

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2016–2020**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Klára Jirků

**Alzheimerova choroba jako novodobá epidemie a její projevy
u seniorů v Alzheimercentru**

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce:
prof. PhDr. Miloslav Kodým, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR PART-TIME STUDIES

2016–2020

BACHELOR THESIS

Klára Jirků

**Alzheimer's Disease as a Modern Epidemic and its
Manifestations in the elderly in Alzheimer Center**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
prof. PhDr. Miloslav Kodým, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....
Klára Jirků

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. PhDr. Miloslavu Kodýmovi, CSc., za jeho odbornou pomoc, vedení mé bakalářské práce a za jeho rady a čas strávený při konzultacích. Dále potom PhDr. Veře Nemesi za odborný dohled a trpělivost a obětavost při konzultacích.

Poděkování patří také respondentům, bez kterých by má bakalářská práce nevznikla.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku Alzheimerovy choroby v Alzheimercentru a vzrůstající tendenci jejího výskytu. V teoretické části je popsána Alzheimerova choroba, její příčiny, diagnostika, výskyt v populaci a kvalita života lidí trpících touto chorobou. Práce dále informuje o chování osob s tímto onemocněním, o nezbytné nutnosti plánovat budoucnost a o pomoci poskytované osobám, které o takto postižené pacienty pečují. Ve výzkumné části je pomocí kvalitativní metody (případové studie) zkoumán nárůst výskytu Alzheimerovy choroby, konkrétně je provedena analýza nárůstu počtu žádostí klientů pro příjem do centra pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba, institucionální péče, rodinná péče, sociální služby, stáří, změny chování.

Annotation

The bachelor thesis is focused on Alzheimer's disease in the Alzheimer's Center and an increasing tendency of its occurrence. The theoretical part describes Alzheimer's disease, its causes, diagnosis, occurrence in the population and the quality of life of people suffering from this disease. The work also informs about the behaviour of people with this disease, about the necessity to plan the future and about the help provided to the persons who take care of the affected patients. In the research section, the use of a qualitative method (case studies) investigates an increase in the incidence of Alzheimer's disease, namely an analysis of the increase in the number of clients' applications for admission to the Center for Alzheimer's Disease.

Keywords

Alzheimer's disease, behavioural changes, family care, institutional care, social services, old age.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 HISTORIE ALZHEIMEROVY CHOROBY	10
1.1 Alzheimerova choroba v minulosti	12
1.2 Alzheimerova choroba dnes	12
1.3 Demence	12
2 EPIDEMIOLOGIE ALZHEIMEROVY CHOROBY (AD)	14
2.1 Definice pojmů epidemie a epidemiologie.....	14
2.2 Situace v České republice.....	17
2.3 Zvýšený výskyt Alzheimerovy choroby.....	19
2.4 Počty lidí s demencí podle krajů	19
2.5 Mezinárodní srovnání.....	20
2.6 Nejnovější vědecké studie Alzheimerovy choroby	22
3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU ALZHEIMEROVY CHOROBY	24
3.1 První příznaky	25
3.2 Varovné příznaky	25
3.3 Stadia Alzheimerovy choroby	26
3.4 Rizikové faktory pro vznik Alzheimerovy choroby.....	26
3.5 Kvalita života	28
4 DIAGNOSTIKA	30
4.1 Odborná vyšetření	30
5 PRINCIPY TERAPEUTICKÉ PRÁCE S KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBU	33
5.1 Trénování paměti a zdravé stárnutí	34
6 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ	36
6.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	36
6.2 Vyhláška č. 505/2006 Sb. – vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST	39

7	NÁRŮST POČTU ŽÁDOSTÍ O PŘÍJEM DO ALZHEIMERCENTRA	39
7.1	Výzkumné cíle.....	39
7.2	Popis výzkumného vzorku	39
7.3	Metody výzkumu.....	39
7.4	Analýza výzkumu.....	40
8	KAZUISTIKY	41
8.1	Kazuistika č. 1 – paní Anna.....	41
8.2	Kazuistika č. 2 – paní Libuše	43
8.3	Kazuistika č. 3 – pan Václav	44
8.4	Kazuistika č. 4 – paní Blanka.....	45
8.5	Kazuistika č. 5 – pan Josef	47
8.6	Kazuistika č. 6 – paní Jana	49
8.7	Kazuistika č. 7 – paní Marie.....	51
	ZÁVĚR	53
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	55
	SEZNAM ZKRATEK	59
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	60

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je Alzheimerova choroba coby novodobá epidemie a její projevy u seniorů v Alzheimercentru. Dané téma si autorka vybrala, protože jí je velice blízké.

Úvodem je třeba uvést, že ve snaze o větší přehlednost používá autorka nejčastěji pojem Alzheimerova nemoc či demence. Oba pojmy jsou vysvětleny dále. Ze zkušeností se ví, že se lépe hovoří o Alzheimerově chorobě, protože pojem demence má stále mnoho negativních konotací a pro mnoho lidí je doslova zraňující. Přístup k pacientům s jednotlivými formami demence, zejména v rozvinutých stádiích, kdy tito lidé potřebují péči a podporu jejich blízkých, je velmi podobný. Rozlišení jednotlivých typů demence má význam s ohledem na možnou léčbu, není však již tak významné pro péči.

V praxi i v různých studiích bylo prokázáno, že dobré a přiměřené informace jsou pro pečující nesmírně důležité. Jsou důležité i v případech, kdy nejsou potěšující. To je bohužel častý případ onemocnění způsobujících demenci. Být informován ovšem znamená mít možnost a příležitost vyrovnat se s danou situací a rozmyslet si a naplánovat vše, co je a bude potřebné. Díky včas poskytnutým informacím je možné zachovat dobrou kvalitu života, a to jak člověka s demencí, tak člověka, který je mu oporou a pečuje o něj.

Začátkem 19. století žil na Zemi necelý milion obyvatel, na začátku 20. století to již bylo 1,65 miliardy a na začátku 21. století nosila tato planeta na svém povrchu 6,1 miliardy obyvatel. Střední délka života lidí se přitom zejména v ekonomicky vyspělých zemích neustále prodlužuje. Nejčastější formou demence je u stárnoucí populace Alzheimerova choroba. Jedná se o degenerativní, neléčitelné a terminální onemocnění. Většinou je diagnostikována u osob starších 65 let, nicméně onemocnění se může objevit, i když méně často, mnohem dříve. Alzheimerova choroba zasahuje až 75 % z více než 38 milionů lidí na celém světě, kteří trpí demencí. Očekává se, že se počet nemocných trpících Alzheimerovou chorobou zdvojnásobuje každých 20 let, a předpokládá se tedy, že v roce 2050 by mohlo být na celém světě zasaženo zhruba 115 milionů lidí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORIE ALZHEIMEROVY CHOROBY

Zvěřová (2017, s. 11) uvádí: „*Příznaky tohoto onemocnění poprvé popsal německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer v roce 1906. Narodil se 14. června 1864 v bavorském městečku Merkbreit, kde jeho otec působil jako notář. Alois Alzheimer studoval na univerzitách v Berlíně a Würzburgu a v roce 1887 získal lékařský titul.*“ Po škole začal pracovat v psychiatrické léčebně ve Frankfurtu nad Mohanem, kde potkal známého neurologa Franze Nissla. Oba dva se spolu pustili do experimentálního studia anatomie mozkové kůry a jejich hypotézy prověřovali na lidech v domovském ústavu. V roce 1902 začal Alzheimer pracovat u profesora Kraepelina v Heidelbergu, přičemž společně působili na univerzitní psychiatrické klinice v Mnichově. Na onemocnění mozkové kůry pacientky, která zesnula v 55 letech plně dementní, seznamoval s problematikou mladý Alzheimer další kolegy. Poprvé se tak stalo v Tübingenu na lékařském semináři, který proběhl 3. listopadu 1906. Při pitvě mozku zesnulé našli mnoho specifických plaků a vláken. Kolegové nicméně tenkrát nejevili přílišný zájem o jeho sdělení a mysleli si, že jde spíš o nějakou zvláštnost. Alzheimer zemřel 19. prosince 1915 na selhání srdce (Zvěřová, 2017, s. 11).

Obrázek 1: Alois Alzheimer



Zdroj: ResearchGate, online, cit. 2019-01-02

Obrázek 2: Hrob Aloise Alzheimerera ve Frankfurtu nad Mohanem



Zdroj: ČT24, online, cit. 2019-01-02

Oskar Fischer (1876–1942) byl psychiatr a neuropatolog, který pracoval na pražské psychiatrické klinice a zabýval se studiem stejného onemocnění. Fischer se narodil 12. dubna 1876 ve Slaném. Studoval lékařskou fakultu ve Štrasburku a na Německé univerzitě v Praze. Po jejím úspěšném dokončení v roce 1900 nastoupil Fischer na katedru patologie na téže univerzitě, ze které v roce 1902 přešel na psychiatrické oddělení (Zvěřová, 2017, s. 13). V průběhu první světové války byl Fischer jmenován přednostou na psychiatrickém a neurologickém oddělení ve Vojenské nemocnici v Praze. Po válce pracoval jako docent na německé Psychiatrické klinice v Praze. Zemřel 28. února 1942 ve věku 65 let, nejspíše na infarkt (Zvěřová, 2017, s. 14).

Obrázek 3: Oskar Fischer



Zdroj: Wikipedie, online, cit. 2019-01-02

1.1 Alzheimerova choroba v minulosti

Pokud projevy Alzheimerovy choroby vypukly před rokem 1994, neměl pacient možnost dostat žádné léky. Mohl jen věřit, že propuknutí nemoci bude mít pomalý průběh, že si co nejdéle udrží paměť a samostatnost a že se objeví někdo, kdo nalezne účinný lék.

1.2 Alzheimerova choroba dnes

Alzheimerova choroba je smrtelné onemocnění, které postupem času zapříčiňuje znehodnocení všech kognitivních funkcí. Výskyt onemocnění roste s věkem. Postupující ztráta psychických a fyzických funkcí způsobuje nesmírnou bolest a stres jak nemocným, tak i jejich blízkým. Obrovskou zátěž představuje i pro zdravotnický systém, vzhledem k vysokým nákladům na léčbu, terapii a pečovatelskou službu.

V současné době existuje mnoho léků, které přispívají ke zmírnění projevů Alzheimerovy choroby a dokáží zpomalit její průběh. Jestliže je toto onemocnění léčeno v současnosti, je možné se aktivně podílet na jeho léčbě a zároveň si udržet duševní kondici a samostatnost déle, než tomu bylo v minulosti. Přestože je k léčbě zapotřebí dalších poznatků, rychlý pokrok vědy již změnil v uplynulých letech životy mnoha rodinám po celém světě (Rehabilitace.info, online, cit. 2019-01-02).

1.3 Demence

Demence je důsledkem závažného chorobného či jiného procesu (trauma, otrava) postihujícího mozek, zejména jeho nejzranitelnější část – mozkovou kůru. Nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba. Mezi další řadíme demenci při Parkinsonově chorobě a demenci s Lewyho tělísky (spojené s parkinsonskými příznaky a poruchami hybnosti). Prakticky u všech lidí s demencí se vyskytují psychické příznaky (nejistota, strach, deprese, úzkost) či poruchy chování (neobvyklé chování, neklid, přecházení, apatie, někdy i agresivita). Demence je vždy výsledkem chorobného procesu a není normální

součástí stárnutí. Pojem „stařecká demence“ je proto chybný a zavádějící. Stáří nepřináší kognitivní poruchu či demenci (Holmerová, 2016).

2 EPIDEMIOLOGIE ALZHEIMEROVY CHOROBY (AD)

2.1 Definice pojmů epidemie a epidemiologie

„Epidemie je označení pro hromadný výskyt určitého druhu onemocnění v daném čase a místě. Existuje více druhů epidemií, pokud dojde k prudkému nárůstu a rychlému rozšíření choroby, která však trvá krátce a také rychle skončí, jde o epidemii explozivní.

Pokud jde o onemocnění dlouhodobé, pomalu narůstající a s dlouhou inkubační dobou, označuje se jako epidemie kontaktní. V obou případech musí jít o chorobu s velkým nárůstem počtu případů oproti obvyklému stavu“ (Co je to?, online, cit. 2019-01-02).

„Epidemiologie je lékařské odvětví, zabývající se studiem faktorů ovlivňujících zdraví a nemocnost obyvatelstva a slouží také jako podklad k opodstatnění lékařských zásahů provedených v zájmu veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství. Epidemiologie je považována za základ metodologie výzkumu ve zdravotnictví a je vysoce ceněna v medicíně založené na důkazech, protože pomáhá rozpoznat rizikové faktory pro přenos nemocí a určuje optimální postup jejich léčby v klinické praxi“ (Wikipedie, online, cit. 2019-01-02).

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou všech demencí a čtvrtou až pátou nejčastější příčinou úmrtí. V čistém provedení jde asi o 5–70 % demencí, u smíšených forem je to 10–20 % veškerých demencí. Mezi následující nejčastější (necelých 5 %) degenerativní demence se řadí demence s Lewyho tělísky (LBD) a seskupení frontotemporálních demencí (FTD), které zaujímá zhruba 5–10 % demencí (WHO, 2016 In: Zvěřová, 2017).

Mnoho lidí s AD, LBD a FTD má zároveň přítomný i vaskulární prvek, pak mluvíme o demencích smíšených. Vaskulární demence produkuje 20–30 % všech demencí ve svém čistém provedení (WHO, 2016 In: Zvěřová, 2017).

Zbýlých 10 % produkuje ostatní příčiny demencí.

AD vzrůstá nejvíce s věkem; mezi 65 a 74 lety se vyskytuje u 3 %, mezi 75 a 84 lety již u 19 % a po 85. roce věku dosahuje až 47 % (Kumar, 2007).

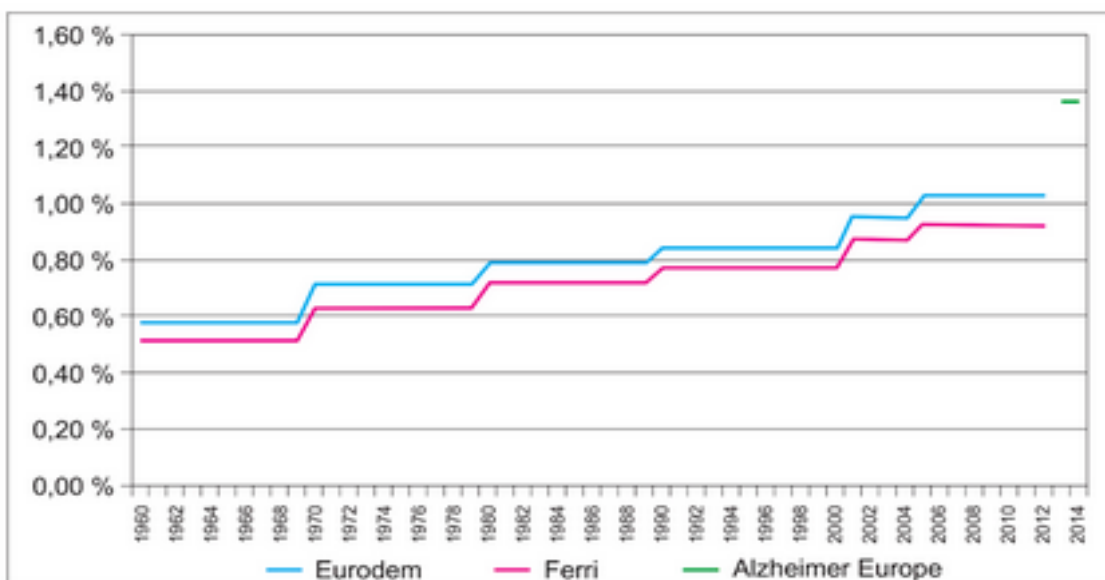
Mnoho případů onemocnění zůstává bohužel nedagnostikováno a neléčeno, proto je Alzheimerova choroba někdy také nazývána jako tichá epidemie. Na celé planetě trpí nějakým druhem demence více než 47,5 milionu lidí, z nichž 58 % žije v chudých zemích. Na základě zkoumání a zprávy WHO z roku 2016 je možné předpokládat, že se množství nemocných s demencí v roce 2050 ztrojnásobí na asi 135,5 milionu, přičemž zhruba 68 % postižených bude žít v chudých a středně chudých zemích (WHO, 2016 In: Zvěřová, 2017).

Jen v Evropské unii se množství nemocných nejspíše zdvojnásobí z dnešních 10 na 19 milionů, přičemž 15 milionů jich bude bydlet v dnešní Evropě. Každým rokem se celosvětově objeví dalších 7,7 milionu případů tohoto onemocnění, přičemž zhruba každé čtyři sekundy přibude jeden člověk s demencí (Zvěřová, 2017, s. 16). Z tohoto počtu připadá zhruba 3,6 milionu (46 %) na Asii, 2,3 milionu (31 %) na Evropu, 1,2 milionu (16 %) na Severní a Jižní Ameriku a 0,5 milionu (7 %) na Afriku (ÚZIS ČR, online, cit. 2019-01-10).

Demence a poškození kognitivních funkcí náleží celosvětově mezi zásadní rysy, které směřují u starších lidí k nezpůsobilosti a závislosti na okolí. Ve věkové skupině nad 60 let trpí v současnosti demencí přibližně každý 5.–8. jedinec (WHO, 2016 In: Zvěřová, 2017).

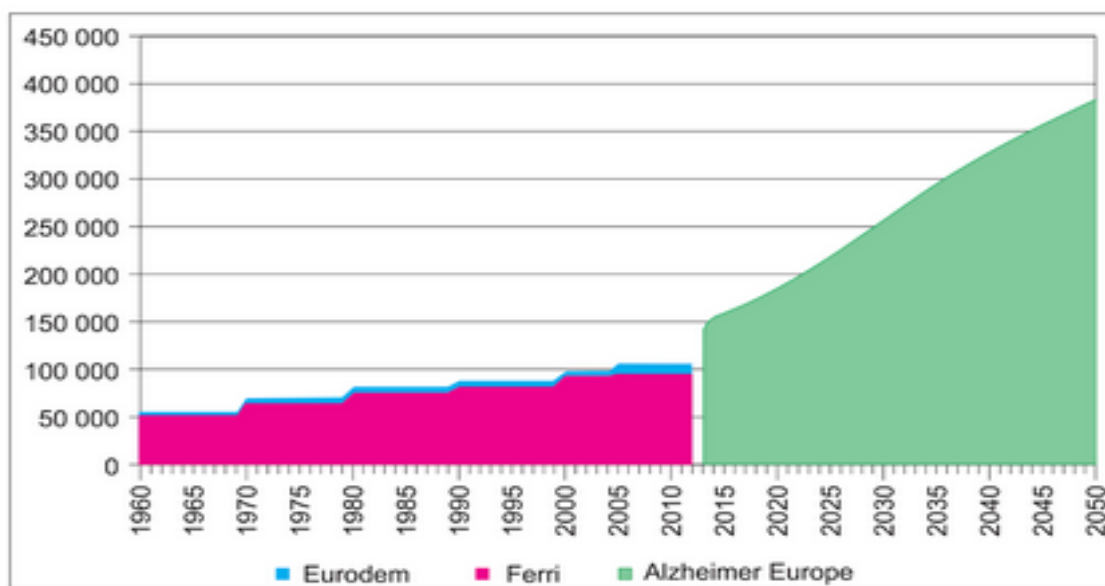
Ze získaných srovnávacích poznatků Světové zdravotnické organizace plyne, že ve střední Evropě je zastoupení osob s demencí zhruba stejné jako na jakémkoli jiném místě světa. Demencí trpí téměř 2 % Evropanů (1,55 %). Česká republika je s 1,36 % postiženými lehce pod unijním průměrem. V Evropské Unii nicméně najdeme značné rozdíly, například Itálie se nachází na dvojnásobné hodnotě nemocných, než má Kypr, a není bez zajímavosti, že větší zastoupení této choroby vykazují sociálně a ekonomicky vyspělejší země (Zvěřová, 2017, s. 17).

Graf 1: Vývoj prevalence demence a počtu lidí s demencí v ČR



Zdroj: Alzheimer Europe (2013). Dementia in the Europe Yearbook 2013 In: Zvěřová, 2017

Graf 2: Vývoj prevalence demence a počtu lidí s demencí v ČR



Zdroj: Alzheimer Europe (2013). Dementia in the Europe Yearbook 2013 In: Zvěřová, 2017

2.2 Situace v České republice

V naší republice trpí nějakým druhem demence asi 150 000 jedinců (odhad zahraničních prevalenčních studií), přičemž z více než dvou třetin jsou postiženy ženy. Celkem demencí trpí asi 45 500 mužů a asi 97 700 žen. Ve věku mezi 80–85 lety je postiženo více než 10 % obyvatelstva. Očekává se, že v roce 2050 bude v ČR přibližně 383 000 jedinců nemocných demencí (Mátl, online, cit. 2019-01-22).

Při pohledu na historický vývoj demence v ČR je zřejmé, že jak v absolutním, tak v relativním posouzení množství jedinců trpících demencí se jejich počet neustále zvyšuje.

V šedesátých letech existovalo v ČR přibližně 49 tis. až 55 tis. lidí trpících demencí, v roce 1989 to bylo asi 73 tis. až 81 tis. populace a v roce 2000 zhruba 89 tis. až 98 tis. (Mátl, online, cit. 2019-01-22).

Péče o tyto nemocné klade velké nároky na veřejné i soukromé finance. Celosvětový rozpočet na boj s demencí (jestliže bereme v úvahu i péči, kterou nemocným obstarávají rodinní příslušníci) byl v roce 2010 vyčíslen na 604 mld. USD za rok. To odpovídá asi 1 % celosvětové HDP (cca 40 mld. Kč) nebo přibližně 0,6 % HDP, a to pakliže účtujeme jen přímé náklady (WHO, 2016 In: Zvěřová, 2017).

Výdaje, které dnes vyspělejší státy vynakládají na boj s demencí, tvoří náklady na neformální části (45 %) a na profesionální sociální péči (40 %). Náklady na lékařskou péči jsou odhadovány zhruba na 21 tis. EUR za rok (15 %) (Mátl, online, cit. 2019-01-22).

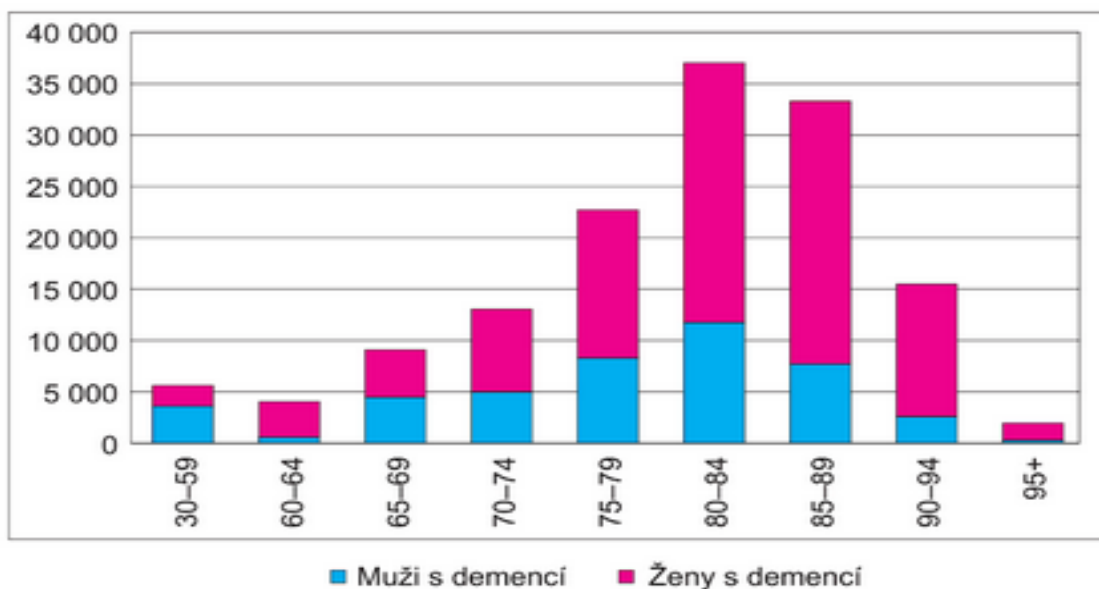
Předpokládá se, že jestliže v blízké době nedojde ke zdokonalení léčby, hospodářské náklady na toto onemocnění stoupnou prudce nahoru, a to zejména v zemích s nízkými a středními příjmy (WHO, 2016 In: Zvěřová, 2017).

Podle prognóz by měl do roku 2050 počet lidí ve věku 60 let a více let dosáhnout dvou miliard, a představovat tak zhruba 22 % celosvětové populace. Předpokládá se, že čtyři pětiny těchto lidí budou žít v Asii, Africe a Latinské Americe. K rychlému růstu počtu seniorů dojde zřejmě také v Indii, Číně a Latinské Americe. Více než 58 % všech lidí s demencí žije v zemích s nízkým a středním příjmem (WHO, 2016 In: Zvěřová, 2017), přičemž toto procento by se mělo do roku 2030 zvýšit na 63,4 %, a do roku 2050 dokonce až na 68 %. Očekávané procentní zvýšení seniorů v populaci je v těchto zemích

založeno především na rozdílném tempu populačního růstu a demografickém stárnutí obyvatelstva. Finanční náklady na péči o postižené zapříčiní, že se mnoho domácností ocitne pod hranicí chudoby (ÚZIS ČR, online, cit. 2019-01-10).

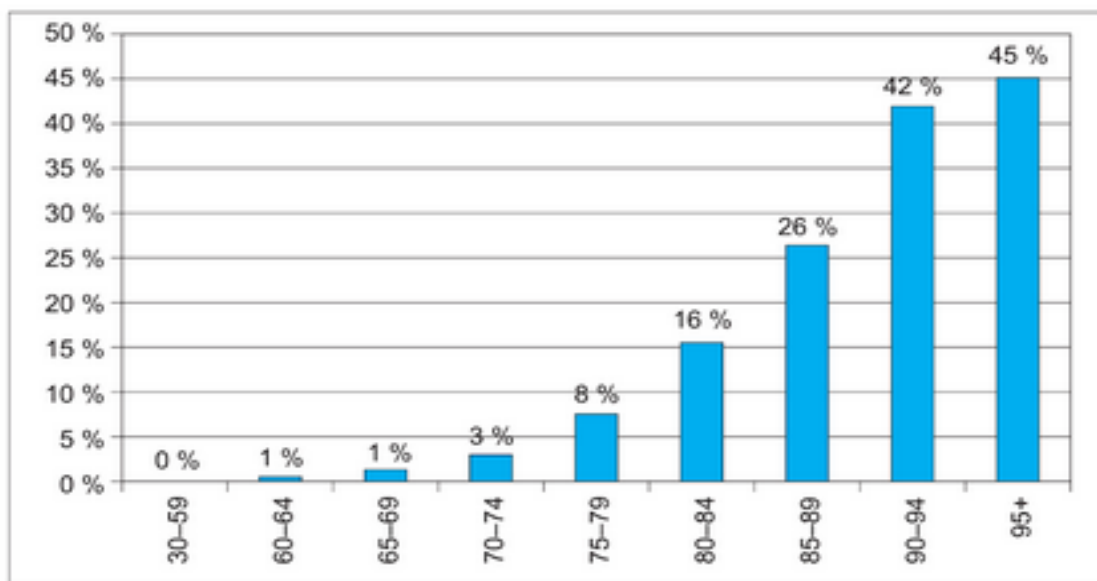
V zemích s nízkými příjmy jsou přímé náklady na sociální péči malé a v celkových nákladech převládají výdaje spojené s neformální péčí (tj. neplacenou péčí poskytovanou především rodinou). Přímé náklady na odbornou péči tvoří v celosvětovém měřítku jen 16 % nákladů na tuto nemoc. Podle demografických posudků ovlivňují v ČR osudy postižených demencí dalších 250 tis. osob, kterým obava o nemocné příbuzné a jejich ošetřování zhoršují kvalitu života. Do budoucna se v důsledku globálního stárnutí obyvatelstva značně změní i vztah mezi nemocnými s demencí a pracujícím obyvatelstvem. Zatímco nyní připadají v České republice na 100 pracujících ve věku 15–64 let tři nemocní, v roce 2050 by jich již mohlo být 5–6. Demence je jednou ze zásadních důvodů disability ve vyšším věku. Odpovídá za 11,9 % let existence s disability v důsledku chronické nemoci. Podle britské zprávy Dementia UK 2012 stojí demence za cca 10 % úmrtí mužů a 15 % úmrtí žen ve věku 65 let a více. Demence také 2,5× navyšuje riziko úmrtí, přičemž většina těchto úmrtí přichází ve věku 80–95 let (Zvěřová, 2017, s. 18).

Graf 3: Prevalence demence dle věkových skupin a pohlaví v ČR



Zdroj: Alzheimer Europe (2013). Dementia in the Europe Yearbook 2013 In: Zvěřová, 2017

Graf 4: Prevalence demence dle věkových skupin v ČR



Zdroj: Alzheimer Europe (2013). Dementia in the Europe Yearbook 2013 In: Zvěřová, 2017

2.3 Zvýšený výskyt Alzheimerovy choroby

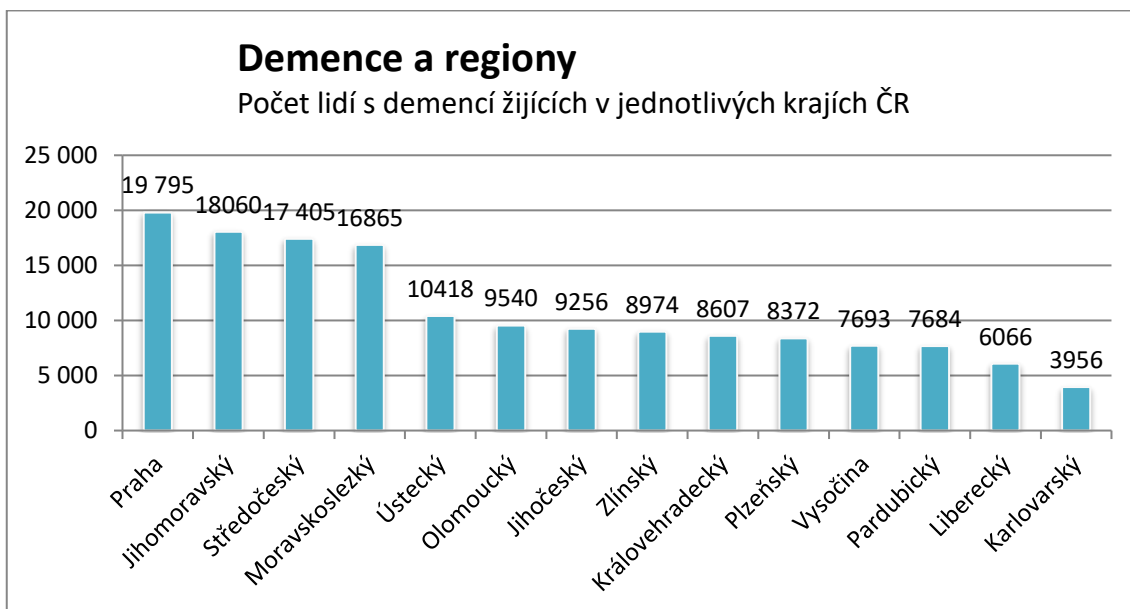
Snižuje se množství stopových prvků v půdě a vitamínů v zemědělských plodinách, naopak zvyšuje se v nich obsah kovů. V podstatě se krátí průměrná doba dožití a narůstá počet vícero onemocnění u jednoho člověka. Lidé požívají malé množství čerstvých potravin a preferují ochuzené předpřipravené potraviny, konzervy a sušenky. Prodejny jsou plné nekvalitních jídel a špatných potravin. Důvodem je mimo jiné i to, že nákupčí v domovech důchodců a nemocnicích mají velkou tržní sílu, tím pádem spolurozhodují o tom, co se v obchodech prodává. Nákupčí v ústavech jsou lidé bez vzdělání, kteří se řídí požadavkem, aby toho bylo co nejvíce za málo peněz, ale sami takové potraviny nemusejí jíst ani je připravovat (Stálé mládí, online, cit. 2019-01-02).

2.4 Počty lidí s demencí podle krajů

Nejvyšší podíl lidí s demencí vykazují kraje s nejstarší věkovou strukturou. Relativně nejvíce lidí s demencí žije v Praze (19 795), Jihomoravském kraji (18 060) a Středočeském kraji (17 405). Naopak relativně nejméně lidí s Alzheimerovou chorobou

či jiným typem demence žije v Karlovarském kraji (3956), Libereckém (6066) a Pardubickém (7684). **Regionem s absolutně nejvyšším počtem lidí s demencí je Praha**, v níž žije 19 795 lidí s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Praha je zároveň místem, v níž mezi lety 2013 a 2014 přibylo nejméně lidí s demencí ve vyšších věkových skupinách (pouze 107). V krajích se srovnatelným počtem obyvatel, kterými jsou Středočeský kraj, Moravskoslezský kraj a Jihomoravský kraj, byl přítom nárůst přinejmenším čtyřikrát vyšší. Nejvyšší nárůst lidí s demencí zaznamenal kraj Jihomoravský (529).

Graf 5: Počet lidí s demencí žijících v jednotlivých krajích ČR

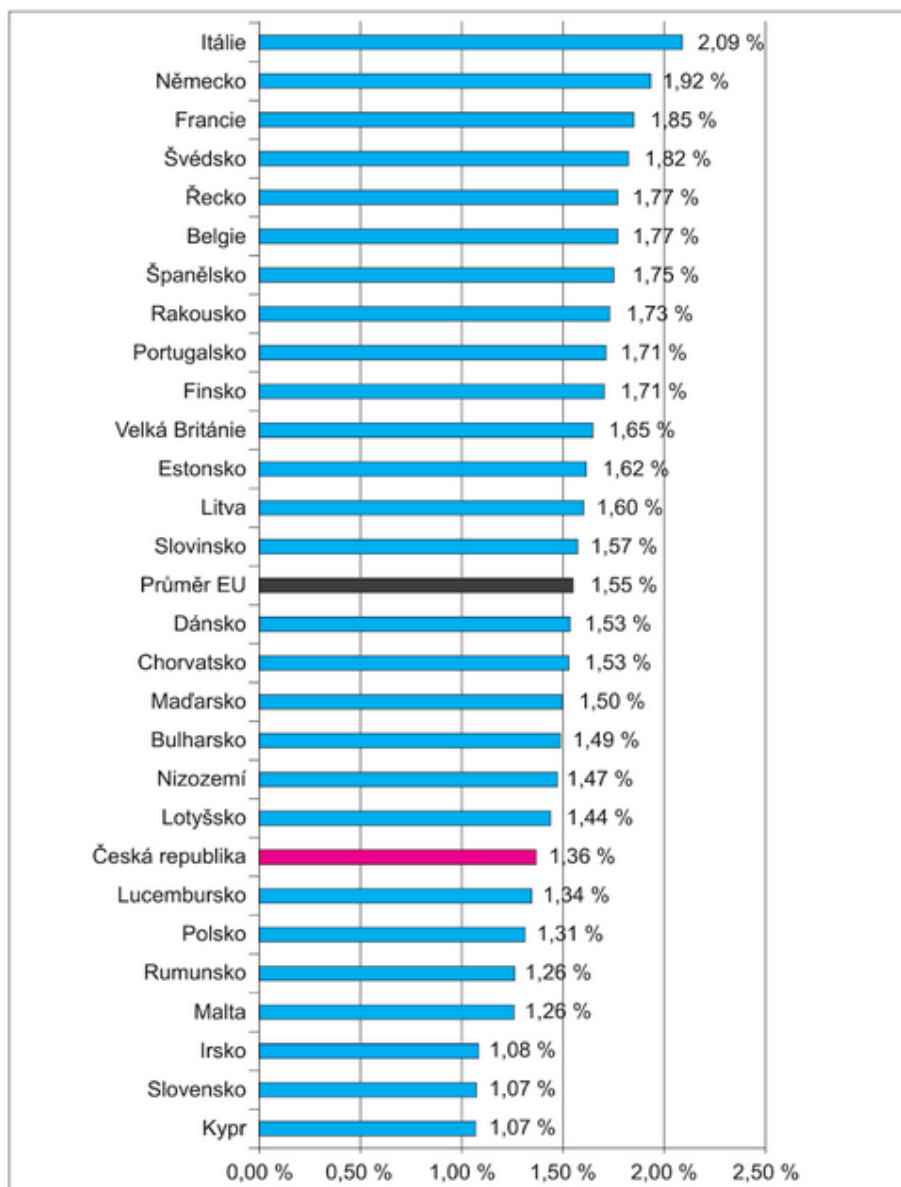


Zdroj: Česká alzheimerovská společnost, online, cit. 2019-01-02

2.5 Mezinárodní srovnání

U osob starších 60 let se demence v roce 2010 celkem vyskytla u 4,7 % z nich, přičemž Africe to bylo u 2,6 %, v Americe u 6,5 %, ve Východní Evropě u 4,8 %, ve Střední Evropě u 4,7 %, v Západní Evropě u 7,2 % a v Asii u 3,9 %. (WHO In: Zvěřová 2017)

Graf 6: Prevalence demence ve státech EU v roce 2013



Zdroj: Alzheimer Europe (2013). Dementia in the Europe Yearbook 2013 In: Zvěřová, 2017

2.6 Nejnovější vědecké studie Alzheimerovy choroby

Závěry nejnovějších vědeckých studií Alzheimerovy choroby naznačují, že bude možné předpovědět, zda má daný jedinec genetické předpoklady k onemocnění touto chorobou. Nový test krve pro Alzheimerovu chorobu je natolik přesný, že by ji mohl předvídat 30 let před jejím vznikem.

Výzkumníci z Missouri odhalili, že krevní testy mohou identifikovat markery Alzheimerovy nemoci ještě před tím, než se u pacientů začne projevovat ztráta paměti a zmatek. Toto zjištění je významným krokem k předvídání rizika onemocnění. Předpovědět Alzheimerovu chorobu může být stejně jednoduché jako provést jednoduchý krevní test. Výzkum byl prezentován na Mezinárodní konferenci Alzheimerovy asociace, která se konala v britském Londýně, a publikovány v časopisech Alzheimer's and Dementia a Nature (Nature, online, 2019-01-02).

Klíčem k nové metodě je zjištění přítomnosti proteinu amyloid beta ($A\beta$). U lidí s Alzheimerovou chorobou dochází k rozsáhlé ztrátě neuronů dříve, než se objeví příznaky onemocnění. Protože se mozek podílí na každodenních úkolech, opakovaně produkuje a odstraňuje protein nazvaný amyloid beta ($A\beta$). Některé beta amyloidy ($A\beta$) se rozpustí v krvi a mozkomíšním moku. Pokud se však protein začne hromadit, může se hromadit do mozku, přilnout k neuronům a způsobit neurologické poškození, což přispívá k rozvoji a progresi Alzheimerovy nemoci. Z tohoto důvodu existuje naléhavá potřeba jednoduchých screeningových testů, které mohou předpovědět riziko Alzheimerovy nemoci dlouho před nástupem příznaků. V současnosti existují jediné dva způsoby, které jsou schopné detekovat amyloid beta ($A\beta$) v mozku, a to pomocí skenování pozitronovou emisní tomografií (PET) nebo lumbální punkce.

PET vyšetření je drahé a „není široce dostupné“ a lumbální punkce je invazivní a vyžaduje „specializovanou lékařskou proceduru“ poskytovanou velmi malým počtem praktiků.

Na základě studie na 373 pacientech z Austrálie a Japonska byl amyloid beta ($A\beta$) protein s použitím nového postupu přesně lokalizován ve více než 90 % případů.

„Z malého krevního vzorku může naše metoda měřit několik proteinů spojených s amyloidem, i když jejich koncentrace je extrémně nízká,“ popisuje člen vědeckého týmu Koichi Tanaka z japonské společnosti Shimadzu Corporation (Kaneko, 2014).

Stále ještě nevíme, jak Alzheimerova choroba vzniká a rozvíjí se, nicméně se zdá, že v tomto procesu hrají velkou roli abnormální hladiny beta amyloidu ($A\beta$) a další protein nazývaný tau. Významně se tyto proteiny začnou shromažďovat dlouho předtím, než se objeví symptomy Alzheimerovy choroby, jako je ztráta paměti, a to až 20 nebo 30 let předtím.

V současné době se k měření úrovně amyloid beta ($A\beta$) proteinů používají nákladná vyšetření mozku nebo těžká extrakce míšních tekutin, nicméně pro diagnózu onemocnění se často spoléhá pouze na hledání viditelných symptomů Alzheimerovy choroby, když už je rozvinutá. Nový proces pracuje s použitím hmotnostní spektrometrie pro ionizaci a skenování krve pro konkrétní peptid nebo aminokyselinovou sloučeninu, o které se předpokládá, že je spojena s koncentracemi beta amyloidu ($A\beta$). Zatím je vše ve fázi prvotního testování a je zapotřebí provést mnohem více testů, ale zdá se, že je to slibný start. Lék proti Alzheimerově chorobě zatím neexistuje, již nyní však známe určité postupy, které mohou snížit dopad tohoto onemocnění, jako je například změna životního stylu, dostatek spánku, zdravá strava a cvičení.

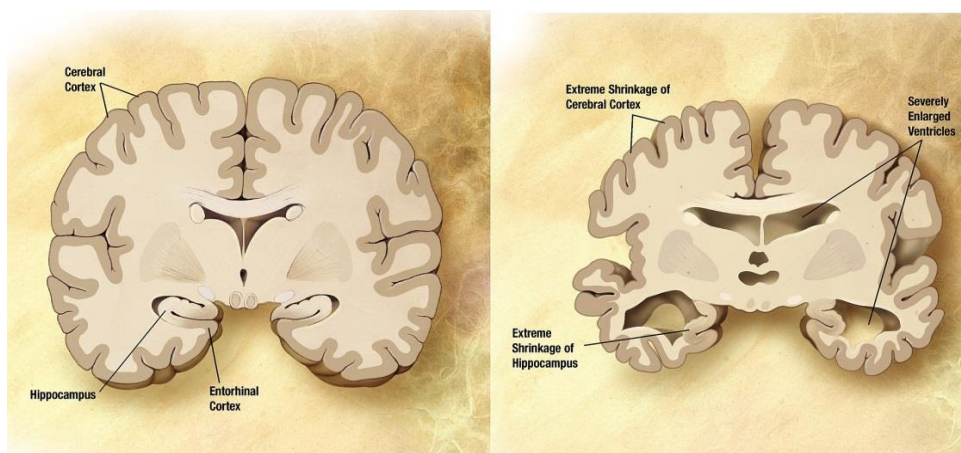
Doufejme, že tento nejnovější krevní test se v příštích několika letech ukáže být vhodný pro široké použití. „Tento nový test má potenciál zrušit drahé a invazivní metody skenování a lumbální punkce,“ říká profesor Colin Masters z Univerzity v Melbourne.

„V první řadě to však bude neocenitelný nástroj pro zvýšení rychlosti screeningu potenciálních pacientů“ (Kaneko, 2014).

3 ETIOLOGIE A RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU ALZHEIMEROVY CHOROBY

U Alzheimerovy choroby dochází k odumírání mozkových buněk a pokleslému přenosu informací mezi zachovanými nervovými buňkami. Onemocnění přichází prostě a zvolna a jeho počátek se dá těžko vymezit. Porucha krátkodobé paměti je hlavním a převážně prvním znakem onemocnění, řeč a mínění bývají zasaženy později. Pacient začíná často pokládat stejné otázky a selhává v posuzování a řešení primitivních úloh. Charakteristickým znakem je změna osobnosti, např. nezájem, pokles zájmu o okolí, o druhé či osamocení. Často se projeví jeho záporné rysy z minulosti, např. nutkavé jednání, agresivita či podezíravost. Pacient začne obviňovat ostatní z toho, že mu předměty, které nedokáže nalézt, odcizili. Někdy si neuvědomuje problémy a jeho okolí registruje jeho zvláštnosti. U jiného pacienta se může objevit stres z uvědomění si vlastní neschopnosti a závislosti na druhých. Mimo depresí se může u pacienta objevit neklid, strach z okradení, podezíravost, pocity opuštěnosti, pláč bez příčiny nebo sklony k násilnickému chování. Jedním ze záporných projevů je porucha spánku; pacient v noci nemůže spát, bloudí po bytě a je přesvědčen, že je čas oběda nebo vycházky, a domáhá se jich. Má poškozenou paměť, i když ji zcela neztratil. Hrozí mu pády a vyžaduje pomoc i při běžných činnostech, jako je mytí či oblékání (Rehabilitace.info, online, cit. 2019-01-02).

Obrázek 4: Porovnání zdravého mozku starší osoby a mozku atrofovaného při pokročilé formě Alzheimerovy nemoci



Zdroj: Wikipedie, online, cit. 2019-01-02

3.1 První příznaky

Alzheimerova choroba se rozpoznává těžce. Její projevy nejsou u každého jedince stejné, často je můžeme splést s jinými chorobami. Výpadek paměti nemusí být vždy příznak Alzheimerovy choroby (Regnault, 2011, s. 15).

3.2 Varovné příznaky

Jestliže se objeví poruchy paměti, jedinec bezcílně bloumá a má problém provést některé fyzické úkony, kohokoliv patrně napadne, že jde o náznaky Alzheimerovy choroby. Nicméně o tyto příznaky, jež u vašeho přítele zjistíte, jednat nemusí (Regnault, 2011, s. 15).

„Velmi často se nemocný pokouší zakrýt fakt, že už určité věci neumí dělat, změnou chování, říká Judith Mollardová, vedoucí výzkumného projektu, který uskutečnila asociace France Alzheimer. Typický příklad: Vzhledem k potížím s pamětí si takový člověk například nedokáže zapamatovat, které dny se vyvážejí popelnice, a místo toho, aby to přiznal, může reagovat agresivně a tvrdit, že není nutné, aby se pokaždé popelnice před dům dávaly. A právě podobné drobné změny, kdy se dotyčný snáze rozčílí, kontakt s ním je problematictější, vás mohou varovat nejdříve.“ (Regnault, 2011, s. 15)

Na první pohled není jasné, že může jít o Alzheimerovo onemocnění. Nicméně je zapotřebí nic neodkládat a včas vyhledat odborného lékaře, který pacientovi i jeho rodinným příslušníkům do celé situace vnese jasno.

Zmatenost, zapomínání a stavy duševní nepřítomnosti

K prvním znakům nemoci se řadí poruchy krátkodobé paměti. Jedinec především zapomíná nedávný situace, kdežto ty dřívější si relativně dobře vybavuje. Dotyčný může například zapomenout, kdo byl u něj doma včera na návštěvě nebo na nedávnou smrt někoho blízkého. Ale pozor! Jestliže někdo zapomene, kde si zaparkoval auto nebo jaké je křestní jméno nového starosty, známkou nemoci to určitě není. Takové věci se dějí vcelku často nám všem. Každý je občas unáhlený nebo přetažený, v tomto případě se obávat nemusíme (Regnault, 2011, s. 16).

3.3 Stadia Alzheimerovy choroby

Průběh nemoci lze rozčlenit podle stupně demence na lehké, střední a těžké stadium.

Lehké stadium onemocnění – v klinické podobě převažují poškození kognitivních funkcí, jejichž prostřednictvím člověk vnímá svět kolem sebe, jedná a reaguje. K nestandardnímu chování dochází již při běžných každodenních činnostech, zejména u těch, při kterých je zapotřebí všímavost.

Střední stadium onemocnění – dochází k dalšímu úbytku kognitivních funkcí, nemocní jedinci již ztrácejí schopnost posoudit svůj stav jako chorobu. Dochází k relativně rychlému růstu poruch, které se promítají do každodenních činností, především ochabuje způsobilost ovládat jednoduché domácí přístroje, jako je televize, pračka, telefon atd., a pacienti již neumějí správně hospodařit s jejich penězi. Mnohdy se zjišťují psychologické znaky demence, včetně poruch chování.

Těžké stadium nemoci – pacienti nepoznávají jejich nejbližší příbuzné ani své okolí a v důsledku silného úbytku kognitivních funkcí u nich nastává časoprostorová dezorientace. Stávají se plně závislými na okolní péči. Činnosti denního života jsou postiženy. Z hlediska pečovatелů jsou za nejkomplicovanější příznaky demence označovány většinou psychologické poruchy, pro okolí je pak nejvíce zatěžujícím defektem chování nemocného.

Nemocní se po zjištění prvních příznaků nemoci dožívají průměrně 7–10 let, díky terapii a dobré práci ošetřovatelů je možné tuto dobu o několik let prodloužit. Nejčastějším důvodem smrti jsou plicní onemocnění a úrazy (při pádech). Alzheimerova choroba je základní příčinou smrti (Holmerová a kol., 2014, s. 74).

3.4 Rizikové faktory pro vznik Alzheimerovy choroby

Existuje řada činitelů, které jsou spojeny s nebezpečím vzniku Alzheimerovy choroby. Na některé z nich vliv nemáme (věk, pohlaví a rodinné anamnézy), jiné můžeme ovlivnit (úroveň hladiny cholesterolu v krvi, kouření či hmotnost).

Věk a pohlaví

Samotný věk představuje určité riziko. Nebezpečí vzniku Alzheimerovy choroby se zvyšuje po dosažení věku 65 let a s přibývajícím věkem nadále stoupá. Navzdory tomu Alzheimerova choroba není nevyhnutelným důsledkem stárnutí. Průzkumy ukazují, že ženy Alzheimerovou chorobou trpí častěji než muži. U žen ve věku nad 55 let existuje pravděpodobnost 1 : 6, že v dalším životě onemocní Alzheimerovou chorobou. U mužů toto nebezpečí existuje v poměru 1 : 10. Tento poměr je u žen pravděpodobně dán skutečností, že se vyššího věku dožívá větší počet žen.

Genetické faktory

Pakliže příslušník rodiny trpí Alzheimerovou chorobou, ostatní její členové obvykle přemýšlejí, zda by se mohla projevit také u nich. Nicméně dědičnost je podstatný činitel jen u malého počtu rodin a pro většinu osob hraje v tomto případě genetika jen malou roli. Genetika je nejpodstatnější v rodinách, v kterých se počátek Alzheimerovy choroby objevil u některého jejího příslušníka před 50 rokem jeho života a objevuje se v rodině již po mnoho generací. Má-li jeden z rodičů některou mutaci, existuje u každého dítěte 50% pravděpodobnost, že podědí mutovanou podobu. U dítěte, které zdědí mutovaný gen, se neodvratně brzy projeví počátek Alzheimerovy choroby. Defektní APP gen, objevený v některých rodinách, kde se projevil brzký nástup Alzheimerovy choroby, se nalézá na chromozomu 21. Jedinci s Downovým syndromem, obvyklou příčinou mentální retardace, mají navíc kopii tohoto chromozomu, a téměř vždy se u nich projeví známky Alzheimerovy choroby ve středním věku, pokud se ho dožijí.

Vysoký tlak

Některé studie prokazují, že u jedinců s vysokým krevním tlakem existuje vyšší riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Krevní tlak je pokládán za vysoký, pokud je systolický tlak (první číslo v čtení krevního tlaku) 140 milimetrů rtuti (mmHg) nebo více nebo v případě, že diastolický krevní tlak (druhé číslo v čtení) je 90 mmHg nebo více. Léčení vysokého krevního tlaku může pomoci zamezit Alzheimerově chorobě. Studie v časopise *Archives of Neurology*, která zkoumala 3300 lidí nad 65 let, diagnostikovala, že u těch, kteří požívali jakékoliv léky na krevní tlak, existovalo o 36 % nižší nebezpečí, že se u nich vyvine Alzheimerova choroba, než u těch, kteří léky nebrali. Nejmenší nebezpečí se projevilo u těch, kteří požívali diuretika.

Obezita

Průzkum ukazuje na nadměrnou váhu jako nebezpečný faktor pro Alzheimerovu chorobu a ostatní formy demence. Studie z roku 2007, která sledovala více než 10 tisíc jedinců v průměrném věku 36 let, odhalila závažnost tohoto nebezpečí. Osoby, které měly nadváhu ve středním věku, měly dvakrát vyšší předpoklad, že se u nich v pozdějším v životě rozvine Alzheimerova choroba, a u lidí obézních bylo nebezpečí onemocnění trojnásobné.

Kouření

Výzkum uskutečněný v roce 2007 a publikovaný v *European Journal of Epidemiology* ukazuje, že u starších kuřáků existuje téměř o 80 % vyšší riziko vzniku Alzheimerovy choroby než u těch, kteří nikdy nekouřili. Výzkum dále uvádí, že i odnaučené kouření snižuje nebezpečí vzniku Alzheimerovy choroby.

Cukrovka

U jedinců s diabetem typu 1 nebo 2 existuje větší riziko Alzheimerovy choroby. Vědci zjistili, že hladina inzulínu a počet inzulínových receptorů v mozku v brzkém stádiu Alzheimerovy choroby výrazně klesnou, a jak nemoc pokračuje, klesají i nadále. V pokročilém stádiu Alzheimerovy choroby bývá v mozku o 80 % méně inzulínu, než je norma (Bragdon a Gamon, 2002, s. 12–15).

3.5 Kvalita života

Kvalita života seniorů je v domovech pro seniory vymezena mnoha objektivními i subjektivními faktory. Lehce souvisí s osobností člověka, životním stylem, prožitými životními událostmi, zdravotním stavem, schopností zvládat zátěžové situace atd. Můžeme ji měřit mnoha metodami a uvažovat o ní v rozmanitých rovinách.

V současné době je kladen velký důraz na kvalitu života a na kvalitu poskytovaných služeb. Z propagačních materiálů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR vyplývá, že kvalitní služba vychází z požadavků, očekávání a osobních cílů klienta. Je poskytována tak, aby nebyla porušována lidská práva, zohledňuje individuální potřeby klientů a zvyšuje kvalitu jejich života (MPSV, online, cit. 2019-01-02).

Důležitým bodem je vtažení lidí do děje, plánování rozvoje organizace, vzdělávání a motivace. Stálé vzdělávání by mělo být integrováno do každodenní činnosti. Za kulturu organizace lze považovat soustavu hodnot a norem, které sice nikde nejsou zaznamenány, ale tato pravidla a vzorce chování ovlivňují jednání a způsob práce všech zaměstnanců. Další vzdělávání zaměstnanců v domovech pro seniory by mělo pozitivně ovlivňovat kulturu organizace a mělo by pomáhat při zvyšování kvality života seniorů (Klevetová, D., a I. Dlabalová, 2008, s. 31).

4 DIAGNOSTIKA

Přiznání si problému a následné stanovení diagnózy je velmi obtížným úkolem. Odvaha navštívit lékaře znamená krok vpřed. V první řadě je nutné navštívit praktického lékaře, který provede základní vyšetření, na základě jehož výsledků doporučí vyšetření u specialisty (Glennner a kol., 2012, s. 24).

4.1 Odborná vyšetření

Aby mohl lékař diagnostikovat Alzheimerovu chorobu, potřebuje znát:

- osobní a rodinnou anamnézu,
- výsledky klinického vyšetření,
- výsledky testů zkoumajících kognitivní funkce,
- výsledky laboratorních testů.

Klinická vyšetření

Klinické vyšetření představuje hlavní krok na cestě ke stanovení diagnózy. Je složeno z odebrané anamnézy a vlastního vyšetření lékařem (Regnault, 2011, s. 22). Důležitou součástí při stanovení Alzheimerovy choroby je objektivní anamnéza, tedy anamnéza odebraná od další osoby než od nemocného (Lukáš, Žák, 2014, s. 539). V anamnéze klienta lékař zhodnotí informace od jiného člena rodiny, zejména ty, které se týkají změn v pacientově paměti, v jeho chování a v jednání. Pro stanovení diagnózy by měl mít lékař informace od rodiny, a to také z oblasti pracovní a sociální (Jiráček a kol., 2009, s. 25).

Vyšetření kognitivních funkcí

K vyšetření kognitivních funkcí existuje mnoho testů paměti a jiných kognitivních funkcí (Regnault, 2011, s. 22). Samotné testy sice ještě potřebují ke stanovení diagnózy další vyšetření, jsou ale podstatnou složkou podílející se na jejím určení (Jiráček a kol., 2009, s. 27). Mezi tyto testy se řadí: Mini Mental State Examination, Clock Test, Addenbrookský kognitivní test, Sedmiminutový test, Montrealský kognitivní test a mnoho dalších (Štěpánková a kol., 2014, s. 127–130).

Kognitivní funkce jsou:

Paměť

Je určena ke vstřípení, uchování a vybavování zkušeností. Uchovávat a používat informace o předchozích zkušenostech patří ke způsobilosti centrální nervové soustavy.

Rozlišujeme paměť:

- krátkodobou – uchovává informace po omezenou dobu;
- dlouhodobou – uchovává významné zkušenosti, např. činnosti životně důležité.

Pozornost

Je zaměřenost a soustředěnost na nějaký předmět nebo děj.

Poruchy pozornosti:

- roztržitost – neschopnost dlouhodobého soustředění;
- rozptýlenost – neschopnost udržet myšlenky v určitém směru;
- ADHD – porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou;
- ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity.

Myšlení

Jednodušší formě myšlení lze porozumět jako nástroji k řešení problémů nebo dosahování cílů.

Schopnost

Je vlastnost rozvinutá výcvikem, vzděláním nebo zkušeností.

Úsudek

Spočívá ve vyvození názoru nebo mínění.

Intelekt

Souhrn znalostí a zkušeností a schopnost těchto znalostí využít zejména pomocí logického myšlení.

Vůle

Snaha o dosažení nějakého cíle, zájem o jeho dosažení (Fibromyalgik, online, cit. 2019-01-12).

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření se zaměřuje na určování hladiny tuků v krvi, na kontrolu funkce jater, ledvin a štítné žlázy. Řadí se sem také vyšetření krevního obrazu a moči (Česká alzheimerská společnost 2015, online, cit. 2019-01-10).

Laboratorní vyšetření informuje o skupině příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci (Česká alzheimerská společnost 2013, online, cit. 2019-01-10).

5 PRINCIPY TERAPEUTICKÉ PRÁCE S KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBU

Bazální stimulace – je pedagogicko-ošetrovatelský nástin, který má poskytnout mentálně postiženým jedincům nebo pacientům v nemocnici cíl pro jejich vývoj osobnosti v jednoduché formě (Threapy centre, online, cit. 2019-01-12).

Ošetrovatelská rehabilitace – *„Cílem ošetrovatelské péče je podpora, udržení a rozvoj zdraví, zachování soběstačnosti a uspokojování základních lidských fyziologických a psychosociálních potřeb uživatelů zařízení“* (Domovy Na Třešňovce, online, cit. 2019-01-12).

Ergoterapie – je rehabilitační obor, který se snaží o udržení, zdokonalování a využívání schopností jedince s určitým vrozeným nebo získaným postižením s cílem získat nejvyšší možné úroveň samostatnosti v osobním, společenském i pracovním životě (Ergopoint, online, cit. 2019-01-12).

Fyzioterapie – je proces, při kterém dochází k odhalení problémů v oblasti pohybového aparátu, nalezení řešení a uplatnění prevence k zabránění návratu stejných problémů. Je ale velmi důležité si uvědomit, že fyzioterapie nepůsobí blahodárně pouze na svaly a klouby. Díky odhalení skutečných příčin zdravotních a pohybových problémů a jejich následnému ošetření přispívá fyzioterapie k obecnému zlepšení duševního i tělesného stavu (Návrat Písek, online, cit. 2019-01-12).

Nutriční terapie – zabývá se jí zdravotnický pracovník, který může samostatně působit v preventivní péči, v péči o nemocné a v problematice výživy všech věkových skupin (Cukrovka.cz, online, cit. 2019-01-12).

Trénink kognitivních funkcí – *„zahrnuje lektorovanou praxi v souboru standardních úkolů, vytvořených tak, aby reflektovaly určité kognitivní funkce, jako paměť, pozornost, exekutivní funkce. Cílem je zlepšit jednotlivé schopnosti a zabránit vzniku problémů, ke kterým v jejich důsledku dochází“* (Neuro-centrum, online, cit. 2019-01-12).

Trénink kompenzačních funkcí – *„kompenzační trénink je lehčí typ tréninku, kde se klade důraz na protažení a posílení hlubokého stabilizačního systému“* (SquashPoint Praha, online, cit. 2019-01-12).

Trénink paměti – pomáhá cíleně využívat skryté rezervy našeho mozku, a tím spolehlivěji zpracovávat vzrůstající množství informací v našem životě. Trénink mozku zároveň umožňuje rozvoj fantazie a tvůrčího myšlení, schopnost propojování informací a také zlepšení pozornosti a soustředění (ACZ, online, cit. 2019-01-12).

Reminiscenční terapie – je vedena školeným terapeutem, který zná přístupy vzpomínkové terapie a dovede účinně pracovat se vzpomínkami seniora a vést jej (Rozvoj osobnosti, online, cit. 2019-01-12).

Aromaterapie – je druh alternativní medicíny, užívající rostlinné těkavé látky, známé jako esenciální oleje, a další vonné složky, které dokáží změnit mysl, náladu, proces poznávání nebo zdraví. Aromaterapie doslova znamená „léčbu pomocí vůní“ (Andivo, online, cit. 2019-01-12).

Muzikoterapie – nejčastěji se využívá ve stacionářích a v domovech pro osoby se zdravotním postižením, dále v rámci rané péče v domovech pro seniory, v dětských centrech a dětských domovech. Muzikoterapie má za úkol snížit negativní dopady dlouhodobého pobytu, zvýšit spokojenost uživatelů, saturovat psychické a sociální potřeby, poskytnout příležitost pro smysluplně strávený volný čas, aktivizovat uživatele (např. spojením s fyzioterapií) a normalizovat prostředí institucí (CZMTA, online, cit. 2019-01-12).

Canisterapie – pod tímto pojmem se rozumí léčebný kontakt psa a člověka. Pes už svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu všude tam, kde je jí nedostatek. A o tom, že úsměv léčí, není pochyb. Již dávno není canisterapie pouze o radosti, kterou psi lidem přinášejí. Canisterapie může mít formu individuální nebo kolektivní. Využívá se různých plemen psů, s průkazem původu, ale i bez něj (Canisterapie, online, cit. 2019-01-12).

5.1 Trénování paměti a zdravé stárnutí

Procvičování paměti je jednou z metod uchování si duševní čilosti a soběstačnosti spolu s přibývajícím věkem. Představuje jisté kognitivní zatížení, které zachovává mozek čínorodým. Při aktivním přístupu člověka ke kognitivnímu procvičování je možno se domnívat, že dochází k vyrovnání přirozeného poklesu duševní pružnosti.

K základním způsobům trénování paměti patří mnemotechniky, které představují systém metod usnadňujících zapamatování a zvětšujících rozsah paměti, založený na vytváření pomocných představ a asociací. V průběhu přednášky jsou trénovány kognitivní funkce prostřednictvím různých cvičení spojujících různé metody vnímání a zpracování informací a zařazena jsou i cvičení s pohybem. Účelem je zapojit co nejvíce mozkových center a drah.

Kurzy cvičení paměti jsou k dispozici například na následujících místech a v institucích:

- Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging;
- Sekce kognitivní neurologie České neurologické společnosti JEP;
- Česká alzheimerská společnost;
- Neuropsychologická sekce Asociace klinických psychologů ČR;
- www.trenovani-pameti.cz;
- www.cvicime.cz;
- www.tretivek.cz;
- e-senior;
- helpnet.cz.

Cvičení paměti je důležité po celý život, nejen ve starším věku. Je podstatnou složkou zdravého životního stylu. Pro zdravé stárnutí je další důležitou činností tělesný pohyb a jeho důležitou součástí jsou i vztahy s ostatními lidmi a udržování společenských kontaktů (AD centrum, online, cit. 2019-01-12).

6 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ

6.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Domovy pro seniory jsou obvykle určeny osobám, které potřebují trvalou pomoc druhé osoby z důvodu snížené soběstačnosti. V ideálním případě by měl klientům trvale či dočasně nahradit domov.

§ 49

Domovy pro seniory

- 1) V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- 2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí ubytování,
 - b) poskytnutí stravy,
 - c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - f) sociálně terapeutické činnosti,
 - g) aktivizační činnosti,
 - h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

§ 50

Domovy se zvláštním režimem

- 1) V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické

osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

- 2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:
 - a) poskytnutí ubytování,
 - b) poskytnutí stravy,
 - c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - d) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - f) sociálně terapeutické činnosti,
 - g) aktivizační činnosti,
 - h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

6.2 Vyhláška č. 505/2006 Sb. – vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Na základě úspěšného absolvování kurzu účastníci vědí, co jsou to standardy kvality v sociálních službách a k čemu mohou prakticky sloužit, chápou význam individuálního přizpůsobení služeb, mají základní znalosti o principech komunikace s klientem, ovládají hlavní principy vedení rozhovoru a umí je v praxi použít.

Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách

§ 37

- 1) Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách se skládá z obecné a zvláštní části.
- 2) Obecná část kurzu obsahuje tyto tematické okruhy:
 - a) úvod do problematiky kvality v sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb,
 - b) základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita a metody alternativní komunikace,
 - c) úvod do psychologie, psychopatologie a somatologie,

- d) základy ochrany zdraví,
 - e) etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost,
 - f) základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě,
 - g) sociálně právní minimum,
 - h) metody sociální práce.
- 3) Zvláštní část kurzu obsahuje tyto tematické okruhy:
- a) základy péče o nemocné, základy hygieny a úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění,
 - b) aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky a základy pedagogiky volného času,
 - c) prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby,
 - d) základy výuky péče o domácnost,
 - e) odborná praxe,
 - f) krizová intervence,
 - g) úvod do problematiky zdravotního postižení,
 - h) zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany.
- 4) Minimální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin, přičemž zvláštní část kurzu činí minimálně 80 výukových hodin.
- 5) Počet výukových hodin jednotlivých tematických okruhů zvláštní části kurzu se stanoví s přihlédnutím k odbornému zaměření účastníků kurzu, jejich pracovnímu zařazení a druhu sociální služby, kterou poskytují.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 NÁRŮST POČTU ŽÁDOSTÍ O PŘÍJEM DO ALZHEIMERCENTRA

7.1 Výzkumné cíle

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, zda dochází k nárůstu výskytu Alzheimerovy choroby, konkrétně výzkum analyzuje nárůst počtu žádostí o příjem do Alzheimercentra Zlosyň.

7.2 Popis výzkumného vzorku

V rámci výzkumného šetření byli zkoumáni respondenti trpící Alzheimerovou chorobou. Výzkum probíhal v Alzheimercentru Zlosyň, který vzniklo v roce 2008. Maximální kapacita centra je 108 klientů a je plné. Hlavní budova má čtyři patra, ve kterých se nacházejí dvoulůžkové pokoje. Každý pokoj je vybaven vlastním sociálním zařízením a základním nábytkem, které může klient doplnit o oblíbený kus nábytku, který v minulosti používal doma. Zatímco v roce 2009 zde bylo ubytováno klientů 70, dnes je to 108. Nejmladšímu klientovi v Alzheimercentru je 52 let, nejstaršímu pak 99 let.

7.3 Metody výzkumu

Coby metoda vedoucí ke zjištění potřebných dat byl použit sociologický výzkum, který analyzuje počet žadatelů o přijetí do Alzheimercentra od roku 2015 do roku 2018. Jako další výzkumnou metodu použila autorka kazuistiku. Ta umožňuje zpracovat praktický (a především konkrétní) případ z praxe. Kazuistikou označujeme intenzivní a detailní popis konkrétního jednotlivce a jeho případu. Je založená na pozorování, rozhovorech a záznamech z práce s tímto jedincem. Jedná se o písemné shrnutí všech

informací, které jsou o případě k dispozici, a kvalitativní analýzu procesu vedoucího k určitým výsledkům. Při zpracování kazuistiky se používá zpravidla předem vypracovaná struktura popisu.

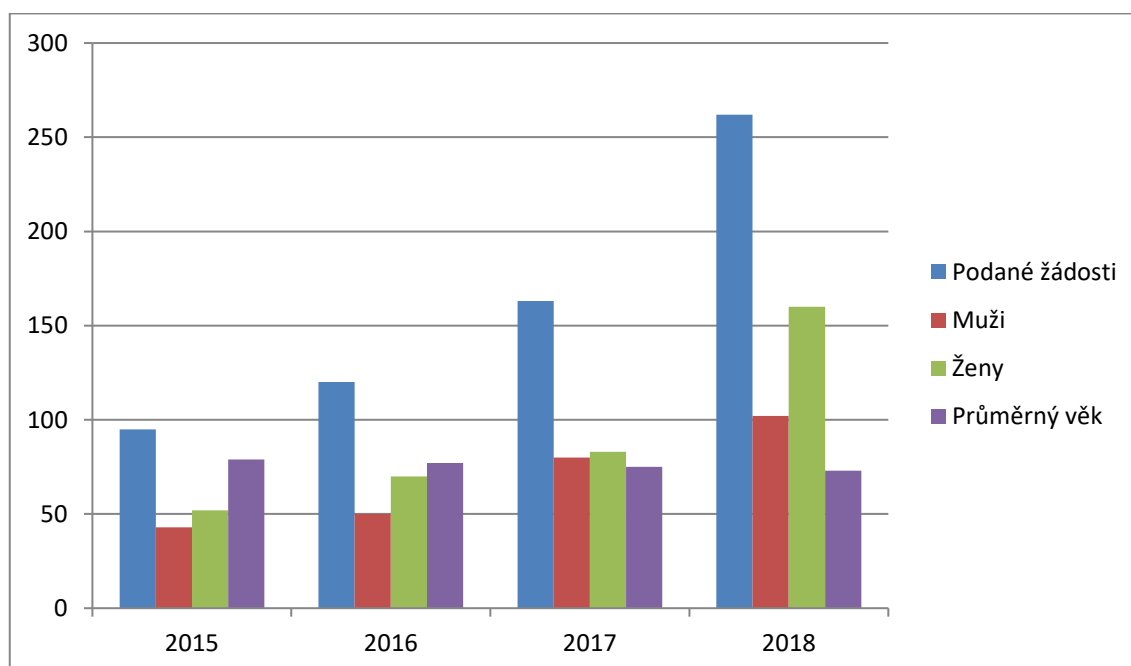
7.4 Analýza výzkumu

Tabulka 1: Podané žádosti mužů a žen do Alzheimercentra a průměrný věk klientů

	2015	2016	2017	2018
Podané žádosti	95	120	163	262
Muži	43	50	80	102
Ženy	52	70	83	160
Průměrný věk	79 let	77 let	75 let	73 let

Zdroj: Interní dokumentace Alzheimercentra Zlosyň

Graf 7: Podané žádosti mužů a žen do Alzheimercentra a průměrný věk klientů



Zdroj: Interní dokumentace Alzheimercentra Zlosyň

Z interní dokumentace Alzheimercentra Zlosyň a z publikace Alzheimer Europe (In: Zvěřová, 2017) vyplývá, že Alzheimerovou chorobou trpí víc ženy než muži.

8 KAZUISTIKY

Níže uvedené kazuistiky jsou doplňkovým prvkem výzkumu a mají za úkol blíže popsat zkoumaný prvek, přičemž jde zejména o zjištění, v jaké fázi choroby se člověk do Alzheimercentra dostává.

8.1 Kazuistika č. 1 – paní Anna

Paní Anna se narodila v roce 1924 ve Slaném. Po základní škole navštěvovala hospodyňskou školu, protože pocházela ze zemědělské rodiny. Po absolvování této školy byla v domácnosti, kde pomáhala na poli, starala se o dobytek a vařila pro brigádníky. Jako malá byla paní Anna aktivní a nadšenou členkou spolku Sokol.

Paní Anna bydlela s rodinou autorky této práce v rodinném domě a jako malou ji a jejího bratra hlídala. Rodiče autorky bydleli v horním patře a paní Anna v přízemí. Autorka s rodiči a bratrem každoročně odjížděli na hory, zatímco paní Anna zůstávala doma, protože byla již starší a nechtěla již tolik cestovat. Je možné říct, že nejradši byla doma. Jeden rok se přihodilo něco, co u ní nemoc nastartovalo. Paní Anna doma upadla, a když se vzpamatovala, volala své dceři, která bydlí v Praze, a ta ihned zavolala rychlou záchrannou službu. Dcera paní Anny jezdila za maminkou a za autorčinou rodinou pravidelně každou sobotu, protože paní Anna byla zvyklá bydlet v Kralupech a do Prahy k dceři se stěhovat nechtěla. Po úrazu, který se jí stal, se vrátila domů, nicméně po zdravotní stránce se její stav začal pomalu zhoršovat. Přestože si Anna nic nezlomila, utrpěla rozsáhlé zhmožděniny. Autorčina maminka jí se vším pomáhala tak, jako ona vždy pomáhala jí. Po zdravotní stránce však paní Anna začala vyžadovat více péče, což sice rodině autorky nevadilo a pomoc brala jako samozřejmost, nicméně rodiče autorky byli v zaměstnaneckém poměru, a proto si ji dcera, která byla tou dobou již v důchodu a měla na více času, do Prahy. Paní Anna začala mít v té době velký problém s pamětí. Dcera se o ni starala přibližně dva roky, ale poté, co ji přestala poznávat, došla k tomu, že něco nebude v pořádku. Péče začala být velice náročná, zejména po psychické stránce. Švagrová autorky pracuje v zařízení pro postižené Alzheimerovou chorobou, které se nachází nedaleko bydliště autorky, a poskytovala rodině všechny rady a informace. Pro

paní Annu u nich v centru zařídila vyšetření na Alzheimerovu chorobu, o které se autorčina rodina domnívala, že jí trpí. Alzheimerova choroba se bohužel u paní Anny potvrdila. Rodina zažádala v Alzheimercentru ve Zlosyni o přijetí a žádost byla zařazena do pořadníku. Zhruba po roce se z centra ozvala jeho pracovnice s tím, že se uvolnilo jedno místo, za což byla dcera paní Anežky i rodina autorky velmi vděčná, protože péče o ni byla velmi náročná. Paní Anně lékař předepsal léky na zpomalení průběhu Alzheimerovy choroby, kterou u ní již nějakou dobu probíhala. Rodina za paní Annou jezdila každý víkend, přičemž autorku, jejího bratra a jejich rodiče paní Anna vždy poznala. Stalo se však, že jednoho dne přestala poznávat svou vlastní dceru, která tuto skutečnost velmi těžce nesla. Jiné zdravotní problémy Anna neměla, nicméně její paměť se zhoršovala. Paní Anna byla v Alzheimercentru velice spokojená a prostředí se moc líbilo také rodině autorky. Pokoje byly vybaveny dvěma lůžky, přičemž paní Anna bydlela s moc milou paní, s kterou se navzájem se doplňovaly, takže se z nich staly velké kamarádky. V Alzheimercentru s pečovatelkami jezdily do zoo, na koncerty na lidových písni, na Vánoce pekly cukroví a vše probíhalo velmi dobře. Po zdravotní stránce měla paní Anna problém pouze s pamětí.

Jednoho dne ale paní Anna opět upadla a zlomila si krček stehenní kosti. Po operaci však přestala chodit, nechtěla jíst a začala se ztrácet před očima. Časem se situace nadále zhoršovala, z čehož byla rodina autorky nešťastná. Snažila se ji rozesmát a vozila jí různé fotografie z mládí. Stav paní Anny se natolik zhoršil, že rodině pracovníci centra telefonovali, že stav jejich babičky je velmi vážný a ať se na ni rodina přijede podívat. Rodina okamžitě přijela a až do večera ji držela za ruku a hladila, vyprávěla jí a ona jen poslouchala. Druhý den ráno rodině z centra bohužel zavolali, že paní Anna zemřela. Paní Anna byla v Alzheimercentru umístěna tři roky.

8.2 Kazuistika č. 2 – paní Libuše

Paní Libuše, která se narodila v roce 1935, je vdova. Pracovala jako prodavačka a několik let před odchodem do důchodu také jako skladnice. S manželem vychovala dvě dcery. Vždy měla ráda svoji rodinu a domácnost.

Do Alzheimercentra nastoupila v únoru 2012 a autorka se o ni starala jako pečovatelka v rámci její praxe na střední škole.

Ráno bývá první, komu autorka pomáhá s hygienou a oblékáním, protože se budí jako první z klientů. Popřejí si dobré ráno a paní Libuše se usmívá a sděluje, že se dobře vyspala, a také se vždy ptá, jaké je počasí.

Paní Libuše k chůzi používá chodítko a potřebuje se vším pomáhat. Ráda si vybírá oblečení a volí výrazné barvy. Je spokojená, že je upravená a hezky učesaná. Pečovatelka jí musí říkat, co budou dělat, že je připravená snídaně a že půjdou do jídelny. U jídla je samostatná, všechno sní a není jídlo, které by jí nechutnalo. V osobní složce má uvedeno, že je samotářská, nicméně v této době se ráda účastní skupinových ergoterapií. V oblíbené má cvičení, zpěv a poznávání předmětů, vyprávění si o nich a o možnostech jejich užití.

Po obědě chodí paní Libuška odpočívat na lůžko, a když se probudí, musí jí pečovatelky připomenout, že je odpoledne a že spolu půjdou na toaletu, upravit se a vydat se na svačinu. Dvakrát do týdne paní Libuši navštěvují dcery. Část návštěvy tráví venku na zahradě. Půjčí si vždy pro paní Libuši vozíček, protože s chodítkem zvládne pouze kratší cesty po budově. V létě si užívá sluníčka, ale i na podzim je ráda venku na zahradě. Miluje přírodu a zvířata a všímá si barev. Na jaře jasně zelené trávy, v létě žluté řepky nebo pampelišek a v podzimní čas barevných listů stromů. Na zahradě Alzheimercentra u ní sedává pes Oskar, kterého ráda hladí. Někdy i chvilku dojetím pláče, jaký je to hodný a přátelský pes. Svě dcery někdy hned nepozná, ale po chvíli povídání je vidět, že „ví“, a je z návštěvy potěšena. Mají hezký vztah. Povídají si velice klidně, drží se za ruce a paní Libuška se usmívá.

Paní Libuše má Alzheimerovu chorobu a někdy trpí bludy, to bývá zatvrzelá a umíněná. Jinak je laskavá a hodná. Říká, že na někoho musí čekat (většinou na lékaře), a to se pak nechce pohnout z místa. Nebo si k ní nikdo nesmí sednout v jídelně ke stolu, protože tam již sedí její imaginární manžel. Tyto situace nejsou časté, nicméně vždy kladou vysoké nároky na pečovatelky. Je potřeba pohotovosti, fantazie, improvizace

a někdy musí pečovatелce vypomoci i kolegové. Přestože si na mnoho věcí z jejího života nedokáže vzpomenout, nikdy nezapomene poděkovat i za tu nejmenší pomoc.

8.3 Kazuistika č. 3 – pan Václav

Pan Václav přišel do Alzheimercentra v lednu 2014 v době vrcholící chřipkové epidemie, a to ve značně žalostném stavu. Na bedrech a na pravé straně měl dekubity, byl imobilní a inkontinentní. Navíc bez jakékoliv chuti do života. Odmítal stravu a často říkal, že si přeje zemřít. Je otázkou, zda si uvědomoval, kde je. Často ve dne a zejména v noci volal svou manželku, ačkoliv byla již několik let po smrti. Manipulace s ním byla značně obtížná. Když ho pečovatelka posazovala na invalidní vozík, aby ho odvezla do jídelny, vzpřičil se a působil proti její síle. Říkala mu, že potřebuje jeho pomoc a aby se uvolnil. Pomohl jí tedy a dodal, že jej mrzí, že je sním taková práce, ale že se vše brzy vyřeší, že brzy přijde „zubatá“.

Asi po třech týdnech se jeho zdravotní stav zhoršil. I přes veškeré polohování, které je v tomto zařízení na vysoké úrovni, se jeho dekubit na bedrech zhoršoval. Odmítal přijímat stravu i tekutiny a bylo nutné přejít na alternativní stravování. Navíc dostal horečky a rodina se s ním byla rozloučit. Když pečovatelky předávaly oddělení kolegyním, které přišly na noční, sdělily jim, že mohou očekávat exitus. Jakým příjemným překvapením pro ně bylo, když přišly v pondělí na praxi a na dveřích jeho pokoje dále visela jeho jmenovka. Na ranním hlášení se dozvěděly, že jeho stav je nadále vážný, ale stabilizovaný. Při ranní hygieně mu pečovatelka řekla, že mu děkují za to, že to nevzdal, a on se na ni jen usmál. Jestli jí však rozuměl, pečovatelka neví.

Od toho dne se jeho stav začal po malých krůčcích zlepšovat. Kdykoli měla autorka čas, zašla za ním dát mu napít. Nejdříve alternativním způsobem, později se zvládl napít z upraveného hrnečku. Horečky pozvolna ustoupily a pan Václav začínal mít jakousi chuť do života. Jeho stýskání si po tom, že ještě nezemřel, vystřídalo litování sestřiček a pečovatelek, že sním mají tolik práce. Pečovatelka mu vždy odpovídala, že je to jejich zaměstnání, ale on jim může situaci ještě usnadnit, pokud bude dobře jíst. Nejspíš si její slova vzal k srdci, protože se opravdu začal snažit. Začala mu být podávána mixovaná strava a po dvou týdnech se přešlo na stravu mletou. Po dalších dvou týdnech se jeho zdravotní stav natolik zlepšil, že již mohl být na invalidním vozíku dopravován

do jídelny. Zpočátku ještě musel být krmen, ale brzy již příjem potravy zvládal sám. I jeho dekubity se začaly pomalu hojit. A stejně jako se zlepšoval jeho stav fyzický, zlepšoval se i jeho stav psychický. Začal autorce vyprávět o jeho životě a jak coby řidič sjezdil celou republiku. Vyprávět také o tom, že od mládí dlouhá léta hrál na trubku v dechovkové kapele, a začal se seznamovat také s ostatními klienty. Jeho velkou starostí byla inkontinence, nicméně i v tomto ohledu docházelo ke zlepšení. Jelikož si přes den řekl, že chce dovézt na toaletu, mohly mu být lepicí kalhotky změněny na natahovací. Začalo se také s jeho rehabilitací. Z počátku se pohyboval s chodítkem po chodbě a po měsíci zvládal chůzi již jen s hůlkou. Jelikož byl ještě značně nestabilní, byl u něj vždy přítomný doprovod. Stále se zlepšoval, až jednoho dne začal chodit sám. Dnes je pan Václav téměř soběstačný. Sám si dojde na pokoj, do jídelny i na toaletu. Ranní hygienu má již zvládnutou před sedmou a na snídani je mezi prvními. Je velmi kamarádský a je oblíben mezi klienty i personálem. Jeho největší láskou je lidová hudba. Moc se těší na pravidelná vystoupení harmonikářů a v deset hodin, když začne na Českém rozhlasu dechovkový pořad, s ním nic není, protože sedí ve svém pokoji u rádia. V létě rád pobýval na zahradě, takže byl opálen jako od moře. Přestože díky soběstačnosti již nepotřebuje takovou péči jako dřív, často se dává s pečovatelkou do řeči. Ať již při holení, koupání nebo jen tak v jídelně. Je velmi upovídaný a pečovatelce vypráví o jeho životě. Co na tom, že jeho historiky už slyšela mnohokrát? Dokonce několikrát pečovatelce řekl, že ji bere jako svoji vnučku, a tak si v Alzheimercentru našla vlastně našla svého adoptivního dědečka.

Pan Václav je obyčejný člověk s lehkou demencí. Dokázal však obohatit pečovatelčin život a dát jí příklad, že nic se nemá v životě vzdávat a že vždy existuje určitá naděje.

8.4 Kazuistika č. 4 – paní Blanka

Paní Blanka se narodila v roce 1935 v Rakovníku, kde žila s rodiči a dvěma sourozenci (sestrou a bratrem) v rodinném domě. V mládí milovala gymnastiku a hru na klavír. Vystudovala střední ekonomickou školu a poté začala pracovat u soudu v Poděbradech, později se přesunula do Karlových Varů. Při práci vystudovala práva, takže jí byl přiznán titul JUDr. V Karlových Varech se seznámila s jejím budoucím

manželem, se kterým byla a je nadále šťastná – příští rok oslaví diamantovou svatbu. S manželem rádi cestovali a společnost jim dělal kocour Mourek.

V harmonickém a klidném manželství však nastalo období, které není lehké pro žádnou ženu. Paní Blanka nemohla otěhotnět, přistoupili tedy k adopci. Adoptovali syna a ze začátku bylo všechno v pořádku – jeho dětství i puberta. Později se syn oženil a z jeho manželství vzešly dvě děti (dcera I. a syn T.). Paní Blanka a její manžel se stali šťastnými prarodiči, přičemž celou dobu bydlel jejich syn s manželkou a vnoučaty v jejich domě. V pokročilejším věku dětí začal jejich otec požívat nadměrně alkohol. Dům, ve kterém vychovali jejich syna, se postupně stával domem pouze jejich syna a vnuka. Návštěvy synovce, které měla paní Blanka tak ráda, ustávaly, takže jí postupně dělal společnost pouze manžel. Každý měsíc se po obdržení důchodu dožadoval jak syn, tak vnuk nemalých finančních částek od obou prarodičů. To se později bohužel stalo samozřejmostí i v jiných dnech. O pravidelném příjmu a přísunu potravy nemohla být ani řeč. Paní Blanka začala ubývat na váze a její manžel byl bezradný – viděl svoji milovanou ženu, jak se mu ztrácí před očima. K tomuto trápení se přidalo období, kdy paní Blanka začala postupně zapomínat. Nejdříve se jednalo například o jména, později se zapomínání rozšířilo i na základní hygienické návyk. Bývala často zmatená, dezorientovaná a začala zapomínat i na to, že se musí najíst. Jedinou její radostí byl manžel a kocour Mourek. K menším poruchám paměti začalo docházet také u jejího manžela, který chvílemi nevěděl, co, kdy a jak má udělat. Toto období finančního teroru a hladovění trvalo několik měsíců. Jednoho dne, když nebyl doma syn ani vnuk, přijel na návštěvu synovec, kterému bylo divné, že se teta se strýcem neozývají. Manželé byli šťastni, že s ním mohou po tak dlouhé době mluvit. Synovec byl při pohledu na zubožený a alarmující stav manželů v šoku a začal jednat.

Po návštěvě synovce nabraly věci rychlý spád. Ten začal vyhledávat informace o zařízeních, do kterých by mohli být manželé umístěni, a následně se mu podařilo vyřídit umístění manželů do Alzheimercentra ve Zlosyni. Když s touto skutečností synovec manžele obeznámil, byla paní Blanka v šoku. Kladla si otázky, jak může opustit dům, ve kterém celý život žila a vychovala v něm syna? Co bude s Mourkem? Co bude s jejich domem? Nechtěla si připustit, že bude muset odjet pryč. Synovec ji však ubezpečoval a uklidňoval ji, že jim v centru bude lépe a Mourek může jet s nimi (zařízení pobyt domácích mazlíčků umožňuje). Ani tento argument nepomohl, a proto jí s manželem

sdělili, že v něm zůstanou jen do té doby, než nabere na váze. S tímto již paní Blanka souhlasila, a tak jim synovec pomohl sbalit se a odjet. To vše probíhalo v tajnosti a v nepřítomnosti syna a vnuka. Pro paní Blanku byla celá situace velice emotivní. Po příjezdu a zabydlení se v zařízení byli manželé neustále spolu a často chodili s Mourkem na procházky na zahradu. Paní Blanka neskrývala nadšení při pohledu na klavír a ihned se zeptala, zda by si na něm mohla zahrát. Po kladné odpovědi byla v jejích očích vidět radost. Každý den pak hrála svému manželovi, který s radostí a slzami v očích hraní své ženy poslouchal. Byl šťastný, že jsou v místě, kde jim nikdo nic nebere, nekřičí na ně a kde mu jeho žena pomalu začíná zase rozkvétat. Manželé se začali zapojovat do aktivit spolu s ostatními klienty. Pravidelně za nimi jezdí na návštěvu synovec, který je šťastný, že se jim vrací chuť do života. Jednoho dne přišla za paní Blankou sociální pracovnice a oznámila jí, že bude mít svůj vlastní koncert před všemi ostatnímu klienty. Manželé se oblékli do těch nejkrásnějších šatů a vyrazili na koncert. Paní Blanka si splnila svůj sen. Klienti jí tleskali a paní Blanka dostala kytici jako opravdová umělkyně. Slzy dojetí neskrýval ani její manžel. Manželům se den ode dne dařilo lépe a byli rádi, že přistoupili na synovců návrh umístit je do centra. S Mourkem našli nový domov i přátele.

8.5 Kazuistika č. 5 – pan Josef

Pan Josef, který se narodil v roce 1935 v Benešově, vyrůstal s oběma rodiči na statku. Otec pracoval v zemědělství a maminka byla ženou v domácnosti. Pan Josef studoval na zemědělské škole, kde se také seznámil s jeho budoucí manželkou.

Po svatbě se oba přestěhovali do Prahy, kde objevil jeho velkou zálibu spočívající v řízení dopravních prostředků, a proto se nechal zaměstnat u ČSAD, kde pak pracoval celý život. Několik let po svatbě se manželům narodil syn, přičemž pan Josef v průběhu aktivního života často sportoval a mezi jeho záliby patřily například šachy či vycházky do přírody.

Do starobního důchodu odešel v jeho 65 letech. V roce ukončení jeho aktivní pracovní činnosti mu ovšem zemřela také manželka a zanedlouho jej postihla i mozková příhoda, po které zůstal částečně mobilní. Rodina si je vzala k sobě a kontaktovala městský úřad s prosbou o pomoc pro tatínka, který již nebyl schopen vykonávat vše jako

dříve. Klientovi byl schválen příspěvek na péči a rodina pro něj najala ošetřovatelku, která mu byla k dispozici osm hodin denně. Zbytek dne se o něj starala snacha se synem.

Postupem času si rodina začala u tatínka všimnout změn týkajících se jeho zdravotního stavu. Obtížně nalézal slova, zapomínal, kdy má kdo narozeniny, nedokázal si zapnout televizi, nedokázal si navléknout ponožky a stával se inkontinentním. Na doporučení ošetřovatelky vzali otce na vyšetření k psychiatrovi, který diagnostikoval Alzheimerovu demenci v rozvinuté fázi. Na doporučení lékaře požádal syn se souhlasem svého otce o umístění do domova se zvláštním režimem – Alzheimercentra. Zmíněné centrum pomohlo najít městský úřad.

Klient byl ve stále péči psychiatra, rehabilitačního pracovníka a pracovníka přímé péče. Klient se léčil s vysokým krevním tlakem a hůře viděl. Byl sledován psychiatrem a byl částečně inkontinentní.

Klient byl ubytován ve čtyřlůžkovém pokoji, přičemž adaptace proběhla poměrně rychle bez zjevných problémů. Soužití se spolubydlícími bylo příjemné v mnoha směrech prospěšné pro něj i pro ně. Klient byl s dozorem personálu částečně soběstačný. Strava mu byla podávána krájená, všechno jídlo mu chutnalo a rád si jednou za čas dopřál i pivo. Personál si brzy získal klientovu důvěru, takže spolupráce obou stran byla bezproblémová. Personál pomáhal klientovi s osobní hygienou, výměnou inkontinenčních pomůcek, oblékáním i s doprovodem na aktivizační činnosti. Aktivizace klienta probíhala spolu s ostatními klienty formou trénování jemné motoriky, zpěvu a dalších aktivizačních činností.

Postupem času se začaly u klienta objevovat další komplikace spojené s Alzheimerovou nemocí a stářím. Zhoršení sluchu bylo řešeno naslouchátkem, nicméně došlo k mnohonásobnému zhoršení paměti a koordinace. Klient byl upoután na invalidní vozík a přestával komunikovat jak s rodinou, tak s personálem. Ztrácel zájem o okolní dění i o jídlo, které měl předtím velmi rád, a na doporučení lékaře mu byla zavedena kašovitá strava. K nedobrému psychickému stavu přispěl i fakt, že ho rodina přestala navštěvovat, rodinné vazby postupně ochably a rodina již o něj nejevila zájem. Stav klienta se rapidně zhoršoval a podpora klienta přicházela pouze z řad personálu. Aktivizace klienta již nebyla tak úspěšná; ztrácel chuť zapojovat se do programu a věcí, které v minulosti rád dělal.

Klienta postihla další mozková příhoda, a ta jej upoutala na lůžko. Veškerá péče byla prováděna právě tam – hygiena, stravování (kašovitá strava) a polohování. Rodina byla o jeho zdravotním stavu informována. Stav klienta se zhoršil natolik, že byla podávána výživa pomocí infuze. Poslední týden klient již nekomunikoval a pomalu se s personálem loučil. Rodina byla informována, ale již nepřišla. Klient zemřel.

8.6 Kazuistika č. 6 – paní Jana

Paní Jana se narodila v roce 1940 v Praze v rodině vodohospodářského inženýra, který působil jako ministerský rada pro vodní hospodářství. Rodina tedy měla dobré společenské i ekonomické postavení. Po únoru v roce 1948 se však situace změnila. Její otec byl sociální demokrat a dlouholetý člen této strany a při jejím násilném sloučení s Komunistickou stranou Československa do ní odmítl vstoupit. Zanedlouho poté byla jeho rodina násilím vystěhována do jedné místnosti na nádraží v Liberci a matka paní Jany se z toho zhroutil.

V Liberci rodina začala nový život. Paní Jana vystudovala gymnázium s výborným prospěchem, věnovala se závodně běhu na lyžích a stala se členkou reprezentačního družstva dorostenců. Po ukončení studia na pedagogické fakultě byla z kádrových důvodů umístěna na základní školu v Raspenavě. Později se jí podařilo odejít na strojní fakultu ČVUT, kde vyučovala deskriptivní geometrii. Napsala několik vědeckých prací a učebních textů a získala tituly RNDr. a CSc., později se stala docentkou.

Zhruba před deseti lety se u ní začaly objevovat potíže se zvládnutím složitějších úkonů, jako je například správné navážení ingrediencí do těsta nebo zaúčtování příjmů a výdajů. Jednoduché úkoly zvládala nadále perfektně. Později se přidaly potíže s prostorovou orientací. Jakékoliv problémy striktně odmítala a teprve zhruba za rok se podařilo přemluvit ji, aby se podrobila testu paměti, přičemž její nemoc byla okamžitě diagnostikována. Dokud uměla telefonovat, byla schopná samostatné existence. Se zhoršující se nemocí se stále více spoléhala na pomoc a péči manžela. O své nemoci se nikdy nedozvěděla, protože uvěřila tomu, že problémy s pamětí jsou přirozené projevy stárnutí.

Pokusy s asistenční službou se pro manžela paní Jany ukázaly jako nepraktické, a to i přesto, že je tato služba finančně dobře dostupná. Čtyřicetihodinová péče o nemocnou osobu již nebyla nadále udržitelná, a proto bylo letos rozhodnuto o umístění paní Jany do Alzheimercentra ve Zlosyni.

Paní Jana má přirozenou potřebu pochybu, umí velice dobře plavat, ráda jezdila na kole, a pokud to šlo, lyžovala na běžkách i na sjezdovkách a léto věnovala vysokohorské turistice. Dokonce ještě letos na jaře byla na výletě na běžkách a předbíhala německé turisty.

Manžel paní Jany za ní každý den do zařízení dojíždí a vodí ji na pravidelné vycházky po okolí. Navštěvují místní les, veltruskou oboru nebo se také rádi procházejí u místní pískovny. Paní okolí stále dobře vnímá a procházky ji těší. Když má dobrou náladu, ráda žertuje. Pravidelný pohyb jí pomáhá při zvládnutí nemoci. Poté se vrací do zařízení, kde se naobědvá a je uložena k odpočinku. Odpoledne její manžel přijíždí znovu a bere paní do cukrárny nebo znovu na vycházky. Každou neděli na návštěvu dojíždí také syn, někdy i s vnoučaty, které paní Jana velice ráda vidí a všechny ještě poznává.

Paní Jana je v zařízení spokojená, a pokud jí chutná, také dobře jí. Jako každý z nás má i ona svá oblíbená jídla. Její manžel ji navíc ve všem velice podporuje a se vším jí pomáhá. Paní Jana má své specifické chování u jídla, kdy si ráda namáčí předkrájené kousky do jejího oblíbeného nápoje Sprite. Obzvláště ráda má sladká jídla. Televizi paní Jana již nesleduje, protože nevnímá děj, a také předčítání knížek se ukázalo jako ne zcela efektivní. Ergoterapie, která v tomto zařízení denně probíhá, se paní Jana také neúčastní, protože se v tomto čase prochází se svým manželem po okolí. Díky pravidelnému pohybu dobře spí. Na jejím pokoji je často zapnuté rádio, z něž hraje hudba. Nejraději však paní Jana tráví čas se svým manželem, s kterým si povídá. V létě také byli několikrát na dovolené na horách, kde denně ušli několik kilometrů.

Umístění paní Jany v Alzheimercentru představuje dobrý kompromis také pro jejího manžela, protože se o svou paní velice rád stará, ale zároveň má také ještě odpoledne čas sám pro sebe. Se službou v tomto zařízení je spokojený a je rád, že se zatím vše daří dobře zvládat. Chce pro svou paní to nejlepší, o což se samozřejmě snaží i pečovatelky.

8.7 Kazuistika č. 7 – paní Marie

Paní Marie se narodila v roce 1945 v jižních Čechách manželům Jaroslavovi a Marii. Spolu s rodiči a dvěma sourozenci žili v malebné vesničce nedaleko rakouských hranic. Marie se v Praze vyučila modistkou, přičemž se touto činností zabývala po celý další život. Navrhování a výroba klobouků ji moc bavila. Ve 20 letech se vdala a do roka se jí narodila dcera Jaroslava a o tři roky později syn František. Dcera vystudovala pedagogickou fakultu, obor učitelství 1. stupně, kterému se věnovala celý život. Má dvě děti a v současné době žije u dcery. Syn byl též vzdělaný. Vystudoval ekonomickou fakultu, bohužel v mládí při autonehodě tragicky zahynul.

V 50 letech se paní Marie s manželem Jaroslavem odstěhovala do Rakouska, jelikož manžel dostal lukrativní nabídku ve výrobě klobouků, kde její zkušenosti uplatnila i paní Marie. Po smrti manžela se Marie vrátila po více jak 10 letech do Česka ke své dceři, která se o ni starala. Ze smrti manžela se ovšem nevzpamatovala a psychicky i fyzicky se zhroutila. Začala hubnout, zapomínala a občas trpěla i halucinacemi. Na základě toho se paní Marie ocitla na psychiatrii a později byla kvůli zdravotním potížím převezena na oddělení LDN, kam za ní dcera pravidelně docházela. Když viděla maminku upoutanou na lůžko, rozhodla se pro radikální změnu a navštívila Alzheimercentru ve Zlosyni, které se jí velice zalíbilo. Když do něj paní Marii převezli, byla vyhublá, nepohyblivá a vůbec nemluvila. Během měsíce se ovšem zotavila a začala pečovatelským dělníkům důvěřovat. Začala víc jíst a pít, a dokonce se snažila i pohybovat. Již za další dva týdny personál poznal, co paní Marie dovede. Nejenže se pohybovala volně po posteli, ale začala si sama vyměňovat také inkontinenční pomůcky. Když se paní Marie adaptovala na chod oddělení, na personál a ostatní klienty, začala pečovatelská s rehabilitací. Na úplném začátku se začaly protahovat nohy a ruce na lůžku a masírovalo se celé tělo. Když už se cítila paní Marie jistější, chtěla, aby ji pečovatelská pomalu učila nácvik v sedě, též zpočátku na lůžku. Vše se velmi dařilo a výsledky byly den ode dne lepší. Jednoho dne, když pečovatelská přišla na pokoj, stála paní Marie oblečená a usměvavá u svého chodítka. Byla připravena jít sama na snídani a dokázala to. Dokázala to její vůlí a odhodlaností. Za několik týdnů už chodítka ani nepotřebovala. Problém s pamětí u ní sice přetrvává, nicméně to můžeme považovat za malý problém, protože Alzheimerova choroba u ní postupuje naštěstí pomalu.

Rodina paní Marii navštěvuje téměř každý víkend a na svátky si ji berou domů. Je z ní usměvavá dáma, která ve svém okolí šíří dobrou náladu, dáma, která to nevzdala.

ZÁVĚR

První část této bakalářské práce byla věnována teoretickému popisu Alzheimerovy choroby jako takové. Za pomoci odborných publikací a podkladů jsme se snažili nahlédnout do historie této choroby s poukázali jsme na to, jak byla v minulosti vnímána a popisována. Všimli jsme si rozdílů a porovnali skutečnosti minulého a současného pojetí. Zaměřili jsme se na etiologii a uvedli dosud platnou definici choroby.

Protože cílem práce bylo zjistit, zda se skutečně zvyšuje výskyt Alzheimerovy choroby, a tím pádem roste také počet přihlášek do Alzheimer Centra, využili jsme v praktické části sociologické výzkumy, které nám měly dát jasnou odpověď. Pro úplný vhled do problematiky jsme přidali také příběhy osob, které v Alzheimercentru žijí.

I přesto, že Alzheimerova choroba má na pacienty velmi negativní dopady, je velmi důležité vyzdvihnout jejich odhodlání. Nechtějí se jen tak vzdát, s čímž jim obvykle pomáhá jejich rodina a lidé, které mají kolem sebe. Jsou to osoby, které jim připomínají to hezké, co prožili. Nikdy se nedozvíme, zda si osoby, které onemocněly Alzheimerovou chorobou, svou nemoc uvědomují, nicméně na chuti a odhodlání v jejich životě ještě něco zažít je poznat, že jsou mezi svými blízkými rádi, ačkoli je třeba již nepoznávají.

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující formou demence, s prevalencí 1 % populace a čtvrtou až pátou nejčastější příčinou smrti. Zasahuje do života celé pacientovy rodiny. S demencí žije cca 300 000 lidí, z toho cca 130 000 s těžkou formou, každoročně přibývá asi 20 000 nových případů onemocnění.

Jak z výzkumné části vyplynulo, potvrdil se fakt, který ukazuje na téměř až epidemiologický nárůst počtu osob s tímto onemocněním, s čímž souvisí i nárůst přihlášek do center pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Vzhledem k tomu, že stav těchto osob je nevratný a vyléčit tuto chorobu nelze, je potřeba si uvědomit, zda bude do budoucna vůbec existovat možnost umístit osoby postižené Alzheimerovou chorobou do speciálních center. Zřejmě není možné zvyšování výskytu Alzheimerovy choroby zabránit, ani nedokážeme snížit počet přihlášek do speciálních center, ale můžeme poslední období života lidem s Alzheimerovou chorobou ulehčit a zpříjemnit. Tím, že jim vytvoříme hezké prostředí a pocit bezpečí, které jim nahradí jejich vlastní domovy, a tím, že o ně bude kvalitně postaráno, jim zajistíme důstojné stáří a šanci zažít pěkné chvíle.

Tato bakalářská práce pohlížela na Alzheimerovu chorobu především očima pečujících osob, pro které je Alzheimerova choroba stejně tak náročná jako pro nemocného. Může být přínosem pro rodinné příslušníky jako stručný souhrn podstatných informací v teoretické části a zajímavých informací z části výzkumné. Dále také může být pro rodinné příslušníky inspirací, kde a u kterých autorů hledat informace určené pečujícím.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BRAGDON, A. D. a D. GAMON, 2002. *Nedovolte mozku stárnout*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-567-9.

HOLMEROVÁ I., H. JANEČKOVÁ a D. NIKLOVÁ, 2016. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 11. vyd., Česká alzheimerovská společnost s podporou MZ ČR. Praha. ISBN 978-80-86541-49-5.

KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

REGNAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.

ŠTĚPÁNKOVÁ, H. a kol. 2014. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.

ZVĚŘOVÁ M., 2017. *Alzheimerova choroba*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

KANEKO, N., R. YAMAMOTO, T. A. SATO & K. TANAKA, 2014. *Identification and quantification of amyloid b-related peptides in human plasma using matrix-assisted laser desorption/ionization time-of-flight mass spectrometry*. Proc. Jpn. Acad., Ser. B, Phys. Biol. Sci. 90.

KUMAR, V., K. ABBAS a J. C. ASTER, 2007. *Robbins basic pathology*. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier. ISBN 978-1416029731.

Seznam použitých internetových zdrojů

ACZ. *Mozkový jogging a trénink paměti* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://www.acz-kurzy.cz/kurzy-osobniho-managementu/kurz-mozkovy-jogging-a-trenink-pameti>

Andivo: *Aromaterapie* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://www.andivo.cz/aromaterapie>

Canisterapie [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz>

Co to je?. *Co to je Epidemie? Význam slova* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <http://cojeto.superia.cz/nemoce/epidemie.php>

CZMTA: *Muzikoterapie* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/muzikoterapie/vyuziti-muzikoterapie>

Česká alzheimerovská společnost [online]. ©2003 [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=4>

Česká alzheimerovská společnost [online]. ©2015 [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2019 [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČT24. *Hrob Aloise Alzheimera* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/1296738-alois-alzheimer-dal-jmeno-nemoci-kerou-doposud-nikdo-nedokaze-vylecit>

Domovy Na Třešňovce. *Ošetrovatelská a rehabilitační péče* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://www.domovynatresnovce.cz/poskytujeme/zdravotnicke-sluzby>

- Ergopoint. *Co je ergoterpie* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://ergopoint.cz/co-je-ergoterapie.html>
- Fibromyalgik. *Kognitivní funkce* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://fibromyalgik.webnode.cz/novinky/souvisejici-onemocneni/kognitivni-funkce/>
- MÁTĽ, O., I. HOLMEROVÁ a M. MÁĽOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2014*. Česká alzheimerovská společnost [online]. [cit. 2019-01-22]. Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/clanky/alzheimerova-choroba-v-cr/zverejnena-zprava-o-stavu-demence-2014/>
- MÁTĽ, O., I. HOLMEROVÁ a M. MÁĽOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2015*. Česká alzheimerovská společnost [online]. [cit. 2019-01-22]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/002/000331.pdf>
- MPSV. *Inspekce poskytování sociálních služeb* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5782/inspekce_verejnost_final.pdf
- Nature. *High performance plasma amyloid- β biomarkers for Alzheimer's disease* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/nature25456>
- Návrat Písek. *Co je fyzioterapie?* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://www.navrat-pisek.cz/co-je-fyzioterapie/>
- Neurologicko kognitivně behaviorální centrum Olomouc. *Rehabilitace / trénink / kognitivních (poznávacích) funkcí* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://www.neuro-centrum.cz/rehabilitace-trenink-kognitivnich-poznavacich-funkci>
- Rehabilitace.info. *Alzheimerova choroba – v minulosti a dnes* [online]. 2013 [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/alzheimerova-choroba-v-minulosti-a-dnes/>
- Rehabilitace.info. *Alzheimerova choroba* [online]. 2013 [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravotni/alzheimerova-choroba/>

ResearchGate [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/figure/fig1_51751800

Propeople marketing. *Reminiscenční terapie má za cíl vyvolat příjemné vzpomínky u seniorů* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://www.spektrumzdravi.cz/rozvoj-osobnosti/reminiscencni-terapie-ma-za-cil-vyvolat-prijemne-vzpominky-u-senioru>

SquashPoint Praha. *Kompenzační trénink* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z:
<https://www.squashpoint.cz/lekce/kompenzacni-trenink>

Stále mladí. *Lék proti Alzheimerově chorobě nikdy nebude objeven, protože už je* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z: <https://www.stalemladi.cz/lek-proti-alzheimerove-demenci-nikdy-nebude-objeven-uz-je/>

Therapy Centre. *Bazální stimulace* [online]. [cit. 2019-01-12]. Dostupné z:
<http://www.therapy-centre.eu/bazalni-stimulace>

ÚZIS ČR. *Aktuální informace č. 63/2012* [online]. [cit. 2019-01-10]. Dostupné z:
https://www.uzis.cz/system/files/63_12.pdf

Wikipedie. *Demence* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z:
<https://cs.wikipedia.org/wiki/Demence>

Wikipedie. *Epidemiologie* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z:
<https://cs.wikipedia.org/wiki/Epidemiologie>

Wikipedie. *Oskar Fischer* [online]. [cit. 2019-01-02]. Dostupné z:
https://cs.wikipedia.org/wiki/Oskar_Fischer

SEZNAM ZKRATEK

AD	epidemiologie Alzheimerovy choroby
ADD	porucha pozornosti bez hyperaktivity.
ADHD	porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou;
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
WHO	Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Alois Alzheimer	10
Obrázek 2: Hrob Aloise Alzheimerera ve Frankfurtu nad Mohanem.....	11
Obrázek 3: Oskar Fischer	11
Obrázek 4: Porovnání zdravého mozku starší osoby a mozku atrofovaného při pokročilé formě Alzheimerovy nemoci	24

Seznam grafů

Graf 1: Vývoj prevalence demence a počtu lidí s demencí v ČR.....	16
Graf 2: Vývoj prevalence demence a počtu lidí s demencí v ČR.....	16
Graf 3: Prevalence demence dle věkových skupin a pohlaví v ČR.....	18
Graf 4: Prevalence demence dle věkových skupin v ČR.....	19
Graf 5: Počet lidí s demencí žijících v jednotlivých krajích ČR	20
Graf 6: Prevalence demence ve státech EU v roce 2013	21
Graf 7: Podané žádosti mužů a žen do Alzheimercentra a průměrný věk klientů.....	40

Seznam tabulek

Tabulka 1: Podané žádosti mužů a žen do Alzheimercentra a průměrný věk klientů	40
---	----

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Klára Jirků

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Alzheimerova choroba jako novodobá epidemie a její projevy u seniorů v Alzheimercentru

Rok: 2020

Počet stran textu bez příloh: 46

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 6

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 30

Vedoucí práce: prof. PhDr. Miloslav Kodým, CSc.