozhovoru se zúčastnili všichni, kdy se navzájem doplňovali.

Paní Petra žila v třígeneračním rodinném domě nedaleko Olomouce společně se svým manželem a synem Danielelem, který se narodil se zdravotním znevýhodněním. Měl vrozenou mentální retardaci. I přes synovo postižení vedla celá rodina velmi aktivní život. Jezdili na výlety, na dovolené v karavanu, účastnili se různých kulturních a společenských akcí. Mezi její oblíbené činnosti patřila práce na zahrádce, pletení, procházky se psem. Před odchodem do starobního důchodu pracovala jako úřednice na obecním úřadě. Byla komunikativní, usměvavá, přátelská a v neustálém kontaktu s lidmi, proto o sebe velmi dbala. Byla oblíbená v kolektivu, měla mnoho přátel. Nikdy se s ní člověk nenudil.

Rodina vzpomínala, že prvních příznaků si tolik nevšímala. Sice prý docházelo k poruchám paměti, které se projevovalo občasným zapomínáním, ale považovali to pouze za projev stárnutí. Až po smrti manžela v roce 1998 a krátce po tom co byl její syn umístěn do ústavní péče, jelikož se o něj nedokázala plnohodnotně starat, se tento stav začal zhoršovat. Zůstala v bytě víceméně sama. Od té doby s ní začala rodina synovce trávit více času. Všimla si, že se většinu dne zdržuje doma a přestala o sebe tolik dbát. Také si všimli, že si Petra není schopna zapamatovat nové věci, naopak si dokázala dobře vybavit vzpomínky z mládí, o kterých stále vyprávěla. Nastaly u ni i změny nálad. Měla problémy s orientací v prostoru, například začala bloudit na méně známých místech, ale i v čase, proto nevěděla kolik je hodin. Nebyla schopna se na nic soustředit, nic ji nebavilo. Zhoršovalo se jí logické myšlení, matematické schopnosti. Bohužel Petra si v tomto stádiu nechtěla přiznat, že se něco děje. Přisuzovala to životnímu šoku z úmrtí manžela a selhání v péči o syna, který zemřel rok po manželově smrti. Postupně rodina sledovala, jak se změnila její celá osobnost. Začala být i sobecká a myslela jen na sebe. Petra, i přestože si okolí začalo všimnout, že je něco v nepořádku, stále nechtěla vyhledat odbornou pomoc. Rodina, proto s tímto novým chováním

začala být ostražitá. Začali Petru více hlídat a pomáhali jí s domácností (s úklidem, vařením, hygienou), chodili s ní i na nákupy.

Jelikož se příznaky stupňovaly, tak se rodina rozhodla i přes nesouhlas Petru vzít k jejímu praktickému lékaři, kde jí byly udělány laboratorní biochemické, hematologické a serologické screeniny. Po znepokojivých výsledcích byli odesláni na psychiatrii. Tam navštívili MUDr. Bohdana Brozdu. Pan doktor napřed chvíli uvažoval o depresi nebo nějaké stresové reakci v souvislosti s manželovou a synovou smrtí, ale po krátkém vyšetření se přiklonil k diagnóze demence Alzheimerova typu. Ptal se Petry na úplně banální věci (jaké je datum, rok, měsíc), a provedl další psychologické testy. Po té společně sepsali rodinnou a osobní anamnézu. Pak byli odesláni na další specializovaná vyšetření (tomografie, magnetická rezonance, elektroencefalogram), aby se vyloučila jiná příčina stavu. Z konečných výsledků byla stanovena jasná diagnóza. Opravdu se jednalo o Alzheimerovu chorobu atypického typu. Byly nasazeny medikamenty (Aricept, anxiolytika na zmírnění úzkosti a neuroleptika na snížení neklidu). Také jim lékař poskytl základní informace a odkazy, kam se mohli obrátit pro pomoc, a kde zjistili více informací jak dále postupovat, jelikož se též rodina rozhodla o tetu starat doma.

Upravili Petře byt. Pro lepší orientaci po bytě jí zajistili řádné osvětlení celého bytu, dveře označili štítky, aby Petra našla místnost, kterou potřebovala. Odstranili koberce v celém bytě, z cesty předměty, o které by mohla zakopnout, ze dveří zámky, aby se nemohla nikde zamknout. Nainstalovali madla, o které se přidržovala. Vstupní dveře opatřili zástrčkou. V domě schovali všechny čisticí prostředky, jelikož si je mohla splést s jídlem či pitím. Vypínali jí přívod plynu do sporáku před spaním, nebo když musela Petra zůstat v bytě sama. Před spaním také vypínali ze zásuvky všechny elektrické přístroje. Stanovili jí stereotypní denní režim, aby se v tom sama trochu vyznala. Jelikož měla atypický typ nemoci, tak se stav rychle zhoršoval a tak potřebovala, aby na ní skoro celý den někdo dohlížel. Do péče byl zapojen synovec, jeho manželka a jejich dvě dcery, aby to vše společnými silami zvládli. Tak již od rána na ni mohl vždy někdo dohlížet a pomáhat jí.

Ráno rodina pomáhala Petře s ranní hygienou, ale co zvládla samostatně, tak jí nechali dělat. Oblečení jí nachystali tak, jak si ho měla postupně oblékat. Na toaletu stále zvládla dojít sama. Dále ji zapojili do přípravy snídaně. Po snídani se věnovali drobným domácím pracím, u kterých poslouchali její oblíbenou hudbu, a také si u toho někdy zpívali. Po té cvičili jemnou i hrubou motoriku či trénovali paměť. Pracovali s ní na její oblíbené zahrádce nebo šli na menší procházku a do obchodu. Po té připravovali oběd, při kterém Petra pomáhala. Po obědě pomáhala s mytím nádobí a úklidem. Pak nastal čas odpočinku. Po odpolední siestě byl klidový

režim, kdy si uvařili kávu a vzpomínali na dětství a mládí. Někdy i společně s přáteli, kteří ji přišli navštívit. Jelikož rodina potřebovala řešit odpoledne i své rodinné záležitosti, tak si Petra buď četla noviny, časopisy, luštila křížovky nebo koukala na filmy a pořady z archivu. Po společné přípravě a konzumaci večeře se Petra věnovala drobnému úklidu kuchyně. Poté ji pomohli s večerní hygienou. Po koupeli ji pomohli s rozestláním postele a s uložením ke spánku.

Dnes se již o Petru nestarají, jelikož v roce 2012 se její stav dostal do stádia těžké demence, kdy začala mít potíže již s chůzí a také čím dál větší problémy s chováním. Nastoupila například i agresivita. Došlo ke ztrátě soběstačnosti a byla odkázána plně na pečující. Zhoršily se řečové schopnosti. Byla zesláblá. Ve stejném roce se u ní objevila další vážná nemoc. Rakovina děložního čípku. Prodělala operaci a od té doby to šlo jen z kopce, začala chodit jen za pomoci chodítka, až nakonec byla usazena na kolečkové křeslo, z něj později upoutána na lůžko. Možnost verbální komunikace byla mizivá, trpěla ztrátou osobní identity. Přesto, že nebyla schopna komunikace, byla schopna prožívat emoce, které ale nedokázala dát svému okolí srozumitelným způsobem najevo. Třeba když měla radost tak plakala. Nastali i potíže s přijímáním stravy. A tak se po konzultaci s lékařem rodina rozhodla umístit Petru do domova se zvláštním režimem, jelikož by ji již nedokázali zajistit plnohodnotnou péči v domácích podmínkách.

4.5 Výsledek výzkumného šetření

Během praktického šetření jsem navštívila každou rodinu v místě jejich bydliště. Zde mi ukázali zázemí, kde postižený žije či žil. Výzkumné cíle jsem se snažila naplnit prostřednictvím rozhovorů s laickými pečujícími.

Alzheimerova choroba je komplikované a závažné onemocnění, proto se postiženému musí věnovat mnoho času. Z rozhovoru vyplynulo, že nejvíce se podílejí na péči ženy. Ty se rozpovídaly o tom, jak báječné a zručné osoby byly před onemocněním. Později se však jejich osobnost, paměť a motorika změnila natolik, až začaly narážet na problémy. I když průběh choroby je individuální, tak zde můžeme vidět, že si příbuzní v obou případech všimli problémů s pamětí. U obou rodin byla stanovena diagnóza psychiatrickým vyšetřením a zobrazovacími prostředky. Obě rodiny provedly úpravu prostředí, aby pro nemocného bylo bezpečnější. Pořídili kompenzační pomůcky, které ulehčovali péči. Rozdíl se projevil v přístupu k řešení nastalé situace. Jelikož vnučka pečuje o babičku sama a musí pracovat, tak vymýšlí aktivizační programy, u kterých vydrží sama a jen na ní sem tam

dohlíží. V druhé rodině se o Petru starali čtyři členové. Díky tomu u ní mohl stále někdo být. Skoro všechny aktivity tak prováděli společně. Pečující posbírali veškerou sílu, trpělivost a mimo běžné denní činnosti zařadili i speciální aktivizační programy. Ty jsou pro postižené velmi důležité, aby udrželi současný stav. Také si uvědomili, jak důležité je dbát na zvyky z předchozího života, proto tyto programy přizpůsobovali jejich dřívějšímu režimu. Bývalá paní učitelka luštila dětské křížovky, dívala se na pohádky, malovala nebo něco vyráběla. Bývalá úřednice měla zahrnuty návštěvy přátel, kteří s ní vzpomínali. Díky tomu zůstala ve stálém kontaktu s lidmi. V obou případech se staly ženy nesoběstačnými. Stále bylo potřeba vše několikrát opakovat, aby činnost vykonaly. Často nemocní nedokázali ovládat ani své chování. Vnučka z prvního rozhovoru zpozorovala umíněnost. Rodina z druhého rozhovoru stoupající agresivitu.

Když už není možná péče v rodinném prostředí, nastává čas, kdy je třeba nemocné ubytovat v zařízení, kde se na tento typ nemoci zaměřují. I přes snahu všech čtyř členů nastala tato nezvladatelná situace v rodině z druhého rozhovoru. Vnučka z prvního rozhovoru stále péči i přes obtíže zvládá, jelikož babička nemá tak pokročilé stádium. Také říkala, že se pokusí starat o postiženou co nejdéle, protože si je vědoma myšlenky, že po umístění do sociálního zařízení by se psychicky zhroutila a tím se zhoršila i její choroba.

Závěr

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože s Alzheimerovou chorobou mám již zkušenosti z dřívější doby. Pomáhala jsem s péčí o babičku, která trpěla Alzheimerovou chorobou, ale až nyní jsem tuto problematiku zkoumala hlouběji.

Práce byla rozdělena do čtyř hlavních kapitol. Tři kapitoly jsou teoretické a jsou rozděleny do subkapitol, kde jsem usilovala o splnění cílů. Čtvrtá je praktická a zabývá se výzkumným šetřením, který je založen na teoriích z prvních kapitol. Na základě prostudované literatury jsem definovala stárnutí, stáří a demenci. Nejvíce jsem se soustředila na poznatky týkající se Alzheimerovy choroby. Z této rozsáhlé problematiky jsem chtěla podrobněji přiblížit její původ, rizikové faktory, změny, které mohou nastat, její průběh a diagnostikování. Popisuji i terapie, které mohou využít ve svém domácím prostředí. Tato práce může sloužit jako manuál pro rodinné pečující a vést k lepšímu pochopení jedince s Alzheimerovou chorobou.

Ve výzkumném šetření jsem zjišťovala, jak postižení žili v produktivním věku, jelikož to souvisí s výskytem Alzheimerovy choroby a také okolnosti aktuální životní situace a způsoby jejich řešení. Na první pohled se jeví péče o postiženou osobu trpící Alzheimerovou chorobou jednoduše, ale z výzkumného šetření vyplynulo, že soužití není pro rodinu jednoduché. Z rozhovorů je zřejmé, že tato nemoc vyžaduje nepřetržitou péči. Je složité posoudit kvalitu života postiženého, jelikož každá péče je ovlivněna možnostmi rodiny. I tak má můj obdiv, každý kdo o tak postiženou osobu pečuje, jelikož je to nelehký úkol a velká odpovědnost.

Díky této práci jsem získala nové znalosti. Seznámila jsem se s tím, jak probíhá péče v domácích podmínkách v jiných rodinách. Dále jsem viděla, co vše musí obětovat rodinní pečující pro někoho blízkého.

Seznam použité literatury a zdrojů

ALZHEIMER NADAČNÍ FOND. *Alois Alzheimer*. 2015 [cit. 2015-05-25] Dostupné z: <http://alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/alois-alzheimer/>

BROMLEY, Deniss Basil. *The Psychology of Human Ageing*. 1st ed. Baltimore: Penguin Books, 1996, 365 p.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. ISBN 80-7367-081-X

CALLONE, R. Patricia a kol. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada, 2008, 118 s. ISBN 978-80-247-2320-4.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk, KALVACH a Libuše, ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Co je demence: Alzheimerova nemoc a jiné příčiny demence* [online]. 2015 [cit. 2015-05-25]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>

GAVORA, Petr. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 208 s. ISBN 80-85931-79-6.

GREGOR, Ota. *Stárnout, to je kumšt*. 2. vyd. Praha: Olympia, 1990, 139 s. Kondice. ISBN 80-7033-040-6.

GRUBEROVÁ, Božena. *Gerontologie*. České Budějovice: JUZF, 1998, 86 s. ISBN 80-7040-286.

HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 108 s. ISBN 80-7254-564-7.

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva, JAROLÍMOVÁ a Helena, NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova choroba v rodině*. Opravné vydání. Praha: Pfizer, 2008, 114 s.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva, JAROLÍMOVÁ a Jitka, SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007, 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva, JAROLÍMOVÁ a Jitka, SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009, 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, Iva, Martina, MÁTLOVÁ, Hana, VAŇKOVÁ, Božena, JURAŠKOVÁ. *Demence. Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 3, s. 140 - 142. ISSN 1214-8687.

HOLMEROVÁ, Iva, Martina, MÁTLOVÁ, Hana, VAŇKOVÁ, Božena, JURAŠKOVÁ. *Demence. Medicína pro praxi*. 2010, roč. 7, č. 3, s. 140 - 142. ISSN 1214-8687.

HÖSCHL, Cyril a kolektiv. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999, 96 s. ISBN 80-7262-025-8.

HRUŠOVÁ, Petra. *Čeští senioři s Alzheimerovou chorobou v pečovatelských institucích, diplomová práce*. Brno: FSS MU, 2005, s. 15-20.

CHOVANCOVÁ, Petra, Hana, KRYLOVÁ, Miroslava, PETŘEKOVÁ, Šárka, ŠAŇÁKOVÁ, Zbyněk, VOČKA. *Vybrané otázky péče o osobu blízkou*. Olomouc: CARITAS, 2012, 63 s. ISBN 978-80-87623-00-8.

JIRÁK, Roman a kolegové. *Demence*. Vyd. 1. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 1999, 226 s. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman, Iva, HOLMEROVÁ, Claudia, BORZOVÁ a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman, Jiří, OBENBERGER a Marek, PREISS. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998, 64 s. ISBN 80-85800-88-8.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7174-366-0.

KALVACH, Zdeněk, Zdeněk, ZADÁK, Roman, JIRÁK, Helena ZAVÁZALOVÁ, Petr

KLEVETOVÁ, Dana a Irena, DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOUKOLÍK, František, Roman, JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 229 s. ISBN 80-7169-615-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich, MÜLLER. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 112 s. ISBN 80-247-1491-4.

KVALE, Steinar. *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks: Sage, 1996, 344 p. ISBN 080395820X

LANGMAIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MAŇÁK, Josef, a kolektiv. *Kapitoly z metodologie pedagogiky*. 1. dotisk prvního vydání. Brno: Masarykova univerzita Brno, 1996, 129 s. ISBN 80-210-1031-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

- MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, Pavel a Petr, STANIČEK. *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 115 s. ISBN 80-210-2510-7.
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 208 s. ISBN 978-80-247-3709.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
- PACOVSKÝ, Vladimír a Hana, HEŘMANOVÁ. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981, 304 s. ISBN 08-044-81.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti věku není léku?: úvahy o stárnutí a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997, 124 s. ISBN 80-7184-486-1.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. ISBN 978-802-4714-905.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence pro praktické lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005, 96 s. ISBN 80-7345-052-6.
- PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Vyd. 1. Praha: SPN, 1974, 496 s. ISBN 14-429-74.
- REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.
- REISEROVÁ, Petra. *Společnou cestou: jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 38 s. ISBN 80-7178-851-1.
- RŮŽIČKA, Evžen, Jan, ROTH, Petr, KAŇOVSKÝ a kol. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2003, 175 s. ISBN 80-7262-205-6.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004, 390 s. ISBN 80-7178-829-5.

Rozlišení stadia Alzheimerovy demence napomáhá při komunikaci s klienty. *Sociální péče*. 2010, roč. 11, č. 3, s. 16-17, ISSN 1213-2330.

SLOVENSKÁ ALZHEIMEROVA SPOLOČNOSŤ. *Pomoc opatrovateľom*. Vyd. 2. Bratislava: Lundbeck, 2007, 52 s.

SUCHARDA a kol. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 8024705486.

SUCHÁ, Jitka. *Cvičení paměti pro každý věk: Testy na paměť a logiku*. Praha: Portál, 2007, 175 s. ISBN 978-80-7367-199-0.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie, NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 216 s. ISBN 978-802-4717-777.

ŠANDEROVÁ, Jadwiga a kol. *Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 209 s. ISBN 80-86429-40-7.

ŠICKOVÁ - FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002, 176 s. ISBN 80-7178-616-0.

ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezměn. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 175 s. ISBN 80-244-0629-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Barbora, BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011, 112 s. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠVANCARA, Josef. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: Statní pedagogické nakladatelství, 1983, 111 s.

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára, ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. Vyd. 1. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 80-238-4913-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, s. 96. ISBN 978-80-247-2170-5.

WOLF, Josef. *Umění žít a stárnout*. Vyd. 1. Praha: Svoboda, 1982, 368 s. ISBN 25-124-82

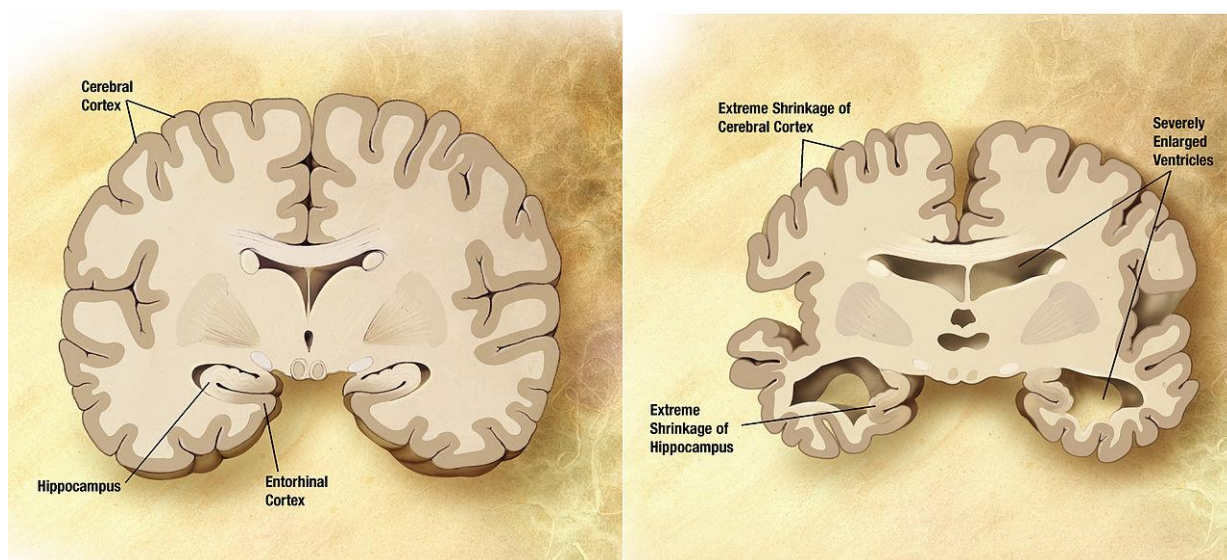
ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Zdravý mozek (vlevo) úbytek mozkové hmoty (vpravo)
- Příloha č. 2 Zdravá nervová buňka (vlevo) postižená nervová buňka (vpravo)
- Příloha č. 3 Zrnka patologického proteinu β -amyloidu.
- Příloha č. 4 Test kreslení hodin (v modifikaci podle Schulmana et al. 1993) Clock test, Clock drawing test
- Příloha č. 5 Test psychických funkcí, MINI – MENTAL STATE EXAMINATION
- Příloha č. 6 Dotazník pro funkční hodnocení pacienta
- Příloha č. 7 Hodnocení sebeobslužných činností podle Barthela
- Příloha č. 8 Základní cvičební program kinezioterapie

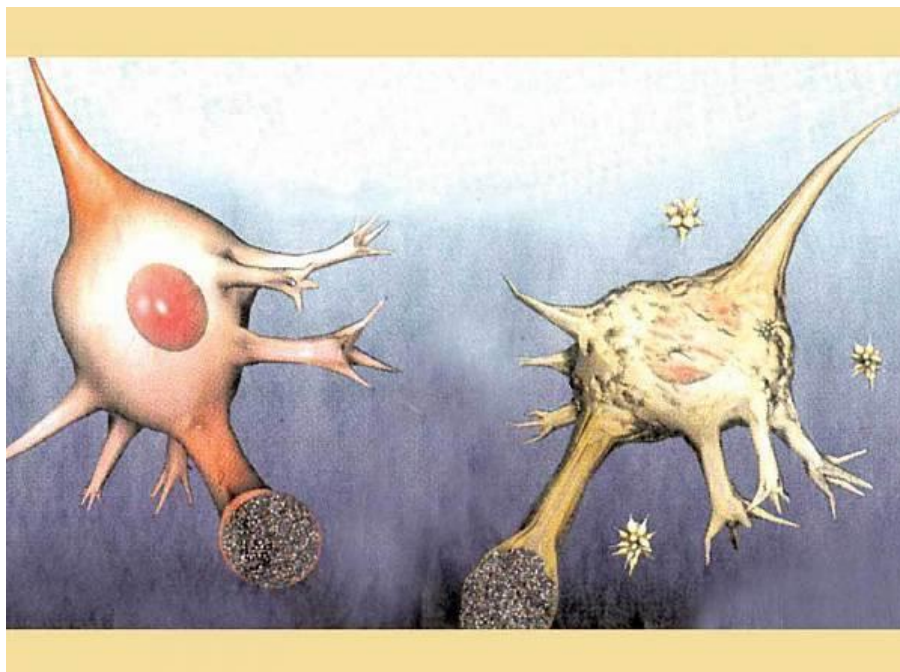
Přílohy

Příloha č. 1 Zdravý mozek (vlevo) úbytek mozkové hmoty (vpravo)



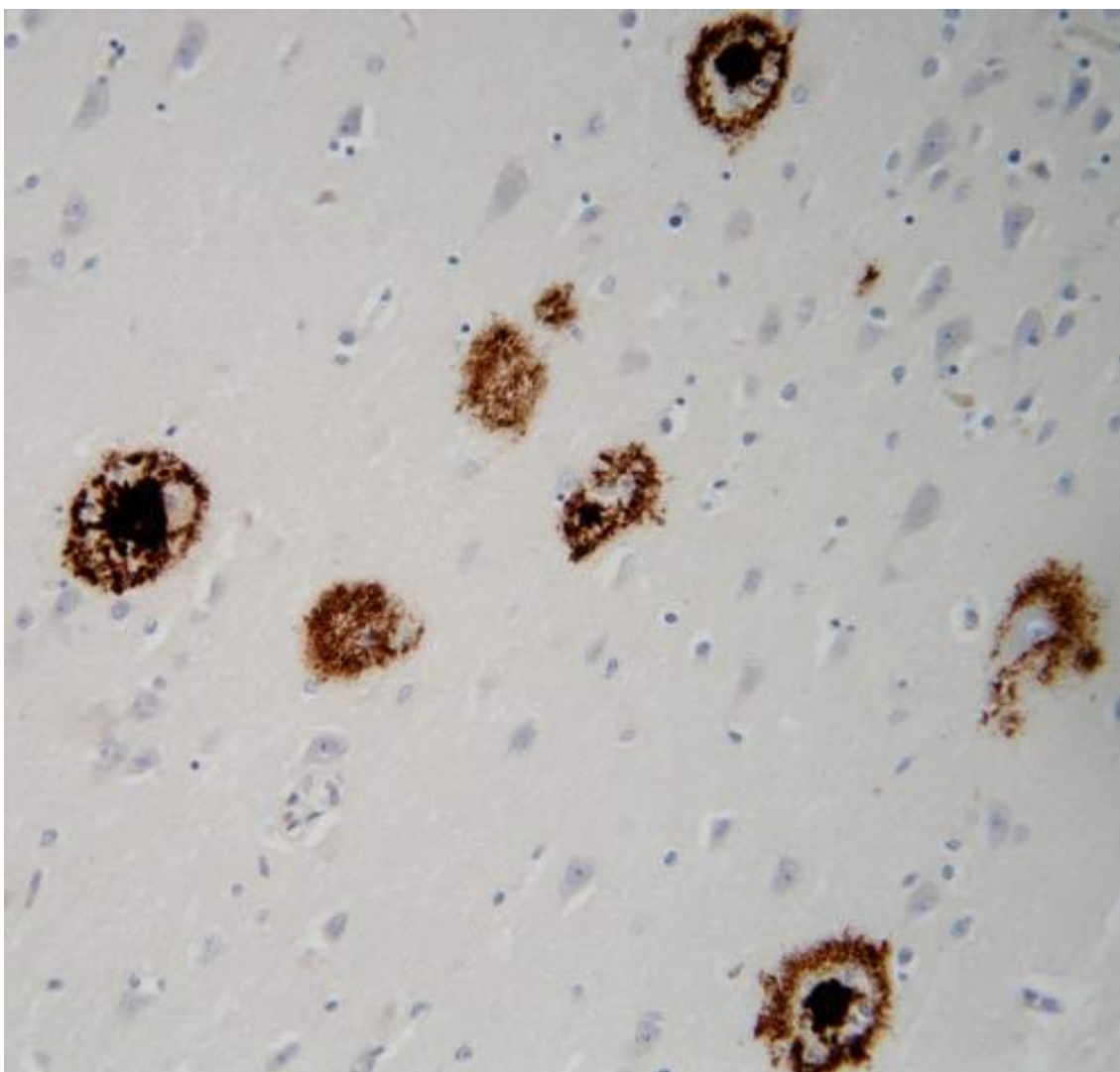
Zdroj: https://en.wikipedia.org/?title=Alzheimer%27s_disease

Příloha č. 2 Zdravá nervová buňka (vlevo) postižená nervová buňka (vpravo)



Zdroj: <http://sip.denik.cz/celebrity/cechum-mekne-mozek20080409>

Příloha č. 3 Zrnka patologického proteinu β -amyloidu



Zdroj: <http://www.neurodegenerace.cz/B-amyl-plaky.htm>

Příloha č. 4 Test kreslení hodin (v modifikaci podle Schulmana et al. 1993) Clock test, Clock drawing test

Pokyny pro provedení:

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

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

Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 8023849131.

Příloha č. 5 Test psychických funkcí, MINI – MENTAL STATE EXAMINATION

Informace pro pacienta:

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

1. ORIENTACE

- | | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <i>Jaký je dnes den?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Kolikátého je dnes?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Který je dnes den v týdnu?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Který je měsíc?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Který je rok?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Které je roční období?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>V jaké zemi se nacházíme?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>V jakém okrese?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Ve kterém městě?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Jak se jmenuje tato nemocnice?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <i>Ve kterém poschodí jsme?</i> |

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

2. ZAPAMATOVÁNÍ

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

- | | |
|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | LOPATA |
| <input type="checkbox"/> | ŠÁTEK |
| <input type="checkbox"/> | VÁZA |

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

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

3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ

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

100-93-86-79-72-65

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

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

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

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

Za každé správné písmeno započítejte po jednom bodu.

4. VÝBAVNOST

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

LOPATA

ŠÁTEK

VÁZA

Za každou správnou odpověď započtete 1 bod.

5. POJMENOVÁNÍ

- Ukažte náramkové hodinky *Co je to?*
 Ukažte tužku *Co je to?*

Za správnou odpověď po jednom bodu.

6. OPAKOVÁNÍ

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

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

7. TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

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

- pravá ruka*
 přeložení na polovinu
 položení na zem

Za každou správně provedenou činnost započítejte po jednom bodu.

8. ČTENÍ A SPLNĚNÍ PŘÍKAZU

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

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

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

9. PSANÍ

Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:

Napište, prosím, jakoukoli větu.

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

10. OBKRESLENÍ OBRAZCE

Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

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



CELKOVÉ SKÓRE

bodů

Hodnocení:

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

Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R.: Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiat. Res. 12, 1975: 129–138

Zdroj: Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 8023849131.

Příloha č. 6: Dotazník pro funkční hodnocení pacienta

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

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

Jednotlivé činnosti:		
1.	Placení účtů, spoření, používání vkladní knížky/šeků/ /sporožirových účtů apod.	<input type="checkbox"/>
2.	Vyplňování úředních dokumentů (daňových přiznání, žádostí a formulářů).	<input type="checkbox"/>
3.	Samostatné nakupování oblečení, potřeb pro domácnost nebo potravin.	<input type="checkbox"/>
4.	Hraní společenských her, věnování se koníčkům.	<input type="checkbox"/>
5.	Ohřát vodu a připravit kávu, vypnout sporák.	<input type="checkbox"/>
6.	Uvařit kompletní jídlo.	<input type="checkbox"/>
7.	Pamatovat si současné události.	<input type="checkbox"/>
8.	Udržet pozornost, porozumět a hovořit o televizních programech, knihách, časopisech.	<input type="checkbox"/>
9.	Pamatovat si termíny schůzek, rodinných událostí, svátků, léky a jejich užívání.	<input type="checkbox"/>
10.	Cestovat mimo nejbližší okolí, řídit auto, použít autobus nebo vlak.	<input type="checkbox"/>
Celkové skóre:		<input type="text"/>

Celkové hodnocení:	
0–8 bodů	normální výsledek
9 a více bodů	funkční postižení svědčící pro demenci

Pfeffer R. I., Kurosaki T. T., Harrah C. H. et al.: Measurement of functional activities of older adults in the community. J. Gerontol. 37, 1982: 323–329

Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 8023849131.

Příloha č. 7: Hodnocení sebeobslužných činností podle Barthela

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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:	
0–40 bodů	vysoce závislý
45–60 bodů	závislost středního stupně
65–95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

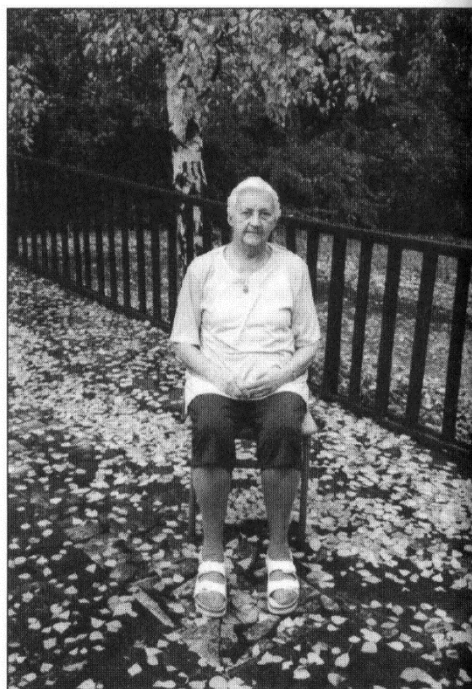
Podle: Mahoney F. L., Barthel D. W.: Md. State Med. J., 14, 1965: 61–65.
Wade S. L.: Arch. Phys. Med. Rehabil., 64, 1983: 20–26.

Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: UCB Pharma, 1999, 87 s. ISBN 8023849131.

ZÁKLADNÍ SADA CVIKŮ

Výchozí poloha: Vzpřímený sed na židli, záda jsou opřena o opěradlo, hlava ve středním postavení. Horní končetiny volně spuštěny podél těla nebo v klíně. Dolní končetiny mírně od sebe, kolena i chodidla stejně daleko od sebe, chodidla rovnoběžně, kolena v pravém úhlu, kotníky přímo pod kolena.

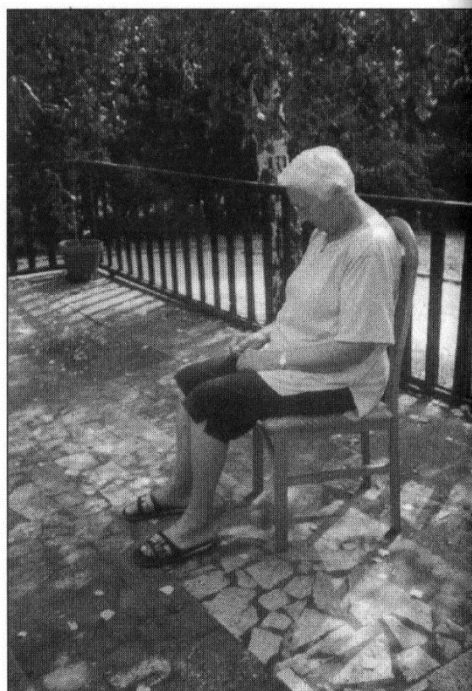
Pozn. autorek: U každého cviku je vždy uveden název cviku, pak popis cviku v odborném názvosloví. Kurzívou jsou uvedeny pokyny, které dává terapeut cvičícím, a nakonec je opět normálním písmem popsán cíl tohoto cviku, příp. nejčastější chyby v provádění. Cviky by se měly 4–6 krát opakovat.



1. Obloukovitá flexe šíje. Pomalu obloukovitě provést flexi krční páteře, snažit se přiblížit bradu ke sternu, záda jsou stále opřena o opěradlo. Na konci pohybu výdrž a pomalu zpět. (*Pozn.: Upozornit účastníky, že po předklonu nemá následovat záklon.*) Pomalu dáváme hlavu do předklonu, bradu přitiskneme na hrudník a pomalu hlavu narovnáme zpátky.

Cíl: protažení extenzorů šíje, zvětšení rozsahu flexe šíje.

Nejčastější chyby: Cvičící flektují celou horní část trupu.



2. Rotace hlavy. Hlava ve středním postavení, pomalu rotovat vlevo, výdrž a pomalu zpět. Totéž vpravo. Ruce se mohou přidržet sedadla.

Pomalou přetočíme hlavu na jednu stranu, jako bychom se chtěli ohlédnout přes rameno, pomalu zpátky. Pomalu přetáčíme hlavu na druhou stranu, opět jako bychom se chtěli ohlédnout přes rameno. Pomalu zpátky.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti krční páteře do rotace, protažení mm. sternocleidomastoidei.

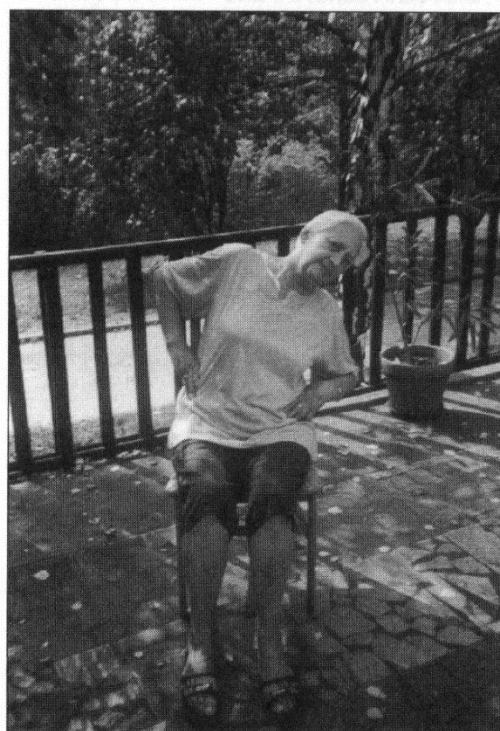
Pozn.: Pozor na záklon.



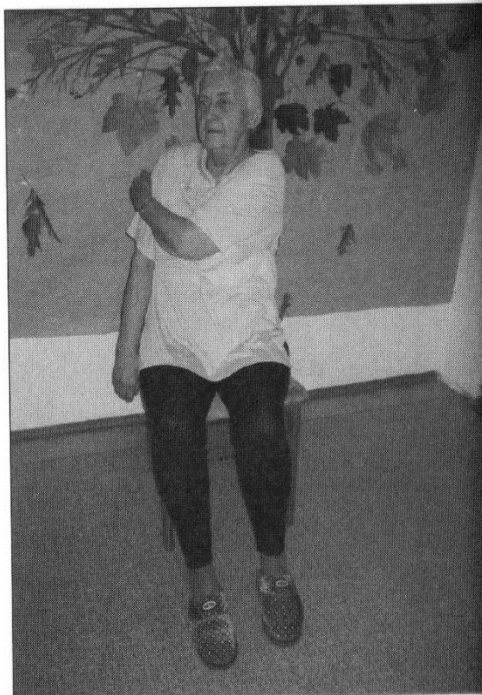
3. Lateroflexe trupu. Ruce dát v bok a provést lateroflexi v oblasti Th-L přechodu vpravo, přenést váhu těla na pravou hýždi, krátká výdrž, totéž vlevo.

Dáme ruce vbok a ukláníme celou horní polovinu těla na jednu stranu a chvíli vydržíme, pomalu na druhou stranu a vydržíme.

Cíl: protažení erektorů páteře a mm. quadratus femoris, zvětšení rozsahu pohyblivosti páteře do lateroflexe, nácvik rovnováhy.

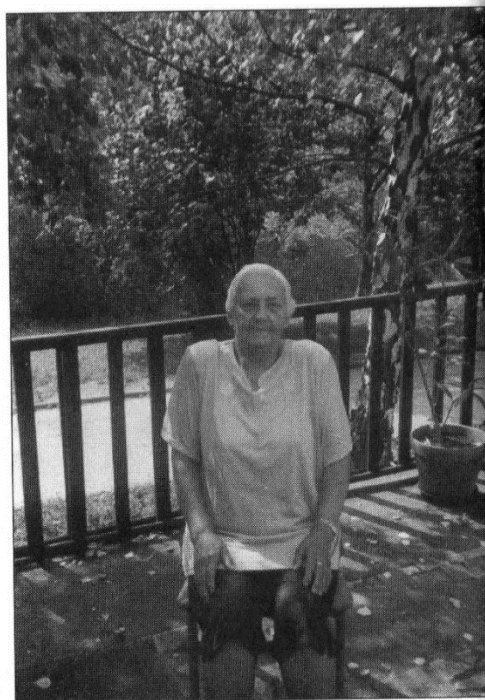


4. Rotace horní části trupu. Pravou rukou uchopit opěradlo židle na levé straně (přes střed těla), touto rukou přitáhnout trup do co největší rotace vlevo. Totéž na druhou stranu. *Jednou rukou chytíme opěradlo židle na opačné straně a touhle rukou se co nejvíc přitáhneme do otočení... povolit.*
Cíl: zvětšení a udržení rozsahu pohyblivosti páteře do rotace.



5. Elevace ramen. Paže volně podél těla, elevovat ramena, výdrž, zatlačit ramena do deprese, výdrž. Varianta: možno cvičit i každým ramenem zvlášť. *Zvedneme ramena co nejvíc k uším, výdrž, zatlačíme ramena co nejvíc směrem k podlaze, výdrž.*

Cíl: zvětšení pohyblivosti ramenního pletence do elevace a deprese, posílení a protažení m. trapezius, zejména horních vláken. (Pozn. Autorky si jsou vědomy toho, že horní vlákna m. trapezius bývají u většiny lidí spíše přetížena, a proto není třeba je ještě posilovat, ale zařadily tento cvik proto, že i lidé s těžkou demencí jej dokážou správně provést. Důraz je kladen zejména na depresi v ramenním kloubu.)

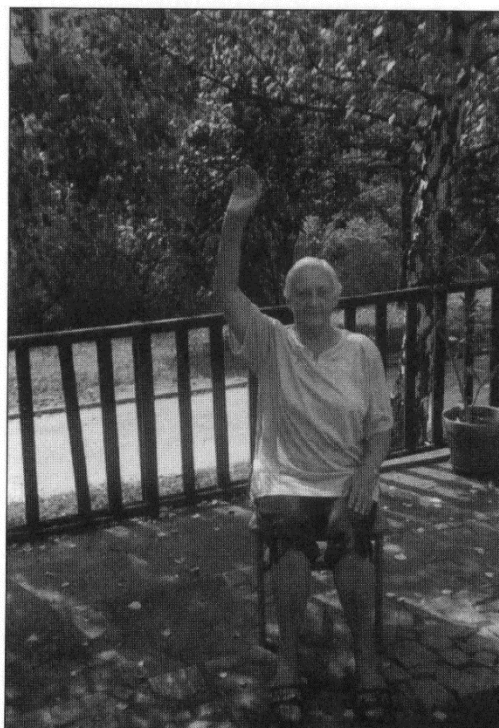


6. Flexe v ramenním pletenci. Pomalým pohybem flektovat pravou paži, pokud je to možné, až do 180° (současně s nádechem), s výdechem pomalu povolit. Totéž vlevo.

Zhluboka se nadechneme a zároveň zvedáme jednu paži co nejvíc do vzpažení, s výdechem pomalu vracíme dolů. Totéž na druhou stranu.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního pletence do flexe, zároveň dynamické dechové cvičení.

Pozn.: U starých lidí bývá občas omezený rozsah pohyblivosti do flexe z důvodu degenerativních změn v kloubu.

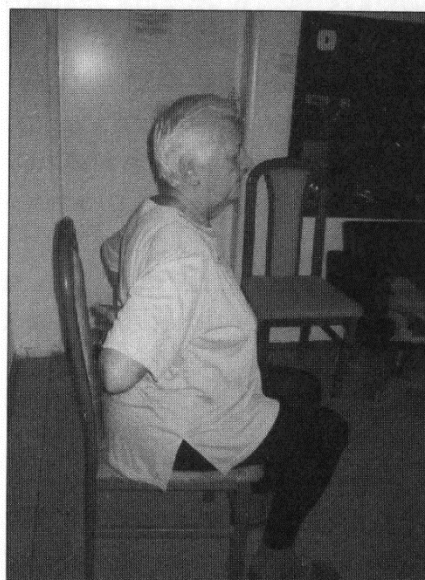
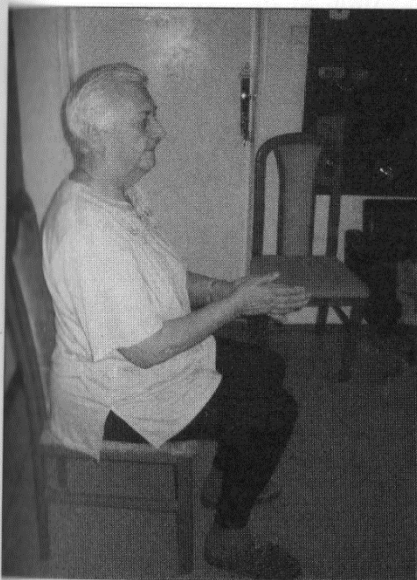


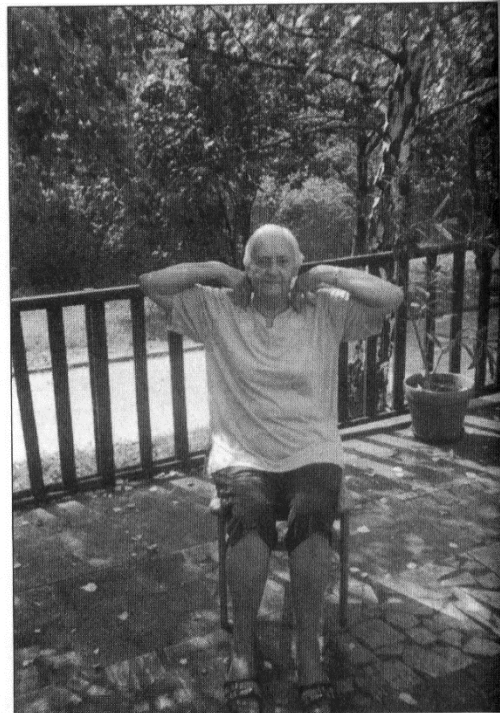
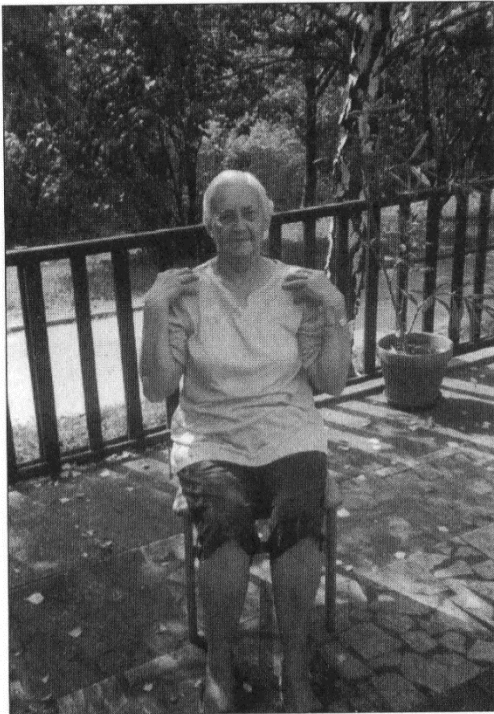
7. Extenze v ramenním pletenci I.

Tlesknout rukama před tělem, extenzovat paže v ramenním pletenci a dotknout se navzájem rukama za zády (není nutné tlesknutí).

Tleskneme rukama před tělem, dotkneme se rukama za zády.

Cíl: zvětšení a udržení rozsahu pohyblivosti ramenního kloubu do extenze.





8. Abdukce v ramenním kloubu. Paže maximálně flektované v loktech, prsty rukou spočívají na ramenou. Flektované paže zvednout do abdukce, pomalu zpět.

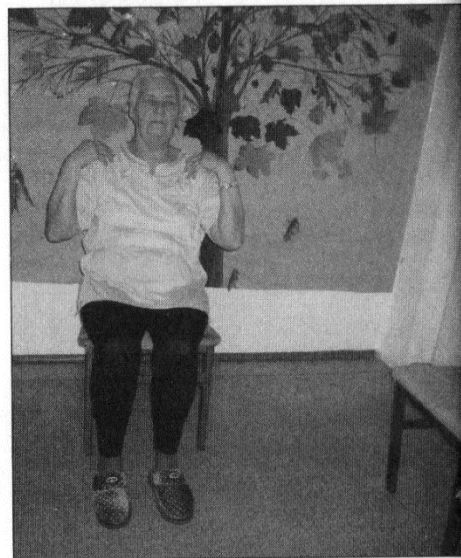
Uděláme „křidýlka“ a zvedáme pomalu lokty nahoru a do stran, pomalu zpátky.

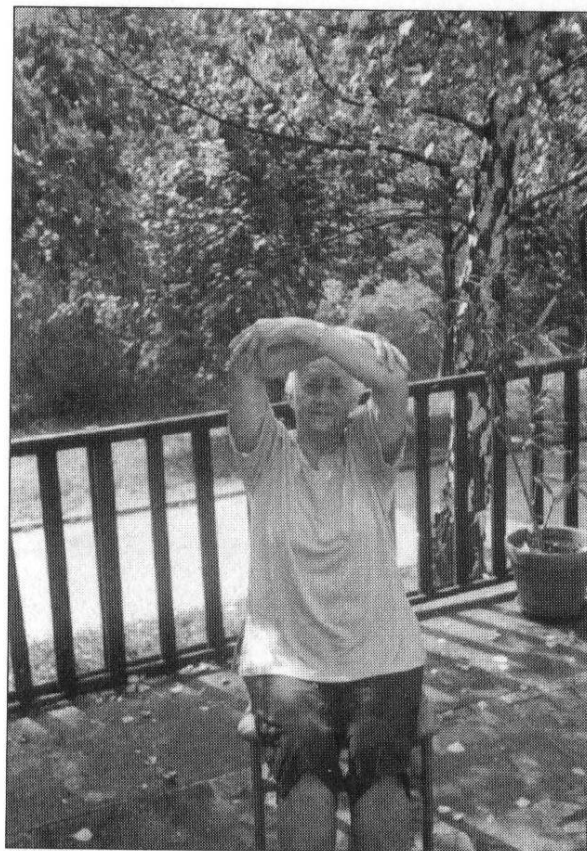
Cíl: zvětšení a udržení rozsahu pohyblivosti ramenního kloubu do abdukce, loketního kloubu do flexe.

9. Kroužení v ramenním pletenci. Výchozí poloha stejná jako u předchozího cviku. Pažemi ohnutými v loktech kroužit v ramenech nazad. Přitom se snažit stahovat lopatky do addukce a kaudálního posunutí.

Uděláme křidýlka a pomalu kroužíme v ramenu směrem dozadu, přitom si rovnáme záda.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti v ramenním pletenci, korekce držení těla.





10. Flexe v ramenním pletenci. Paže flektovat v loktech do 90°. Pravou dlaní uchopit levý loket a levou dlaní pravý loket. Spojené paže co nejvíce flektovat, pokud možno do 180°, přitom se snažit celý trup napřímít, nádech. Pomalu zpět, výdech.

Chytáme se rukama za lokty a s nádechem zvedáme ruce co nejvíce nahoru, „podíváme se okýnkem“ a s výdechem povolíme dolů.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního pletence do flexe, zároveň dynamické dechové cvičení, kompenzační cvičení u zvětšené hrudní kyfózy, která u starých lidí bývá častá.

Nejčastější chyby: Cvičící se nedrží za lokty, ale za zápěstí, což jim umožní větší rozsah pohybu, ale nedochází tolik k napřimění hrudní kyfózy.

11. Abdukce v ramenním kloubu a rotace trupu.

Paže spočívají volně podél těla. Pravou napnutou paží s dlaní vzhůru udělat velký oblouk do abdukce. Zároveň přetočit trup vpravo a podívat se za paží. Výdrž a zpět. Totéž vlevo.

Pomalou upažujeme jednu ruku, dlaně směřuje nahoru, podíváme se za rukou a pomalu zpátky. To samé na druhou stranu.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti ramenního kloubu do abdukce, zvětšení rozsahu pohyblivosti Th-L páteře do rotace, protažení střední části m. pectoralis major.

Nejčastější chyby: Předloktí je v pronaci.



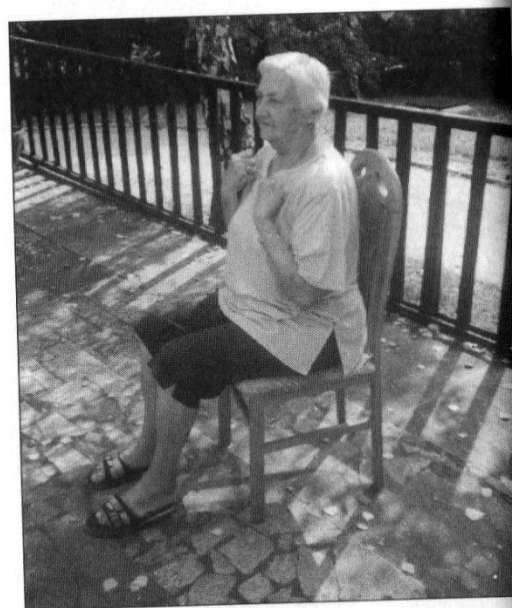
12. Flexe v loketních kloubech.

Paže jsou extendované v loktech, v supinaci, ruce držet v pěst. Lokty flektovat co nejvíce je to možné, pomalu zpět do extenze.

Přetočíme paže dlaněmi vzhůru, lokty jsou natažené, ruce v pěst, toto je základní poloha. Teď oba lokty co nejvíce ohneme a zpátky natáhneme.

Cíl: posílení m. biceps a m. triceps, zvětšení rozsahu pohyblivosti v loketních kloubech do flexe a extenze.

Nejčastější chyby: Někteří cvičící mají tendenci zároveň provádět i flexi v ramenním kloubu.



13. Střídavá flexe v loketních kloubech.

(bez vyobrazení) Totéž střídavě, každou paží zvlášť.

Cíl: viz cvik č. 9 + trénink koordinace ruka-ruka.

14. Horizontální addukce. Paže jsou ve flexi 90°, lokty v extenzi, předloktí v pronaci. Celé paže překřížit a zpět („stříhání nůžkami“). (Pozn.: Po tomto cviku je nutné důkladné vydýchání.) Dáme natažené paže před sebe, dlaně směřují dolů a celými pažemi vodorovně „stříháme“ jako nůžkami. Lokty jsou natažené. Nezapomínáme dýchat. **Cíl:** posílení mm. pectorales major, trénink koordinace. **Nejčastější chyby:** Někteří cvičící neudrží 90° flexi v ramenním pletenci po celou dobu cvičení.



15. Flexe v ramenním kloubu. Výchozí poloha jako u předchozího cviku. Pažemi hmitat ve svislém směru v rozsahu 20–30 cm. (Pozn. Po tomto cviku je nutné důkladné vydýchání.) Hmitáme pažemi svisle, nahoru a dolů, lokty jsou natažené, nezapomínáme dýchat. **Cíl:** Posílení flexorů ramenního kloubu, mm. pectorales major.

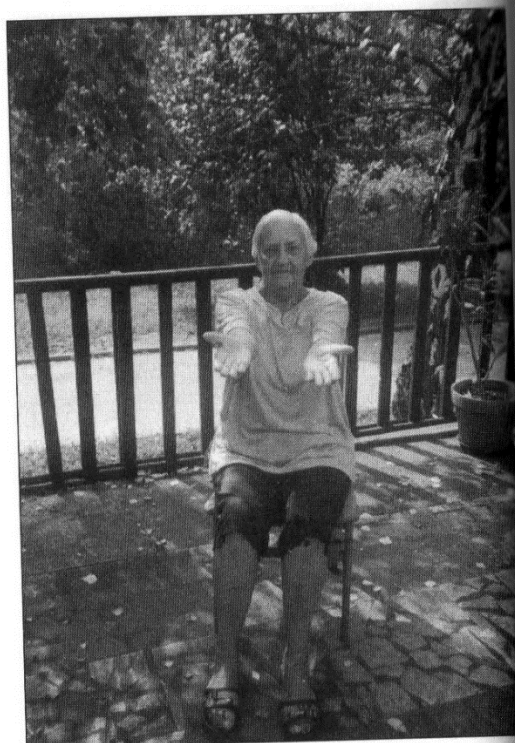


16. Pronace-supinace. Výchozí poloha jako u cviku č. 12. Přetočit obě předloktí do supinace, zpět.

Přetočíme dlaně nahoru a dolů.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti předloktí do pronace a supinace.

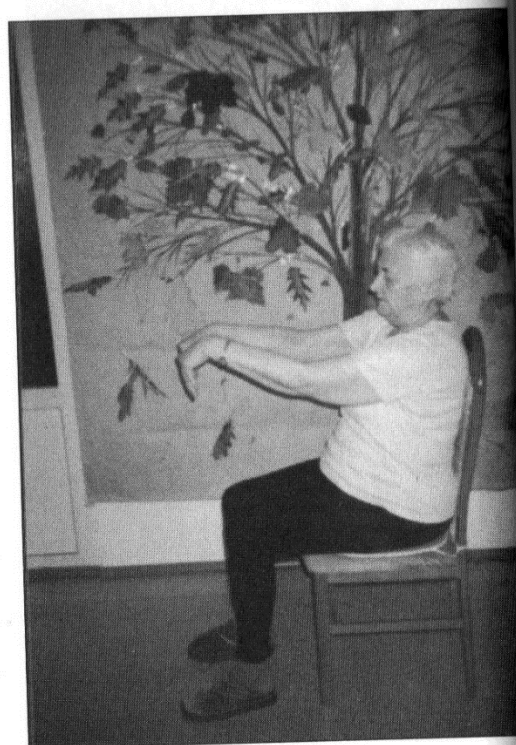
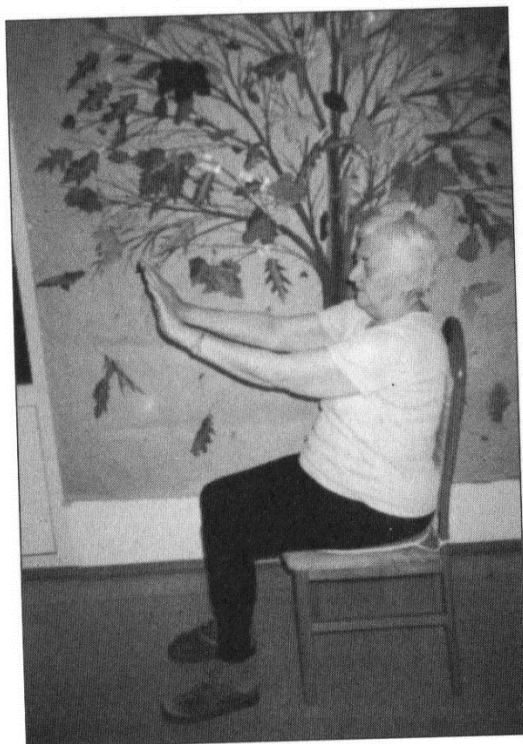
Pozn.: U schopnějších účastníků je možno tyto pohyby procvičovat střídavě, tj. jako u vyšetření diadochokinézy.



17. Dorzální a palmární flexe. Výchozí poloha jako u předchozího cviku. Obě ruce ohnout v zápěstí do dorzální flexe a volně nechat klesnout do palmární flexe.

Ohneme ruce v zápěstí nahoru a povolíme.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti v zápěstí zejména do dorzální flexe.



18. Cirkumdukce v zápěstí.

(bez vyobrazení). Paže jsou volně položeny na stehnech, zakroužit oběma rukama v zápěstí. Totéž na druhou stranu.

Zakroužíme v zápěstí na jednu stranu a na druhou.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti zápěstí do dorzální, palmární flexe, radiální a ulnární dukce.



19. Flexe-extenze prstů.

Paže jsou volně položeny na stehnech, flektovat prsty v MP i IP kloubech, povolit, extendovat a abdukovat všechny prsty.

Ruce dáme v pěst, povolíme a prsty natáhneme a dáme od sebe.

Cíl: procvičení jemné motoriky, flexorů prstů, extenzorů a mm. interossei, zlepšení cévní cirkulace.



20. Izolovaná extenze prstů.

Rozevřené dlaně položit na stehna. Jednotlivé extendované prsty zvedat do ještě větší extenze v MP kloubech, povolit.

Položíme ruce na stehna a budeme zvedat jednotlivé natažené prsty. Zvedáme nahoru oba palce, položit, ...oba malíčky, položit.

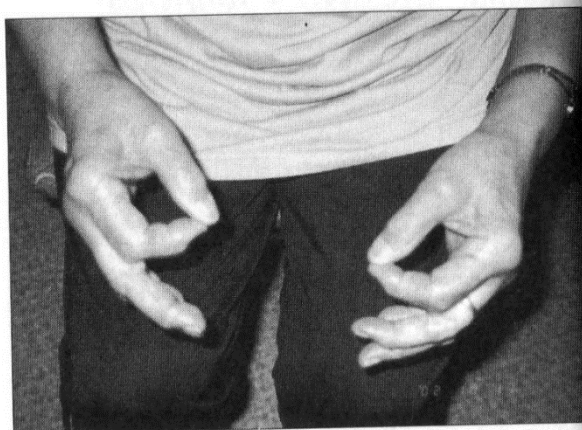
Cíl: posílení mm. extensor digitorum.



21. „Štipec“. Cvičí pouze jedna ruka. Bříškem palce se postupně dotknout bříšek všech ostatních prstů („udělat štipec“). Totéž druhou rukou.

Cvičí jen jedna ruka, druhá odpočívá. Postupně se palcem dotkneme všech ostatních prstů, takže: palec a ukazovák se dotknou, ...palec a malíček.

Cíl: procvičení jemné motoriky - pinzetového úchopu.



22. Automasáž horních končetin I. (bez vyobrazení). Jednou rukou třít opačnou horní končetinu od ramene až k zápěstí, nejprve po ventrální, potom po dorzální straně. Totéž na opačnou stranu.

Jednou rukou si třeme druhou ruku od ramene až k zápěstí zepředu... a zezadu.

Cíl: facilitace příslušných svalů, zlepšení vnímání vlastního těla.

23. Automasáž horních končetin II. (bez vyobrazení). Jednou rukou poplácávat opačnou horní končetinu od ramene až k zápěstí, nejprve po ventrální, potom po dorzální straně. Totéž na opačnou stranu.

Jednou rukou poplácáváme druhou ruku od ramene až k zápěstí zepředu... a zezadu.

Cíl: facilitace příslušných svalů, zlepšení vnímání vlastního těla.

24. Automasáž dolních končetin I. (bez vyobrazení). Jednou rukou třít stejnostrannou dolní končetinu v oblasti přední strany stehna. Totéž na opačnou stranu.

Jednou rukou třeme stehno, hodně promasírujeme.

Cíl: facilitace příslušných svalů, zlepšení vnímání vlastního těla.

25. Automasáž dolních končetin II. (bez vyobrazení). Jednou rukou poplácávat stejnostrannou dolní končetinu v oblasti přední strany stehna. Totéž na opačnou stranu.

Jednou rukou poplácáváme stehno odshora dolů ke koleni.

Cíl: facilitace příslušných svalů, zlepšení vnímání vlastního těla.

26. Dorzální flexe v kotníku. Paže spočívají volně na kolenou, chodidla jsou opřena celou plochou o zem, zvednout obě špičky (provést dorzální flexi), položit. Později je možno klást odpor pomocí paží položených na kolenou.

Zvedáme obě špičky a povolíme.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti v kotníku do dorzální flexe, posílení m. tibialis anterior, zlepšení cévní cirkulace.



27. Střídavá dorzální flexe v kotníku. Viz cvik č. 26, ale špičky se zvedají střídavě.

Zvedáme špičky střídavě, jedna a druhá.

Cíl: viz cvik č. 26.



28. Plantární flexe. viz cvik č. 26, ale zvedat obě paty (provést plantární flexi). Opět je možno stupňovat odpor pomocí tlaku paží položených na kolenou.

Zvedáme obě paty a povolíme.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti v kotníku do plantární flexe, posílení m. triceps surae, zlepšení cévní cirkulace.



29. Střídavá plantární flexe.

Viz cvik č. 28, paty se zvedají střídavě.

Zvedáme paty střídavě, jedna a druhá.

Cíl: viz cvik č. 28.



30. „Chůze na místě“. Střídavě zvedat DK ohnuté v kolenních kloubech do pravého úhlu (chůze na místě) a přidat vždy dupnutí. Postupně zrychlovat tempo. (Pozn.: Po tomto cviku je nutné důkladné vydýchání.)

Zvedáme kolena, pochodujeme na místě, přidáme vždy dupnutí... zrychlíme... a ještě zrychlíme.

Cíl: posílení flexorů kyčelního kloubu, trénink koordinace.

Pozn.: Když cvičící dobře zvládají tento cvik, je možno přidat i souhyby pažemi (jediný cvik, kdy se cvičí HK i DK zároveň).

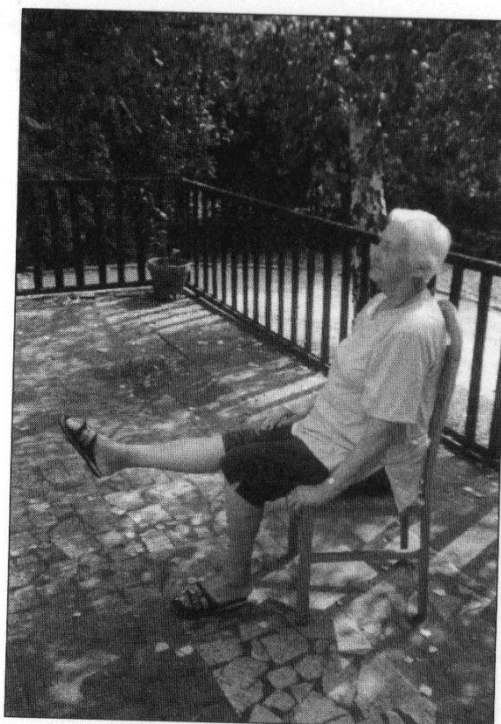


31. Izolovaná extenze v kolenním klou-

bu. Pravou DK extendovat v koleni s přitaženou špičkou nohy, krátká výdrž a zpět. Totéž na druhou stranu. *Propneme jednu nohu v koleni, uděláme „fajfku“ a pomalu pokládáme.*

Cíl: posílení m. quadriceps femoris, protažení hamstringů.

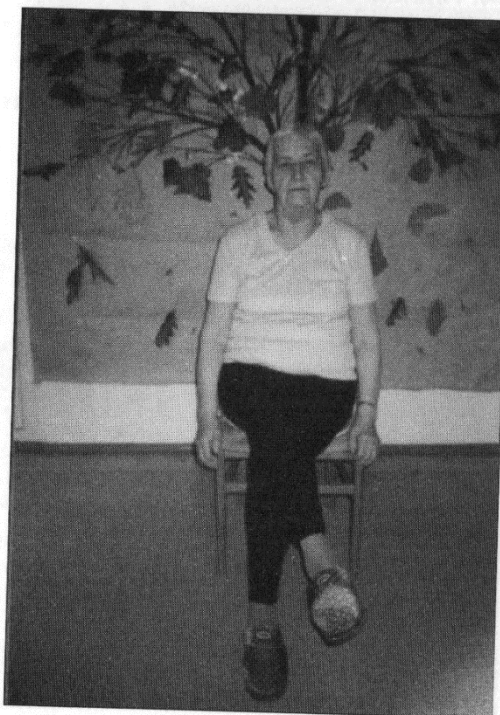
Nejčastější chyby: Některým cvičícím tento cvik činí obtíže kvůli apraxii.



32. Addukce přes střední čáru. Pravou DK addukovat přes levou DK („přehodit nohu přes nohu“), zakroužit v kotníku, zpět. Totéž na druhou stranu.

Dáme nohu přes nohu a zakroužíme ji v kotníku.

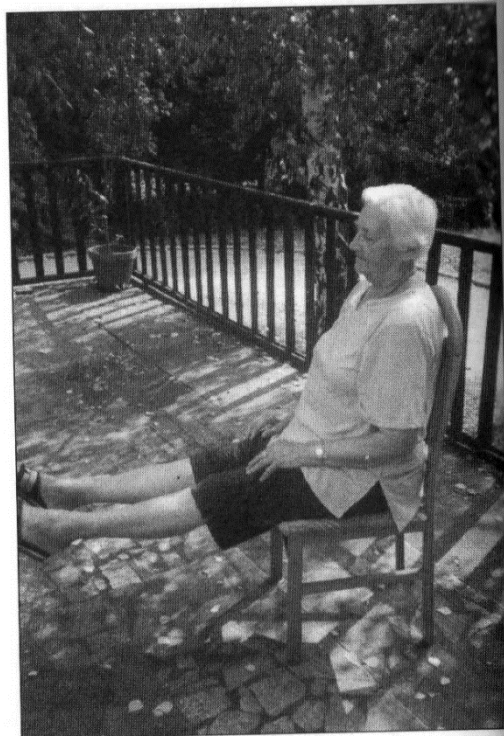
Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti v kyčelním kloubu do addukce, protažení abduktorů kyčle, zvětšení rozsahu pohyblivosti v kotníku všemi směry. Pozn.: Tento cvik vynecháme u účastníků, kteří jsou po implantaci TEP kyčle nebo mají pokročilou coxartrosu.



33. Bilaterální extenze v kolenním kloubu. Viz cvik č. 31, ale cvičí obě DK současně.

Obě nohy najednou propneme v kolenou, uděláme „fajfky“ a pomalu pokládáme.

Cíl: posílení mm. quadriceps femoris.

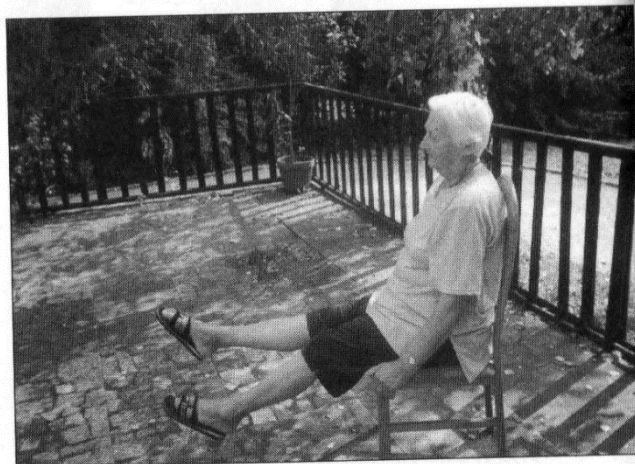


34. Hmitání s extendovanými koleny. Obě DK extendovat v kolenou a extendovanými končetinami hmitat svisle, střídavě končetiny. (Pozn.: Po tomto cviku je nutné důkladné vydýchání.)

Obě nohy propneme v kolenou a střídavě hmitáme nahoru a dolů.

Cíl: posílení m. quadriceps femoris.

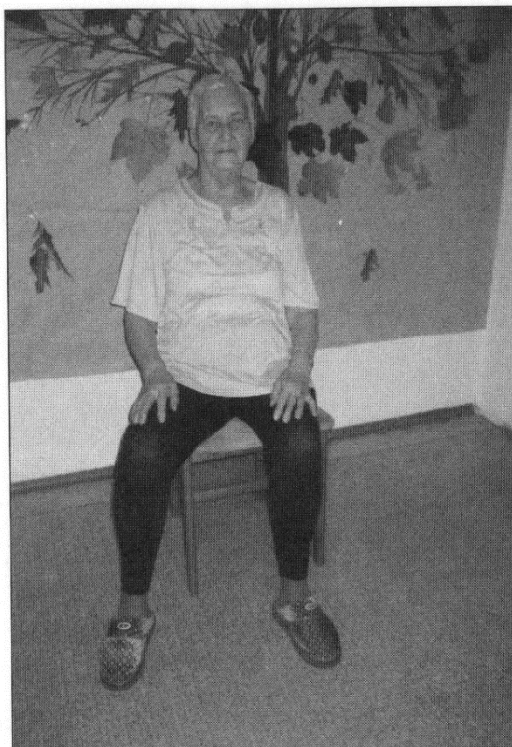
Pozn.: Pozor na prohnutí v bedrech.



35. Abdukce a addukce v kyčli. Abdukovat dolní končetinu flektovanou v kolenním kloubu, zpět. Totéž na druhou stranu.

Unožíme jednu nohu co nejvíce do strany... a zpátky.

Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti v kyčelním kloubu do abdukce.

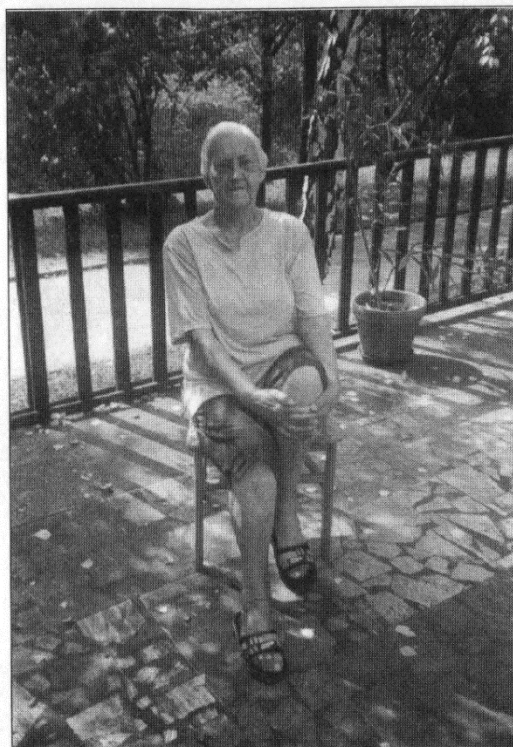


36. Maximální flexe v kyčelním kloubu.

Rukama uchopit jednu dolní končetinu za koleno a pomalu přitáhnout do co největší flexe v kyčelním kloubu (koleno je též flektované), výdrž a pomalu povolit. Totéž na druhou stranu. Necvičíme přes bolest.

Chytíme rukama jedno koleno a pomalu přitahujeme co nejvíce k bříšku. Necvičíme přes bolest. Chvilku vydržíme a pomalu pokládáme.

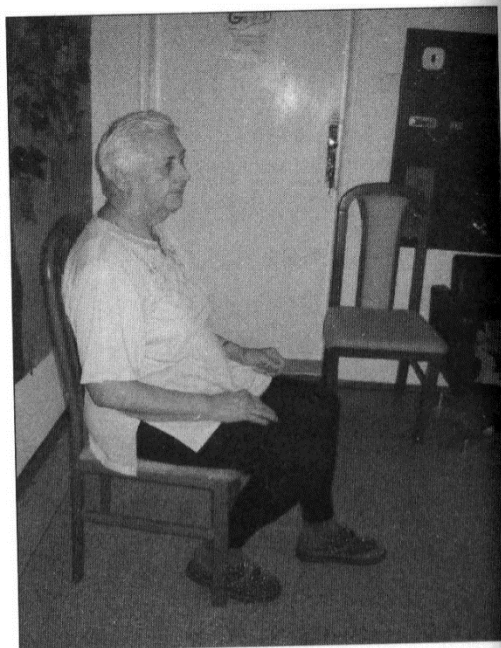
Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti v kyčelním kloubu do flexe, lehké protažení hamstringů.



37. Flexe v kolenním kloubu. Co nejvíce flektovat dolní končetinu v kolenním kloubu (ze základní polohy zasunovat směrem pod židli). Totéž na druhou stranu.

Ohneme jednu nohu co nejvíc v koleni, zasuneme pod židli a zpátky.

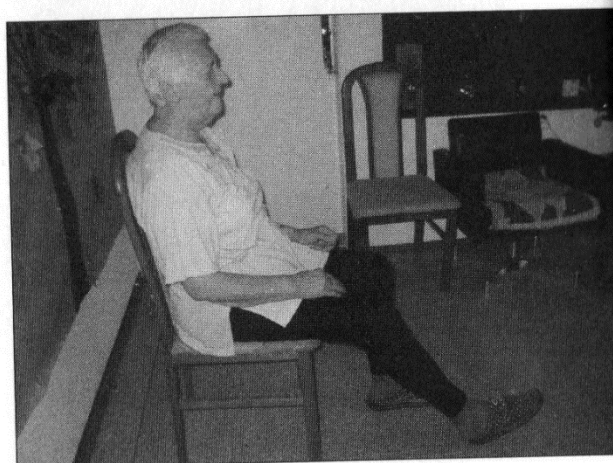
Cíl: zvětšení rozsahu pohyblivosti kolenního kloubu do flexe.



38. Extenze v kolenním kloubu s opřením o patu. Provést extenzi v kolenním kloubu jedné dolní končetiny a zároveň dorzální flexi v kotníku a končetinu opřít o patu, zpět. Totéž na druhou stranu.

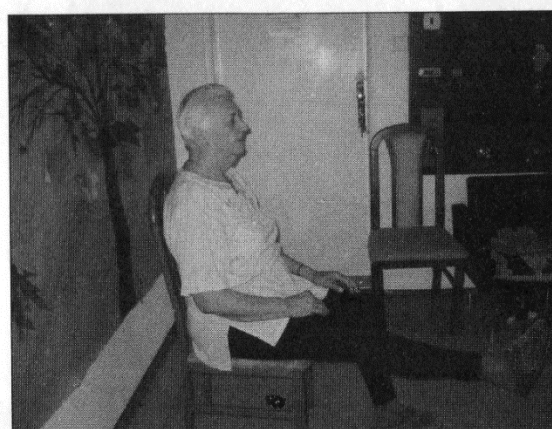
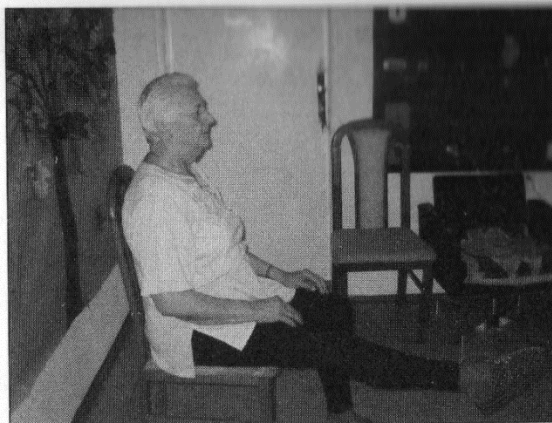
Natáhneme nohu v koleni a vepředu opřeme o patu... a zpátky.

Cíl: koordinace pohybu, posílení m. quadriceps femoris.



39. Extenze v kolenním kloubu s plantární a dorzální flexí.

Provést extenzi v kolenním kloubu jedné dolní končetiny, výdrž, provádět střídavě dorzální a plantární flexi v kotníku 2-3x, pak teprve dolní končetinu položit na zem. Totéž na druhou stranu. *Natáhneme nohu v koleni, uděláme fajfku... a špičku... a povolit.* **Cíl:** náročnější posilování m. quadriceps femoris, m. tibialis anterior, m. triceps surae.



40. Vzor na ruce. Opřít ruce o sedadlo po stranách, vzepřít se na ruce a nadzvednout hýždě a stehna nad sedadlo, povolit.

Opřeme ruce o sedadlo ze stran, opřeme se o ruce a nadzvedneme zadeček, jako bychom chtěli vstát a pak si to rozmysleli. Povolit. **Cíl:** posílení celého ramenního pletence, nácvik vstávání ze židle.

Pozn.: Tento cvik vynecháme u účastníků, kteří mají bolesti v oblasti zápěstí.



Je zábavnější než běžné cvičení, navíc ve spojení s konkrétními činnostmi, kteří tito lidé dříve prováděli, je provedení cviků lepší. Navíc se zároveň trénují kognitivní funkce, zejména dlouhodobá paměť, protože cvičící mohou sami vyjmenovávat jednotlivé činnosti, které pak napodobují. Níže uvedené cviky jsou ty nejosvědčenější. Při cvičení se zapojují celé velké komplexy svalů zejména horních končetin v různém sledu.

Sporty

- plavat prsa
- plavat kraula
- plavat motýlek
- pádlovat - na obě strany
- veslovat
- vzpírat
- boxovat

Domácí činnosti

- míchat těsto
- prát prádlo na valše
- ždímat prádlo
- řezat pilou
- štípat dříví
- šít
- mýt okna
- sekat srpem

Hra na hudební nástroje, např.

- klavír
- housle
- flétna
- příčná flétna
- kytara
- tahací harmonika
- harfa
- buben

Zdroj: HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 108 s. ISBN 80-7254-564-7.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Gabriela Hamplová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Péče o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou v domácích podmínkách
Název v angličtině:	The care for a person afflicted by Alzheimer disease in home conditions
Anotace práce:	Práce pojednává o problematice Alzheimerovy choroby. Z tohoto rozsáhlého tématu jsem si zvolila péči o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou v domácích podmínkách. V teoretické části se zabývám stárnutím, stářím, demencí, protože to souvisí s Alzheimerovou chorobou. Jelikož Alzheimerova choroba je mým hlavním tématem, proto se jí věnuji samostatně v jedné kapitole. Popisuji zde rodinnou péči, rady a terapie. V praktické části, pomocí hloubkového rozhovoru zjišťuji, jak senioři žili v produktivním věku, jak se změnil život postižených osob a jakou kvalitu života mají nebo měli postižení v domácích podmínkách. Následně získané informace zhodnocuji.
Klíčová slova:	Stárnutí, stáří, demence, Alzheimerova choroba, rodinný pečující, péče, domácí péče, terapie, nefarmakologické terapie
Anotace v angličtině:	This thesis deals with several issues of Alzheimer's disease, particularly the treatment of patient in home care. The theoretical part is focused on aspects related with Alzheimer's disease such as ageing, old age and dementia. One chapter is dedicated solely to Alzheimer's disease, as it is the main topic of this thesis. It describes home care, advice and therapy. The practical part deals with way of

	living of seniors in productive part of life, what changes have they experienced and the quality of their lives in home care. This is established through means of in-depth interview. These findings are subsequently evaluated.
Klíčová slova v angličtině:	Aging, old age, dementia, Alzheimer's disease, cares, family care, care at home, home care, therapy, non- pharmacological therapy
Přílohy vázané v práci:	8
Rozsah práce:	94 stran
Jazyk práce:	čeština