

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Péče o osoby s demencí (Alzheimerova Choroba) komparace domácí a
ústavní péče ve východočeském regionu
Bakalářská práce

Autor: Ing. Lucie Borovková

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D

České Budějovice, duben 2012

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Care for persons with dementia (Alzheimer's disease) institutional and
home care comparison (VČ region)

Bachelor Thesis

Author: Ing. Lucie Borovková

Study programme: Specialization in Education

Study of programme: Health Education

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D

České Budějovice, duben 2012

Jméno a příjmení autora: Ing. Lucie Borovková

Název bakalářské práce: Péče o osoby s demencí (Alzheimerova Choroba) komparace domácí a ústavní péče ve východočeském regionu

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2012

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá srovnáním možností ústavní a domácí péče o nemocného trpícího demencí (Alzheimerovou chorobou) a následně vlivu jednotlivého druhu péče na nemocného jako takového. Díky obsahové analýze publikačních zdrojů jsem sestavila teoretickou část práce, v níž se snažím rozebrat zvolené téma tak, aby bylo co možná nejvíce srozumitelně vysvětleno. Zaměřuji se především na paměť, proces stárnutí, diagnostiku, terapii a specifikaci Alzheimerovy choroby. Následně jsem vytvořila dotazník, na jehož základě jsem díky dotazníkovému šetření mohla porovnat oba typy péče. Péče mě zajímala především z hygienického hlediska, možnosti socializace, komunikace a volnočasových aktivit nemocného. Každý typ péče jsem rozebrala zvlášť a následně porovnála shody a rozdíly každé z nich. Zjistila jsem tak i celkový vliv na nemocného a jeho spokojenost.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, demence, paměť, terapie, diagnostika, péče o nemocného s demencí, proces stárnutí, volnočasové aktivity

Name and surname: Ing. Lucie Borovková

Name of Bachelor Thesis: Care for persons with dementia (Alzheimer's disease) institutional and home care comparison (VČ region)

Department: Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.

The year of presentation: 2012

Abstract:

This Bachelor's Thesis is a comparative study of the possibilities of institutional and home care for persons suffering from dementia (Alzheimer's disease) and the resulting effect that each kind of care has on the patient. Through a content analysis of publishing resources, I drew up a theoretical part where I attempt to discuss the subject in question as comprehensibly as possible. My primary focus is on memory, the aging process, diagnostics, therapy and the specification of Alzheimer's disease. This is followed by a questionnaire aimed at comparing the two types of care through the survey method. I was mainly interested in the aspect of hygiene, opportunities of socialisation, communication and the free time activities of the patient. Each type of care is discussed separately before identifying the several similarities and differences. This also enabled me to determine the overall effect of the care on the patient and his satisfaction.

Keywords: Alzheimer's disease, dementia, memory, therapy, diagnostics, care for persons suffering from dementia, the aging process, free time activities

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24. 4. 2012

Ing. Lucie Borovková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Vlastě Kursové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a za rady, které mi pomohly při jejím zpracování.

Obsah práce

1	ÚVOD.....	9
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1	PAMĚT	11
2.2	PROCES STÁRNUTÍ.....	15
2.3	DEMENCE.....	16
2.4	DIAGNOSTIKA.....	22
2.5	ALZEHEIMEROVA CHOROBA	27
3	PRAKTICKÁ ČÁST	37
3.1	CÍL PRÁCE	37
3.2	ÚKOLY PRÁCE	37
3.3	ODBOBNÉ PŘEDPOKLADY	38
4	METODIKA.....	39
4.1	METODY VYUŽÍVANÉ V PRÁCI	39
4.2	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	40
4.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	41
5	VÝSLEDKY A DISKUZE	42
5.1	KONCEPCE DOTAZNÍKU	42
5.2	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V RÁMCI ÚSTAVNÍ PÉČE.....	44
5.3	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V RÁMCI DOMÁCÍ PÉČE	51
5.4	KOMPARACE ÚSTAVNÍ A DOMÁCÍ PÉČE.....	53
5.5	DISKUSE	55
6	ZÁVĚR	57
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	59
8	BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM.....	60
9	ELEKTRONICKÉ ZDROJE	61
10	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

1 ÚVOD

Téma demence a Alzheimerova choroba mě vždycky tak trochu zajímalo, i když jsem neměla možnost se s ním nikdy prakticky setkat do té doby, než jsem se seznámila s babičkou mého přítele. Ona sice netrpí demencí Alzheimerova typu, ale demencí stařeckou. Když jsem jí poprvé viděla, fascinovala mě svojí radostí a přístupem k životu. Tomu, že vše zapomíná se vždy zasmála a tvrdila, že je to s ní práce, avšak s veselými očima. Líbilo se mi, že se tím nenechala zdrtit a brala to tak, jak jí to život“naservíroval“.

Když jsem si volila téma své bakalářské práce, zajímalo mě především proto, že jsem byla zvědavá, jaký přístup je k lidem s touto chorobou volen jednak v domácí péči a na druhé straně v různých ústavech. Jak jsem se již zmínila výše, inspirovala mě především přítelova babička, která žije právě v ústavu. Hodně jsem se totiž zamýšlela nad tím, zda je v ústavu klientům věnována speciální péče a pozornost, díky které pak mají možnost být i více veselí nebo zda je to skutečně jen nastavením člověka jako takového a především typem jeho osobnosti. Bylo hříčkou osudu asi i to, že netrvalo dlouho a v domově důchodců se ocitl i můj děda s babičkou. A já měla možnost zjistit na vlastní kůži, že pravda bude asi v tom, jak je člověk naladěný a v jeho celkovém přístupu k životu a tím pádem i v jeho typu osobnosti.

Děda později onemocněl vaskulární demencí a pravděpodobně i „Alzheimerem“. Ten na rozdíl od přítelovy babičky život už tak nějak pomalu vzdal a postupem času zemřel následně po několika mozkových příhodách na ucpání cévy v mozku. Uvědomila jsem si, jak je i ve stáří důležité neztratit chuť k životu a udržovat sociální život, sociální kontakt s ostatními a ponechat si alespoň nějaké volnočasové aktivity, pro které člověk může svým způsobem žít. Děda tu chuť k životu ztratil a to ho dle mého názoru zabilo spíše než mrtvice.

Ani mí prarodiče, ani přítelova babička nejsou v ústavu ve východočeské oblasti, proto ani moje bakalářská práce není jimi nijak ovlivněna. Nicméně byla by lež nepřiznat, že je jimi částečně inspirována a při koncepci samotného dotazníku mi zamyšlení nad situací těchto příbuzných hodně pomohlo utříbit si problematiku a názor na věc.

V teoretické části jsem se zaměřila především na definici dané problematiky a teorie s tím související. Stěžejními tématy k rozboru se staly paměť, proces stárnutí, diagnostika. Poslední část teorie jsem věnovala problematice Alzheimerovy choroby. Téma paměti jsem zvolila z toho důvodu, že bývá v rámci jakékoliv demence ovlivněna v podstatě vždy. Proces stárnutí úzce souvisí s problematikou Alzheimerovy choroby, protože chtě, nechtě, je to nemoc patřící ke stáří. Diagnostika mi přišla důležitá pro osvětlení celé problematiky a přiblížení toho, jakým způsobem lze tyto nemoci vůbec zjistit. Popis Alzheimerovy choroby jako takové vyplynul z užší specializace celé bakalářské práce právě na toto téma.

Praktickou část jsem založila na dotazníkovém šetření. Dotazníky jsem rozdala dvěma náhodně zvoleným domácnostem a sedmnácti ústavům. Otázky u ústavů i domácnosti byli vcelku totožné, jen u ústavů jsem měla navíc cca pět otázek týkajících se počtu a typu klientů. Samotné otázky v dotazníku byly zaměřeny na problematiku, která mě zajímala nejvíce, což byla oblast hygieny, socializace a sociálního kontaktu jako takového. V neposlední řadě jsem se zacílila i na možnost volnočasových aktivit. Celý dotazník byl zakončen otázkou spokojenosti nemocného. V praktické práci jsem se pak snažila definovat, jak probíhá péče v ústavu, v domácnosti a na konec jsem se pokusila vzájemně porovnat příležitosti, podobnosti i rozdíly obou možných způsobů péče.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 PAMĚT

Funkcí paměti v lidské mysli je kódování, uložení informací pocházejících z dřívějších zkušeností a prožitků, následně pak jejich obnovení v případě potřeby. Je také součástí řady kognitivních procesů. Jednoduše řečeno paměť znamená schopnost přijímat uchovávat a znovu si vybavovat informace. Paměť je funkce, která nám umožňuje uvědomit si sama sebe, obsahuje všechny naše prožitky, vědomosti i dovednosti a je dále propojena s dalšími psychickými funkcemi (Jiráček, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Většina teoretiků se zmiňuje nejméně o třech stupních paměťových funkcí. Patří mezi ně bezprostřední, krátkodobá a dlouhodobá paměť. První typ má trvání asi jednu vteřinu. Jedná se například o zapamatování specificky uspořádaných objektů v rámci složitějšího pole, které bylo viděno. Reakce pokusných objektů ukazuje, že podstatná část informace se v jejich paměti udrží jen velmi krátce. Navíc pokud není úkolu věnována zvláštní pozornost, schopnost vybavení rychle klesá. Krátkodobá paměť trvá asi 15 – 30 vteřin, lze to přirovnat k vyhledávání telefonního čísla. Volající osoba zjistí, že zapomněla číslo, nejčastěji uprostřed vytáčení, musí se proto podívat znova do telefonního seznamu. Toto krátkodobé udržení informace je však dostatečně dlouhé na to, aby bylo možné osvojit si informaci cvikem. Jestliže se potřebná informace vícekrát opakuje, může se přesunout do kategorie déle trvající paměti. Přesunu informací z krátkodobé do dlouhodobé paměti napomáhá cvičení a opakování. Ve chvíli, kdy se údaj díky systematickému procvičování dostane do dlouhodobé paměti, má tendenci v ní setrvávat, ačkoliv může být při poškození nebo odstranění určitých oblastí mozku náhle eliminován. Zapamatování může být též nepříznivě zasaženo rušivým vlivem dalšího učení, kdy se mohou různé poznatky vzájemně plést, popřípadě si překážet. Dlouhé měsíce nebo i roky však přetrvávají podmíněné reflexy. Zůstávají beze změny a mají minimální tendenci k zapomínání (Encyclopaedia Britannica, Inc., 2008).

Existují tedy různé složky paměti i různé druhy paměti. Paměť lze tedy rozdělit podle řady hledisek. Základní rozdělení typu paměti je na paměť deklarativní a

procedurální (nedeklarativní). Obsah deklarativní paměti lze popsat slovy. Další dělení paměti, o které již byla zmínka výše, je dle časového hlediska. Tato klasifikace není jednotná a ustálená. Zpravidla mluvíme o:

- Ultrakrátké paměti (senzorický registr, bezprostřední paměť, okamžitá paměť) – trvá řádově vteřiny až desítky vteřin. Jsou to v podstatě veškeré vjemy, které si uvědomujeme.
- Krátkodobé paměti (provozní paměť) – paměť přechodného charakteru. Některé informace z ní ihned zmizí, jiné se přenášejí do krátkodobé paměti. Je nutné jejich opakování, ale i přesto většina těchto obsahů zanikne, protože nejsou dále používány ani posilovány opakováním.
- Střednědobé paměti – ukládání některých informací do dlouhodobé paměti. Informace musí být posilovány opakováním a k uložení do dlouhodobé paměti přispívá i emoční náboj informace.
- Dlouhodobé paměti – schopnost udržet informaci dlouhodobě až celoživotně. Základem dlouhodobé paměti jsou engramy – paměťové stopy. Ty mají ráz nejen přechodných zapojení výběžků nervových buněk, ale i trvalých změn bílkovin nervových buněk a jejich výběžkům (Jiráček, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Ultrakrátká, krátkodobá a střednědobá paměť se často označují jednotným pojmem krátkodobá paměť. U Alzheimerovy nemoci dochází k poškození krátkodobé paměti již v počátečních stádiích. Podkladem krátkodobé paměti je přechodné zapojení výběžků nervových buněk, které tvoří okruhy, po kterých probíhá vzruch (Jiráček, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Mezi další psychické funkce lze zařadit například pozornost, vědomí, emoce, vnímání, myšlení, chování a jednání, intelekt a inteligence, osobnost, kognitivní funkce. Pozornost patří mezi poznávací funkce. Jde o schopnost zaměřit vnímání k určitému objektu a zároveň i o schopnost vnímat správně více objektů najednou. Vědomí znamená možnost uvědomovat si sám sebe a své prožitky v časovém kontinuu. Emoce vyjadřují postoj ke skutečnosti, k vnějším i vnitřním podnětům a prožitkům. Dají se dále rozdělit na afekty, což jsou krátkodobé stavy emocí trvající v průměru desítky vteřin až několik minut, nálady, kdy se jedná o dlouhodobější stavy, které lze vyjádřit jako vyladění k afektu jednoho typu, a nakonec vyšší city, což jsou trvalé znaky osobnosti

člověka. Zahrnují především etické a estetické oblasti, obecné postoje k lidem a okolnímu světu. Mohou mít kladnou i zápornou polaritu. Řadí se mezi ně například sobectví, altruismus nebo agresivita. Vnímání představuje schopnost přijmout pomocí čidel (sluch, zrak, hmat apod.) vnitřní i vnější podněty, v mozku je dále zanalyzovat a porovnat či integrovat s dosavadními zkušenostmi. Na rozdíl od vnímání, myšlení již zahrnuje schopnost přijaté informace dále zpracovávat. Poskytuje odpověď na zevní i vnitřní podněty, adaptaci na vnější prostředí. Zpravidla je zprostředkováno řečí, vyskytuje se řeč vnější i vnitřní, která je méně strukturovaná. Chování a jednání vyjadřuje motorickou odpověď na vnější a vnitřní podněty. Chování bývá neplánované, nezaměřené a neuvědomělé. Na rozdíl od toho jednání je plánované, zaměřené i uvědomělé. Často však dochází ke stejnému využití těchto pojmů, je k nim přistupováno jako k synonymům. Inteligence a intelekt jsou v podstatě zaměnitelné pojmy představující totéž – schopnost správně myslet a přizpůsobovat se změnám vnějšího prostředí. I když je pravda, že intelekt je spíše chápán jako originalita řešení, abstrakce či generalizace, kdežto inteligence jako praktická schopnost správného myšlení a adaptability. Pojem osobnost vyjadřuje souhrn všech psychických vlastností individua. Dá se charakterizovat například temperamentem nebo charakterem. Kognitivní funkce představují poznávací funkce, které slouží k reagování na podněty vnějšího světa a k adaptaci na vnější prostředí. Lze je definovat jako jakousi nadmnožinu některých výše zmiňovaných funkcí. Patří sem například vnímání, pozornost či inteligence a paměť. U Alzheimerovy poruchy i dalších demencí patří porucha kognitivních funkcí mezi základní poruchy (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009)

PAMĚŤ A JEJÍ PORUCHY

Pojem pracovní paměť (working memory) se v současnosti užívá pro krátkodobou paměť (short-term memory). Tato paměť se přirovnává k tabulce na níž se zapsané záznamy po několika sekundách smaže, aby se uvolnilo místo pro záznam další. Z neuropsychologického hlediska obsahuje paměť tři složky - fonologickou smyčku, vizuospeciální náčrtník a centrální výkonnostní složku. Fonologická smyčka slouží k ukládání zvukové neřečové a řečové informace, které se, pokud nejsou opakovány,

ztratí během dvou až tří sekund. Tyto informace mohou být nehlasným opakováním udržovány dlouhodobě. Kapacita pracovní paměti je však omezená. Udržení mnohoslabičných slov je obtížnější než slov jednoslabičných. Je pravděpodobné, že fonologická smyčka je klíčový systém jazykového a řečového vývoje malých dětí. Vizuospaciální náčrtník je složitější než fonologická smyčka z hlediska architektonického i funkčního. Jeho činnost si lze představit jako tabulku, na níž jsou rychle napsána nějaká data, která jsou po krátké době smazána, čímž se uvolní prostor pro zápis dat jiných. Někteří autoři rozdělují vizuospaciální náčrtník na vizuální a prostorovou složku. Centrální výkonnostní složka se podílí na integraci při zpracovávání různých druhů informací, například zrakových, sluchových nebo somatosenzorických. Aktivita této oblasti roste úměrně se zatížením pracovní paměti. Jednoduše řečeno, je činnost pracovní paměti založena na integraci jednotlivých smyslových informací (Koukolík, 2002).

Kromě pracovní paměti existuje ještě paměť deklarativní. Tato paměť slouží pro fakta a události. Často bývá přirovnávána k obsahům hesel v encyklopedickém slovníku. Takový druh deklarativní paměti se nazývá paměť sémantická. Zároveň jsou součástí deklarativní paměti autobiografické epizody vázané na konkrétní čas i prostor a vnímané jako události. Tento druh deklarativní paměti se označuje jako paměť epizodická.

- Epizodická paměť – závislá na činnosti neuronální sítě, která je jejím podkladem a je rozdělena na kódování (učení), konsolidaci (uložení), a vybavování informace z paměti (recall).
- Sémantická paměť – obsahem jsou fakta, pojmy, významy slov a znalost předmětů. Není vázána na konkrétní čas a prostor, protože je nezávislá na kontextu. Je sdílená kulturně a jejímu obsahu se musíme ze značné části vědomě naučit (Koukolík, 2002).

Vzhledem k tomu, že existuje několik paměťových systémů lidského mozku lišících se svým obsahem, časovým rozpětím a anatomickým substrátem, může mít postižení paměti různé formy i klinické obrazy (Koukolík, 2000).

Amnézie, což je poškození deklarativní paměti, bývá nejčastějším projevem onemocnění mozku. Také je chápáno jako ztráta paměti jako takové. Vyšetření paměti je tedy důležitou částí diagnostického postupu užívaného v neurologii. Je rozdíl, zda se

jedná o poruchu izolovanou, například po zástavě oběhu nebo kvůli detoxikaci oxidem uhelnatým, nebo zda jde o rozsáhlejší postižení kognitivních funkcí. V takovém případě může být taková porucha jednou z prvních manifestací demence, často Alzheimerovy choroby (Hort, Rusina aj., 2007).

2.2 PROCES STÁRNUTÍ

Pozorování normálních projevů stárnutí je do jisté míry diskutabilní otázkou. Variabilita normální kognitivní výkonnosti zdravých seniorů vzrůstá s věkem a to celkem výrazně. Příčiny této skutečnosti však mohou být různé. Stárnutí doprovází řada přidružených onemocnění, jako je například hypertenze, diabetes, ikty nebo různé úrazy, které mohou ovlivnit kognitivní funkce různou měrou. Navíc je potřeba si uvědomit, že ve vyšším věku se často vyskytují deprese, které nejsou vždy rozpoznány nebo jsou nedostatečně léčeny a mohou se tedy výrazným způsobem podílet na kognitivní výkonnosti člověka. Několik studií dokázalo, že staří lidé zacházejí s informacemi, které si nedávno uložili do paměti, hůře a obtížněji si vybavují jména. V rámci cíleného testování bylo též dokázáno zpomalení psychomotorického tempa a zhoršení realizace složitějších činností vyžadujících vizuomotorickou koordinaci. Zhoršují se taktéž schopnosti soustředění, přizpůsobivost novým událostem a situacím, ochota riskovat, reakční čas se rovněž prodlužuje (Hort, Rusina aj., 2007).

V souhrnu lze tedy říci, že průvodním projevem stárnutí je zhoršování výbavnosti, obtížnější zacházení s informacemi při horším soustředění a tendence k rigidnějšímu i pomalejšímu myšlení. Nižší paměťovou výkonnost mohou značně kompenzovat nápověda a připomenutí. Vystupňovaná forma výše uvedených příznaků může být prvotním jevem paměťové inhibice v rámci některých forem deprese vyššího věku. Avšak projev poruchy vstíplivosti, tedy ukládání informací do paměti, jednoznačně svědčí o hipokampální poruše (nejčastěji v rámci Alzheimerovy choroby) a je tedy nutné tento nálezní hodnotit v každém věku jako patologický. Každý starší člověk stěžující si na zhoršení paměti, případně člověk, u kterého si amnézie povšimlo jeho okolí, by měl být právě z tohoto důvodu pečlivě vyšetřen (Hort, Rusina aj., 2007).

2.3 DEMENCE

Demence patří mezi degenerativní choroby, pro něž je charakteristický progredující zánik neuronů (buněk i axonů) různých oblastí nervového systému. Etiologie je však dosud neznámá. Slovem degenerace se myslí pomalý kvantitativní úbytek funkce určité populace buněk. Není ovšem specifikován vlastní biologický mechanismus. Může postihovat různé části – mozkovou kůru, bazální ganglia, mozkový kmen, mozeček i periferní nervy. Podle dominující symptomatologie jsou dále děleny do několika základních skupin. Demence se definuje jako získaná porucha intelektu, paměti a osobnosti. Závažný problém tvoří především u lidí staršího věku. Podle zveřejňovaných odhadů trpí poruchami paměti asi deset procent osob ve věku nad 70 let. Z toho se asi u poloviny jedná o Alzheimerovu chorobu (Ambler, 2000).

Demence je syndrom, který způsobuje choroba mozku. Obvykle se jedná o chronickou nebo progresivní povahu, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Podle Koukolíka vědomí není zastřeno. Zpravidla se přidružuje i porušené chápání a příležitostně mu může předcházet i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování či motivace. Takový syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů postihujících primárně mozek. Diagnóza demence je založena na následujících kritériích:

- Vývoj mnohočetných poruch kognitivních funkcí, které se projevují společně. Patří sem porucha paměti projevující se poškozenou schopností učit se novým informacím nebo porušené vybavování si informací naučených dříve. Dále se mohou vyskytovat kognitivní poruchy typu afázie (porucha jazykových funkcí), apraxie (porucha schopnosti vykonávat motorické aktivity bez ohledu na zachovanou motorickou funkci), agnózie (selhává rozpoznávání či identifikace předmětů bez ohledu na nedotčené senzorní funkce), popřípadě porucha řídicích funkcí, jako jsou plánování, organizování nebo abstrakce.
- Poškození sociálních funkcí nebo výkonu zaměstnání – v důsledku kognitivních poruch uvedených výše, což představuje významný pokles

předchozí funkční úrovni jedince.

- Pro průběh demence je charakteristický postupný nástup a trvalé zhoršování poznávacích funkcí (Koukolík, Jirák, 2004).

Ne vždy, avšak poměrně často se vyskytují i další psychické poruchy – např. paranoidita včetně produkce bludů či poruchy vnímání. K příznakům demence ovšem nepatří poruchy vědomí (deliria). Velmi často se však u demenčních pacientů vyskytují tranzitorní, krátkodobá deliria. Vzhledem k tomu, že demence patří mezi organická mozková onemocnění, etiologicky se uplatňují choroby, které lze definovat samostatně a které poškozují mozkovou tkáň. Patří mezi ně jednak primární mozkové choroby, jako je Alzheimerova choroba, traumata mozku nebo mozkové tumory, a jednak i systémové choroby postihující mozek až sekundárně – např. Wilsonova choroba či některé kolagenózy apod. (Jirák aj., 1999).

Vývoj pojmu demence trvá asi 2 500 let. Obsah tohoto pojmu se objevuje již u antických lékařů a filosofů popisujících úpadek duševních funkcí, který někdy doprovází stáří. Ještě během 19. století bylo rozlišení pojmu demence od jiných poruch celkem mlhavé. V roce 1845 uveřejnil Griesinger klinický popis presenilní demence. Přelomový zlom v dějinách pojmu (senilní) demence nastal v roce 1906, kdy Alois Alzheimer (1864 – 1915) popsal případ jedenapadesátileté Auguste D. (Koukolík, Jirák, 2004).

DEMENCE Z MORFOLOGICKÉHO POHLEDU

Podle příčiny lze dělit demence do dvou základních skupin:

- Demence mající jako podklad atroficko – degenerativní proces mozku.
- Sekundární demence (demence symptomatické), jejichž podkladem je celkové onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiná poškození postihující mozek. Symptomatické demence je možné dále dělit na dvě podskupiny:
 - Vaskulární demence (poruchy mozkových cév a mozkového krevního zásobení)
 - Ostatní symptomatické demence (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Následuje přehled některých prokazatelných morfologických změn u nejčastějších typů demencí, jehož cílem je vytvoření představy o patologicko-anatomických podkladech funkčních změn a klinických projevů společně s upozorněním na některé současné možnosti a diagnostické limity v utvrzování klinicky stanovených diagnóz.

- Atroficko - degenerativní demence - Již z názvu je patrné, že se jedná o zmenšení orgánu původně normálně vyvinutého (atrofie). Nejpodstatnějším nálezem zde jsou změny v histologické úrovni. Mezi tyto demence řadíme např. Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu nemoc, Korovou nemoc s Lewyho tělísky, Huntingtonovu chorobu apod.
- Ischemicko – vaskulární demence – Hlavní příčinou těchto onemocnění je aterosklerotické poškození cév. Jedná se nejen o makroangiopatii velkých arterií mozkových se „strategickými“ infarkty ale i o mikroangiopatii. Nebývají však kombinována s dalšími chorobami ani akcelerována chorobami jinými (hypertenze, diabetes). Patří mezi ně např. Multiinfarktová demence nebo Binswangerova nemoc.
- Symptomatické (sekundární demence) – Morfologické projevy takových chorob představují velkou škálu změn. V jejich popisu je potřeba čerpat především z ze speciálních neuropatologických publikací. Příčinou vzniku je postižení centrální nervové soustavy jiným organickým procesem, metabolickými změnami, infekčními chorobami, intoxikačními vlivy, hypovitaminózou a řadou dalších faktorů. Klinicky se často podobají Alzheimerově chorobě nebo ischemicko-vaskulárním demencím. Je potřeba včasná a správná diagnostika, aby se zabránilo přechodu podprahového metabolického degenerativního onemocnění mozku do ireverzibilní demence. Patří sem např. prionové choroby či infekce virem HIV (Jiráková aj., 1999).

EPIDEMIOLOGIE DEMENCE

Momentálně převládá trend stárnutí lidstva. Tento trend je celosvětový a dominuje i v naší republice. Proces stárnutí jde ruku v ruce se zdravotními, sociálními a ekonomickými problémy. Demence je jedním z kompletních zdravotních problémů s významnými společenskými důsledky. Poslední dobou se navíc stává jedním z nejčastějších onemocnění a převyšuje dokonce i nad takovými nemocemi, jako jsou diabetes mellitus (cukrovka) nebo cévní mozkové příhody. V naší republice se celkový počet pacientů trpících demencí odhaduje na 100 000, což odpovídá přibližně 1% populace. Výskyt demencí se navíc zvyšuje s věkem. V populaci, která je starší než 65 let je četnost výskytu již 5% a objevuje se asi 10 nových případů na 1 000 občanů v rámci jednoho roku. Ve věkové kategorii 85 let a více trpí demencí 30 – 50% občanů. Nových případů na rok je v této kategorii také podstatně více, a to 90 případů na 1 000 jedinců v rámci jednoho roku. Průběh demence u většiny pacientů bývá podobný. V počátečním stadiu prochází nemocný tzv. stadiem mírné kognitivní poruchy, která sužuje přibližně 1 - 5% celkové populace a 11% populace starší 90 let. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že hlavní rizikový faktor demence je věk (Jiráček, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Navíc na základě analýzy provedené na skupině ve věku 60 - 94 let a porovnáním analýz z jednotlivých databází 23 evropských zemí bylo zjištěno, že prevalence (počet případů nemoci v celé zkoumané populaci) se každých 5 let zhruba zdvojuje. Číselná řada výzkumu vypadala přibližně takto: 1,0%; 1,4%; 5,7%; 13,0%; 21,6%; 32,2%. Kromě toho bylo dokázáno, že do 75 let je prevalence demence vyšší u mužů a po této věkové hranici zase u žen. Odhad prevalence syndromu demence ve 29 zemích do roku 2025 ukazuje, že staří dementní lidé budou přibývat rychleji než normální populace (Koukolík, Jiráček, 2004).

Se syndromem demence je spjata také morbidita a mortalita, což představuje těžkou zdravotní, psychologickou i socioekonomickou zátěž. Demence zvyšuje mortalitu ve všech věkových skupinách u obou pohlaví a vůbec nezáleží na její hloubce. I když je pravda, že čím je demence hlubší, tím je mortalita vyšší s rozptylem 1,7 – 3,4 krát u mužů a 2,0 – 3,1 krát u žen. Demence zatěžuje tedy v souvislosti s mortalitou a

morbiditou lidskou populaci stejně jako třeba karcinom plic nebo cévní mozkové příhody. Za zmínku také stojí, že prevalence syndromu demence je podstatně vyšší u lidí v institucionální péči, což jsou například domovy důchodců či léčebny s dlouhodobou péčí. Jeden z výzkumů ukazuje, že ze souboru 13 004 starších lidí žilo v institucionální péči 5% a prevalence syndromu demence v tomto podsouboru byla 62% (Koukolík, Jirák, 2004).

PŘÍZNAKY DEMENCE

V případě demence mluvíme o třech základních okruzích poškození, které se však vzájemně prolínají, jedná se o:

- Poškození kognitivních funkcí
- Poškození aktivit denního života

Behaviorální a psychologické příznaky demence (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Téměř každá demence začíná nejprve poruchou paměti. Existují však i výjimky, například u frontotemporálních demencí, zejména u frontální demence typu Pickovy choroby, se začátek zpravidla projevuje poruchami chování, zatímco poruchy paměti mohou být poměrně dlouho zachovány. U subkortikálních demencí, což je třeba Parkinsonova choroba, mluvíme v počátku o poruše exekutivních (výkonných) funkcí. To znamená, že si postižený není schopen naplánovat a provést složitější úkony (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Do skupiny poškození aktivit běžného života patří běžné dovednosti, profesionální dovednosti, péče o sebe sama apod. Tyto aktivity jsou porušeny úměrně k hloubce a tíži demence. V prvopočátcích nemocnému vypadávají například složitější aktivity profesního typu, postupně však dochází k rozšiřování poruchy směrem k instrumentálním aktivitám denního života, kterými je například schopnost nakládat s penězi. V pokročilém stádiu demence jsou poškozeny i bazální aktivity denního života, jako je schopnost oblékat se a svlékat, schopnost samostatně se najíst nebo udržovat základní osobní hygienu. Při těžkých demencích není neobvyklá ani inkontinence moči a stolice. Takto postižený pacient je plně odkázán na péči okolí, tedy fungující rodiny, profesionálních pečovatелů či ústavů (Jirák, Holmerová, Borzová aj.,

2009).

Behaviorální příznaky demence patří nejen pro pacienta ale hlavně pro jeho okolí mezi nejobtížnější projevy této nemoci. V některých případech se mohou objevit již v začátcích demence, avšak většinou se rozvíjí až ve středních stádiích a vrcholí ve stádiích těžkých. Poruchy chování mají různý charakter. Často se projevují různé stavy neklidu, který se nazývá agitovanost. Někdy nastávají stavy silného neklidu, který může být doprovázen i agresivitou. Jedná se například o útěky z domova, napadení členů rodiny, pečovatелů, zdravotního personálu, ničení věcí, vykřikování, nadávání či neustálé upoutávání pozornosti apod. Jindy lze pozorovat pouze neúčelné ale klidné jednání například přenášení věcí nebo svlékání se (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009).

U demencí se mohou také zcela nekonstantně a zpravidla přechodně vyskytnout přidružené psychotické příznaky (psychóza je porucha, kdy je přerušen kontakt s realitou například produkcí bludů). Jestliže pacient produkuje bludy, mívají nesystematický obsah a často bývají dosti absurdní. Klasickým příkladem je přesvědčení o okrádání, které je mnohdy velice bizarní například přesvědčení, že pacientovi někdo krade peří z peřin. Mohou se vyskytnout i poruchy vnímání. Halucinace bývají zpravidla zrakové, nemocný například vidí přicházet cizí lidi do svého pokoje. Často se u demencí projevují i poruchy emocí, které mívají kolísavý a přechodný charakter. Z poruch chování se objevují nekontrolované afekty, hlavně afekty vzteku, avšak může jít i o afekty smutku s pláčem, které jsou čtenější u vaskulárních demencí. V rámci chorobných nálad se nejčastěji setkáme s depresí. V hojné míře trpí nemocní i poruchami spánku, jako je nespavost, méně často potom spavost nadměrná. Nejčastější však bývá posun cyklu spánku a bdění. Pacient chodí později spát a později se i probouzí. Občas dojde i k úplné inverzi spánku, v noci nemocný bdí a ve dne spí (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009).

2.4 DIAGNOSTIKA

- **Škálovací metody a testy**

Doposud byla vyvinuto mnoho škál určujících přítomnost a stupeň demence včetně stupně postižení kognitivních a nekognitivních funkcí společně s dalšími známkami demence. Některé z těchto metod slouží k diferenciální diagnostice jednotlivých demencí.

- MMSE (Mini-Mental State Examination) ve světě patří k nejužívanějším při zjišťování přítomnosti i přibližného stupně demence. Na základě třiceti otázek jsou vyhodnoceny kognitivní funkce. Za správnou odpověď se připisuje jeden bod za špatnou žádný. Test je celkem rozdělen do 10 okruhů dle příznaků (viz příloha 1). Pásma definující různé stupně demence jsou rozdělena následovně:
 - Normální kognitivní funkce 30 – 27 bodů
 - Hraniční nález 26 – 25 bodů - může se jednat o lehkou poruchu poznávacích funkcí nebo počínající demenci, taková osoba se doporučuje sledovat
 - Lehká demence 24 – 18 bodů
 - Středně těžká demence 17 – 6 bodů
 - Těžká demence - méně než 6 bodů
- Hachinskiho ischemický skór (HACH) se používá k upřesnění diferenciální diagnostiky mezi primárně atrofickými demencemi, především Alzheimerovou chorobou a vaskulárními demencemi. Tento dotazník se skládá z 13 příznaků, jejichž přítomnost je hodnocena 1 – 2 body a nepřítomnost nulou (viz příloha 2).
 - Skór 1 – 4 = pravděpodobnost Alzheimerovy choroby
 - Skór 5 – 6 = často poukazuje na smíšené demence, je však nediferencující
 - Skór 7 a více = zpravidla přítomnost vaskulární demence
- Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS) slouží ke zhodnocení kognitivních a nekognitivních funkcí při výskytu Alzheimerovy choroby.

Využívá se především při longitudinálních studiích (např. hodnocení výsledků léčby či stupně deteriorace v čase). Má dvě složky – kognitivní a nekognitivní. Schopnost postižených vykonávat aktivity běžného života určují škály ADL (Activities of Daily Living) a IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Tyto škály se vyskytují ve více modifikacích a jejich hodnocení je zpravidla třístupňové – provede úkon samostatně, částečně, neprovede. Výsledky jsou opět skórovány.

- ADL – test Barthelové (aktivity denního života) – hodnotí položky najedení a napití, oblékání, koupání, osobní hygieny, kontinence stolice a moči, použití WC, přesun lůžko – židle, chůze po rovině i po schodech.
- IADL – skrývá v sobě položky jako je telefonování, transport, nakupování, vaření, domácí práce, práce kolem domu, užívání léků nebo nakládání s financemi (Koukolík, Jiráček, 2004).

- **Laboratorní vyšetření**

Pro správnou diagnostiku je nutný laboratorní biochemický, hematologický a sérologický screening. Pokud dojde k diagnostickým nejasnostem nebo je-li další potřeba, provádí se i rozšířená specializovaná vyšetření. Základní biochemická vyšetření slouží k vyloučení, případně potvrzení možnosti sekundárních, zejména metabolických demencí. Například hyperglykémie či hypoglykémie mohou naznačovat přítomnost delirií, ale mohou se vyskytnout i jako součást metabolických demencí. Nižší hladina vitamínu B12 nebo kyseliny listové může též poukazovat na přítomnost symptomatické demence. Ukázalo se, že např. u Alzheimerovy choroby se vyskytují nižší hladiny vitamínu B12 zhruba pětkrát častěji než u věkově srovnatelné non-alzheimerovské populace. Zatímco hematologické vyšetření dokáže odhalit různé typy anémií podílejících se na vzniku demence jako jeden z více etiopatogenetických faktorů, stanovení tumorových markerů zase může upřesnit diagnostiku ve chvíli, kdy uvažujeme o tumorové nebo paraneoplastické etiologii demence. A takových podobných laboratorních vyšetření bychom mohli dále jmenovat celou řadu (Koukolík, Jiráček, 2004).

- **Zobrazovací metody**

Hlavním přínosem zobrazovacích metod je především v tom, že jsou schopné prokázat organickou příčinu, pokud taková příčina existuje. Podstatné je také to, že tyto metody mohou být využity ke sledování pacientů podezřelých z demence. Kromě klinického vyšetření psychiatrem, případně také psychologem, internistou a neurologem, lze k potvrzení, zpřesnění či vyloučení vytvořené diagnózy demence využívat i řady moderních vyšetřovacích metod. Možností sice stále přibývá, ale nejdostupnější stále jsou následující prostředky:

- Počítačová tomografie (CT)
- Elektroencefalografie (EEG)
- SPECT (single photon emission computerized tomography – jednofotonová emisní počítačová tomografie)

Mezi novější metody patří:

- Evokované potenciály
- Magnetické rezonance
- PET (pozitronová emisní tomografie)

Všechna výše jmenovaná vyšetření mají výhodu v počítačovém zpracování, které navíc v poslední době umožňuje i jejich vzájemné prolínání (Jirák aj., 1999).

- **Elektrofyzilogické vyšetřovací metody**

Elektroencefalografické vyšetření slouží spíše jako pomocné. Alzheimerova choroba se často projevuje přítomností nespecifických změn. Jedná se zejména o celkově zpomalenou základní aktivitu a výskyt pomalých vln. Podobný obraz je možné pozorovat u většiny dalších primárně degenerativních demencí. Někdy je používána jako pomocná metoda evokovaných potenciálů. Tyto potenciály upřesňují diagnostiku demencí. Nejčastěji se užívá metoda evokovaných potenciálů P300. Při této metodě testovaná osoba řeší v duchu nějaký úkol. Proto je potřeba, aby pacient spolupracoval. Z toho tedy vyplývá, že metodu není možné využít u těžších stádií demence. U Alzheimerovy choroby se zase objevuje latence P-vlny, ta však není zcela specifická, metoda má tedy jen pomocný význam v kontextu ostatních vyšetření (Koukolík, Jirák, 2004).

Terapie

Nejpodstatnější je, aby se terapie neomezovala jen na jeden přístup ale, aby byla kombinovaná. Zahrnovala tedy jak biologické přístupy tak přístupy psychologické. Rozhodující při volbě terapie a přístupu k pacientovi je jednoznačně stadium demence. V časném a mírném stadiu je potřeba se zaměřit především na zachování sociálních schopností dané osoby, úpravu prostředí a intenzivní stimulaci kognitivních schopností. Jedná-li se však o pokročilejší, střední či těžší stadium nemoci rozhodující snaha je směřována k zachování přiměřeného emočního prožívání a chování, pokračování v přiměřené stimulaci kognitivních funkcí a využívání neverbálních možností komunikace (Jiráková aj., 1999).

- **Přístupy v časném stadiu demence:**

- Psychoterapie – slouží hlavně k redukci nástupu pocitů bezmoci a zoufalství spojenými s nepříznivými projevy a diagnózou onemocnění. Může mít klíčový význam pro zlepšení emočního prožívání a komunikace.
- Orientace v realitě – hlavním cílem je zlepšení orientace v prostředí, v kognitivních funkcích, zejména v paměti, komunikačních i sociálních dovednostech. Jedná se hlavně o 24 hodinový přístup prezentující důležité informace po celý den formou zapojení jednoduchých znaků a symbolů, zvýrazněním orientačních znamení a úpravou prostředí (umístění orientačních znaků, výrazně barevné dveře, hodiny, umístění jmen personálu a pacientů v pokoji). 24 hodinový přístup je kombinován se skupinovým setkáním společně s prezentací skutečnosti a údajů důležitých pro zachování orientace.
- Paměťový trénink – úsilí především o zlepšení či stabilizaci kognitivních funkcí, komunikace a sociálních dovedností. Realizuje se individuálně i skupinově či za pomoci alternativních funkčních systémů – např. Vybavování zrakových představ podporujících verbální sluchové paměti apod. Důležitou oblastí jsou i externí paměťové pomůcky v podobě jednoduchých diářů, kartiček a budíček či dokonce využití složitých elektronických zařízení na bázi PC.
- Resocializační a nemotivační postupy – pro vytvoření podpory a

pochopení projevů a potíží osob s demencí tak, aby zůstaly zachované sociální schopnosti, motivace ke komunikaci, pocit sebeúcty a kladné sebehodnocení. Nejdůležitější je stimulace a znovuoživení zájmu o bezprostřední okolí a ústup pocitů izolace či opuštěnosti. Využívá se různých technik na zlepšení kognitivních funkcí, komunikace a pro navození přiměřeného chování i zlepšení fyzických schopností. Jako doplňující se využívají neverbální techniky jako arteterapie, muzikoterapie (Jiráková aj., 1999).

- **Přístupy v pokročilejším stadiu demence:**

- Cílená kognitivní stimulace a externí paměťové pomůcky – nutné přizpůsobení jejich obsahu a formy stupni demence a schopnostem postiženého. Zpravidla zahrnuje trénink orientace a reality, trénink relaxace a kognitivní trénink.
- Senzorický trénink a behaviorálně podmíněná terapie – hlavní je stimulace pěti základních oblastí sensorického vnímání (taktilní, kinestetické, proprioreceptivní, vizuální, auditorní a čichové). Často propojeno s metodami behaviorálního podmiňování, nejčastěji pomocí motivujících odměn za aktivní účast či přiměřenou orientaci v denním programu, napomáhá ke zlepšení vztahu k okolí a emočnímu prožívání.
- Reminiscenční terapie – Na základě evokace minulého podporuje motivaci k interakci ve skupině, radost ze sdílení vzpomínek a zážitků společně s podpořením činnosti paměti. Navíc srovnání současného a minulého napomáhá i orientaci v realitě. Přispívá k zachování osobní identity a sebeúcty a působí na zlepšení sociálních a komunikačních schopností i emočního prožívání celé situace. Dominantní je příznivě zapůsobit emočním prožitkem a vybavováním na zachování dlouhodobé paměti.
- Validační a rozhodovací techniky – alternativní techniky pro orientaci v realitě kladoucí důraz na vlivy emocionální paměti a prožitků.
- Neverbální techniky – nejčastěji využívané jsou muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie (Jiráková aj., 1999).

- **Základní dělení farmakoterapeutických přístupů je následující:**
 - Farmakoterapie kognitivních poruch – kognitiva patří mezi farmaka, které působí pozitivně na acetylcholinergní systém. Ten je významně postižen u většiny demencí, u Alzheimerovy choroby či demence s Lewyho tělísky dokonce primárně. Acetylcholinergní systém hraje velkou roli v kognitivních funkcích a také při zachování kvalitativní úrovně vědomí.
 - Farmakoterapie nekognitivních poruch – poruchy nekognitivních funkcí (chování, emotivita, spánek, bdělost, integrita psychických funkcí) se všeobecně označují jako behaviorální a psychologické příznaky demencí (BPSD). Farmaky BPSD jsou ovlivněny hlavně poruchou chování, vnímání (halucinace, iluze), paranoidita i další psychotické symptomatologie, poruchy nálad a afektů, spánku a s demencí spojená deliria (Koukolík, Jiráček, 2004).

2.5 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alois Alzheimer se narodil v Marktbreitu nad Mohanem, poblíž Würzburgu a Tübingenu, 14. 7. 1861. V letech 1888 – 1903 působil v Městské psychiatrické klinice ve Frankfurtu jako asistent. Zde se spřátelil s Franzem Nisslem, který objevil barvení neuronů, což se užívá dodnes. V roce 1895 se Alzheimer oženil a posléze se mu narodil jeden syn a dvě dcery. Manželka však v roce 1901 umírá, což je pro Alzheimera velká ztráta a po kratším pobytu v Heidelbergu, kam ho pozval Kraepelin, odchází společně s Kraepelinem do Mnichova na Královskou psychiatrickou kliniku (1903). Tady se v roce 1906 stává Kraepelinovým zástupcem a od 16. 7. 1912 zastává pozici ředitele na Psychiatrické a neurologické klinice Slezské univerzity Friedricha Wilhelma v Breslau. Na konci roku 1915 dostal Alzheimer angínu, která zapříčinila revmatickou endokarditidu, nefritidu a artritidu. Ve věku 51 let Alois Alzheimer umírá (19. 12. 1915) (Koukolík, Jiráček, 2004).

Přesný počátek výzkumu Alzheimerovy choroby není jasný. Pokud bychom za něj považovali histologický objev senilních plaků, potom by se datoval do roku 1892, kdy byly plaky popsány Blocqem a Marinescem. Nejčastěji se však uvádí vznik pojmu Alzheimerovy choroby od roku 1906 až 1907, kdy 3. 11. 1906 uvedl Alzheimer

přednášku o případě Auguste D. a poté její pozorování vydal v tisku. Ukončení vývoje pojmu Alzheimerovy choroby je též diskutabilní. Bylo by možné za něj považovat rok 1976, kdy Katzman navrhl sloučit pojem presenilní Alzheimerovy choroby a senilní demence Alzheimerova typu do jediného názvu. Avšak souhrnně se díky soudobému molekulárněgenetickému výzkumu vyvíjí tento pojem dodnes. Proč byla v roce 1910 pojmenována tato nemoc v Kraepelinově učebnici právě po jeho žáku Alzheimerovi, je předmětem debatování dodnes. Nemalý podíl na jejím výzkumu měli i další autoři. I sám Alzheimer považoval své pozorování za atypický případ běžné senilní demence, pro něž byl charakteristický časný začátek a typický klinický průběh. Pravděpodobně chtěl Kraepelin odlišit tuto chorobu především díky mladšímu věku, ve kterém nemoc začínala (Koukolík, Jirák, 2004).

Definice Alzheimerovy choroby existuje velké množství, zde jsou uvedeny ty nejnámější. „Alzheimerova nemoc je heterogenní klinicko-patologická jednotka s chronicko-progresivním průběhem. Organickým podkladem je degenerativní zánik neuronů s charakteristickými histopatologickými změnami. Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence ve středním a vyšším věku.“ (Waberžinek, Krajíčková aj., 2006, s.214).

„Alzheimerova choroba, která je nejčastější příčinou demence, je podporována genetickou predispozicí. Onemocnění ale není geneticky zcela jednotné. Zvláště těžká choroba Alzheimerovy nemoci je autozomálně dominantně dědičná. V rodinách s Alzheimerovou chorobou mohou být nalezeny defekty na chromozomech 1, 12, 14, 19 nebo 21.“ (Silbernagl, Lang, 2001, s. 348).

„Hlavním patogenetickým mechanismem je pravděpodobně tvorba a ukládání patologického proteinu beta-amyloidu. V neuronech je přítomna přirozená bílkovina APP-amyloidový prekurzorový protein, který je štěpen enzymem alfa sekretázou na solubilní fragmenty. Za patologických podmínek u Alzheimerovy nemoci se uplatňuje štěpení enzymy beta a gama sekretázou. Vzniká betaamyloid 42, který tvoří základ Alzheimerovských plak. V oblastech dochází k zániku synapsí, degenerativním projevům, postupnému zániku a atrofii neuronů, k aktivaci gliových elementů, sterilní zánětlivé reakci včetně aktivace cyklooxygenázy, tvorbě volných kyslíkových radikálů, excitačních aminokyselin a cytosinů. Dalším histopatologickým projevem Alzheimerovy nemoci je nález neuronálních klubek (tangles), původní objev Aloise Alzheimerova.“

(Waberžinek, Krajíčková aj., 2006, s.214).

Zánik nervových buněk je zároveň spojen se sníženou tvorbou a koncentrací neurotransmiterů v mozku. Výrazně se to týká především acetylcholinu. V kůře velkého mozku a hipokampu dochází ke snížení koncentrace cholinacetyltransferázy až o 90%. Tento enzym je potřeba pro tvorbu acetylcholinu. Klesají však i koncentrace dalších neurotransmiterů jako je například noradrenalin, somatotropin nebo serotonin apod. Následek těchto degenerativních změn se projevuje progresivní ztrátou mozkových funkcí. Typickým začátkem onemocnění jsou pomalé a plíživé subtilní výpadky paměti, nedbalost při oblékání a osobní hygieně, fáze zmatenosti a výskyt chybných rozhodnutí. S postupujícím onemocněním se přidává také zhoršování staré paměti i paměti procedurální. Léze limbického systému způsobují na jednu stranu neklid, na druhou však i letargii. Celkem pozdě se dostavují výpadky motorické (anomálie svalového tonu, poruchy řeči, hyperkineze a další) (Silbernagl, Lang, 2001).

EPIDEMIOLOGIE

Incidence znamená počet nových případů onemocnění zjištěných v určitém časovém období v populaci, kde existuje riziko, že choroba nastoupí. Kdežto prevalence je definovaná jako počet případů nemoci v celé zkoumané populaci. Incidence i prevalence u Alzheimerovy choroby roste společně s věkem. Ve vysokém věku jsou pak více ohroženy muži než ženy. Při výzkumu jedinců starších 75 let se zjistilo, že riziko výskytu jakékoliv demence je u žen 1,9 krát vyšší než u mužů, riziko Alzheimerovy choroby pak 3,1 krát vyšší. Při výzkumu ve švédském Lundby, kdy byla sledována geograficky vymezená populace 2 162 lidí, neonemocněl Alzheimerovou chorobou nikdo ve věku nižším než 60 let. Celoživotní riziko výskytu této nemoci bylo na základě tohoto výzkumu určeno na 26,2 % u žen a 25,7 % u mužů. Dále bylo dokázáno na základě vyšetření věkově stratifikovaného vzorku 467 lidí z populace 3 623 jedinců tvořících 80,8 % vymezené populace starší než 65 let, že pravděpodobnou Alzheimerovou chorobou trpí 10,3%. Jak již bylo zmíněno, prevalence prudce roste s věkem a to následovně: ve věkové skupině 65 – 75 let jich je přibližně 3 %, ve skupině 75 – 84 let 18,7 % a ve skupině 85 let a více 47,2%. Navíc se potvrdilo i to, že jedince s nízkou úrovní vzdělání postihuje demence mnohem častěji než jedince se vzděláním

vyšším. Epidemiologické studie prokázaly, že existují rizikové vlivy, které se mohou podílet na Alzheimerově chorobě. Četnost Alzheimerovy choroby sice roste s věkem, avšak není jasně prokázáno, zda je rostoucí výskyt vázán na věk či proces stárnutí jako takový. Není totiž zřejmé, zda po devadesátém roku života stoupá četnost případů Alzheimerovy nemoci i nadále či zda již dále neroste. Dalšími možnými rizikovými vlivy pravděpodobně mohou být poranění hlavy, nižší vzdělání a kouření cigaret (Koukolík, Jirák, 1998).

STADIA ALZHEIMEROVY CHOROBY

- **Pre-stadium Alzheimerovy choroby**

Pro normální proces stárnutí je charakteristické, že obecná inteligence (lékaři nazývána jako psychomotorické či kognitivní funkce), zůstává nezměněna a nedochází ke zhoršení logického myšlení. Symptomy Alzheimerovy nemoci jsou však daleko problematičtější, než je pouhé vynechávání paměti. Hlubší příznaky ohrožují schopnosti vykonávat běžné činnosti. Jedná se například o zapomínání na dojednané schůzky, na to, co jsme chtěli dělat, kam jsme mířili apod. Nemocný si třeba může pustit vodu na osprchování, nechá ji téci a jde se oblékat, aniž by se osprchoval. Může mít též problémy se správou peněžního účtu či úklidem, dále se obtížně učí nové věci, například po přestěhování stále chodí do původního bytu. Nemocný člověk může být i přehnaně závislý na ostatních a může mít strach opouštět známé prostředí. Může trpět ztrátou zájmu o aktivity a přátele, mívá sklon sedět a dívat se na televizi nebo do prázdna, cítí větší potřebu spánku, nechce se mu mluvit a obecně komunikovat. Takové změny nejsou náhlé, stávají se ale postupem času stále zřetelnější. Důležité však je uvědomění, že ani jeden z projevů uvedeného chování nelze označit jako charakteristický a použít ho pro diagnózu Alzheimerovy choroby. Jestliže se objevuje více příznaků, pak je pravděpodobné, že se jedná o něco vážnějšího, než běžný proces stárnutí. Alzheimerova nemoc je jen jeden z mnoha typů změn mozku, a proto je vždy na místě vyhledat odbornou lékařskou pomoc (Callone, Kudlacek, aj., 2008).

- **Rané stadium**

Prvními pozorovatelnými symptomy v raném stadiu jsou výpadky paměti. Zbytek

mozku pracuje normálně a postižená osoba se normálně pohybuje, cítí, slyší, vidí a je schopna vstřebávat informace. Úsudek, myšlení i sociální schopnosti jsou naprosto v normě a nemocný si umí vytvořit náhradní způsoby, jak se s občasnou ztrátou paměti vyrovnat. Vzhledem k vytvořeným kompenzačním prostředkům si v tomto stadiu většinou nikdo problém neuvědomuje. Člověk se dokonce jeví normálně a lékaře nevyhledává. Jak se nemoc prohlubuje, dochází k problémům s porozuměním slov či nacházením správného výrazu. Tyto potíže mohou vytvářet nedorozumění a konflikty a nemocný se též může stáhnout do sebe a přestat kvůli tomu komunikovat. V raném stadiu je potřeba se zacílit na schopnosti, dovednosti a vlohy, které jsou doposud nedotčeny a dále je posilovat. Místo obav z budoucích ztrát je třeba se soustředit na podporu zbývajících možností (Callone, Kudlacek, aj., 2008).

- **Mírné stadium**

V tomto stadiu již došlo k mnoha ztrátám, ale i přesto ještě zůstává dost schopností. Patří mezi ně především úsudek, sociální dovednosti a schopnost vykonávat některé komplexní úlohy. Zde by se měl ošetřovatel zaměřit hlavně na posilování nepoškozených funkcí. Dochází k tomu, že nemocný může mít problém se samostatným oblékáním, často se ztrácí nebo je dezorientovaný a není schopný si vzpomenout jak užívat některé předměty. Vzhledem k tomu, že Alzheimerova nemoc v tomto stadiu porušila v mozku oblast řeči, postižený mívá problém o něco požádat. Reakce jsou velmi zpomalené a integrace zrakových a sluchových vjemů bývá též poškozena, proto není vhodné řídit vozidla. V tomto období pacient zpravidla přijde k lékaři. Jestliže je již poškozen temenní lalok, kompenzační mechanismy čelního laloku nestačí. Všichni zúčastnění si uvědomují, že nastal problém, který vyžaduje odborné lékařské vyšetření (Callone, Kudlacek, aj., 2008).

- **Pokročilé stadium**

V pokročilém stadiu se nemoc šíří dále do čelního mozkového laloku. Ve chvíli, kdy je tento lalok zasažen a poškozen, nemocný přestává být schopný jednat přiměřeně. V tomto stadiu už bývá nemožná domácí péče. Postižený ztrácí schopnost úsudku, logického uvažování i sociálních dovedností. Postupně dochází k tomu, že reaguje nevhodně, nepřijatelně a ztrácí svou schopnost „chovat se civilizovaně“. V pokročilém stadiu je již poškozeno mnoho mozkových funkcí, ale i přesto by se ošetřovatel měl stále cílit na to, co zbývá. Podle stupně poškození čelního laloku se postižený chová

různě – může být násilný a vzteklý nebo naopak poddajný, apatický a nepohyblivý. Tělesný kontakt, například při oblékání, může vyvolat agresi. Může dokonce dojít ke zranění nemocného či ošetřujícího. V konečných fázích Alzheimerovy choroby již destruktivní proces mozku ničí prakticky všechny nervové buňky mozkové hemisféry kromě té části, která řídí motorickou činnost a zrak. Proto se stává, že lidé mají často pocit, že v pečovatelských domech svěřenci jen pomalu přechází sem a tam. V závěrečné části stadia nemoci dojde ke zničení téměř všech částí mozku a nemocný je upotán na lůžko a relativně bez reakcí (Callone, Kudlacek, aj., 2008).

DIAGNOSTIKA

Demence typu Alzheimerovy choroby je ze všech demencí nejčastější. Často bývá dokonce zaměňována s jinými typy demencí někdy i s těmi, které jsou plně léčitelné. V České republice bývá Alzheimerova choroba nedostatečně diagnostikována a chybně zaměňována především za vaskulární demenci. K vytvoření diagnózy Alzheimerovy choroby je potřeba nejdříve vytvořit diagnózu demence. Musí být přítomna porucha kognitivních funkcí interferující s běžnými životními činnostmi. Pro diagnostiku této choroby je významný hlavně klinický obraz. Typický bývá pomalý a nenápadný začátek. Průběh postupně pokračuje bez větších výkyvů v kratších časových intervalech. Postižení kognitivních funkcí má globální charakter. Poruchy paměti se projevují ve všech složkách, dochází též k úbytku motivace, k degeneraci intelektu, která může být v koncových stádiích celkem výrazná (Koukolík, Jirák, 2004).

Projev Alzheimerovy choroby na úplném začátku může být zaznamenán jako Mild Cognitive Impairment (MCI) = Mírná porucha kognitivních funkcí. Kromě klinického obrazu a ucelené objektivní výpovědi rodiny, spolupracovníků či známých se užívají testové a škálovací metody, laboratorní vyšetření a přístrojové metody včetně metod zobrazovacích. Nejpoužívanější orientační testovou metodou je MMSE (Mini-Mental State Examination). Tento test, jak již bylo zmíněno v kapitole předchozí, slouží k posouzení přítomnosti narušení kognitivních funkcí, tedy ke zjištění přítomnosti demence, ale nelze ho brát jako specifický pro zjišťování Alzheimerovy choroby. Aby se dal zjistit stupeň narušení psychických funkcí slouží test ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale), který se skládá z více subtestů a má svou kognitivní i

nekognitivní složku. Na podobném principu je postaven test SKT (Symptom Kurz Test). Hrubé anomálie v biochemických vyšetřeních mohou poukazovat na přítomnost metabolické demence, eventuálně na přítomnost somatické choroby, která se účastní při postupu Alzheimerovy nemoci. Elektroencefalografické vyšetření je schopné ukázat nespecifické změny. Specifičtější formou je vyšetření evokovaných potenciálů P300, které je však možné provést pouze v počátečních stádiích choroby, kdy je pacient ještě schopen spolupracovat. Zobrazovací metody v diagnóze Alzheimerovy choroby se řadí mezi velmi důležité. Běžný nález výpočetní tomografie (CT) a nález magnetického rezonančního zobrazení (MRI) je obraz kortikosubkortikální atrofie. Tato atrofie ovšem nemusí být někdy výrazněji vyjádřena. Z tohoto důvodu bývá prováděno měření velikosti hypokampu, kde je atrofie většinou konstantní. Zobrazovací metody umožňují vyloučit některé jiné závažné příčiny demence – vaskulární změny, tumory (Koukolík, Jirák, 2004).

Nejvyšší stupeň přesnosti stanovení diagnózy na klinické úrovni je „pravděpodobná Alzheimerova choroba“. Pro pravděpodobnou Alzheimerovu chorobu se stanovila klinická kritéria. Mezi nejpoužívanější kritéria patří NINCDS-ADRA (National Institute For Neurological and Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Dementias Association). Tato kritéria se využívají hlavně pro výzkumné účely. Pro běžnou diagnostiku jsou používána spíše kritéria MSK-10 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí) nebo DSM-4 (Diagnostická statistická příručka Americké psychiatrické asociace) (Koukolík, Jirák, 2004).

TERAPIE

Terapie Alzheimerovy choroby by měla být komplexní kromě psychosocioterapie má svůj význam i farmakoterapie. Nezbytný je správný psychologický přístup k nemocnému trpícímu demencí. Výsledky často bývají zklamáním, za krátký čas totiž nedají očekávat výrazné úspěchy. Psychoterapie by se měla zaměřit spíše na problém než na snahu restrukturalizace osobnosti. Měla by se zacílit hlavně na uchování běžných denních aktivit a návyků. Je nutné udržovat a rozvíjet funkce, které ještě nemocnému zůstaly. Ve specializovaných zařízeních, jako jsou gerontopsychiatrická zařízení či ústavy sociální péče, bývají dokonce i organizované terapeutické skupiny pacientů. Zde je třeba zařadit pacienty, kteří nemají výraznější senzorní defekty a jsou schopni komunikovat. Obsahem takové terapie bývá většinou nácvik paměti a orientace či procvičování základních úkonů denní rutiny. Cvičí se rozličné dovednosti, které postižení v důsledku demence zapomínají. Skupinově se dá provádět například i muzikoterapie či arteterapie. Dnes už jsou dokonce vyvinuty různé individuální reedukační programy hlavně pro pacienty trpící počínající Alzheimerovou chorobou. Některé z nich jsou počítačové (např. Train The Brain). Takové programy však mají uplatnění spíše ve státech, kde jsou i lidé vyššího věku s počítačem pracovat. Další druh individuálního přístupu k nemocnému je péče o živé zvíře (Pet Therapy) (Koukolík, Jiráček, 1998).

Dalším důležitým bodem je práce s ošetřovateli a s rodinnými příslušníky postiženého. Velkou roli hraje jejich edukace. Pořádají se pro ně didakticky zaměřené skupiny, kde je specialisté poučují o Alzheimerově chorobě a o péči o nemocného. V naší republice existuje např. Česká alzheimerovská společnost. Pro postiženého s Alzheimerovou chorobou je ideální může-li zůstat ve svém původním prostředí, ve své rodině. Přemístěním, kterým může být například příjem do nemocnice, může nastat výrazný adaptační syndrom, který může vést ke zhoršení stavu nebo dokonce k exitu pacienta. Zůstává tedy otázkou, kdy je vhodné pacienta hospitalizovat. Oprostíme-li se od krátkodobých diagnostických hospitalizací je nutné přijmout pacienta do nemocnice především při nezvladatelných poruchách chování nebo při selhání ošetřovatele (Koukolík, Jiráček, 1998).

Pokud bychom se měli bavit o farmakoterapii kognitivních poruch Alzheimerovy choroby, je nutno podotknout, že tato problematika byla již probrána ve všeobecné kapitole o demencích. Proto je zde uveden pouze výčet nejčastěji užívaných látek:

- Látky ovlivňující acetylcholinergní systém
- Látky likvidující volné kyslíkové radikály nebo tlumící jejich nadměrnou tvorbu
- Látky tlumící excitotoxicitu
- Látky blokující napětově řízené kalciové kanály
- Látky blokující projevy sterilního zánětu
- Látky zlepšující neuronální metabolismus
- Nervové růstové faktory a látky způsobující jejich uvolnění
- Ovlivnění jiných transmitterových a neuromodulátorových systémů (Koukolík, Jiráček, 2004).

Bylo zkoušeno i mnoho dalších látek, ale výsledky terapie byly rozporuplné nebo negativní (Koukolík, Jiráček, 2004).

Nekognitivní farmakoterapie Alzheimerovy nemoci byla též blíže rozebrána ve všeobecné kapitole o demenci. Bylo by však vhodné zde zmínit, že se používá k léčbě přidružených, nekognitivních symptomů Alzheimerovy nemoci. Mezi takové příznaky patří například paranoidně-halucinatorní syndromy, stavy neklidu, poruchy spánku, depresivní nebo úzkostné stavy (Koukolík, Jiráček, 1998).

VÝZNAM A SPOLEČENSKÉ DOPADY ALZHEIMEROVY CHOROBY

Momentálně žije v zemích Evropské unie přibližně 6 miliónů lidí postižených Alzheimerovou chorobou nebo jiným onemocněním způsobujícím demenci. Díky stárnutí dojde k nárůstu počtu lidí postižených demencí do roku 2040 na dvojnásobek v zemích západní Evropy a na trojnásobek v zemích Evropy východní. Na základě rozhodnutí Evropského parlamentu o přijetí návrhu na započítání „přípravné akce na podporu začlenění problematiky demografických změn do evropské politiky i do politiky členských států evropské unie“, bude každoročně monitorován dopad demografického stárnutí na ekonomiku. Cílem takového opatření je analýza a

předpověď dopadu demografických změn ve společnosti a posléze přijetí politických rozhodnutí, která zabrání negativním dopadům těchto demografických změn (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Česká republika dnes sice patří mezi země, jejichž populace je relativně mladá, avšak v polovině tohoto století se tato situace podstatně změní. Naše republika bude poté naopak patřit mezi země s nejstarší populací. V dalších desetiletích bude populace nadále stárnout, přibude důchodců a ubude lidí ekonomicky aktivních. Všeobecně to lze tedy shrnout tak, že populace seniorů (65 let a více) představující na přelomu tisíciletí cca 15% evropské populace, nyní roste a postupně vzroste až na hranici 30%. Podstatnou roli zde hraje i soběstačnost občanů. Údaje o soběstačnosti jsou v mnoha zemích EU nedostatečné. Nicméně na základě přístupných dat se dá odhadnout, že v České republice žije asi 500 000 lidí starých 65 let a více, kteří mají omezenou soběstačnost a asi 150 000 lidí starších 80 let s omezenou soběstačností. Je dokázáno, že duševní onemocnění způsobují větší zátěž než například onemocnění onkologická. Představují především nákladnou zátěž pro zdravotnické systémy. Nejzávažnějším duševním onemocněním postihující starší občany je Alzheimerova choroba. Významným rizikovým faktorem této nemoci je právě lidský věk (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009).

Když před deseti lety vznikala Česká Alzheimerovská společnost v České republice, o problematice Alzheimerovy choroby a podobných onemocněních způsobujících demenci se skoro nemluvalo. Dnes je všem k smíchu, že jeden nejmenovaný mluvčí Ministerstva zdravotnictví se ještě nedávno domníval, že Alzheimerova choroba bolí. V dnešní době žije v České republice podle odhadů asi 100 – 140 tisíc lidí postižených nějakým onemocněním způsobujícím demenci. Většina takových lidí žije se svou rodinou a pečují o ně rodinní příslušníci, někteří jsou svěřeni do péče institucí zdravotnických či sociálních. Bohužel je postavení současných zdravotních a sociálních služeb takové, že si stále můžou své pacienty vybírat. Často do této cílové skupiny nemocní s demencí ovšem nepatří. Doufejme, že vývoj našeho zdravotnictví i sociálních služeb proběhne v duchu racionálních, ekonomických i etických zásad, tak aby pacienti s demencí nebyli nadále diskriminováni (Jirák, Holmerová, Borzová aj., 2009).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat možnosti a kvalitu péče o nemocné s demencí, konkrétně s Alzheimerovou, chorobou ve východočeském kraji.

Jako dílčí cíle bych ráda zhodnotila kvalitu jednotlivých domovů důchodců z hlediska doprovodných a sociálních aktivit pro nemocné s demencí i z hlediska hygienické péče. Tyto možnosti bych posléze ráda porovнала s možnostmi, které má a nabízí domácí péče.

3.2 ÚKOLY PRÁCE

Z výše uvedených cílů vyplývají následující úkoly:

1. Objasnění dané tematiky v kontextu s bakalářskou prací.
2. Stanovení hlavního problému a dílčích podproblémů.
3. Vyhledání domovů důchodců ve východočeském kraji a stanovení dvou domácností starajících se o nemocného s demencí.
4. Vytvoření vhodného dotazníku pro domovy důchodců i pro domácnosti, kde se starají o nemocného s demencí.
5. Aplikace dotazníků v praxi.
6. Analýza získaných dat.
7. Stanovení závěrů práce a doporučení pro praxi.

Během získávání údajů jsem dospěla k tomu, že zvolím hlavní domovy důchodců ve východočeském kraji a nejprve zjistím, zda vůbec věnují nějakou speciální péči nemocným s demencí. Následně na základě dotazníkového šetření porovnam nejen péči jednotlivých domovů důchodců v kraji, ale srovnám též jejich péči s péčí v domácím prostředí. Pro účely domácího prostředí jsem zvolila dvě domácnosti ve východočeském kraji starající se o nemocného s demencí. Tyto domácnosti byly zvoleny náhodně z několika doporučení, které jsem získala.

3.3 ODBORNÉ PŘEDPOKLADY

Odborný předpoklad č. 1

Domnívám se, že ve zvolených Domovech důchodců k účelům této bakalářské práce bude nabídka doprovodných a sociálních aktivit srovnatelná a hodně podobná.

Odborný předpoklad č. 2

Domnívám se, že sociální aktivity pro nemocné s demencí budou mít větší proveditelnost v domově důchodců než v domácí péči.

Odborný předpoklad č. 3

Domnívám se, že kvalita péče o nemocné s demencí posuzovaná z hygienického hlediska bude srovnatelná.

Odborný předpoklad č. 4

Domnívám se, že v případě domácí péče bude na nemocného s demencí působit psychicky lépe známé prostředí a přítomnost rodiny.

Odborný předpoklad č. 5

Domnívám se, že v případě péče v domově důchodců bude ze zdravotního hlediska podána nemocnému s demencí odbornější rehabilitační a zdravotní péče.

4 METODIKA

4.1 METODY VYUŽÍVANÉ V PRÁCI

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou stěžejních částí, kterými jsou praktická a teoretická část. Použité metody v každé části jsou samozřejmě odlišné. V teoretické části jsem použila metody obsahové analýzy a syntézy nastudované literatury. Na základě načtených publikací jsem se snažila vytvořit použitelný a přínosný materiál ve formě kompilátu, který může být prospěšný nejen pro studijní ale i jiné účely. Na základě stanovené problematiky demence a Alzheimerovy choroby jsem začala nejprve předběžnou analýzou. V rámci této analýzy jsem se snažila získat potřebné informace využitelné v rámci výše uvedené a zkoumané problematiky. Jako základ jsem zvolila nastudování odborné literatury. Internetové zdroje jsem prakticky nevyužívala, protože se mi zdály značně rozporuplné a mnohdy ne dostatečně důvěryhodné. Proto jsem dala přednost odborným knižním publikacím.

Praktická část se zaměřuje především na šetření formou dotazování. Dotazník byl sestaven za primárním účelem získání potřebných dat, která posloužila jako podklad k další analýze. Do dotazníku jsem zařadila všechny informace, které pro mě byly z hlediska potřeby zjistit kvalitu péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou, podstatné. Zaměřila jsem se především na kvalitu života, proto se otázky týkaly především hygieny, socializace a dalších možných činností vedoucích ke spokojenému životu nemocného. Pro třídění takto získaných dat jsem využila jednoduché statistické metody, jako je například procentuální vyjádření.

Kromě procentuálního vyjádření jsem se snažila jednotlivou problematiku rozebrat i z celkového pohledu. Toto bylo možné díky tomu, že jsem kromě dotazníků využila i možnosti rozhovoru s lidmi pečujícími o nemocné. To znamenalo buď s člověkem, který má pacienta v domácí péči nebo s personálem vybraných domovů důchodců ve východočeském kraji. Využívaný dotazník lze nalézt dále v příloze (viz příloha č. 3, 4).

4.2 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Pro účely této bakalářské práce jsem zvolila dvě cílové skupiny. První cílovou skupinou dotazníkového šetření byly Domovy důchodců, popřípadě domovy pro seniory situované ve východních Čechách. Druhou cílovou skupinu tvořily domácnosti, kde je pečováno o nemocného trpícího demencí, konkrétně Alzheimerovou chorobou. Vzhledem k tomu, že bylo třeba vybrat pouze reprezentativní vzorek, zvolila jsem pro tyto potřeby metodu náhodného výběru.

Náhodný výběr domovů důchodců byl proveden za pomoci vyhledávače google, kdy jsem si zadala vyhledávaná kritéria (domov důchodců, popřípadě domov pro seniory, speciální péče o nemocné s demencí, východní Čechy = Pardubicko a Královéhradecko). Na základě toho, co mi vyhledávač našel, jsem náhodně zvolila 17 takových ústavů, kterým jsem rozeslala dotazník.

Náhodný výběr domácností byl trochu náročnější, protože domácnosti pečující o lidi trpící s Alzheimerem nejsou na internetu běžně dostupné. Poptala jsem se tedy po známých na gerontologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové, zda by mi nějakou takovou domácnost nemohli doporučit. Z mé poptávky vzešlo přibližně 10 domácností pečujících o takto nemocného člověka. Na jednotlivé papírky jsem si napsala jména rodin, která jsem získala k dispozici a hodila jsem je do klobouku. Z klobouku jsem vytáhla dvě rodiny, kterým jsem pak zvolený dotazník nechala vyplnit.

Soubor jsem omezila z důvodu přehlednosti a možnosti jít více do hloubky. Při takovém množství dotazovaných, jak z jedné, tak z druhé skupiny, bylo totiž možno věnovat i určitý podíl osobnímu rozhovoru. S druhou skupinou, tedy s domácností, jsem mluvila v obou zvolených případech. U první skupiny to bylo trochu komplikovanější a mluvila jsem pouze se zaměstnanci, kde jsem potřebovala znát podrobnější informace, když dotazník nebyl zcela přesně vyplněn. V domově důchodců v Hradci Králové jsem měla možnost nahlédnout i do samotného zařízení a strávit tam necelý den.

4.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ

Podklad mé bakalářské práce spočíval v nastudování dané problematiky. Zaměřila jsem se především na paměť, demenci, diagnózu, epidemiologii a samotnou Alzheimerovu chorobu. Tyto informace mi byly cenné především při sestavování dotazníku a posléze i při rozhovorech ve vybraných domácnostech a s kvalifikovanými pracovníky zvolených domovů důchodců.

Jak již bylo zmíněno výše, na základě získaných informací jsem sestavila dotazník, který byl využit pro dotazníkové šetření. Zmiňovaný dotazník uvádím v příloze (viz příloha č. 3, 4). Dotazník pro domovy důchodců i domácnosti byl prakticky stejný. Pouze v šetření pro účely domova důchodců bylo navíc pět následujících otázek.

1. Věnuje se ve Vašem Domově důchodců speciální péče nemocným s demencí?
2. Věnuje se zvláštní péče lidem nemocným přímo Alzheimerovou chorobou?
3. Kolik lidí s Alzheimerovou chorobou je ve vašem ústavu?
4. Kolik lidí se stařeckou demencí je ve vašem ústavu?
5. Kolik lidí celkem je ve vašem ústavu?

Sestavený dotazník byl rozeslán na kontaktní emailové adresy domovů důchodců, které jsem našla pomocí google vyhledávače a náhodně zvolila. Zhruba polovina domovů důchodců mi odpověděla ihned. Ne všechny se však specializovaly na pacienty s Alzheimerovou chorobou, což uvádím dále ve výsledcích této práce. Domovy, které nedopověděly na můj email, jsem zkontaktovala telefonicky a osobně jsem se jich doptala na potřebné podklady. Domovy, které mi na mail odpověděly nesrozumitelně či ne zcela přesně, jsem též kontaktovala telefonicky, popřípadě dalším upřesňujícím emailem.

Šetření v domácnostech jsem provedla osobně, kdy jsem se s každou domácností chvíli pobavila a zmiňované otázky si vyplnila v rámci rozhovoru ručně.

5 VÝSLEDKY A DISKUZE

5.1 KONCEPCE DOTAZNÍKU

Veškeré výsledky včetně diskuze jsou podloženy dotazníkovým šetřením. Dotazník jsem vytvářela sama na základě získaných informací z nastudované odborné literatury. Předtím, než se pustím do popisu a rozboru samotných výsledků, bych ráda vysvětlila celou koncepci dotazníku. V této kapitole uvedu jednotlivé otázky a popíšu, z jakého důvodu jsem se rozhodla právě tyto otázky do dotazníku zařadit, společně s tím se zacílím i na to, co danou otázkou sleduji a jaký je její záměr.

Otázka č. 1 je pouze v dotazníku pro ústavy (domovy důchodců). Jedná se o otázku: „Věnuje se ve vašem domově důchodců speciální péče nemocným s demencí?“ Cílem této otázky je zjistit, zda se dané zařízení vůbec nějakým způsobem specializuje na nemocné s demencí či, jak se později ukázalo i v praxi, je právě demence kontraindikací pro přijetí do takového ústavu.

Otázka č. 2 je taktéž směřována pouze k domovům důchodců. Její znění je: „Věnuje se zvláštní péče lidem nemocným přímo Alzheimerovou chorobou?“ Je totiž i dost zařízení, která nerozlišují, jakým typem demence nemocný trpí. Vzhledem k tomu, že se má bakalářská práce věnuje právě Alzheimerově chorobě, zajímalo mě, zda i domovy důchodců mají nějakou speciální péči právě v oblasti těchto pacientů.

Otázka č. 3 je opět pouze pro domovy důchodců. Zní: „Kolik lidí s Alzheimerovou chorobou je ve vašem ústavu?“ Chtěla jsem zjistit, kolik zhruba procent takto nemocných se objevuje v jednotlivých ústavech ve východočeském regionu.

Otázka č. 4: „Kolik lidí se stařeckou demencí je ve vašem ústavu?“, se zaměřuje na počet nemocných v ústavu trpících jinou demencí než je „Alzheimer“.

Otázka č. 5 je poslední otázkou zacílenou pouze na domovy důchodců a zní: „Kolik lidí je celkem ve vašem ústavu?“ Touto otázkou zjišťuji celkový počet klientů v ústavu, abych pak posléze mohla vyjádřit procentuální zastoupení lidí trpících Alzheimerovou chorobou, popřípadě stařeckou demencí v poměru ke všem klientům ústavu.

Otázka č. 6 a všechny otázky následující jsou již společné jak pro domovy

důchodců tak pro domácnosti. Pokládám následující otázku: „Kolik času věnujete (hodin/minut) denně nemocnému s demencí (Alzheimerovou chorobou)?“ Zajímá mě, jaká je celková aktivní časová náročnost o nemocného. Slovem aktivní, myslím, kolik hodin popřípadě minut aktivní péče je nutné nemocnému věnovat, aby byly zajištěny jeho základní životní potřeby.

Otázka č. 7 se zabývá hygienou a její přesné znění je: „Jak často je prováděna základní hygiena u nemocného trpícího demencí (Alzheimerovou chorobou)?“ Mezi základní hygienu se počítá pravidelné koupání, popřípadě čištění zubů, mytí rukou a převlíkání nemocného. Tato otázka je zaměřena i na to, zda se nemocnému pomáhá či to zvládá sám. Ve většině případů a ověřila jsem si to i v praxi, se však jedná o pomoc.

Otázka č. 8 je věnována sociálnímu začlenění klienta a je položena následovně: „Věnujete pozornost sociálnímu začlenění nemocného s Alzheimerovou chorobou? Pokud ano, napište jak.“ Zde mě zajímá především to, zda má nemocný možnost podílet se na nějakých společenských aktivitách či pravidelně vycházet mimo domov nebo domácnost. Řadí se sem především kultura, procházky apod.

Otázka č. 9 úzce souvisí s otázkou č. 8 a zjišťuji v ní možnost podílet se na nějakých volnočasových aktivitách. Přesně zní takto: „Má nemocný s Alzheimerovou chorobou možnost podílet se na nějakých volnočasových aktivitách? Pokud ano, vypište na jakých.“ Zde jde o to, zda má pacient vůbec možnost nějaké aktivity, kterou může provádět buď individuálně či v kolektivu. Jedná se především o takové aktivity, které by nemocného měly alespoň trochu bavit a především by mu měly zkrátit dlouhou chvíli a v neposlední řadě umožnit i radost z prováděné činnosti a podpořit chuť do života.

Otázka č. 10 se orientuje na možnost komunikace nemocného. Zabývám se následující otázkou: „Má možnost nemocný s Alzheimerovou chorobou pravidelně s někým komunikovat? Pokud ano, vypište: Jak často?, Jak dlouho?, S kým?“ Zde mi jde především o to, zda má nemocný příležitost udržet si komunikační schopnosti díky tomu, že pravidelně komunikuje s různými osobami dostatečně dlouho dobu, která je potřebná nejen pro udržení ale i pro rozvoj těchto schopností.

Otázka č. 11 je věnována spokojenosti nemocného v dané péči a přesně jsem ji položila takto: „Máte pocit, že je/jsou nemocný/í s Alzheimerovou chorobou u vás spokojení?“ Uvědomuji si, že odpověď na tuto otázku je značně subjektivní a vzhledem k tomu, že za nemocného odpovídá někdo jiný, nemusí mít dostatečnou vypovídající

hodnotu. Nicméně ji považuji za důležitou, protože pocit personálu i domácností z věnované práce nemocnému by měl být důležitý a do značné míry i vypovídající. Věřím, že lidé, kteří o nemocného pečují musí mít radost, pokud sám pacient vypadá spokojeně.

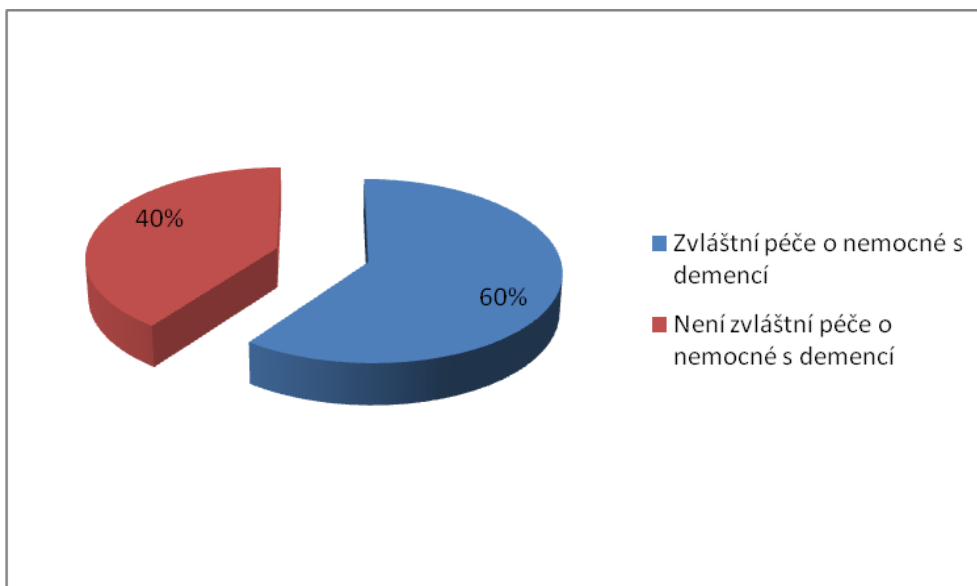
Poslední otázka, otázka č. 12 zní následovně: „Co nemocnému s Alzheimerovou chorobou nejvíce schází?“ Zde mě opět zajímá především domněnka lidí, kteří o nemocného pečují a zase je to zavádějící z toho důvodu, že neodpovídá sám pacient. Přesto mě však zajímaly dojmy pečujících a jejich názory na to, čím může pacient nejvíce strádat a po čem, co již pravděpodobně nemůže získat, má největší touhu.

5.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V RÁMCI ÚSTAVNÍ PÉČE

Jak již bylo řečeno výše. Pro účely dotazníkového šetření v rámci ústavní péče jsem si za pomoci google vyhledávače náhodně zvolila 17 domovů důchodců, u kterých jsem posléze toto šetření provedla. Již na začátku mi bylo jasné, přestože jedním zadávacím kritériem byla specializace daného ústavu na pacienty s demencí, že se jistě vyskytnou zařízení, kde takové seniory ani mít nebudou. V dnešní době je sice internet mocným nástrojem, avšak někdy ne zcela stoprocentně důvěryhodným. Proto mým prvním cílem bylo zjistit, zda mnou zvolené ústavy ve východních Čechách jsou vůbec schopny poskytnout péči alespoň nemocnému s demencí. Pokud byl takový ústav specializován na nemocného s demencí, zajímala mě pak přímo problematika Alzheimerovy choroby. Nad rámec jsem ještě zjišťovala specializaci na pacienty trpící stařeckou demencí. Z výše uvedeného vyplývá, že pokud ústav na nemocné s demencí připraven nebyl a takové žadatele ani nepřijímal, byly další otázky v dotazníku již zcela bezpředmětné.

První otázka tedy byla zaměřena na to, zda je vůbec v daném ústavu věnována péče nemocným s demencím. Ze 17 oslovených ústavů, které jsem volila ve východních Čechách, se nemocným s demencí věnuje 10 ústavů. Což v přepočtu tvoří zhruba 60% ústavů, které mohou poskytnout speciální péči nemocnému trpícímu demencí. První otázka úzce souvisela s otázkou druhou, kde zjišťuji, zda je věnována speciální péče nemocným přímo Alzheimerovou chorobou. V 90% případů bylo potvrzeno, že ano. Pouze v Domově důchodců ve Skalici nevěnují přímo zvláštní péči nemocným trpícím

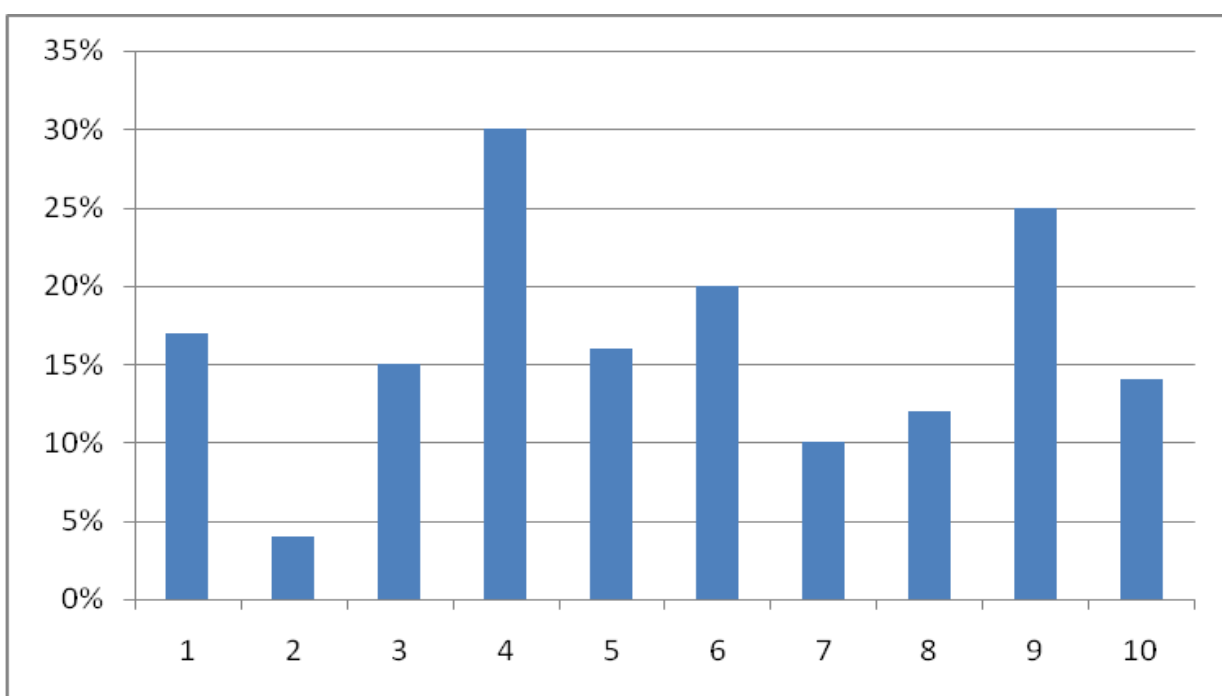
„Alzheimerem“. Péče poskytovaná takovým pacientům je zde srovnatelná s péčí o pacienty trpící demencí. Je to z toho důvodu, že pacienti v akutním stádiu Alzheimerovy choroby jsou kontraindikací pro přijetí do Domova důchodců ve Skalici. Procentuální zastoupení ústavů věnujících speciální péči pacientům trpícím demencí případně Alzheimerovou chorobou je graficky vyjádřeno na následujícím grafu.



Obr. 1 Procentuální poměr DD se zvláštní péčí o nemocné s demencí

Další tři otázky se týkaly počtu klientů v daném ústavu. Z celkového počtu mě zajímal počet klientů, kteří trpí Alzheimerovou chorobou a počet klientů, kteří trpí stařeckou demencí. Celkový počet klientů se v jednotlivých domovech značně lišil a myslím si, že ho tu ani není potřeba u jednotlivých ústavů uvádět. Dle mého názoru se tento počet liší hlavně v závislosti na velikosti dané lokality, kterou pokrývá. Je celkem logické, že například Domov důchodců v krajském městě Hradec Králové bude muset pojmout větší kapacitu než Domov důchodců v malé obci Hořice. Orientačně zde jen uvádím rozmezí, ve kterém se kapacita jednotlivých ústavů pohybovala. Rozmezí počtu klientů je přibližně 60 – 360. Procentuální poměr lidí trpících Alzheimerovou chorobou v jednotlivých ústavech se též značně liší. Některá zařízení se specializují převážně na toto onemocnění plus jiné demence, jiná zase mají takové pacienty ojedinelé. Procento pacientů s Alzheimerovou chorobou se v ústavech ve východních Čechách pohybuje

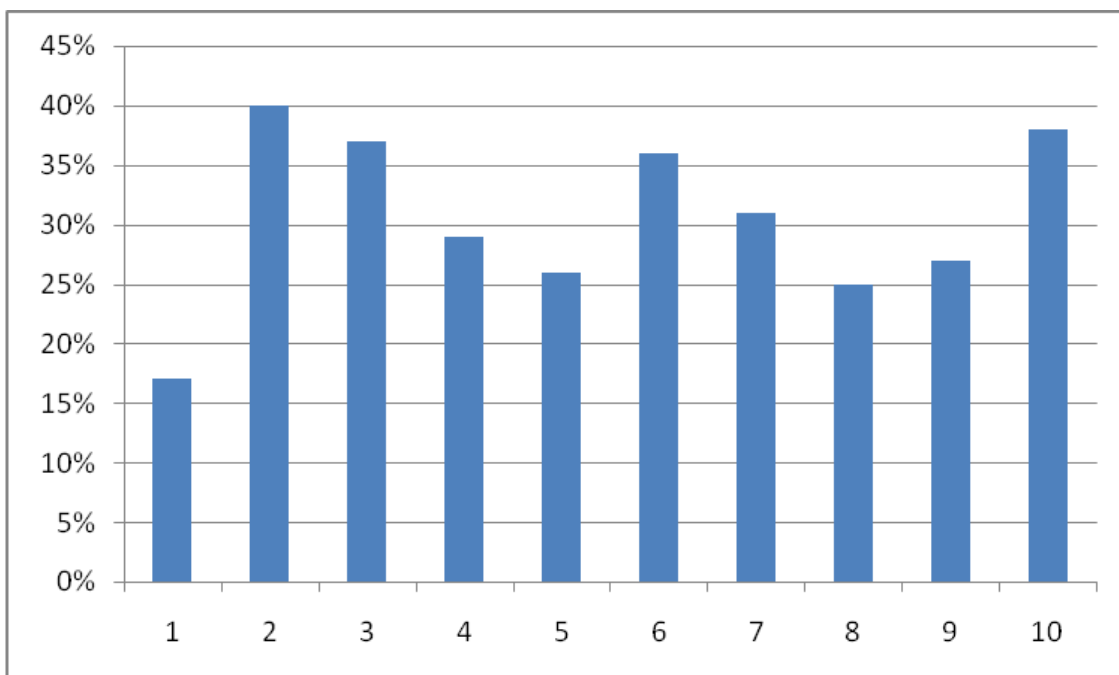
v rozmezí 4% – 30%. Procento pacientů trpících stařeckou demencí se též značně liší a v některých fázích je značně diskutabilní, zda pacient trpí demencí stařeckou nebo Alzheimerovou chorobou. Jsou případy, kdy je pacient nemocný dokonce obojím. V globále lze ale říci, že procento pacientů trpících stařeckou demencí se v domovech důchodců ve východních Čechách pohybuje v rozmezí 17% - 40%. Pokud bychom se měli bavit o průměrných procentuálních zastoupeních jednotlivých demencí ve zvolených ústavech, jedná se o podíl 17% pacientů s Alzheimerovou nemocí a 31% se stařeckou demencí. Procentuální zastoupení v jednotlivých domovech zobrazují níže uvedené grafy.



Obr 2. Procentuální podíl pacientů ve zvolených DD trpících Alzheimerovou chorobou

Popisek obr 2.

- 1 – Domov důchodců Hradec Králové
- 2 – Domov důchodců a Ústav sociální péče Česká Skalice
- 3 – Domov důchodců Vrchlabí
- 4 – Domov u fontány – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem (Přelouč)
- 5 – Domov důchodců Jičín
- 6 – Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem
- 7 – Domov důchodců Opočno
- 8 – Domov důchodců Nová Paka
- 9 – Domov důchodců Lampertice (Trutnov)
- 10 – Domov pro seniory Dubina Pardubice



Obr 3. Procentuální podíl pacientů ve zvolených DD trpících stařeckou demencí

Popisek obr 2.

- 1 – Domov důchodců Hradec Králové
- 2 – Domov důchodců a Ústav sociální péče Česká Skalice
- 3 – Domov důchodců Vrchlabí
- 4 – Domov u fontány – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem (Přelouč)
- 5 – Domov důchodců Jičín
- 6 – Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem
- 7 – Domov důchodců Opočno
- 8 – Domov důchodců Nová Paka
- 9 – Domov důchodců Lampertice (Trutnov)
- 10 – Domov pro seniory Dubina Pardubice

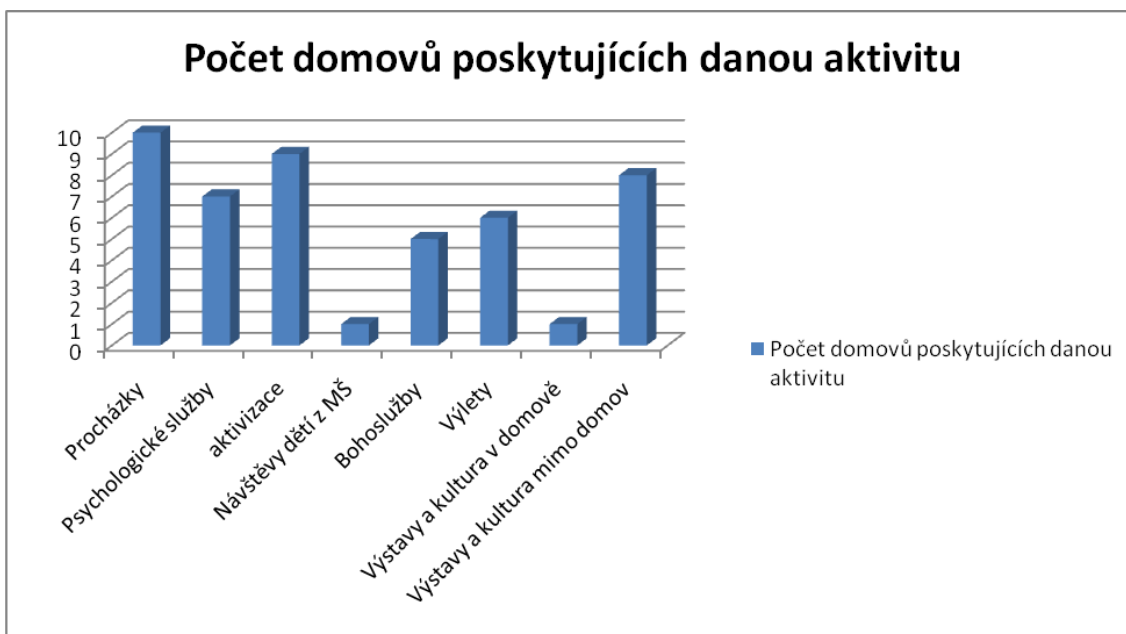
Následující otázka byla zaměřená na čas věnovaný nemocnému. Bylo zde myšleno, kolik času denně je věnováno člověku trpícímu Alzheimerovou chorobou. Ve většině případů nebylo možno tuto otázku blížeji specifikovat. Většina domovů se shodla na tom, že to záleží na potřebě klienta a zároveň i na jeho míře závislosti na druhé osobě, v konečné fázi i na stupni stadia Alzheimerovy choroby. Aktivní péče u klientů je ovšem potřebná minimálně 1,5 hodiny denně.

Další otázka se věnuje základní hygieně. Zajímalo mě především, jak často se základní hygiena u nemocného trpícího „Alzheimerem“ provádí. I zde se většina ústavů shodla. Základní hygiena se opět odvíjí od stupně samostatnosti a potřeby daného

pacienta, avšak standardní hygienické zvyklosti jsou ve většině případů stejné jako u ostatních klientů v domově. To znamená dvakrát denně poskytnutí základní hygieny. Celkové koupání se provádí minimálně jednou týdně, ve většině domovů však není problém na žádost nemocného či jeho rodiny provádět koupel častěji.

Následující otázka zjišťuje, zda je věnována pozornost sociálnímu začlenění nemocného s Alzheimerem. Pokud tato možnost v domovech existuje, zjišťovala jsem ještě přesně, jak je možno nemocného socializovat a na jakých akcích se může podílet. V podstatě všechny domovy důchodců odpověděly ano. Všechny ústavy věnují pozornost především procházkám nemocného a pravidelnému kontaktu s jeho rodinou. Využívá se též veřejných služeb, společného stravování a větších výletů do okolí. Některé ústavy mě však překvapily i svoji hloubkou takových služeb. Kromě jiného je dbán velký důraz na aktivizaci s ostatními klienty v daném domově a to i s klienty zdravými. Nejširší záběr v této oblasti byl při vyhodnocování dotazníků zjištěn u následujících zařízení: Domov důchodců Vrchlabí a Domov u fontány v Přelouči.

Ve Vrchlabí mě zaujala především možnost návštěv dětí z mateřské školy včetně povídání nemocného s nimi a bohoslužby. Bohoslužby však byly zmíněny i v jiných dotaznících. Domov u fontány v Přelouči pořádá vlastní kulturní akce a výstavy, na které zve veřejnost, a tak má nemocný i v těžších stádiích choroby, kdy není schopen většího pohybu, možnost se v rámci pobytu v domově začlenit do částečně veřejných akcí. Nejen Domov u fontány ale i jiné ústavy umožňují návštěvu kulturních akcí a výstav mimo areál domovů jako takových. Konkrétní výčet nejčastějších možností socializace znázorňuje následující graf.

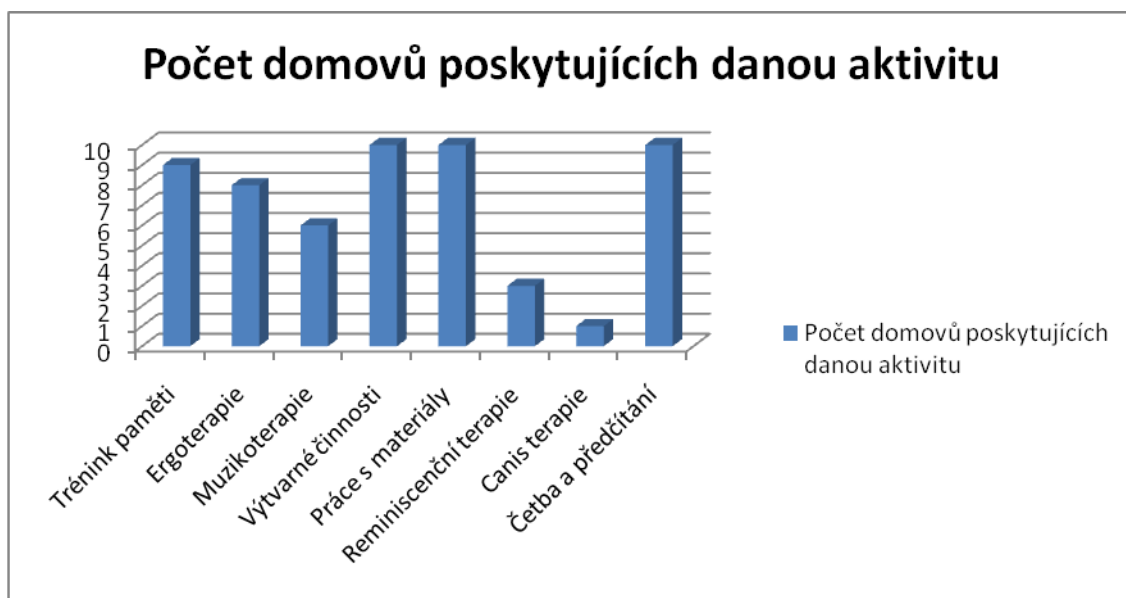


Obr. 4 Možnost sociálních aktivit ve zvolených DD

Devátá otázka v dotazníku úzce souvisí s otázkou předcházející a právě rozebíranou výše. Zaměřuje se na možnost nemocného podílet se na volnočasových aktivitách. Je ovšem pravda, že hlavní rozdíl je v tom, že volnočasové aktivity mohou být na rozdíl od sociálních aktivit i individuálního rázu. Téměř všechny domovy poskytují nějakou možnost. Všechny domovy dbají hlavně na trénování paměti pomocí různých technik. Musím říci, že nabídka volnočasových aktivit bývá hodně obdobná a hojná, až mě to samotnou překvapilo. V této práci uvádím nejčastěji udávané aktivity v dotaznících nebo takové aktivity, které jsou něčím zvláštní a speciální.

Nejprve bych začala těmi, které jsem opravdu hodně ocenila. Jednalo se především o reminiscenční terapii nebo povídání nad klientovými fotkami. Přijde mi hodně důležité připomínat nemocnému jeho vzpomínky, rodinu a zážitky, aby otevřel „bránu do historických radostí“ a mohl se z nich znovu zaradovat a zavzpomínat na ně. Často se diskutuje nad fotkami příbuzných předchází i tomu, aby na ně nemocný zapomněl, pokud nemá možnost pravidelného kontaktu s nimi. Kromě reminiscenční terapie jsem hodně ocenila i možnost canis terapie, kdy má nemocný možnost být v přímém kontaktu se psem. Psi se v domovech, kde je tato činnost umožněna dle fotek, které jsem měla k dispozici vidět, stali opravdovými mazlíčky. Téměř všechny domovy poskytují možnost různorodé ergoterapie (= pracovní terapie), muzikoterapie, četby či

předčítání a drobných výtvarných činností. Nechybí ani práce s různými materiály, mezi něž patří i keramika. Dle mého názoru, nemocný, který má ještě chuť se do nějaké aktivity zapojit, si má skutečně z čeho vybírat. Graf znázorňující výčet volnočasových aktivit je k dispozici na další straně.



Obr. 5 Možnost volnočasových aktivit ve zvolených DD

Jedna z posledních otázek se věnuje tomu, zda má nemocný s Alzheimerovou chorobou možnost pravidelně s někým komunikovat. V případě, že ano, zajímalo mě, jak často, jak dlouho a s kým. Všechny ústavy umožňují svým klientům možnost komunikace. Komunikovat mohou klienti skutečně podle toho, jakou mají potřebu, většinou několikrát za den. Délka komunikace je samozřejmě také individuální dle potřeby každého. Důležité je též zmínit, že se kromě komunikace respektuje i právo pacienta na klid. U pacientů v těžších stádiích demence je komunikace dokonce podporována, aby si tuto schopnost udrželi co možná nejdéle. Osoby, se kterými pacienti komunikují, jsou různé. Nejčastěji se jedná o personál, dále pak příbuzní a další návštěvy či spolubydlící.

Předposlední otázka byla věnována tomu, zda je nemocný v ústavu spokojen. Všechny domovy odpověděly, že mají pocit že ano, i když je to někdy těžké stanovit. Většina z nich se i přes tuto domněnku snaží kvalitu své péče neustále zvyšovat.

Poslední otázka byla zaměřena na to, co klientovi s „Alzheimerem“ nejvíce

chybí. Zde nebylo zcela jednoduché určit závěr. Některé domovy napsaly, že toto je zcela individuální záležitost a nelze ji globálně posoudit, jiné tvrdily, že domov, nemocnému známé prostředí, určitý pocit ukotvení a rodina.

Celkově bych shrnula toto šetření jako pozitivní. Moc mě překvapila ochota všech domovů a chtěla bych jim tímto ještě jednou poděkovat. Závěrem bych ještě ráda podotkla, že poskytované služby všech ústavů jsou skutečně na dobré úrovni. Některé jen poskytují vyšší specializaci, a proto i možnosti individuálního přístupu k nemocnému, jiné nikoliv.

5.3 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V RÁMCI DOMÁCÍ PÉČE

Jak již bylo řečeno výše. Dotazník pro rodiny pečující o nemocného s „Alzheimerem“ doma byl shodný s dotazníkem pro ústavy, jen zde chybělo prvních pět otázek zaměřujících se na počet a specializaci daného ústavu. V rámci dotazníkového šetření jsem náhodně zvolila dvě domácnosti, za jejichž pomoci jsem vyplnila dotazník přímo u nich doma. Stejně jako v předchozí kapitole i zde rozebírám postupně jednotlivé otázky.

Předně bych ráda definovala každou domácnost. První domácnost bydlí v Týništi nad Orlicí, což je malá obec. Starají se o nemocnou babičku, která na tom ovšem není ještě tak zle. Zatím je relativně soběstačná, žít sama už však nemůže, často totiž na spoustu věcí zapomíná a chybí jí i orientace v prostoru. Druhá domácnost bydlí v Pardubicích, krajském městě, má na starosti také babičku, avšak v těžším a pokročilejším stadiu Alzheimerovy choroby. Babička už není schopná se sama najít ani vykoupat a občas mívá problém s rozeznání vlastní rodiny, se kterou není v dennodenním kontaktu.

Díky rozdílnosti stádií nemoci jednotlivých jedinců v osobní péči byly i odpovědi na otázky značně odlišné. Hned u první otázky na čas věnovaný nemocnému jsem zaznamenala dost rozdílnou časovou náročnost. První domácnost odpověděla, že je to dosti různé, protože babička na tom není zase tak špatně, proto jí někdy stačí půl hodiny aktivního asistování jindy zase hodiny dvě. Záleží to na tom, jak je odpočatá a jakou má náladu. Více jak tři hodiny skutečně aktivního času to však nejsou nikdy.

Druhá domácnost definovala časové rozmezí tři až pět hodin denně, podle toho v jakém je babička stavu, zda se v noci dostatečně vyspí, zda je relativně zdravá a dle toho jakou má náladu. Tři hodiny jsou však nutným minimem, bez kterého by se babička neobešla, aby se cítila dostatečně komfortně.

Druhá otázka zaměřená na hygienické potřeby a pomoc při nich se taky různila u každé domácnosti. Zatímco v první domácnosti se této problematice nevěnují prakticky vůbec, protože babička zatím vše zvládá sama, jen je jí potřeba občas připomenout, aby to vůbec udělala, domácnost druhá asistuje u všeho. Základní omytí a hygienu provádějí denně, větší koupel ob den nebo jednou za dva dny. Bez větší koupele zabere základní hygiena denně cca 1,5 hodiny, v případě koupele se jedná o 2 až 2,5 hodiny.

Třetí otázka se věnuje sociálnímu začlenění nemocného. První domácnost je schopná toto částečně obsáhnout. Snaží se babičku brát na pravidelné procházky, výlety či setkání s další rodinou. Druhá domácnost, vzhledem k tomu, že se babička prakticky nehýbe, není schopná se socializaci babičky plně věnovat, protože již přes den jí musí věnovat hodně času. I přesto má však babička na programu výlety a případnou návštěvu příbuzných či míst, které má ráda.

Čtvrtá otázka úzce souvisí se třetí. Tato otázka je zacílena na možné volnočasové aktivity. Obě domácnosti jsou schopny poskytnout svým babičkám aktivity zpestřující volný čas. V první domácnosti se babička stará o kočky, dívá se na televizi, čte a chodí na procházky. V domácnosti druhé se babička taky dívá na televizi, sama již čte špatně, a tak je jí většinou předčítáno, uchovala si však ještě značnou zručnost, proto relativně často háčkuje. Háčkování je snad jediný pohyb, který ještě zvládá i sama.

Jedna z posledních otázek je zaměřena na komunikace nemocného s okolím. Obě domácnosti komunikují s nemocným denně, kdykoliv kdy potřebuje. V první domácnosti jsou si jisti, že s babičkou komunikují minimálně 4 až 5 hodin denně někdy i více, protože je doma pořád co probírat. V domácnosti druhé to záleží na tom, jak se samotné babičce chce. Někdy se dobře vyspí, nají a má dobrou náladu a komunikuje i celé odpoledne. Jindy náladu nemá a nenamluví s nimi více než půl hodiny základní komunikace. V první domácnosti babička mluví nejčastěji s rodinou a sousedy, méně často pak s ostatními známými, kteří ji navštěvují nebo je potká na procházce. V druhé domácnosti babička komunikuje převážně s rodinou, občas ji přijdou navštívit dvě její dlouholeté kamarádky.

Obě domácnosti se jasně shodly na tom, že je u nich babička spokojená, což bylo předmětem zájmu v předposlední otázce. Druhá domácnost dokonce konstatovala, že dokud to jen bude možné, stále se o ní budou raději starat doma, než aby ji dali do ústavu, protože změna prostředí by na babičku působila velice negativně. Navíc i babička se jim vyjádřila, že je spokojená a do domova nechce i za cenu toho, že možnost komunikace by tam asi měla vyšší.

Poslední otázka byla zaměřena na to, co nemocnému s Alzheimerovou chorobou nejvíce schází. V první domácnosti tvrdili, že vlastní prostor a možnost starat se o sebe sama. V druhé domácnosti zmínili, že mají pocit, že je to hlavně pravidelná komunikace s okolím, na kterou dřív byla hodně zvyklá.

5.4 KOMPARACE ÚSTAVNÍ A DOMÁCÍ PÉČE

Tuto kapitolu bych ráda věnovala srovnání ústavní a domácí péče. Vzhledem k tomu, že ani zadávaný dotazník se nikterak nelišil, mohu ho tedy využít v rámci srovnání jednotlivých otázek a tím i stanovené problematiky. V následujícím porovnání bych ráda vymezila především jednotlivé rozdíly mezi oběma péčemi. U každé problematiky se též zaměřuji na to, která péče v daném případě působí na nemocného blahodárněji.

První otázka je zaměřena na čas věnovaný nemocnému denně. Zde jsem neshledala žádný rozdíl mezi ústavní a domácí péčí. Oba způsoby péče se věnují nemocnému dle potřeby, což, jak již bylo několikrát zmíněno výše, je značně individuální a závislé především na nemocném samotném, v neposlední řadě též na stadiu nemoci.

Druhá otázka zjišťující četnost a kvalitu hygieny je diskutabilní. V ústavech sice zmiňují dle potřeby, ale většina z nich nakonec stejně uvádí, že pravidelná větší koupel se provádí jednou do týdne. Je sice pravda, že na žádost klienta se koupe v ústavech častěji, avšak u takto nemocných lidí, kteří často zapomenou, že vůbec koupání byli, pochybují, že ta koupel bude častější. Z tohoto důvodu mám pocit, že domácí prostředí poskytuje skutečně lepší hygienické podmínky a prostředí pro nemocného s Alzheimerovou chorobou. Ostatně je i pochopitelné, že pokud se staráte o jednoho člověka, můžete mu v tomto směru věnovat větší péči, než když jich musíte obstarat

několik.

Třetí otázka se věnuje socializaci nemocného. Tady bych řekla, že jsou ve výhodě spíše ústavy. Je zde možnost nepřeborného množství kontaktů i aktivit v prostorách zařízení i mimo něj. Od pravidelných procházek, přes pořádání různých kulturních akcí, až po možnost bohoslužeb či návštěv dětí z mateřské školy. Je jasné, že nabídka jednotlivých domovů je rozdílná a specifická, ale i přesto bych zde viděla větší možnosti a lepší zázemí v porovnání s tím, co může poskytnout domácí péče.

Čtvrtá otázka plynule navazuje na třetí a úzce s ní souvisí. Jedná se o to, zda má nemocný možnost podílet se na nějakých volnočasových aktivitách. Zde bych opět viděla obrovskou výhodu ústavů. Jsou opravdu dobře připravení a poskytují různé možnosti pracovní terapie, muzikoterapie a dalších činností, na které doma není dostatek možností ani prostoru. Zcela specifické jsou pak například reminiscenční terapie nebo canisterapie, které poskytují určité vybrané domovy důchodců. Nemocný v domácí péči se samozřejmě k takovým aktivitám může též dostat, ale pro rodinu to bude značně složitější, náročnější a komplikovanější.

Pátá otázka prověřuje možnost komunikace nemocného s okolím. Zde hodně záleží na tom, na co je nemocný zvyklý a zda v domácí péči má kolem sebe opravdu pořád někoho, kdo si s ním může popovídat. V ústavu je personál připraven na to věnovat chvilku komunikace každému klientovi a nemocný mívá k dispozici i spolubydlící. V domácí péči zase většinou rodina, pokud je opravdu doma a nemocnému se věnuje, má na starosti jen daného člověka, a tudíž s ním komunikuje skoro pořád. Tady si neodvážím soudit, co může být pro nemocného lepší. Možná bych se zaměřila na dvě hlediska. Z hlediska různorodosti komunikace bude možná vhodnějším prostředím ústav, z hlediska délky a pozornosti v komunikaci asi domácí péče, kde se rodina na daného jedince soustředí individuálně. Ovšem je to stále značně diskutabilní.

Předposlední otázka zjišťuje, zda je nemocný s Alzheimerovou chorobou v daném místě spokojený. Oba způsoby péče, jak ústavy, tak rodinné prostředí, uvádí, že ano. U ústavů je to těžké posoudit, protože personál nezná člověka tak dobře jako jeho rodina, ale je zřejmé, že si lidé nestěžují a žijí zde plnohodnotný život. Z tohoto pohledu bych asi potvrdila, že oba způsoby péče mohou nemocnému poskytnout vše, co potřebuje. Rozdíl je v jednotlivých možnostech a příležitostech každého způsobu péče,

v globálu si však myslím, že nemocný by měl být spokojený.

Poslední otázka je zacílena na to, co nemocnému s Alzheimerovou chorobou nejvíce chybí. V ústavech je to především vlastní prostor, věci i prostředí známé nemocnému a samozřejmě rodina. V domácí péči se pak jedná o možnost komunikace s okolím, vlastní prostor a péči o sebe samého. Nicméně nemyslím si, že by v domácí či ústavní péči měl nemocný z jakéhokoliv důvodu strádat více či méně. Jde podle mě o to, že nemocnému chybí hlavně to, co mohl ve chvíli, kdy byl zdravý. Tím, že zestárl a onemocněl je už a priori omezen. Je zřejmé, že v ústavu mu budou chybět jiné věci než doma, ale z celkového hlediska to asi vyjde stejně.

5.5 DISKUSE

V diskusi bych ráda rozebrala odborné předpoklady, které jsem si stanovila ve třetí kapitole na straně 31.

- **Odborný předpoklad č. 1**

Domnívám se, že ve zvolených Domovech důchodců k účelům této bakalářské práce bude nabídka doprovodných a sociálních aktivit srovnatelná a hodně podobná.

Ve většině případů se mi potvrdilo, že má domněnka je pravdivá. Nicméně, jak jsem již zmiňovala výše, existují ústavy, kde je nabídka širší. Nejbohatší nabídku měly následující ústavy: Domov důchodců Vrchlabí a Domov u fontány v Přelouči. Konkrétní možnosti jsou podrobněji rozebrány v kapitole 5.2 Výsledky dotazníkového šetření v rámci ústavní péče.

- **Odborný předpoklad č. 2**

Domnívám se, že sociální aktivity pro nemocné s demencí budou mít větší proveditelnost v domově důchodců než v domácí péči.

Tento předpoklad se mi skutečně stoprocentně potvrdil. Je těžké provádět v domácím prostředí například výstavu nebo pozvat domů na vystoupení či návštěvu děti za mateřské školy. V tomto smyslu skýtají domovy důchodců nepřeberné množství možností, které chtě, nechtě, domácí péče není schopná poskytnout, kdyby sebe více chtěla. Konkrétní možnosti lze opět nalézt v kapitole 5.2 Výsledky dotazníkového šetření v rámci ústavní péče.

- **Odborný předpoklad č. 3**

Domnívám se, že kvalita péče o nemocné s demencí posuzovaná z hygienického hlediska bude srovnatelná.

Zde je trochu sporné řešení. Je pravda, že v ústavní péči má nemocný k dispozici kvalifikovaný personál, avšak ten personál má na starosti více nemocných, a tak péče nemusí být vždy tak důkladná jako v domácí péči. Zcela určitě je v oblasti domácí péče markantně větší a častější možnost téměř každodenní koupele nemocného. Společně s tím má nemocný k dispozici zázemí známého prostředí. Nemocnému hygienu provádí někdo, koho zná, což na něj působí lépe, než když mu pomáhá někdo cizí. Proto bych si možná odvážila tvrdit, že kvalita péče o nemocného posuzována z hygienického hlediska bude v domácí péči lepší.

- **Odborný předpoklad č. 4**

Domnívám se, že v případě domácí péče bude na nemocného s demencí působit psychicky lépe známé prostředí a přítomnost rodiny.

Zde odpověď není jednoznačná. Je pravda, že nemocný v domácí péči je ve známém prostředí, které je mu blízké, a je obklopen svými příbuznými, což působí blahodárně, avšak nemá zde takovou možnost výběru ve volnočasových aktivitách ani při procesu socializace. Díky různým kulturním a společenským akcím v domovech důchodců se mnohdy nemocný v ústavu cítí psychicky lépe právě proto, že mu byl zachován i společenský a kulturní život, na který byl v minulosti zvyklý.

- **Odborný předpoklad č. 5**

Domnívám se, že v případě péče v domově důchodců bude ze zdravotního hlediska podána nemocnému s demencí odbornější rehabilitační a zdravotní péče.

Tento odborný předpoklad byl potvrzen. Je sice pravda, že se jím konkrétně nezabývám v dotazníkovém šetření, ale protože jsem měla možnost některé ústavy navštívit i osobně, přesvědčila jsem se na vlastní kůži o pravdivosti tohoto tvrzení. Vyškolený personál cvičí s klienty kteří to potřebují 3 - 5 krát do týdne cviky, které podporují celkovou hybnost i jemnou motoriku. V domácnosti se takové cviky samozřejmě dají cvičit také, avšak chybí tady odborník, který by dohlédl na pokrok cvičení a adekvátně a úměrně pokroku klienta cviky ztěžoval a obměňoval. V takovém případě je dle mého názoru lepší opravdu zajistit odbornou péči.

6 ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala tématice srovnání péče o nemocné s demencí v ústavu a v domácím prostředí známém nemocnému. Vzhledem k tomu, že je toto téma poměrně rozsáhlé úžeji jsem se specializovala na péči o nemocné s demencí – Alzheimerova choroba pouze ve zvolené oblasti. Touto oblastí byl východočeský region.

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat možnosti, které poskytuje nemocnému ústav s možnostmi domácí péče. V oblasti ústavů jsem se specializovala především na domovy důchodců. Předtím, než jsem začala samotné dotazníkové šetření, jsem nastudovala dostatek odborné literatury, abych měla k dispozici kvalifikované informace potřebné k následnému sestavení dotazníku a především k jeho zadávání v praxi. Veškerá použitá literatura je uvedena v seznamu literatury. Internetovým zdrojům jsem pozornost moc nevěnovala, protože se často lišily v názorech, a tak jsem si nebyla jistá, zda takové informace mohou považovat za skutečně důvěryhodné. Z nastudované literatury jsem vytvořila teoretickou část zaměřenou na definici a problematiku paměti, dále na proces stárnutí, diagnostiku demence a její terapii. V poslední části jsem se zaměřila přímo na problematiku Alzheimerovy choroby.

Na základě nastudované teorie jsem sestavila dotazník o dvanácti otázkách, který jsem nejprve zadala sedmnácti ústavům situovaným ve východních Čechách. Jednalo se především o Královéhradecko a Pardubicko. Posléze jsem dotazník zadala dvěma náhodně zvoleným domácnostem, které jsem vylosovala z deseti domácností, na něž jsem získala kontakt na gerontologické klinice. Oba zadávané dotazníky byly v podstatě totožné. Dotazník pro domácnosti byl pouze ochuzen o pět otázek vyzvídajících konkrétní počty nemocných s Alzheimerem, stařeckou demencí a celkový počet lidí v ústavu. Dále zde byla navíc otázka na to, zda se dané zařízení vůbec na nemocné s demencí specializuje a pokud ano, zda má klienty i s Alzheimerovou chorobou. Hlavní otázky v obou dotaznících jsem zaměřila na poskytovanou hygienu, pozornost věnovanou sociálnímu začlenění nemocného, volnočasové aktivity, možnost komunikace a celkovou spokojenost nemocného.

Dílejší části praktické části jsem využila k rozboru jednotlivých možností způsobů

péče. Nejdříve jsem věnovala pozornost ústavní péči. Poté jsem se soustředila na to, jak péče probíhá v oblasti jednotlivých domácností. Na konec jsem se pokusila u jednotlivých otázek definovat hlavní rozdíly, popřípadě podobnosti obou možných způsobů péče a vzájemně jsem porovnávala možnosti a příležitosti, které nemocnému mohou poskytnout.

Ve své podstatě jsem zjistila, že nemocný je spokojený v rámci obou typů péče. Dokonce se ukázalo, že není nijak markantní rozdíl v tom, zda se zvolí domácí či ústavní péče, pokud se na to díváme z globálního hlediska. Je však potřeba podotknout, že každý ze způsobů poskytuje jiné možnosti, které naopak tomu druhému typu péče chybí. Tento rozdíl je především v tom, že domácí péče nemá takové možnosti socializace a volnočasových aktivit jako domovy důchodců. Na druhou stranu v domově důchodců zase není možnost domácího prostředí a blízkosti i pravidelnosti návštěv nejbližších příbuzných nemocného. V neposlední řadě domácnost poskytuje i o něco lepší hygienické zázemí. Z hlediska spokojenosti nemocného jsou však obě péče srovnatelné. Jak již bylo řečeno výše, v každé péči chybí pacientovi něco trochu jiného.

Do praxe bych doporučila především zaměření se na socializaci a kontakt nemocného se společností a společně s tím i rozšíření možností volnočasových aktivit. Tyto věci nemocnému mohou pomoci dle mého názoru nejvíce. Nebylo by špatné u některých domovů důchodců zaměřit se na hlubší nabídku takových aktivit, i když je pravda, že většina domovů je na toto opravdu perfektně připravena a poskytuje kromě ergoterapie například i canisterapii. Pro péči v domácím prostředí bych doporučila především možnost nemocného podílet se na aktivitách, které poskytují domovy důchodců. Mohou to být například návštěvy a docházky za kulturou či výstavami nebo možná i dokonce domluva s některým ústavem v blízkém okolí, že nemocný v domácí péči bude za určitý poplatek na volnočasové a sociální aktivity pravidelně (např. jednou týdně) docházet.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

AMBLER, Zdeněk, 2000. *Neurologie pro studenty lékařské fakulty*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 399 s. ISBN 80-246-0080-3.

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

ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA, 2008. *Mozek, Průvodce po anatomii mozku a jeho funkcích*. Brno: Jota. 348 s. ISBN 978-80-7217-686-1.

HORT, Jakub a Robert RUSINA aj., 2007. *Paměť a její poruchy*. Praha: Maxdorf. 422 s. ISBN 978-80-7345-004-5.

JIRÁK, Roman aj., 1999. *Demence*. Praha: Maxdorf. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.

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

KOUKOLÍK, František, 2000. *Lidský mozek*. Praha: Portál. 359 s. ISBN 80-7178-379-X.

KOUKOLÍK, František, 2002. *Lidský mozek*. 2. Aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 451 s. ISBN 80-7178-632-2.

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

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 2004. *Demence, Neurologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

SILBERNAGL, Stefan a Florian LANG, 2001. *Atlas patofyziologie člověka*. Praha: Grada Publishing 404 s. ISBN 80-7169-968-3.

WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ aj., 2006. *Základy speciální neurologie*. Praha: Karolinum. 396 s. ISBN 80-246-1020-5.

8 BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM

HANUŠ, Herbert aj., 1999. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. 331 s. ISBN 80-7184-873-5.

MILTENBERGER, Raymond G., 2004. *Behavior Modification*. Wadsworth. 600 s. ISBN 0-534-53600-X.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, 2002. *Neurologie*. Praha: Galén: Karolinum. 368 s. ISBN 80-7262-160-2 (Galén). ISBN 80-246-0502-3 (Karolinum).

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ aj., 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén: Karolinum. 622 s. ISBN 80-7262-140-8 (Galén). ISBN 80-246-0390-X (Karolinum).

VAŠINA, Lubomír a Věra STRNADOVÁ, 2002. *Psychologie osobnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus 298 s. ISBN 80-7041-401-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 1995. *Praktický slovník MEDICÍNY*. Praha: Maxdorf. 477 s. ISBN 80-85800-28-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. Aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.

WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ, 2004. *Základy obecné neurologie*. Praha: Karolinum. 243 s. ISBN 80-246-0803-0.

9 ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, CZECH ALZHEIMER SOCIETY, 2012. *Alzheimerova choroba*. [online]. [cit. 10. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba>.

HACHINSKI, Vladimír, 2011. *Hachinski ischemia score*. [online]. [cit. 30. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/hachinski.pdf>

LUCIAN, Marin E., 2001. *The Mini Mental State Examination*. [online]. [cit. 30. 3. 2012]. Dostupné z: <http://clinicalexamprep.files.wordpress.com/2011/07/mmse-form.jpg>

10 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Test MMSE „The Mini Mental State Examination“
- Příloha č. 2 Hachinskiho Ischemický skór
- Příloha č. 3 Dotazník zadávaný v ústavech
- Příloha č. 4 Dotazník zadávaný v domácnostech
- Příloha č. 5 Seznam ústavů

Příloha č. 1: Test MMSE „The Mini Mental State Examination“

The mini mental state examination	
Orientation	
Year, month, day, date, season	_____/5
Country, county, town, hospital, ward (clinic)	_____/5
Registration	
Examiner names three objects (for example, apple, pen, and table) Patient asked to repeat objects, one point for each.	_____/3
Attention	
Subtract 7 from 100 then repeat from result, stop after five subtractions. (Answers: 93, 86, 79, 72, 65) Alternatively if patient errs on subtraction get them to spell world backwards: D L R O W Score best performance on either task.	_____/5
Recall	
Ask for the names of the objects learned earlier.	_____/3
Language	
Name a pencil and a watch.	_____/2
Repeat: 'No ifs, and or buts.'	_____/1
Give a three stage command. Score one for each stage (for example, 'Take this piece of paper in your right hand, fold it in half and place it on the table.'	_____/3
Ask patient to read and obey a written command on a piece of paper stating: 'Close your eyes.'	_____/1
Ask patient to write a sentence. Score correct if it has a subject and a verb.	_____/1
Copying	
Ask patient to copy intersecting pentagons. Score as correct if they overlap and each has five sides.	_____/1
Total score: _____/30	

(LUCIAN E. MARIN, 2011, online)

Příloha č. 2: Hachinskiho Ischemický skór

**HACHINSKI
ISCHAEMIA
SCORE**

Patient Name: _____

Rater Name: _____

Date: _____

Feature	Score
Abrupt onset	2
Stepwise deterioration	1
Fluctuating course	2
Nocturnal confusion	1
Relative preservation of personality	1
Depression	1
Somatic complaints	1

Feature	Score
Emotional incontinence	1
History of hypertension	1
History of strokes	2
Evidence of associated atherosclerosis	1
Focal neurological symptoms	2
Focal neurological signs	2

TOTAL SCORE _____

(HACHINSKI, 2011, online)

Příloha č. 3: Dotazník zadávaný v ústavech

- 1) Věnuje se ve Vašem Domově důchodců speciální péče nemocným s demencí?
- 2) Věnuje se zvláštní péče lidem nemocným přímo Alzheimerovou chorobou?
- 3) Kolik lidí s Alzheimerovou chorobou je ve vašem ústavu?
- 4) Kolik lidí se stařeckou demencí je ve vašem ústavu?
- 5) Kolik lidí celkem je ve vašem ústavu?
- 6) Kolik času věnujete (hodin/minut denně) nemocnému s demencí (Alzheimerovou chorobou)?
- 7) Jak často je prováděna základní hygiena u nemocného trpícího demencí (Alzheimerovou chorobou)?
- 8) Věnujete pozornost sociálnímu začlenění nemocného s Alzheimerovou chorobou? Pokud ano, napište jak.
- 9) Má nemocný s Alzheimerovou chorobou možnost podílet se na nějakých volnočasových aktivitách? Pokud ano, vypište na jakých.
- 10) Má možnost nemocný s Alzheimerovou chorobou pravidelně s někým komunikovat? Pokud ano, vypište:
 - A. Jak často?
 - B: Jak dlouho?
 - C: S kým?
- 11) Máte pocit, že je/jsou nemocný/í s Alzheimerovou chorobou u vás spokojení?
- 12) Co nemocnému s Alzheimerovou chorobou nejvíce schází?

Příloha č. 4: Dotazník zadávaný v domácnostech

- 1) Kolik času věnujete (hodin/minut denně) nemocnému s demencí (Alzheimerovou chorobou)?
- 2) Jak často je prováděna základní hygiena u nemocného trpícího demencí (Alzheimerovou chorobou)?
- 3) Věnujete pozornost sociálnímu začlenění nemocného s Alzheimerovou chorobou? Pokud ano, napište jak.
- 4) Má nemocný s Alzheimerovou chorobou možnost podílet se na nějakých volnočasových aktivitách? Pokud ano, vypište na jakých.
- 5) Má možnost nemocný s Alzheimerovou chorobou pravidelně s někým komunikovat? Pokud ano, vypište:
 - A. Jak často?
 - B: Jak dlouho?
 - C: S kým?
- 6) Máte pocit, že je/jsou nemocný/í s Alzheimerovou chorobou u vás spokojení?
- 7) Co nemocnému s Alzheimerovou chorobou nejvíce schází?

Příloha č. 5: Seznam ústavů

- 1 – Domov důchodců Hradec Králové
- 2 – Domov důchodců a Ústav sociální péče Česká Skalice
- 3 – Domov důchodců Vrchlabí
- 4 – Domov u fontány – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem (Přelouč)
- 5 – Domov důchodců Jičín
- 6 – Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem
- 7 – Domov důchodců Opočno
- 8 – Domov důchodců Nová Paka
- 9 – Domov důchodců Lampertice (Trutnov)
- 10 - Domov pro seniory Dubina Pardubice
- 11 - Domov důchodců „Bohemia“ Hronov
- 12 - Domov důchodců Černožice
- 13 - Domov důchodců Hořice
- 14 - Domov důchodců Humburky
- 15 - Domov důchodců Police nad Metují
- 16 - Domov důchodců Teplice nad Metují
- 17 - SENIOR CENTRUM Hradec Králové o.p.s.