

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Studijní obor: Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby

Informovanost veřejnosti o problematice demencí

Diplomová práce

Jméno autora: Martina Gallasová

Vedoucí práce: Mgr.Petra Zimmerlová

České Budějovice 23.4.2007

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Informovanost veřejnosti o problematice demencí vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studenta

Poděkování:

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové za ochotu, podporu a spoustu rad, bez kterých by práce v této podobě nevznikla. Dále mé velké poděkování patří mé rodině a přátelům za podporu a pomoc při distribuci dotazníků. V neposlední řadě děkuji všem dotázaným respondentům.

Public awareness concerning problematic of dementia

Dementia is a problem that is socially becoming a very serious topic. Consequently, with the increasing aging of the population, the number of people who are suffering from it is growing. The symptoms of dementia include a decreasing of the intellectual and memory abilities in comparison with the level on which they were acquired before the illness started. Nonetheless dementia does not include the defects in intellect and memory only; it also includes other psychological functions.

For example, dementia strongly affects the person in virtually all social situations and has a big impact on the quality of the patient's life, as well as the life of his/her family and other people that are close to them. In most cases this illness starts very slowly. Thus, diagnosing dementia in advance gives the possibility of an early start of symptomatic treatment as well as maximum use of the therapeutical procedures available nowadays. At the same time it gives patients and their family time to prepare for future health, financial and law problems.

The public cannot distinguish the pathological aspects of aging from the normal aspects of aging. Consequently, the usual idea of aging is still a perception that includes forgetting, change of personality and aggression. These symptoms are not the indivisible part of aging, but they can be the symptoms of pathological process. I believe that if the public accepts this fact, it can change its attitude to the elderly. The problem is that the public is still not informed enough. Considering the facts mentioned above which I regard as important, it seems we should make an effort to find out how much the public informed about the problems of dementia.

The theoretical part of this work gives the basic information about the problems of dementia. It defines dementia, its epidemiology, etiopatogenezy, and it classifies the different kinds of dementia. It also deals with differential diagnostics, risk factors, diagnostics, treatment and prevention; and it also contains chapters dealing with dementia from the social, financial and law point of view. At the same time it gives information about the present possibilities of help in the institution of social care, and it also gives the list of the organizations in the Czech Republic which offer help in the care of people suffering with dementia.

In the practical part of my theses I wanted to find out how much the adult population of Písek is informed about the problems of dementia. I used a method of a standardized questionnaire that consisted of 18 questions; and the research was done on a statistically significant group of adult inhabitants of the town Písek. The total number of distributed questionnaires was 250, 220 were filled in, out of which 25 were filled in a wrong way. The final number was 195 correctly filled in questionnaires that were possible to use. The hypothesis as stated :” The adult population in the town of Písek is not informed enough about the problems of dementia” has been confirmed, because the respondents were informed about it enough in only 42% of the sub-questions.

I believe that it is important to inform the public. It would help to prevent or lower the risk of neglecting and disregard of the warning symptoms of the pathological process of aging.

I wish this theses was available to the people working in health and social services and mainly to the public. Such an availability of the material would give them well-arranged basic information about the problems of dementia.

OBSAH:

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 9 |
| 1 Současný stav | 11 |
| 1.1 Přirozené změny ve stáří | 12 |
| 1.2 Definice demence | 13 |
| 1.3 Epidemiologie demencí | 13 |
| 1.4 Etiopatogeneze demencí | 14 |
| 1.5 Rizikové faktory demence | 14 |
| 1.6 Stadia demencí | 15 |
| 1.7 Druhy demencí | 16 |
| 1.7.1 Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence | 16 |
| 1.7.1.1 Alzheimerova choroba..... | 16 |
| 1.7.1.2 Pickova nemoc (frontotemporální demence)..... | 19 |
| 1.7.1.3 Korová nemoc s Lewyho tělísky..... | 20 |
| 1.7.1.4 Demence u Parkinsonovy choroby..... | 20 |
| 1.7.1.5 Syndrom Steeleho- Richardsona-Olszewkiho..... | 21 |
| 1.7.1.6 Huntingtonova chorea..... | 21 |
| 1.7.1.7 Demence smíšeného typu..... | 22 |
| 1.7.2 Ischemicko-vaskulární demence | 22 |
| 1.7.2.1 Multiinfarktová demence..... | 23 |
| 1.7.2.2 Binswangerova choroba..... | 23 |
| 1.7.2.3 Hypertenzní encefalopatie..... | 24 |
| 1.7.3 Sekundární demence | 24 |
| 1.7.3.1 Normotenzní hydrocefalus..... | 24 |
| 1.7.3.2 Demence spojené s maligními tumory..... | 25 |
| 1.7.3.3 Posttraumatické demence..... | 25 |
| 1.7.3.4 Demence při epilepsii..... | 25 |
| 1.7.3.5 Demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy..... | 26 |
| 1.7.3.6 Demence při AIDS (komplex AIDS – demence)..... | 26 |

| | |
|---|-----------|
| 1.7.3.7 Prionové encefalopatie..... | 26 |
| 1.7.3.8 Demence při kolagenózách..... | 27 |
| 1.7.3.9 Intoxikační demence..... | 27 |
| 1.7.3.10 Metabolické demence..... | 28 |
| 1.8 Diferenciální diagnostika..... | 29 |
| 1.8.1 Depresivní pseudodemence..... | 29 |
| 1.8.2 Neurotická pseudodemence..... | 29 |
| 1.8.3 Hysterická pseudodemence..... | 30 |
| 1.8.4 Stavby obluzeného vědomí..... | 30 |
| 1.8.5 Transientní globální amézie..... | 30 |
| 1.8.6 Dysmnestický yndrom..... | 30 |
| 1.8.7 Benigní stařecká zapomnětlivost..... | 31 |
| 1.9 Diagnostika demencí..... | 31 |
| 1.9.1 Varovné příznaky demence..... | 31 |
| 1.9.2 Obecná diagnostická kritéria demencí..... | 32 |
| 1.9.3 Klinické projevy demence..... | 35 |
| 1.9.4 Vyšetření kognitivních funkcí..... | 35 |
| 1.9.4.1 Jednoduché globální kognitivní škály..... | 36 |
| 1.9.4.2 Neuropsychologické testy..... | 37 |
| 1.9.5 Testy běžných životních činností..... | 37 |
| 1.9.6 Klinické vyšetření..... | 37 |
| 1.9.7 Pomocné vyšetřovací metody..... | 38 |
| 1.10 Léčba..... | 39 |
| 1.10.1 Farmakologická léčba..... | 39 |
| 1.10.1.1 Kognitivní farmakoterapie..... | 39 |
| 1.10.1.2 Nekognitivní farmakoterapie..... | 40 |
| 1.10.2 Nefarmakologická léčba..... | 40 |
| 1.10.3 Aktivační terapie..... | 41 |
| 1.10.3.1 Kondiční ergoterapie..... | 42 |
| 1.10.3.2 Pet-terapie..... | 42 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 1.10.3.3 | Reminiscenční terapie..... | 42 |
| 1.10.3.4 | Validační terapie..... | 43 |
| 1.10.3.5 | Muzikoterapie..... | 43 |
| 1.10.3.6 | Taneční terapie..... | 43 |
| 1.10.3.7 | Kognitivní rehabilitace..... | 44 |
| 1.10.3.8 | Kinezioterapie..... | 44 |
| 1.11 | Prevence..... | 44 |
| 1.12 | Život s člověkem postiženým demencí..... | 45 |
| 1.12.1 | Komunikace s člověkem trpícím demencí..... | 46 |
| 1.12.2 | Péče o člověka s demencí..... | 47 |
| 1.12.3 | Rodina v roli pečovatele..... | 50 |
| 1.13 | Specifické formy péče a služeb pro pacienty s demencí..... | 50 |
| 1.14 | Sociální zabezpečení klienta trpícího demencí..... | 54 |
| 1.15 | Některé právní otázky osob trpících duševní poruchou..... | 56 |
| 1.15.1 | Posuzování způsobilosti k právním úkonům u osob trpících duševní poruchou..... | 56 |
| 1.15.2 | Hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém oddělení..... | 57 |
| 1.15.3 | Trestní právo a duševní porucha..... | 58 |
| 1.16 | Ochrana práv seniorů trpících demencí..... | 59 |
| 1.17 | Významné organizace působící na území ČR v oblasti péče o lidi postižené demencí..... | 60 |
| 1.17.1 | Česká alzheimerovská společnost (ČALS)..... | 60 |
| 1.17.2 | GEMA..... | 61 |
| 1.17.3 | Život 90..... | 61 |
| 1.17.4 | Diakonie ČCE..... | 62 |
| 1.17.5 | Charita ČR..... | 62 |
| 2 | Cíl práce a hypotéza..... | 63 |
| 2.1 | Cíl práce..... | 63 |
| 2.2 | Hypotéza..... | 63 |
| 3 | Metodika..... | 64 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 3.1 | <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> | 64 |
| 3.2 | <i>Výzkumné metody a techniky</i> | 64 |
| 3.2.1 | <i>Předvýzkum</i> | 64 |
| 3.2.2 | <i>Výzkumné metody</i> | 64 |
| 4 | Výsledky | 65 |
| 5 | Diskuse | 84 |
| 6 | Závěr | 91 |
| 7 | Seznam použitých zdrojů | 92 |
| 8 | Klíčová slova | 99 |
| 9 | Přílohy | 100 |
| | Seznam použitých odborných termínů | |

Úvod

Problematika demencí je společensky velmi závažné téma. Zvyšuje se střední délka života, počet starých lidí narůstá. S tím, jak populace stárne, se zvyšuje množství takto postižených jedinců. Situace přerůstá rámec zdravotnictví a stává se celospolečenským problémem.

Demence je onemocnění, u kterého dochází ke snížení intelektové a paměťové úrovně oproti úrovni získané premorbidně. Nezahrnuje pouze poruchy intelektu a paměti, bývají porušeny i další psychické funkce jako emotivita a pozornost vnímání. Je to onemocnění, které výrazně postihuje jedince i v jeho sociálních funkcích a rolích, navíc má výrazný vliv na kvalitu života pečovatelů o nemocné. Demence u nás postihuje asi 130 tisíc lidí. Statistiky z různých zemí se shodují přibližně v tom, že ve věku 65 let trpí 4-5% populace klinicky vyjádřenou formou demence. Z toho minimálně 50% pacientů s Alzheimerovou demencí.

Toto onemocnění vzniká ve většině případů velmi nenápadně, plíživě. Včasná a hlavně přesná diagnostika dává šanci na brzké zahájení symptomatické léčby a maximálnímu využití dnes dostupných terapeutických možností. Zároveň poskytuje pacientům i rodinám čas na přípravu na budoucí zdravotní, finanční a právní problémy.

Široká veřejnost neumí rozlišovat patologické stárnutí od stárnutí běžného. Stále přežívá názor, že stárnutí je spojeno se zapomínáním, změnou osobnosti a agresivitou. Tyto příznaky nejsou nedílnou součástí stárnutí, ale mohou být symptomy patologického procesu.

Věřím, že pokud veřejnost přijme tuto skutečnost, může změnit svůj postoj k seniorům. Problémem, který stále přetrvává je nedostatečná informovanost široké veřejnosti. Vzhledem k uvedeným skutečnostem považuji za důležité zjistit, do jaké hloubky je veřejnost informována. Domnívám se, že díky informovanosti veřejnosti bude v menší míře docházet k zanedbání a přehlížení varovných příznaků patologického procesu stárnutí.

V kapitole „Současný stav“ se zabývám komplexně problematikou demencí ze zdravotnického, sociálního i právního pohledu. V praktické části se zjišťují dotazníkovou metodou úroveň informovanosti veřejnosti o této problematice.

1 Současný stav

1.1 Přirozené změny ve stáří

S postupujícím věkem dochází k celé řadě změn, které vznikají přirozeně bez nějakého patologického působení. Snižuje se metabolismus, spotřeba kyslíku, zpomaluje se syntéza bílkovin, dochází ke změnám DNA a RNA, k ukládání lipofuscinu atd. (18). Pro organismus starého člověka je charakteristický úbytek tkání a struktur, dochází k involuci orgánově specifického parenchymu ve prospěch tukové a vazivové tkáně. Tyto změny postihují všechny orgány a tkáně charakteristickým způsobem a jsou velmi rozdílné. Všechny funkce se však s postupujícím věkem nesnižují, některé se mění kvalitativně, zřejmě v důsledku adaptačních mechanismů. Morfologické změny pak vedou ke změnám funkčním (15).

V průběhu klinicky normálního stárnutí lidí, u nichž nebyly neurologické nebo psychologické poruchy, se v mozku projevují strukturální i funkční změny. O 7 - 8% klesá v porovnání se střední dospělostí hmotnost mozku a spolu s ní jeho objem. Klesá tloušťka mozkové kůry, zvětšuje se objem mozkových komor. Základní změnou neuronů v průběhu stárnutí je jejich zmenšování. Také hromadění lipofuscinu v neuronech je funkcí věku. Není jasné, zda tyto změny probíhají lineárně s věkem, nebo zda se urychlují po 55.- 66. roce života. Ve více než 90% mozků lidí starších 90ti let se při klinicky normálním stárnutím se histologicky prokáží „alzheimerovské“ změny, které se objevují na přelomu pátého a šestého decenia a s věkem přibývají(3).

Z funkční změn v první řadě dochází k poklesu výkonnosti, hlavně je to porucha adaptace na zátěž. Starý člověk se snáze unaví, po námaze potřebuje jeho organismus delší dobu na odpočinek. Má sníženou odolnost proti infekcím. Rekonvalescence po prodělaném onemocnění nebo operaci je mnohem zdlouhavější. Také reakce na léky je u starého člověka odlišná (3). U stárnoucích lidí můžeme pozorovat určité změny psychiky, které však nemusejí být příznakem psychické poruchy. Jde spíše o změny fyziologické, které ke stáří patří. Tyto změny jsou podmíněny více faktory a začínají se projevovat u různých lidí v různou dobu a v nestejně míře (58).

Řada psychických změn má sestupnou tendenci. Dochází ke zpomalení celkového psychomotorického tempa, zhoršení paměti a objevuje se rigidita v myšlení a jednání. Zhoršuje se schopnost koncentrace a z toho vyplývá zvýšená psychická unavitelnost. Snižuje se smyslové vnímání, dochází k poklesu fantazie a tvůrčích schopností. Staří lidé jsou vlivem snižujícího se sebevědomí nejistí, úzkostní v neznámém prostředí a mezi neznámými lidmi. Dochází k poklesu adaptability a schopnosti navazovat interpersonální vztahy (58).

Z hlediska přirozených emočních změn ve stáří se objevuje emoční labilita spolu s rychlým střídáním nálad, sklony k úzkosti a depresi. Časté mohou být hypochondrické stesky. Dochází k zploštění emotivity, nejsou schopni se nadchnout pro nějakou věc. Během zvyšujícího věku může docházet ke změnám osobnosti s vystupňováním charakterových zvláštností (18).

S přibývajícím věkem se přirozeně zvyšuje vytrvalost, trpělivost, stálost názorů a vztahů. Staří lidé jsou tolerantnější k druhým a k jejich opačným názorům. Vzestupnou tendenci má i schopnost úsudku a nadhledu. Zvyšuje se zájem o všeobecnou informovanost a rozhled, zlepšuje schopnost vnímat tóny, barvy a obecně detaily. Mezi psychické kvality, které se věkem nemění patří intelekt a slovní zásoba (15).

Prováděné studie však prokazují enormní variabilitu duševních schopností u starších osob, která je podmíněna kromě genetických vloh i sociálními a kulturními vlivy, přidruženou morbiditou a schopností adaptace. **Úspěšné (optimální) stárnutí** se vyznačuje zachovanými funkčními schopnostmi srovnatelnými se středním věkem. Jde o kognitivně intaktní osoby, bez poruchy paměti a jiných kognitivních funkcí, bez poruchy nálady, chování a motoriky. Jsou zachovány dobré adaptační schopnosti a plná nezávislost. **Normální stárnutí** je charakterizované fyziologickými, tzn. věkem podmíněnými změnami paměti vyskytující se u většiny zdravé staré populace. Porucha paměti má charakter benigní stařecké zapomnětlivosti, neprogreduje a ostatní kognitivní funkce nebývají postiženy (47).

1.2 Definice demence

Slovo demence má původ v latinském de-mens, tedy nerozum, nepřičetnost či šílenost. Jako první ho použil Aurelius Cornelis Celsus v 1. století našeho letopočtu ve své známé knize „De medicina“ jako protiklad deliria (47).

„Demence je získaná porucha paměti a dalších kognitivních schopností, jež je natolik závažná, že je na překážku běžným činnostem postiženého jedince. Pokles kognitivních schopností se vyznačuje poruchami úsudku a myšlení při cílených činnostech a při všeobecném zpracování informací. Zároveň bývá patrna emoční labilita, podrážděnost či apatie a změny sociálního chování. U postiženého jedince přitom není porušeno vědomí a nejsou známky deliria.“(41, s.187).

Jinými slovy jde o celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých složkách psychiky a ve svém důsledku zasahující celou osobnost, včetně její tělesné součásti. Demence je získané postižení, může k němu dojít kdykoli po dosažení určitého stupně rozumového vývoje, po vytvoření základů poznávacích funkcí, tj. po 2.-4. roce života (57). Výskyt demence výrazně stoupá s věkem, jedná se o onemocnění především vyššího věku. Vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Prognóza závisí na typu a závažnosti základního onemocnění (35).

1.3 Epidemiologie

Demence je jedním z nejčastějších zdravotních problémů stáří. Její celková prevalence v populaci dosahuje 1%, u osob starších 65 let činí 5%, přičemž s rostoucím věkem se výskyt dále zvyšuje. U osob starších 80 let postihuje demence již více než 30-50%. Z tohoto počtu je demencí u Alzheimerovy nemoci 50-65%, vaskulárních demencí 10-30%, smíšené formy asi 10%. Jiné příčiny bývají uváděny mezi 10-15% a v 5-10% příčiny neznámé (47). Prevalence demencí je zhruba stejná u mužů i u žen, ale Alzheimerova choroba je u žen častější. Počet pacientů postižených demencí se bude zvyšovat. Nikoli v důsledku zvyšování prevalence nemocí vedoucích k demenci, ale vlivem stárnutí populace, neboť nejrychleji se zvyšuje počet lidí v nejvyšších věkových skupinách. Mortalita pacientů s demencí je dvojnásobná než u pacientů stejného věku bez tohoto onemocnění (38).

1.4 Etiopatogeneze

Etiologie těchto degenerativních chorob, k nimž demence patří, je dosud neznámá. Slovo degenerativní znamená pomalý kvantitativní úbytek funkce určité populace buněk, ale nespécifikuje vlastní biologický mechanismus. Degenerativní choroby jsou charakterizovány progredujícím zánikem neuronů různých oblastí nervového systému (1).

Ač příčiny a mechanismy Alzheimerovy nemoci nejsou dosud zcela objasněny, nepochybně však se na nich spolupodílí několik faktorů, přičemž nejdůležitější roli hrají genetické činitele. Tomu nasvědčuje i skutečnost, že u jedinců s Downovým syndromem (trisomií 21. chromosomu) se po 35. roce věku vyvíjejí mozkové histopatologické projevy jinak typické pro Alzheimerovu nemoc. Rizikovým faktorem vzniku Alzheimerovy choroby a i u jiných druhů demence je geneticky vázaná přítomnost apolipoproteinu E4. Genové analýzy familiárních případů Alzheimerovy nemoci prokazují různé mutace vedoucí k tvorbě abnormálních bílkovin v mozcích nemocných. Genetické markery a specifické geny však u nemocných se sporadickou formou nemusejí být přítomny. V patogenezi Alzheimerovy nemoci se uplatňuje řada mechanismů – zrychlení apoptózy (řízení zániku buněk), toxické působení excitačních aminokyselin, alumina a dalších prvků, reakce volných radikálů, lipoperoxidační děje a jiné. Uvedené mechanismy vedou k rozvoji příznaků této choroby, přičemž je předilekčně postižen mozkový cholinergní systém. Dochází k úbytku cholinergních neuronů a k poklesu hladin acetylcholinu v podkoří i v mozkové kůře. Nedostatek acetylcholinu je hlavním podkladem paměťových poruch. Z tohoto poznání vycházejí i některé současné léčebné postupy u Alzheimerovy nemoci (41).

1.5 Rizikové faktory demence

Uvažuje se o mnoha faktorech, které mohou mít vliv na vznik a rozvoj demence. Některé z nich jsou rizikové, některé ochranné. Účinek mnoha z nich je rozporný, některé studie hovoří ve prospěch jejich účinku, jiné je neprokázaly (20). Statisticky nejvýznamnějším rizikovým faktorem vzniku Alzheimerovy choroby je vyšší věk. Vedlejšími jsou ženské pohlaví, výskyt demence nebo Downova syndromu v rodině. Mezi další rizikové faktory demencí pak také patří prodělaný úraz hlavy, snížená funkce

štítné žlázy, deprese, deficit vitamínu B12, vliv toxinů, nízká úroveň vzdělání a nízká duševní aktivita. Alzheimerova choroba je převážně sporadické onemocnění, ale jsou popsány familiární případy s autosomálně dominantní dědičností (26).

1.6 Stadia demencí

Manifestnímu rozvoji demence předchází v časných stádiích onemocnění bezpříznakové období, kdy aktivací latentní mozkové rezervy jsou ještě zajištěny normální kognitivní funkce. S postupem chorobného procesu však postupně dochází k vyčerpání rezerv a objevují se kognitivní poruchy a snížení funkční výkonnosti, které si začíná uvědomovat sám nemocný nebo jeho okolí (41).

Jednotlivá stadia onemocnění lze charakterizovat postupnou ztrátou paměti a soběstačnosti nemocného. V případě Alzheimerovy demence rozlišujeme tři stadia tohoto onemocnění. **První stadium**, mírná forma demence, trvá dva až tři roky. Dochází k zhoršování paměti, zejména pro zcela nedávné události. Nemocný je časově i prostorově dezorientovaný. Není schopen si vybavit, který je den, měsíc a rok, nepoznává známá místa, někdy i vlastní byt (26). Dochází ke ztrátě iniciativy a průbojnosti. Pokles paměti a další poruchy jsou na překážku denním činnostem, ale neomezují ještě soběstačnost nemocného. Mohou se objevit potíže s vybavováním méně obvyklých slov (35). **Druhé stadium**, středně těžká forma, trvá od dvou do deseti let. Dochází k významným výpadkům paměti, včetně jmen členů vlastní rodiny. Nové informace lze vštípit jen výjimečně a na velmi krátkou dobu (26). Snižuje se schopnost postarat se sám o sebe. Je zde nutná pomoc například při oblékání, mytí. Časté jsou případy, kdy se nemocný ztratí nebo zabloudí i na dříve známých místech. Zhoršují se řečové schopnosti. Mohou se objevit halucinace (35). **Třetí stadium**, těžká forma, trvá jeden až tři roky. V tomto stadiu je téměř úplná ztráta paměti s neschopností vštípení nové informace, vybavují se pouze nesourodé útržky dříve získaných informací. Nemocný není schopen poznat přátele a dokonce i členy vlastní rodiny. Objevují se významné poruchy chování. Projevují se potíže při příjmu potravy, které vyžadují pomoc další osoby. Vyskytují se obtíže s chůzí, někdy dojde až k upoutání na lůžko. Dochází k inkontinenci moči i stolice. Nemocný se stává zcela nesoběstačný (26).

1.7 Druhy demencí

Demence se dělí podle různých kritérií. Je velmi důležité diferenciatně diagnosticky rozlišit jednotlivé typy demencí. Nejčastěji jsou děleny do tří základních skupin.

1.7.1 Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence

1.7.1.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova nemoc je závažná neurodegenerativní choroba, projevující se klinicky demencí. Je to nejčastější příčina demencí vůbec. Představuje asi 50-60% všech demencí. Ve věku 65 let se vyskytuje v populaci demence středního a těžkého stupně ve 4-6%, lehkých demencí je zřejmě více. Její četnost se pak každých pět let přibližně zdvojnásobí (35).

Od běžných neurochemických, neurofyziologických a psychických změn provázejících stárnutí se liší tím, že jde o progresivní neurodegenerativní proces doprovázený vznikem patologických látek a procesů v nervových buňkách mozku, které v jejich důsledku zanikají. Tyto procesy postihují zprvu zejména cholinergní systém (na přenosu nervových vzruchů v tomto systému se podílí neuropřenašeč acetylcholin), který je důležitý v zajištění kognitivních funkcí, pozornosti, paměti, schopnosti učení atd. Dostupná data svědčí o tom, že vznik Alzheimerovy choroby je multifaktoriální (26).

Alzheimerova nemoc se dělí na **formu presenilní** - s časným začátkem, příznaky se rozvinou do 65 let života. Podstatně častější je **forma senilní** – s pozdním začátkem, příznaky se objevují v 65 letech života nebo později (47). Jiné dělení je na **familiární** Alzheimerovu nemoc, kde onemocní více blízkých pokrevních příbuzných a kde bývají zjišťovány genetické abnormality (vzácná forma), a na často se vyskytující **sporadickou formu** bez familiárního výskytu (43).

Mezi rizikové faktory u Alzheimerovy choroby patří vyšší věk, genetická dispozice, demence v rodinné anamnéze, prodělaný úraz hlavy, ženské pohlaví, Downův syndrom, snížená funkce štítné žlázy, deprese, deficit vitamínu B12, vliv toxinů, nízká úroveň vzdělání, nízká duševní aktivita (26).

Pro Alzheimerovu demenci je typický pomalý, plíživý začátek. Někdy vzniku demence u Alzheimerovy choroby předchází porucha, které se říká **Mild Cognitive Impairment (MCI)**, lehká porucha poznávacích funkcí. Tato porucha se vyznačuje tím, že je přítomna porucha paměti, a to jak subjektivní pocit zapomnětlivosti, tak i objektivně měřitelná porucha. Postižení je však lehčího rázu než u demence. Důležité je, že na rozdíl od demence nejsou podstatně postiženy aktivity denního života, je zachována soběstačnost. Ne všechny případy MCI však jsou prodromálním stadiem Alzheimerovy nemoci. Mohou to být prodromální stadia jiných demencí nebo i tzv. benigní stařecká zapomnětlivost, porucha paměti bez podstatné progresse. Většina studií uvádí přechod do Alzheimerovy nemoci za 1 rok u 12-18% postižených (35).

Na počátku se objevují **poruchy paměti**, někdy nenápadné. U pacientů vyššího věku mohou být pokládány za projevy stárnutí. Postupně dochází k zvýrazňování těchto poruch. Většinou je to ztížené a nepřesné vybavování starých vzpomínek, včetně paramnezií – zkreslení vybavených vzpomínek, ekmnezií – nesprávně časově lokalizovaných vzpomínek. Projevuje se porucha krátkodobé paměti a paměťové všípivosti. Brzy se začínají projevovat **poruchy prostorové orientace**. Pacienti se neorientují v jim dobře známých místech, nenacházejí cestu domů. V pozdějších stádiích pak mohou bloudit i ve svém bytě. Ztrácí prostorovou představivost. Je také porušena časová orientace. Velmi brzy dochází k poruše soudnosti, pacienti nejsou schopni odhadnout svoje schopnosti. Osoby postižené Alzheimerovou demencí ve srovnání s jinými demencemi poměrně časně ztrácejí náhled, uvědomění si choroby, přestávají se cítit nemocnými. Dochází k degradaci osobnosti, úbytku eticko-estetických schopností a návyků. Někdy se projeví nadměrná tvrdohlavost a sobeckost (47).

V průběhu nemoci dochází postupně k **poruše aktivit denního života**. Nemocní přestávají být schopni manipulovat s penězi, vypadáva jim naučená schopnost obsluhovat domácí elektrospotřebiče, vařit, uklízet, provádět řemeslné práce. S progresí choroby dochází i k poruše tak základních praktických dovedností, jako je například oblékání se, základní hygiena, jídlo přiborem. Objevuje se inkontinence moči, postupně i stolice. V terminálních stádiích nemoci jsou pacienti plně odkázáni na péči svého okolí (47).

Ve většině případů, nekonstantně a v různé míře se objevují poruchy nekognitivních funkcí, kterým se obecně říká **behaviorální a psychologické příznaky demence (BPSD)**. Patří mezi ně **poruchy chování** různého stupně, s různou příměsí agresivity, od mírných projevů verbální agresivity až k agresivitě brachiální. Objevují se afekty vzteku, neklid, agitovanost (27). Mezi další příznaky Alzheimerovy choroby, které mohou komplikovat její průběh, je produkce bludů, většinou spolu s poruchami vnímání – halucinacemi a iluzemi. Z poruch spánku může být přítomna noční nespavost, někdy doprovázená agitovaností. Nejčastěji je však posunutí cyklu spánků – bdění, až vznik plné spánkové inverze. Kdy ve den spí a v noci jsou vzhůru (2). Mezi BPSD patří i **poruchy afektů a emocí**. Někdy dochází k emočnímu oploštění, kdy člověk není schopen projevovat patřičné nálady, nereaguje na vnější podněty adekvátními emocemi. Jindy bývá přítomna tupá euforie, spokojená nálada, opět bez přiměřené emoční reaktivity na vnější podněty. Zpravidla přechodně může dojít k výskytu patických nálad, deprese, úzkosti (způsobené ze změny prostředí), někdy i mánie. Obecně bývá přítomna afektivní labilita, nezvládnutí afektů, především afektů vzteklosti, ale i lítosti (34). Poměrně často se v pozdějším průběhu nemoci vyskytují **fatické poruchy**, které mohou mít až ráz těžké motorické, sensorické nebo smíšené afázie s neschopností verbálního dorozumění se s okolím. Také nekonstantně, ale často se vyskytují **gnostické poruchy**, nepoznávání podmětů, lidí. Zejména v pokročilých stadiích nemoci nepoznávají ostižení ani své nejbližší příbuzné. U pokročilé demence může také docházet k misidentifikacím, kdy je například přesvědčen, že jeho manželka není jeho manželka, ale jen někdo jiný, kdo vypadá zcela stejně (47).

V souvislosti s Alzheimerovou chorobou se někdy hovoří o tzv. **syndromu afaticko-aprakticko-agnostickém**, což označuje poruchy řeči, účelného zacházení s věcmi a poznávacích funkcí. **Afázie** je fatická porucha, která vzniká v důsledku postižení různých oblastí mozkové kůry. Objevuje se sensorická afázie, kdy nemocný není schopen porozumět slyšenému při dobře zachovaném sluchu. Motorická (expresivní) afázie způsobuje neschopnost tvorby srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech. Lehčí formy se nazývají parafázie, projevující se například komolením slov nebo nesprávnou větnou skladbou. Obdobně vznikají různé druhy **apraxie**- neschopnost

provádět naučené úkony (jako například zamykat klíčem), **alexie**-neschopnost porozumět čtenému textu, **agrafie** – neschopnost psát, **akalkulie** – neschopnost počítat, **astereognózie** – neschopnost rozeznat pravou a levou stranu a další (35).

Poměrně často dochází k poruchám sexuálních funkcí. Obvyklý je výrazný pokles potence i libida, avšak někdy může dojít naopak k zvýšenému, až nežádoucímu zájmu o sexualitu. Výjimečně se mohou objevit i projevy sexuálně deviantního jednání u člověka, který se dříve nikdy deviantně nechoval (35). S prohlubující se demencí dochází k tzv. anamnestické dezorientaci v důsledku neschopnosti si zapamatovat jakékoli údaje se pak postižení chovají dezorientovaně (2). Nezřídka se dostavuje inkontinence moče i stolice. Přestávají dbát o svou hygienu, bez pomoci se ani neumyjí. Někdy musí být krmeni. Přestávají poznávat postupně i své nejbližší osoby (16).

Pacienti trpící Alzheimerovou demencí nejčastěji umírají na nějaké interkurentní (zároveň se vyskytující, komplikující) onemocnění, jako jsou například plicní záněty, následky úrazů. Alzheimerova choroba výrazně snižuje obranyschopnost, autosanační procesy, adaptivitu (47).

Délka trvání Alzheimerovy nemoci od objevení prvních příznaků až k exitu trvá průměrně 7-15 let. Jsou však i rychle progredující formy Alzheimerovy demence s časným začátkem, především u mladších pacientů (35).

1.7.1.2 Pickova nemoc (frontotemporální demence)

Je vzácnější, klinicky onemocnění velmi podobné Alzheimerově demenci. Podkladem tohoto onemocnění je mozková atrofie, projevující se nejvíce frontálně a temporálně. Začíná obvykle v mladším věku, v pátém až šestém deceniu. Častěji se vyskytuje u žen a má rychlejší průběh. Etiologie je nejasná, vzácně se popisuje familiární výskyt (56).

Na počátku onemocnění se projevuje hlavně změnami osobnosti a poruchami chování, které předchází defektu kognitivních funkcí. Nápadné je emoční otupění. Častý je výskyt tzv. moriatické nálady, planého, nejapného vtipkování, netaktnost, expanzivní projevy. Později se začne projevovat apatie, neschopnost naplánovat si smysluplnou činnost, poruchy v etické a estetické oblasti (15). Mohou se projevit i poruchy sexuality,

jako hypersexualita, exhibicionistické tendence, pedofilie. Někdy se projevuje nadměrná chuť k jídlu, až bulimie. V konverzaci se objevuje repetitivnost, malá obsažnost. Pacienti se stále opakují, vzniká někdy až syndrom gramofonu. Může se také objevit symptomatický abúzus alkoholu. Dochází k velkým změnám oproti premorbidní osobnosti pacienta. Poruchy kognitivních funkcí se rozvíjejí postupně, dochází ke snižování intelektu. Demence pak rychle postupuje, ve 2/3 případů se objevuje fatická porucha, většinou amnestická nebo senzorická (3).

Průběh je progresivní, nemoc končí smrtí obvykle do 2-10 let od objevení prvních příznaků choroby (56).

1.7.1.3 Korová nemoc s Lewyho tělísky

Onemocnění, které odpovídá za 7-30% všech demencí. Její vysoká četnost byla zjištěna až po zavedení speciálního imunohistochemického vyšetření, jímž se dají snadno prokázat Lewyho tělísky. Ta se nacházejí především v mozkové kůře. Počet senilních plak a neurofibrilárních změn je nižší než při klasické Alzheimerově nemoci. Vyznačuje kolísáním intenzity příznaků, kterými je postižení kognitivních funkcí, zejména paměti, řeči a jazyka, usuzování a praxe. Typické jsou též opakující se delirantní stavy. K diagnostikování demence se přistupuje tehdy, pokud se k výše popsaným symptomům přidruží alespoň jeden z těchto: halucinace (sluchové i zrakové) doprovázené někdy paranoidními bludy, mírné extrapyramidové příznaky (ztuhlost, třes,..), opakované nevysvětlitelné pády či zastření vědomí (37).

Pro tuto nemoc je typické střídání zmatenosti s obdobími orientovanosti a též někdy následujícího deliria. Onemocnění má rychlý, maligní, přitom kolísavý průběh (56).

1.7.1.4 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, jímž onemocní asi 1% osob starších 60 let. Klinicky jde o komplex symptomů, charakterizovaný triádou akineze – rigidita – tremor (46).

U 15-20% pacientů s Parkinsonovou chorobou se kromě typických neurologických příznaků vyvíjí i demence, a to demence podkorová. Progrese demence bývá pomalá, pacienti neztrácejí náhled choroby. Nejvýznamnějším příznakem je celkové zpomalení psychomotorických procesů, apatie, deprese. Pomalu progreduje i porucha kognitivních funkcí – pozornosti, myšlení a řeči (43). Mění se poměr bdělost a spánek, délka spánku se podstatně zkracuje. Zpomalení řeči u Parkinsonovy choroby se označuje jako brachyfrénie. Vzácně jsou u Parkinsonovy choroby popsány v souvislosti s demencí také schizoformní klinické projevy, například persekční bludy, halucinace a iluze, nepřiměřená emotivita (46).

1.7.1.5 Syndrom Steeleho-Richardsona-Olszewkiho (progresivní supranukleární obrna)

Tato poměrně vzácná demence se nevyskytuje pouze v seniu, ale i v mladším věku. Etiologie choroby není známa. Má jak psychické, tak neurologické symptomy. Z psychických příznaků se objevují emoční poruchy a demence. Demence má podkorový ráz. V popředí je porucha motivace, bradypsychismus, mnestické poruchy zvláště s postižením recentní paměti. Nevyskytují se typické korové projevy, jako je například afázie (47).

Z neurologických projevů se vyskytují poruchy vertikálního okohybného pohybu – pohledu dolů, pseudobulbární příznaky, rigidita trupu, bradykinéza, pyramidové příznaky, poruchy chůze, pády. Z emočních poruch je častá deprese, mnohdy se vyskytuje záchvatovitý pláč nebo smích. Nápadná je hypomimie (3).

Nástup příznaků je postupný a onemocnění rychle progreduje. Průměrná doba přežití je 5-6 let. Pacienti umírají na interkurentní onemocnění (47).

1.7.1.6 Huntingtonova chorea

Choroba se prezentuje jako presenilní demence. Chorea chronica Huntingtoni je hereditárně degenerativní mozková choroba s dědičností autosomálně dominantního typu. Obvyklý počátek je ve 4. a 5. dekádě, ale u 3-5% nemocných se nemoc rozvine před 15. rokem věku a někdy dokonce i v dětství. U 30% nemocných se projeví příznaky po 50

letech věku. Obecně platí, že progresse nemoci je pomalejší, začne-li ve vyšším věku pacienta (43).

Nemoc má příznaky jednak neurologické – choreatiformní dyskinézy, jednak psychické – demenci, opět podkorového typu. Pacienti s časným počátkem nemoci mívají často výrazné psychiatrické poruchy, které předcházejí někdy i mnoho let rozvoji neurologické symptomatiky, zatímco pacienti s pozdním počátkem mají choreiformní mimovolní pohyby a kognitivní deficit současně od počátku nemoci (3). Postupně se rozvíjí demence, vznikají poruchy osobnosti, chování, afektivity. Dochází k postupné progresi až do obrazu kachexie a demence, pacienti umírají na interkurentní onemocnění po asi 15-20 letech trvání nemoci (27).

1.7.1.7 Demence smíšeného typu

Minimálně 10% všech demencí je na etiologicky smíšeném podkladu, kde se uplatňují jak alzheimerovské, tak vaskulární změny. Klinický obraz připomíná Alzheimerovu chorobu, ve větší míře jsou však zastoupeny ložiskové příznaky, typické pro vaskulární demence (3).

1.7.2 *Ischemicko-vaskulární demence*

Vaskulární demence je po Alzheimerově nemoci druhou nejčastější příčinou demence vůbec, přičemž ve stárnoucí populaci lze očekávat nárůst jejího výskytu. Ischemicko-vaskulární demence představují 15-30% všech demencí (43).

Z hlediska definice vaskulární demence musejí být splněny určité základní podmínky. Pacient musí být dementní, což vyžaduje přítomnost úbytku paměťových funkcí a intelektuálních schopností, který vede k funkčnímu postižení v každodenním životě. Musí být prokázáno cerebrovaskulární onemocnění, a to zjištěné na podkladě anamnézy, klinického vyšetření nebo zobrazovacími metodami. A obě předchozí poruchy musejí být vzájemně závislé (47). Vaskulární demence může být důsledkem poškození tkáně ischemií i hemoragií. Na podkladě různých cerebrovaskulárních poruch dochází ke kognitivním změnám, jejichž charakter závisí na lokalizaci a rozsahu za ně odpovědných lézí (5).

1.7.2.1 Multiinfarktová demence

Multiinfarktová demence začíná obvykle po šedesátém roce života, i když existují i případy časnějšího počátku onemocnění. Vzniká na podkladě mnohočetných mikroembolů a mikrotrombů drobných mozkových arteriol, čímž dochází k tvorbě mnohočetných drobných mozkových infarktů (5).

Začátek nemoci bývá zpravidla náhlý, obvykle po cévních mozkových příhodách. Jen zřídka je počátek plíživý, kdy se před výskytem demence objeví sekundární neurastenický syndrom, charakteristický zvýšenou dráždivostí, unavitelností, bolestmi hlavy, závratěmi, poruchou soustředění, nespavostí úzkostnou nebo depresivní náladou. Pak se rozvíjí demence, která má typický schodovitý průběh. Zřejmé jsou změny v oblasti paměťových funkcí. Dlouho bývá zachovaná dlouhodobá paměť, takže tito lidé jsou schopni denní rutiny a selhávají pouze tam, kde je nutno přijímat nové informace (5). Nemocný je sice méně přizpůsobivý, ale za obvyklých podmínek se potíže příliš neprojevují. Osobnost zůstává dlouho zachovaná, podobně náhled choroby, což někdy může vést k depresím. Typickým projevem je emoční labilita. Častá je paranoidita až paranoidně-halucinatorní syndrom. Často se objevují tranzitorní kvalitativní poruchy vědomí – amence a deliria. Mohou se vyskytnout i mráкотné stavy (57).

Na vznik a průběh multiinfarktové demence působí více nepříznivých faktorů. Jsou to například hypertenzní choroba, diabetes mellitus, obezita, kouření, hypertryglyceridemie a hypercholesterolemie, genetické faktory a snad i tzv. A typ chování (3).

1.7.2.2 Binswangerova choroba

Binswangerova choroba je podstatně méně častější subtyp vaskulární demence. Tato demence vzniká na podkladě vaskulárního poškození podkorových struktur. V popředí klinického obrazu je úbytek aktivity a motivace, tupost, poruchy paměti, mohou se objevit extrapyramidové příznaky. Osobnost pacienta zůstává dlouho zachovalá (41).

1.7.2.3 Hypertenzní encefalopatie

Demence bývá mírného stupně, vcelku se podobá multiinfarktové demenci. Často se objevují u pacientů úzkostné stavy (3).

1.7.3 *Sekundární demence*

Sekundární demence vznikají jako symptom jiného mozkového nebo systémového onemocnění. Jsou méně časté než předchozí popsané typy demencí. Ale včasná diagnostika a odlišení od primárních degenerativních demencí jsou významné především proto, že adekvátní léčbou základního onemocnění je v některých případech možno zastavit progresi demence. Asi 10-15% sekundárních demencí je dokonce částečně či plně reverzibilních (41).

1.7.3.1 Normotenzní hydrocefalus

Tato choroba není typická jen pro vyšší věk, může se vyskytnout i v mladším a středním věku. Na rozdíl od většiny jiných příčin demence se jedná o stav, který lze léčit. Podmínkou úspěchu léčby však je, aby se pacientovi dostalo včasného a správného vyšetření dříve, než dojde k nevratnému úbytku mozkové tkáně (19).

Podkladem onemocnění je chronický vnitřní hydrocefalus jako následek úrazu hlavy, subarachnoidálního krvácení nebo meningitidy. Příznaky jsou zřejmě vyvolány útlakem periventrikulární bílé hmoty, ačkoli komorový tlak je v mezích normy nebo jen lehce zvýšen (41). Charakteristické příznakové trias je tvořeno poruchou chůze, demencí a inkontinencí. Poruchy chůze patří mezi první a nejčastější příznaky normotenzního hydrocefalu. Do jisté míry mohou připomínat poruchu chůze například při Parkinsonově nemoci (drobné krůčky). Porucha chůze praktického rázu s nejistotou v prostoru a pády zpravidla pak předchází v demenci, která bývá provázena projevy prefrontálního syndromu. U normotenzního hydrocefalu však nejsou přítomny jiné příznaky tohoto onemocnění (ztuhlost a třes) (19).

Demence má progredientní charakter. Pokud se však podaří včas a správně normotenzní hydrocefalus rozpoznat a léčit, dojde ke zlepšení až k úplné úpravě stavu.

Léčbu těchto stavů představuje relativně jednoduchý neurochirurgický výkon, zavedení tzv. shuntu – umělé cesty pro vstřebání mozkomíšního moku (41).

1.7.3.2 Demence spojené s maligními tumory

Maligní tumory mohou vyvolat demence několika mechanismy. Nejčastější jsou invaze primárního tumoru. Časté příznaky demence se vyskytují rovněž při metastázách do mozkové tkáně. Uplatnit se však mohou i druhotné efekty tumorů, encefalopatie, nutriční defekty, endokrinně-metabolické poruchy, přídatné infekce i iatrogenní efekty (3).

1.7.3.3 Posttraumatické demence

Tyto demence nejsou typické pro stáří, ale mohou se vyskytnout i v pokročilém věku. Vyvíjejí se u části pacientů po těžších mozkových kontusích nebo při chronické kompresi mozku, jakou může způsobit například chronický subdurální hematom. Někdy dochází k rozvoji tzv. traumatické encefalopatie bez výraznější demence, jindy až k rozvoji těžké demence. Typické jsou neurologické příznaky dle lokalizace léze. Často se objevují fatické, gnostické a praktické poruchy. Na počátku se vyskytují poruchy vědomí kvalitativního i kvantitativního rázu. Kromě neurastenického syndromu dochází ke změně osobnosti s celkovým zpomalením, bezradností v běžných životních situacích, s mnestickými poruchami, především poruchou krátkodobé paměti, resp. vštípení si nových informací (3).

Traumatická demence vzniká také po opakovaných drobných traumatech mozku, hlavně tam, kde se objevují drobná krvácení (15).

1.7.3.4 Demence při epilepsii

V rámci epilepsie se demence vyskytuje především při delším trvání choroby se záchvaty grand mal. Diskutuje se o etiopatogenetickém významu mikrotraumat, která vznikají při záchvatech (3).

1.7.3.5 Demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy

Nejčastější bakteriální příčinou demencí je **lues**. V minulosti byla jednou z nejčastějších příčin demence. V terciálním stadiu nemoci může demenci vyvolat chronická meningoencefalitida,luetická mozková endartritida, gumma cerebri. Nejčastější příčina demence je však progresivní paralýza (1).

Při *chronické meningoencefalitidě* bývá kromě demence tranzitorní porucha vědomí typu amence nebo deliria. *Luetické endartritidy* mohou do jisté míry napodobovat obraz demence vaskulárního typu. Mohou vznikat cévní mozkové příhody, často se tvoří aneurysmata. *Gumma cerebri* vyvolává demenci jen zřídka, spíše vyvolává topické neurologické příznaky a kvantitativní poruchy vědomí (41).

Progresivní paralýza vzniká s odstupem přibližně pěti let od primární infekce, vzácněji i dříve. Je to chronická meningoencefalitida, při které dochází k vzniku mozkové atrofie. Následkem atrofizujícího zánětu dochází k vnitřnímu i vnějšímu hydrocefalu. Progresivní paralýza začíná zpravidla sekundárním neurastenickým syndromem, který pak plíživě přechází do některé jiné formy. Nejčastěji do prosté demence, podobající se Alzheimerově chorobě. Dochází k postižení mnestických funkcí, intelektu a k úpadku osobnosti (3).

1.7.3.6 Demence při AIDS (komplex AIDS – demence)

Demence může vzniknout na podkladě primárního neurotropizmu HIV, v tomto případě má pak převážně podkorové projevy. Část případů demence při AIDS je způsobena poškozením mozku oportunními infekcemi nebo nádory, či metastázemi Kaposiho sarkomu. Za většinu demencí při AIDS však odpovídá přímý účinek viru. Jedná se tak vlastně o subakutní encefalitidu (56).

1.7.3.7 Prionové encefalopatie

Creutzfeldt – Jakobova choroba je vzácná příčina demence infekčního původu s velmi dlouhou inkubační dobou. Tato choroba se vyskytuje spíše v preseniu, ale také v seniu. Je zřejmě četnější, než je obecně uváděno. Uvádí se prevalence onemocnění 1: 1 000 000 (56). Infekčním činitelem jsou priony, abnormálně změněné částice

bílkoviny pocházející z buněčných membrán mozkových neuronů, a glie, jež jsou schopné autoreplikace. U familiární formy onemocnění, asi 10% případů, byla prokázána geneticky přenosná specifická mutace této bílkoviny (41). K přenosu došlo i iatropatogenně, například transplantací rohovky (56). Počáteční projevy onemocnění jsou často necharakteristické. Patří k nim celková nevěle, poruchy soustředění, poruchy spánku a příjmu potravy. Během několika týdnů se rozvíjí demence a multifokální myoklonus. U většiny nemocných se objeví i další extrapyramidové, mozečkové a pyramidové příznaky. Demence má charakter globální mnestické poruchy, dochází ke snížení intelektu. Průměrné přežití se uvádí pouze 8 až 12 měsíců (41).

Endemickou formou prionové encefalopatie spojenou s kanibalismem je onemocnění **kuru**. Z dalších prionových encefalopatií můžeme jmenovat též **familiární fatální insomni** nebo **Gerstmannovu-Strausslerovu-Scheinkrovu chorobu**, která se vyznačuje ataxií, demencí, afázií, parkinsonismem a supranukleární obrnou. Většina případů je familiárních s autosomálně dominantní dědičností (41).

1.7.3.8 Demence při kolagenózách

Vyskytují se zpravidla v mladším věku, ale můžeme se s nimi setkat i v seniu. **Lupus erytematodes** je nejčastější kolagenóza s demencí. Při tomto onemocnění se objevují změny pozornosti, motivace, mění se osobnost, vyskytují se mnestické poruchy. K tomu se přidružují neurologické příznaky, hlavně hemiparézy, epileptické záchvaty, choreatické pohyby, poruchy zraku. Vzácnou příčinou demence při kolagenózách může být **arteriitís temporalis**. Demenci může způsobovat i **sarkoidóza**, jež s extrapulmonální, systémovou manifestací může postihovat i centrální nervový systém (3).

1.7.3.9 Intoxikační demence

K demenci mohou vést i chronické intoxikace různými látkami. Existuje skupina tzv. **farmakogenních demencí**. Léková intoxikace je nejčastější příčinou reverzibilní intelektové poruchy ve stáří. Příčinou bývá předávkování běžnými léky, nejčastěji diuretiky, antihypertenzivy, kardiotoniky, antiarytmiky, nesteroidními

antiflogistiky, antidepresivy a jinými. V případě podezření je nutno podrobně zjistit předešlou medikaci pacienta, ověřit dávkování nebo případně vyšetřit sérové hladiny léků (41).

Alkoholové demence jsou ze všech intoxikačních demencí nejčastější. Mohou se projevit ve dvou podobách. *Korsakovova alkoholová psychóza* může vzniknout buď akutně pro proběhlém deliriu tremens, nebo pozvolna. Typická je porucha konsolidační fáze paměti, projevující se poruchou vstřípivosti. Výpadky paměti nemocný nahrazuje konfabulacemi. Postupně slábne paměť ve všech složkách. U nemocných se také objevuje dezorientace místem a časem. *Prostá alkoholová demence* vzniká buď z Korsakovské psychózy nebo plíživým vývojem. U tohoto typu demence dochází k výrazné deterioraci kognitivních funkcí, těžké degradaci osobnosti. Mnesticke poruchy bývají ve všech složkách, ale nejvíce je narušena opět vstřípivost. Postižení bývají bezradní v novém prostředí, nepřizpůsobiví, těžkopádní. Léčba je podobná jako u Alzheimerovy choroby, nutná je úplná abstinence (3). Další intoxikační demence mohou způsobovat **těžké kovy** a **oxid uhelnatý** (41).

1.7.3.10 Metabolické demence

Tyto demence bývají následkem buď nějaké generalizované metabolické poruchy, nebo poruchy detoxikačních schopností jater a ledvin. Vznikají zejména při delším trvání této poruchy. Při kratším trvání dochází k deliriu (3).

Demence při jaterních encefalopatiích (hepatocerebrální syndrom) může vznikat při závažných jaterních chorobách. Demence progreduje měsíce až léta. Vyskytují se kvalitativní poruchy vědomí, v terminálním stadiu dochází k poruchám motivace. **Demence při uremické encefalopatii** se projevuje klinicky desorientací, poruchou koncentrace pozornosti, afektivními poruchami. Vznikají polyneuropatie s přidruženými neurologickým symptomy, jako je tremor, myoklonické záškuby, flekční a extenční pohyby prstů (3). Příčinou **pellagrové demence** je deficit niacinu. Nejcharakterističtějším příznakem jsou diarrhoe, dermatitida a demence. Léčba je substituční, niacinem. Deficit vitamínu B12 může vést k rozvoji periferních neuropatií, myelopatií, atrofii optiku a k demenci s výrazným postižením frontálního laloku. U

demence při z deficitu vitamínu B12 je nápadná porucha koncentrace pozornosti, někdy může být přidružena i deprese. Demence může vzniknout dříve než hematologické změny, makrocytární anemie. Při substituci vitamínu B12 je demence zpravidla plně reverzibilní. **Demence při hypernatremii** se vyskytuje u starých lidí v důsledku dehydratace organismu. Hypernatremie pak vede ke vzniku kognitivních poruch, které jsou ovšem většinou plně reverzibilního charakteru. Základem léčby je hydratace pacienta (45).

1.8 Diferenciální diagnostika

U demencí je důležitá správná a včasná diagnostika. Existují některé choroby či poruchy, které mohou být s demencemi zaměněny nebo alespoň na kratší dobu demence připomínat. V první řadě je nutné rozlišit demence od non-demencí, hlavně od příznaků normálního stárnutí a klinických obrazů imitujících demence, obvykle označovaných termínem pseudodemence.

1.8.1 Depresivní pseudodemence

Depresivní pseudodemence může zvláště u starých nemocných působit přesvědčivým dojmem těžké paměťové poruchy doprovázené případně dalšími kognitivními poruchami. Rozpoznání je tím těžší, že apatie a depresivní ladění mohou doprovázet pravou demenci. Na možnost pseudodemence je třeba myslet u pacientů, kteří si stěžují na poruchy paměti a intelektové výkonnosti a při neuropsychologickém testování podávají nevyrovnané a nekonstantní výkony. Cílenými otázkami je nutné sledovat typické depresivní rysy jako jsou nechutenství, poruchy spánku, pocity bezvýchodnosti situace, sebevražedné tendence. Antidepresivní léčba se příznivě projeví úpravou kognitivních dysfunkcí (41).

1.8.2 Neurotická pseudodemence

Neurotická pseudodemence se vyskytuje hlavně u starších žen s premorbidně nižším intelektem, s přítomností somatického onemocnění. Vzniká jako reakce na nepříznivé životní události, hlavně v rodině. V popředí klinického obrazu se objevuje

střídání nebo kombinace úzkosti, deprese, apatie, zapomnětlivosti a chudého intelektového výkonu. Při testování však deteriorace intelektu nebývá zjištěna (3).

1.8.3 Hysterická pseudodemence

Hysterická pseudodemence se vyskytuje především u primitivních osobností v konfliktní situaci. Nápadná je bizarnost obsahově adekvátních odpovědí. Vyskytuje se spíše v mladším a středním věku (3).

1.8.4 Stavy obluzeného vědomí

Důležité je odlišení demencí od čistých stavů obluzeného vědomí. **Delirium**, kvalitativní porucha vědomí s poruchou pozornosti a sníženou schopností uvědomovat si okolí, může připomínat demenci. Dochází také ke zhoršení krátkodobé paměti a dezorientaci časem, místem nebo osobou. Na rozdíl od demence však příznaky deliria vznikají rychle, mají měnlivou intenzitu a ráz. Objevuje se psychomotorický neklid, poruchy spánku a bdělosti, bývají přítomny anamnestické nebo klinické známky základního organického mozkového procesu. Osobnost zůstává relativně zachovaná. U postižených je zachována schopnost abstrakce (31).

1.8.5 Transientní globální amnézie

Demenci může také imitovat také transientní globální amnézie, vyskytující se například u epilepsie nebo přechodné mozkové ischemie. Osobnost pacienta není podstatně změněna, porucha se upravuje ad integrum (3).

1.8.6 Dysmnestický syndrom

Dysmnestickým syndromem je míněna porucha nasedající na předchozí stav obluzeného vědomí. V popředí klinického obrazu je porucha paměti. Někdy může přecházet do demence jako například u Wernickeho encefalopatie po prodělaném deliriu tremens (3).

1.8.7 Benigní stařecká zapomnětlivost

Benigní stařecká zapomnětlivost je věkově vázaná paměťová porucha. Problémem bývá vybavování si jmen, místního a časového zařazení zážitků, jež si postižený jinak dobře pamatuje. Porucha není však provázena žádnými dalšími kognitivními poruchami, nekomplikuje závažněji běžný život a nesplňuje tak diagnostická kritéria demence (41).

1.9 Diagnostika demencí

Rozpoznání demence, její odlišení od jiných mentálních poruch a nalezení její příčiny není vždy snadné. Praktický postup při stanovení diagnózy demence probíhá ve dvou fázích. Prvním krokem je rozpoznání demence, určení jejího typu a stanovení stadia nemoci, odlišení od poruch napodobujících demenci. Druhým krokem je poté určení etiologie demence a odlišení sekundárních (potenciálně reverzibilních) syndromů demence (47).

Diagnóza demence se určuje především na podkladě psychiatrického vyšetření a typického klinického obrazu i anamnézy. Důležité je zjištění pozvolna začínající a plynule progredientní demence. Pro zpřesnění diagnostiky se užívají další pomocná vyšetření. Moderní zobrazovací metody (computerová tomografie nebo nukleární magnetická rezonance mozku) zpravidla odhalí obraz mozkové atrofie – zúžení mozkových závitů a rozšíření prostor kolem nich, rozšíření mozkového komorového systému. Metody zobrazující metabolismus mozku ukáží snížení mozkového korového glukózového metabolismu. Používají se další vyšetření, například vyšetření evokovaných potenciálů pomocí elektroencefalografie. Důležité jsou psychologické vyšetřovací metody a hodnotící škály (35).

Včasné stanovení diagnózy demence umožňuje realizovat opatření pro budoucnost. Spolupráce s nemocným je smysluplná, nasazení nových léků zpomaluje úbytek kognitivních funkcí a pomáhá zachovat funkční schopnost k zajištění každodenních potřeb (26).

1.9.1 Varovné příznaky demence

Za varovné příznaky rozvíjející se demence se považuje:

- trvalé zhoršování paměti, zapomínání událostí, obsahu rozhovorů
- zapomínání slov, nesrozumitelné vyjadřování
- ukládání věcí na nesprávná místa
- potíže se činnosti vyžadujícími plán nebo postupné operace (uvaření jídla, apod.)
- neschopnost orientace v prostoru a čase
- neschopnost racionálního uvažování
- změny nálad a chování
- zhoršující se abstraktní myšlení
- změny osobnosti
- ztráta životní energie, aktivity a chuti do života (11).

1.9.2 Obecná diagnostická kritéria pro demenci

Diagnóza vychází ze standardizovaných diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10 – obecná kritéria demence) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV – kritéria pro diagnózu Alzheimerovy nemoci). Na základě těchto kritérií je pro diagnózu demence rozhodující:

1/ **Porucha paměti.** Projevuje se nejnápadněji při učení novým informacím. Dochází postupně i k obtížím při vybavování si starších vědomostí. Poruchy paměti bývají spojeny i s poruchami pozornosti, nemocný se nedokáže soustředit. Nakonec postupně mizí i dříve naučené dovednosti a návyky. S úpadkem paměti souvisí i **porucha orientace v prostředí.** Nemocný se cítí dezorientován, neví kde je a bloudí i ve známém prostředí (47).

2/ **Úbytek dalších kognitivních funkcí.**

Myšlení se stává bradypsychické, nevybavné, rigidní a stereotypní. Nemocný nedokáže adekvátně zpracovávat ani běžné informace, není schopen plánovat, organizovat, rozhodovat se, nechápe požadavky okolí a podobně. Neví se rady v situacích, které dříve běžně zvládal. Postupně dochází k rozpadu schopnosti logicky myslet. Narušeno je abstraktní myšlení, které se projevuje neschopností konkrétně

interpretovat přísloví, najít rozdíl a podobnost mezi příbuznými slovy, obtížemi v definování slov a pojmů. Dochází k poruše soudnosti. V pokročilejších stadiích demence se může objevit zmatenost, myšlení se stane inkoherní, nesouvislé, nesmyslné. Jako součást demence se mohou vyskytnout bludy, jejichž obsah bývá velmi jednoduchý (47).

Poruchy řeči mohou odrážet narušené myšlení. Verbální projev nemocného je ulpívavý, stereotypně opakuje jednu větu. Vznikají afatické poruchy, kdy nemocný přestává rozumět mluvené řeči (resp. psané), činí mu problém vybavit si potřebná slova, není schopen se adekvátně vyjádřit (46).

V rámci demence může dojít k tzv. gnostickým poruchám, **k poruchám vnímání**. Nemocní nejsou schopni rozpoznávat známé objekty, přestože mají zachované sensorické funkce. Přechodně se mohou vyskytovat halucinace a iluze, nejčastěji zrakové. Tyto poruchy vnímání se objevují asi u 30% pacientů s demencí (6).

Stabilním a typickým příznakem demencí jsou **poruchy emotivity**. Již na počátku onemocnění se projevují nápadnosti v citovém ladění a zhoršení kontroly emocí. Celkové ladění může být tupě euforické, depresivní nebo úzkostné. Zvyšuje se sklon k emoční labilitě, dráždivosti, někdy i k afektivním výbuchům a k agitovanosti, tzn. k neregulované, nesmyslné aktivitě. Zvýšené emoční napětí se může projevit i tělesným neklidem, nutkáním ke stereotypním pohybům. V pokročilejším stadiu demence se může stát nemocný citově oploštělým, otupělým a apatickým (57).

Objevují se **poruchy motivace**. U většiny nemocných dochází ke zúžení motivace nebo k úplné ztrátě iniciativy a zájmu o cokoli. Tento stav se projevuje apaticko-abulickým syndromem. Někdy bývá motivace jednostranně zaměřená, často jde o projev určitého odbrzdění nějaké pudové složky, například potřeby jídla či sexuality (47).

Typickým problémem jsou **poruchy spánku**. Dochází k posunu cyklu spánku a bdění. Někdy dochází až ke spánkové inverzi, která se projevuje tendencí k noční aktivitě a denní ospalosti (6).

Dochází **k poklesu intelektových schopností** z původní vyšší úrovně. Deteriorace intelektu je snížení intelektové úrovně v důsledku choroby oproti úrovni

dosažené premorbidně. V počáteční fázi nemoci nemusí se nemusí jako vedoucí příznak jevit, ale lze ji očekávat v průběhu dalšího vývoje demence.

Dochází k úpadku naučených motorických dovedností, resp. stereotypů – apraxii. Je součástí známé trias **afázie – agnozie – apraxie** (57).

3/ Změny osobnosti a chování. Postupně může dojít k celkové poruše osobnosti nemocného, k jejímu úpadku a dezintegraci. Některé osobnostní rysy se mohou vystupňovat až do extrému. Zhoršuje se celková adaptabilita, nemocní přestávají respektovat běžné normy chování. Ztrácejí schopnost empatie, stávají se bezohlednými, egocentrickými a sobeckými. Nemocní ztrácejí náhled, přestávají být ke svým projevům kritičtí. V pozdějších stádiích nemoci dochází k degradaci osobnosti, úpadku v etické i estetické oblasti. Někdy se vyskytne narušení pudové složky, kdy se pak pacienti mohou dopouštět až mravnostních deliktů. Mohou se u nich projevit například pedofilní, exhibicionistické a asociální sklony (57).

Nejčastějšími změnami chování u demence jsou apatie a netečnost, jež se objevují samostatně nebo doprovázejí depresi. Dále může chybět náhled na vlastní postižení až do plně vyjádřené anozognozie. V situacích, kdy pacient pro své postižení nezvládá běžné činnosti nebo zadané úkoly, bývá neklidný a úzkostný. Ale v případech s výraznou apatií převládá lhostejnost. Důvodem pro umístění do ústavní péče bývají agresivita a neklid. Bezcílné přecházení, prohrabávání věcí a hledání jsou typické zejména pro Alzheimerovu chorobu. Stereotypní úkony bývají častější u frontotemporální demence, stejně tak jako poruchy sociálního chování, ztráta zábran, důvěrné chování k cizím lidem, nejapné vtipkování či vznětlivost s emoční složkou (47).

4/ Postižení je na překážku každodenním činnostem, včetně práce a sociálního zapojení. V průběhu progresivní demence dochází obvykle nejdříve k postižení komplexních činností. Nemocný začne mít problémy při plnění složitějších úkolů v zaměstnání nebo v běžném životě. Dříve běžně zvládané aktivity mu zaberou více času, dopouští se chyb. Postupně začne chybovat i při všedních činnostech, jako je nakupování, zacházení s penězi, cestování, domácí práce. Nakonec přestává být schopen i základní sebeobsluhy, hygienických úkonů, oblékání, přijímání potravy apod.

V nejtěžších stadiích demence se mohou objevit i potíže při chůzi a dalších základních pohybových stereotypch (47).

5/ Postižení má chronicko-progresivní průběh.

6/ Není porušeno vědomí. V době stanovení diagnózy není narušeno vědomí, nevyskytují se známky deliria, vědomí není obluzené (47).

Diagnostická kritéria pro stanovení vzájemné závislosti vaskulárního onemocnění a Alzheimerovy nemoci byla v průběhu let uvedena celá řada. Nejrozšířenějším schématem je **Hachinskiho skóre**, které bylo vyvinuto pro účely výzkumu cévních příhod jako příčiny demence. Toto schéma je schopno dostatečně rozlišit vaskulární demenci od Alzheimerovy choroby (47, Příloha 4).

1.9.3 Klinické projevy demence

Příznaky demence lze z praktického hlediska rozdělit do tří základních podskupin:

Kognitivní poruchy projevené poruchami paměti a učení, orientace, úsudku a myšlení, poruchami exekutivních funkcí a poruchami korových (symbolických) funkcí, mezi něž patří známé trias **afázie – agnozie – apraxie**.

Poruchy chování charakterizované změnami osobnosti, sociálně nepřijatelným chováním, změnami emotivity, depresí a úzkostí, halucinacemi a bludy, podrážděností, agresivitou, apatií a změnami spánkového rytmu (6).

Funkční omezení při každodenních činnostech, zvláště pak při komplexních činnostech, domácích pracích, potíže se sebeobsluhou, při chůzi a kontingenci. Někdy se používá didaktické zkratky „A-B-C“, vzniklé z anglických výrazů **Activities of Daily Life, Disorder of Behavior and Cognition** (47).

1.9.4 Vyšetření kognitivních funkcí

Vyšetření kognitivních funkcí je klíčovým postupem pro diagnózu demence, pro zjištění její tíže, pro sledování jejího vývoje a účinků léčby. Pro rychlé orientační vyšetření mohou posloužit jednoduché testy a krátké globální škály.

1.9.4.1 Jednoduché globální kognitivní škály

Pro účel orientačního vyšetření mentálních funkcí existují různé formalizované škály, z nichž nejznámější a nejpoužívanější je „**Mini-mental state examination**“, známá pod zkratkou **MMSE**. S pomocí MMSE lze orientačně zjistit a přibližně kvantifikovat kognitivní úbytek u demence (25). Skládá se z otázek zaměřených na orientaci časem a místem, dále se testuje vstřípivost a výbavnost paměti při zapamatování a vybavování tří slov, exekutivní funkce a počty při sériovém odečítání. Zjišťuje se řečová exprese při pojmenování běžných předmětů, schopnost opakovat krátkou větu složenou ze spojek a částic, řečová percepce a exekutivní funkce při testu tří příkazů, čtení, psaní a konstrukční schopnosti při obkreslování obrazce. Každá otázka i úkol se bodují, součet skóre je nejvýše 30, výkon 28-30 bodů se hodnotí jako normální. 25-27 bodů se považuje jako intermediární neprůkazné skóre, 24 a méně bodů svědčí pro demenci. Vyšetření MMSE je vhodnou součástí vyšetření v ambulanci, neboť celé toto vyšetření trvá nejvýše 10 minut (47, Příloha 1).

Výše popsaná škála dobře odhaluje Alzheimerovu demenci, ale hůře rozezná lehké formy demencí s převažujícím subkortiko-frontálním postižením, jako např. demenci u Parkinsonovy nemoci, frontotemporální demenci a jiné. Proto je vhodné rozšířit vyšetření o další jednoduché testy zaměřené na specifické kognitivní funkce (46).

V **testu hodin** je pacient dotazován, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky na určitý čas. Podle návodu se hodnotí kresba (35, Příloha 2).

Mattisova škála pro hodnocení demence podrobněji sleduje exekutivní funkce. Zaměřuje pozornost na paměť, kresbu, schopnost iniciativního chování, motoriku a tvorbu pojmu. Všechny 37 položek škály vytváří celkové skóre, které může nabývat hodnot od 0-144 bodů. Zdraví lidé nemají žádné nebo jen minimální potíže (35).

Sedmičkový subtest je zdánlivě velmi jednoduchý. Pacient má odečítat zpaměti od 100 sedmičku a od výsledku opět další sedmičku atd. Skončí se po pěti odečtech. Zkouška vyžaduje určitou minimální koncentraci pozornosti, která je u pacientů s Alzheimerovou demencí často narušena (35).

1.9.4.2 Neuropsychologické testy

Většina neuropsychologů užívá souborné škály složené z řady úloh a dílčích testů zaměřených na jednotlivé složky kognitivních funkcí. Standardním testem je **Wechslerova inteligenční škála pro dospělé (WAIS-R)**. Výsledkem vyšetření je inteligenční kvocient (IQ), který udává globální intelektuální úroveň. Hodnocení vzniká na základě výkonů v subtestech verbálních (opakování čísel, slovní zásoba, počty, porozumění a podobnosti) a neverbálních (doplňování a řazení obrázků, skládání kostek, objektů a přiřazování čísel k symbolům). Škála zachycuje globální poškození mozku a komplexní poškození kognitivních funkcí (poruchy abstraktního a logického myšlení). Wechslerův index deteriorace se vypočítává jako rozdíl mezi odhadem premorbidního intelektového výkonu a současným výkonem (47).

K vyšetření paměti slouží **Wechslerova paměťová škála (WMS-R)**. Jejím výsledkem je paměťový kvocient (MQ), statisticky přizpůsobený k věku. Škála se skládá z řady subtestů zaměřených na orientaci a všeobecnou informovanost, obsahuje úlohy mentální kontroly, rozpoznání geometrických obrazců, testuje okamžité a oddálené kreslení geometrických kreseb, okamžité a oddálené vybavení dvou příběhů a součástí jsou verbální a neverbální testy asociativního učení. Na základě těchto subtestů se stanovují indexy všeobecné paměti, pozornosti, verbální paměti, neverbální paměti a oddáleného vybavení (47).

1.9.5 Testy běžných životních činností

K přesné diagnostice demence, zjištění stadia tohoto onemocnění, průběhu a stupně progresu slouží také testy běžných životních funkcí. Mezi něž patří například **Barthelův test základních všedních činností (ADL)** a **test instrumentálních všedních činností (AIDL)** (47, Příloha 2, Příloha 3).

1.9.6 Klinické vyšetření

Základní neurologické vyšetření zjistí případné známky ložiskového poškození mozku. Nález ložiskových příznaků může upřesnit etiologickou diagnózu demence (41).

1.9.7 Pomocné vyšetřovací metody

Hlavním účelem pomocných vyšetření je zachytit léčitelné příčiny demence. Samozřejmostí je kompletní **biochemické** a **hematologické vyšetření**, **endokrinologické vyšetření**, zejména vyšetření funkce štítné žlázy (44). Při důvodném podezření na infekční původ demence se provádějí **sérologické testy** na HIV, lues a borreliózu. Při podezření na malabsorpci se vyšetřuje hladina vitamínu B12, kyseliny listové. **EKG**, **rtg plic**, **zobrazení mozku** a další vyšetření se provádějí podle suspektní příčiny demence (41).

Důležitou roli při zjišťování příčiny demence hrají strukturální zobrazovací metody **CT** – výpočetní tomografie a **MRI** – magnetická rezonance. Slouží převážně k vyloučení nebo nalezení příčiny sekundární demence a ke zjištění anormalit, jež svědčí pro specifické onemocnění provázené demencí (34). Funkční zobrazovací metody **PET** – pozitronová emisní tomografie, **SPECT** – jednofotonová emisní výpočetní tomografie a **funkční MRI** mohou zobrazit oblasti sníženého mozkového metabolismu ještě dříve, než se vyvinou atrofické změny detekované strukturálními metodami (44).

EEG – elektroencefalogram a **evokované potenciály** mají význam pro odlišení záchvatových stavů a některých vzácných příčin demence, jež vykazují typické obrazy. Zároveň jsou nutným doplňkem pravidelného sledování pacientů s demencí i tehdy, je-li jejich diagnóza jasná. Doplňují a monitorují v čase obraz choroby, její kolísání a dávají racionální podklad k případné terapii. **Vyšetření mozkomíšního moku** může vyjasnit diagnózu zánětu mozku, demyelinizace nebo vaskulitidy v netypických případech demencí, u mladých pacientů. Potenciálně přínosné pro stanovení diagnózy Alzheimerovy demence jsou nově zaváděné **testy biologických markerů** v mozkomíšním moku (47).

Definitivní diagnózu neurodegenerativních onemocnění provázených demencí přináší teprve **histopatologické vyšetření mozku**, a to zpravidla až post mortem (41).

1.10 Léčba

Včasným zahájením léčby je možno průběh demence výrazně zpomalit a zlepšit kvalitu života postižených. Léčba by měla být komplexní, vyžaduje uplatnění moderní farmakoterapie a včasnou smysluplnou rehabilitaci a resocializaci. Čím dříve je demence diagnostikována a čím časněji zahájena léčba, tím pozitivnější výsledky lze očekávat.

Terapie se účastní lékař-psychiatri nebo neurolog ve spolupráci s praktickým lékařem nebo lékařem-geriatrem, psycholog, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, socioterapeuti i pečovatelé pacienty, především jeho rodina. Velmi důležitá je samozřejmě léčba i všech přidružených tělesných onemocnění, mohou se tedy na léčbě podílet i specialisté z jiných oborů (15).

1.10.1 Farmakologická léčba

1.10.1.1 Kognitivní farmakoterapie

V kognitivní farmakoterapii je používáno více přístupů, které se často navzájem kombinují. Hlavními léky používanými pro zlepšení paměťových funkcí jsou **inhibitory acetylcholinesteráz** (rivastigmin, galantamin, donepezil) (7). Jsou indikovány především u lehkých až středních stadií Alzheimerovy demence, u lehké formy poruch poznávacích funkcí, u demencí s Lewyho tělísky. Výhodou je delší trvání účinku a dobrá snášenlivost těchto léků (41). U těžkých stadií alzheimerovských demencí je užívání inhibitorů acetylcholinesteráz již sporné. Pozitivní efekt byl zde naopak prokázán blokátorem monotropních receptorů excitačních aminokyselin **memantinem** (36).

V praxi jsou často kombinovány s inhibitory acetylcholinesteráz i další skupiny látek, jako **nootropika** (pyritinol, extrakt ginkgo biloba), zvyšující mozkový metabolismus a jejichž nespecificky budivý účinek může alespoň přechodně zlepšit kognitivní výkonnost pacienta (41). Účinek **inhibitoru monoaminoxidázy B typu** může ve vyšších dávkách působit antidepresivně. Symptomatický účinek mohou mít i **nesteroidní antirevmatika, prekurzory nervových růstových hormonů, dehydroepiandrosteron, estrogenní substituce** u postklimakterických žen, látky

likvidující volné kyslíkové radikály nebo omezující jejich vznik, jako je **vitamín E**, **vitamín C**, **retinol**, **selegilin** a další látky (7).

1.10.1.2 Nekognitivní farmakoterapie

Tato léčba působí proti nekognitivním příznakům, proti behaviorálním a psychologickým příznakům demence. Při výskytu poruch chování spojených s agitovaností, neklidem, agresivitou nebo psychotickými projevy zvláště u starých nemocných je nutné použít **atypická neuroleptika** (tiaprid). **Antipsychotika 1.generace** (melperon, haloperidol) se užívají u alzheimerovských pacientů v případě těžkých a obtížně zvládnutelných neklidů. **Antipsychotika 2.generace** (tiaprid, risperidon) a některá **moderní hypnotika** (zolpidem, zopiclon), výjimečně **clomethiazol** se používají při poruchách spánku či spánkové inverzi (48).

Při poruchách emotivity je někdy nutné použít **antidepresiva**, nebo látky potlačující úzkost. Používají se moderní protidepresivní léky, které nemají vedlejší, anticholinergní účinky. Nezhoršují paměť, nezrychlují podstatně srdeční činnost, nepůsobí sucho v ústech apod.(41). Používají se antidepresiva 2.generace (maprotilin) a antidepresiva 3.generace – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (citalopram, paroxetin, fluoxetin a jiné). Rovněž je možné použít reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy (moclobemid) (35).

1.10.2 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba by měla být užívána vždy, v jakýchkoli stadiích demence. Je nutné ji však přizpůsobovat tíži kognitivního postižení. V rámci **reedukace** je důležité a nutné pacienta aktivovat a vést ho podle možností ke zvládnání alespoň těch nejzákladnějších aktivit běžného života (jídlo, hygiena, oblékání apod.). Reedukace však nesmí být prováděna násilně, pacient nesmí mít pocit provinění v případě selhání (32).

Realitní terapie je důležitá hlavně v pokročilejších stadiích demence, kdy musí být pacient konfrontován s realitou co nejvíce, jak jen to je možné. Například v prostředí v němž se nemocný pohybuje by měly být velké hodiny a kalendář pro

kontrolu času a místnost (koupelna, WC) by měla být označena pro kontrolu místa. Při nefarmakologické léčbě by se měla uplatnit integrující a následně **aktivační terapie** a **trénink kognitivních funkcí**. K úspěchu léčby významně přispívá pravidelný režim, dobré rodinné zázemí nemocného, co nejdelší setrvání v domácím prostředí a přiměřená aktivace během dne (15).

Samostatnou kapitolou je **péče o výživu** demenčních nemocných. Dementní osoba není vždy schopna dodržovat správné stravovací návyky ani si zajistit odpovídající složení stravy. Dalším problémem je, že dementní nemocní ztrácejí aktivní tělesnou hmotu často i v případech, kdy množství i složení stravy je podle standardních měřítek správné. Úbytek tukové, ale zvláště svalové hmoty zhoršuje možnost rehabilitace a zvyšuje riziko infekcí a proleženin. Pokles hmotnosti o více než 5% za rok znamená nebezpečí brzkého fatálního konce (55).

Z nefarmakologických biologických přístupů zůstává nadějná implantace kmenových buněk, které by pak vedly k novotvorbě neuronů. Této přístup je však teprve v počátečních stadiích klinického ověřování a provázejí jej i etické problémy, týkající se použití embryonálních buněk (36).

1.10.3 Aktivační terapie

Při péči o lidi s demencí pravděpodobně neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Programy aktivit jsou pro nemocného stejně podstatné jako fyzická péče a výživa. Aktivita neznamena pouze zaneprázdnit člověka poté, co byly zajištěny všechny jeho základní potřeby. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Aktivizace nezvrátí stav nemocného, ale redukuje efekt deprivace, společenské izolace a ochabování funkcí.

Smysluplná činnost musí splňovat určitá kritéria. Individuálně plánovaná aktivita by měla být prováděna dobrovolně. Každá činnost musí mít jasný účel, musí být příjemná a společensky přijatelná a nesmí vést k neúspěchu (63).

1.10.3.1 Kondiční ergoterapie

Cílem ergoterapie je smysluplná činnost člověka s demencí, vnímání vlastní důležitosti, sounáležitosti s druhými, vyplnění volného času a prevence psychických příznaků, jako je deprese, úzkost a neklid. Cílem je podpořit zachovalé kognitivní, manipulační, psychické a sociální funkce, podpořit soběstačnost, behaviorálně posilovat základní schémata chování a návyků a aktivizovat zbytkové schopnosti pacienta. Je vhodné přihlídnout i k jeho dřívějšímu zaměstnání a zájmům. Důležitá je správná motivace, je nutné počítat s určitou apatií a nechutí k jakékoli činnosti (59).

Úkoly ergoterapie jsou zaměřené převážně na orientaci v prostředí, výcvik pravo-levé orientace, orientace na těle, výcvik jemné motoriky, apraxie a koordinace. Metody ergoterapie se zaměřují také na senzoryckou stimulaci, cvičení paměti, trénink počítání, čtení, reprodukci textu a obrázků (15). Mezi příklady ergoterapeutických činností patří výtvarné techniky (kresba, malba), textilní techniky (výroba polštářů, textilní koláže, batikování textilu), práce s papírem (koláže, vystřihování), práce s přírodními materiály, pečení nebo vaření a nácvik jemné motoriky (navlékání korálků, puzzle, stavebnice), pomoc s úklidem, práce na zahradě apod. (59).

1.10.3.2 Pet-terapie

Pet-terapie je asistovaná psychoterapie pomocí zvířecích miláčků. Komplexně ovlivňuje funkce lidského organismu. Má výrazně pozitivní vliv na psychiku lidí postižených demencí. Působí na snížení deprese a úzkosti, ovlivňuje vyšší nervovou soustavu, zejména stimuluje společenské chování a zlepšuje komunikaci. Působí i na fyziologické funkce. Dochází k mírnému poklesu krevního tlaku a ke zpomalení srdeční činnosti. Léčbu touto formou lze provádět více způsoby. Ať už to jsou například pravidelné návštěvy dobrovolníků se zvířaty, nebo trvalé umístění zvířat přímo v ústavu, kde se mohou pacienti sami podílet na péči o zvířata (15).

1.10.3.3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je aktivizační a validační metoda, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů. Vychází se

skutečnosti, že i v poměrně pokročilé fázi demence zůstává dlouhodobá paměť poměrně zachována (15). Jedná se jednak o vyprávění starých příběhů, předvádění starých činností, vyprávění o obrázcích a fotografiích, ale také o různé jiné aktivity – zpívání, recitování, tanec a podobně. Součástí této terapie je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem, pro něj vhodného prostředí a zajištění dobré komunikace s rodinným pečovatelem. Reminiscenční terapie může být individuální nebo skupinová (21).

1.10.3.4 Validační terapie

Validační terapie je jedním z prvních specifických přístupů k pacientům postiženým demencí. Důraz je tu kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti pacienta, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Terapeut pracuje s původním tématem pacienta („nikdy neříká ne“) a postupnými kroky vede pacienta žádoucím směrem. Přímé odmítnutí tématu nebo korekce nesprávného postoje by mohly totiž vést k neklidu a agresivitě pacienta. Validace může probíhat v jednotlivých sezeních, ale zejména je využívána jako součást komplexní péče o pacienty postižené demencí (21).

1.10.3.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie znamená využití hudby jako léčebného prostředku. V terapii demence se využívá buď prosté zpívání písní, zpívání za doprovodu hudebního nástroje nebo pouze poslech hudby. Zajímavé je, že lidé v určitém stupni afázie, kteří mají při běžné řeči často výpadky, nemohou si vzpomenout na určité slovo, jsou schopni vybavit si celé texty písní (15).

1.10.3.6 Taneční terapie

Taneční terapie je psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální i fyzické integrace člověka. Tanec je zde chápán jako terapeutický pohyb. Estetická stránka ustupuje do pozadí, zdůrazňují se faktory psychické, jako je schopnost neverbální komunikace, zlepšení emotivity. Do popředí se

dostávají faktory fyzické, jako zlepšení koordinace pohybu, nárůst celkové síly a rovnováhy a faktory sociální (15).

1.10.3.7 Kognitivní rehabilitace

Je velmi důležitou součástí nefarmakologické léčby demence. Vhodné je trénink kognitivních funkcí provádět v malé skupině pacientů. Je nutné, aby tento trénink nevypadal jako zkoušení a prováděl se spíše formou hry na takové úrovni, aby ji byli účastníci schopni zvládnout (21). Část cvičení by měla být zaměřená na trénink dlouhodobé paměti, která bývá u demenčních osob relativně dlouhodobě zachovaná. U krátkodobé paměti bývá porušena výbavnost i vštípivost a její procvičování má význam spíše u pacientů v počáteční fázi demence (15).

1.10.3.8 Kinezioterapie

Kinezioterapie je cílené působení pohybu na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy a osobnost prostřednictvím aktivně prováděného pohybového programu (tělesné cvičení, sport a pohybové hry).

Kinezioterapie umožňuje vydat nahromaděnou energii přijatelným způsobem. Vlivem této metody a dalších činností během dne dojde ke vzniku přirozené únavy, čímž je možné regulovat noční neklid, zlepšit kvalitu spánku a snížit výskyt nežádoucího chování. Nutná je aktivní účast pacienta, trénuje se tak současně schopnost koncentrace. Cvičením ve skupině se posiluje vzájemná komunikace a prohlubuje pocit sounáležitosti s druhými. Pohybem se zlepšuje schopnost uvědomění si vlastního těla. Mírná až střední míra pozitivně přijímané zátěže snižuje úzkost a depresivní stavy. Zlepšení aktuálně prožívaného psychosomatického stavu je jedním z cílů terapie (15).

1.11 Prevence

Alzheimerova choroba a další typy demence jsou samy o sobě zatím nevyléčitelné. Průběh choroby však lze ovlivnit způsobem života, který vedeme ještě před vypuknutím onemocnění. Je známo, že u lidí s **aktivním životním stylem**, bohatým duševním životem a trénovaným intelektem je průběh onemocnění pomalejší.

Menší pravděpodobnost onemocnění je u osob duševně aktivních a s vyšším vzděláním (8).

Důležitá je vysoká **psychická aktivita** i ve vyšším věku a **trénování paměti**. Trénování mozkových funkcí prospívá učení se novým věcem, luštění křížovek, četba nových románů, hraní her náročných na pozornost (pexeso, karty, scrabble, šachy), cestování, pěší turistika a mnohé další činnosti (24).

Výsledky některých studií upozorňují na nižší riziko vzniku Alzheimerovy choroby při **užívání** antiflogistik, protizánětlivých léků na artrózu, revmatoidní artritidu apod. Další studie naznačují, že stejný efekt má **HRT** - substituční hormonální léčba žen v klimakteriu. Tyto léky by tedy pravděpodobně mohly ovlivnit progresi demence, ale mohou také příznivě působit na mozkovou cirkulaci. To vše je v současné době předmětem výzkumu (20).

Některé studie uvádějí, že určitý preventivní účinek má i výživa. S nižším rizikem rozvoje Alzheimerovy choroby je spojeno i mírné každodenní pití vína a vyšší zastoupení ryb ve stravě. Nízká koncentrace vitamínu B12 a kyseliny listové může být jedním z rizikových faktorů (8).

1.12 Život s člověkem postiženým demencí

Demence omezuje sociální uplatnění nemocného. Postižení nejsou schopni přijatelně zvládat ani běžné sociální role. Standardní nároky jsou pro ně příliš náročné, přestávají je chápat, jeví se jim jako ohrožující. Ztrácejí orientaci v čase, prostoru, v lidech a nakonec i sami v sobě. Nepoznávají blízké lidi, nevědí, kdo jsou (57).

Zhoršování stavu nemocného je značnou zátěží i pro jeho rodinu. Je velmi těžké přijmout skutečnost tak velkého úpadku osobnosti blízkého člověka a nezměnit k němu postoj. Obtížnost a postupem času i nemožnost domluvy s nemocným je nepříjemná a emočně vyčerpávající. Postižený člověk je sice stále fyzicky přítomen, ale psychicky se mění, ztrácí svou osobnost. Takový rozpor vyvolává u okolí stres. Je třeba změnit očekávání a ztrátu akceptovat. O postiženého je potřeba se postarat. Nelze však respektovat jeho nápady a přání, protože bývají často nesmyslné. Člověk trpící demencí

se více méně stává pasivním objektem péče, s nímž je nutné i manipulovat, protože přestává být soudný a soběstačný (57).

1.12.1 Komunikace s člověkem trpícím demencí

Pro člověka trpícího demencí je často obtížné se dorozumět a být pochopen. K projevům nemoci patří i to, že se nemocní chovají a jednají takovým způsobem, který své okolí může znechutit nebo rozčlíit. Je třeba si uvědomit, že to je důsledek nemoci a ne záměr. K navázání a udržení efektivní komunikace s osobou postiženou kognitivní poruchou je potřeba dodržovat určitá pravidla. Osoba s kognitivní poruchou má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem emocionální závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobit se (60). Na pečovateli leží zodpovědnost za to, aby tato osoba rozuměla a bylo jí rozuměno. Nejdůležitějším úkolem je nastolit a podporovat partnerství, vzájemnou úctu a důvěru mezi pečovatelem a člověkem trpícím demencí (63).

Zvolit správný způsob komunikace není jednoduché. Na počátku je dobré zjistit si údaje o životě pacienta, důležitá období a situace, ke kterým se může vztahovat jeho řeč. Také je vhodné vyloučit z okolního prostředí rušivé prvky. Nesnažit se vést důležitý rozhovor v prostředí, kde je klient s demencí rozptýlován a špatně se orientuje. Při komunikaci s dementním člověkem je potřeba respektovat jeho zvýšenou psychickou unavitelnost a komunikace nesmí být dlouhá nebo bez potřebných přestávek (32). Dále je nutné respektovat zhoršenou vstřípivost paměti, tzn. při sdělování informací je potřeba trpělivě znovu a znovu klidně opakovat. Nespěchat, trpělivě vyčkávat na odpověď mnohem delší dobu, než bývá zvykem při běžné komunikaci se zdravými lidmi. Nesnažit se pacienta nutit, aby řekl to správné slovo, jestliže mu rozumíme, co nám míní říct. Lehce dementní člověk se často stydí přihlásit se otevřeně k tomu, že nerozumí. Může předstírat, že ano a odpoví neurčitě, nekonkrétně. V této situaci je dobré zůstat taktní a nevytýkat mu to. Skutečné porozumění lze ověřit kontrolním dotazem nebo prosbou, aby informaci stručně zopakoval (30).

Důležité je se ve všem, co dělá, snažit posílit jeho sebeúctu a sebedůvěru. Je třeba mít na paměti, že člověk s demencí je stále schopen rozumět řeči těla, náladě a

upřímnosti. Verbální projev musí být tedy podporován výrazem a vhodnými gesty. Lze vůbec užívat hojně nonverbální vyjadřovací prostředky, jako jemný dotyk, držení za ruku, předvedení pohybu a podobně. Ale ne dříve, než se ujistíme, že máme svolení proniknout do jeho osobního prostoru. Někteří lidé si chrání více svou soukromou sféru a její náhlé narušení mohou cítit jako urážku (32). Vhodné je používání krátkých, jednoduchých vět zaměřených na jedno téma a vyhýbání se otázkám a příkazům, které nabízejí více možností volby (63).

Ke klientovi s demencí je nutné přistupovat vždy otevřeně, přátelsky a laskavě, mluvit pomalu, klidně, zřetelně, s nižším tónem hlasu. A to i v případě, že situace je naléhavá. Rozčilení a úzkost pečovatele se přenáší i na pacienta. Jestliže nemocný reaguje negativně nebo s nervozitou, nezačínat spor a vyhnout se domluvám. Místo toho se k pocitům (neklid, úzkost, strach), které pacient vyjadřuje, stavět s účastí a klidně ho směřovat na pohodlné místo nebo k činnosti, jež ho uklidní. Je důležité, aby pečovatele nechápal jako protivníka, ale spíše jako zdroj pohody a bezpečí (32).

1.12.2 Péče o člověka s demencí

V péči o člověka s demencí je velmi důležitá **emoční podpora** ze strany všech ošetřujících. Je důležitou součástí veškeré komunikace s pacientem i jeho rodinou. Pacient i pečující musejí nacházet alespoň někde klima pochopení a ochoty naslouchat jejich problémům (47).

V první řadě je důležité přizpůsobit **domácí prostředí** potřebám klienta s demencí. Prostředí, ve kterém žije pacient postižený demencí a jeho rodinný příslušník, má být bezpečné a vlídné. Prostor je vhodné rozčlenit a pro pacienta srozumitelně označit prostory, které jsou důležité například z pohledu hygieny (WC, koupelna). Cílem je vytvořit terapeutické prostředí, takové, kde se pacient bude cítit dobře, které jej bude stimulovat a co nejvíce podporovat jeho soběstačnost (47). Vhodnou modifikací domácího prostředí se snažíme zamezit riziku dezorientace, ale i pádů a zranění (osvětlení, zabezpečit elektrické a plynové spotřebiče, zamykání dveří, ..a podobně) (33). Je však třeba volit pouze takové změny, které jsou nezbytné pro zvýšení bezpečnosti, pohodlí a lepší zvládnání stresu pacienta i celé rodiny. Změny by

měly být prováděny postupně, ve sledu progresu onemocnění. Příliš drastické změny by mohly mít na nemocného negativní vliv a ještě více ho rozrušit a zmást do té míry, že by už své okolní prostředí vůbec nepoznával a považoval je za cizí (2).

Denní režim pacienta má být pravidelný a respektovat určité rituály a zaběhnuté postupy tak, aby se pacientovi snáze dařilo a lépe vedlo. Pacient trpící demencí potřebuje pomoc při organizaci aktivit svého dne. Mezi aktivity běžného dne lze zařadit oblékání, hygienu, péči o domácnost, placení účtů, nakupování, přijímání přátel, procházky a podobně. Záleží samozřejmě na zvyklosti pacienta. Ať už se jedná o pasivní či aktivní aktivity, posilují jednoznačně jeho lidskou důstojnost a sebevědomí, protože dávají účel a smysl jeho životu (17). Vhodné aktivity a strukturování dne přinášejí nejen pacientovi postiženému demencí, ale i jeho pečovateli a rodinným příslušníkům pocit řádu, bezpečnosti, stability a soudržnosti (47).

Plánování aktivit vyžaduje jednak znalost osobnosti pacienta, ale také neustálé pozorování, protože nemoc mnohé v jeho osobnosti mění. Mění také samozřejmě jeho záliby a dovednosti. Je dobré vysledovat co jej těší, co ještě umí a co dělá spontánně (17). Důležité je uvědomit si i v plánování denního režimu, že demence má tendenci progredovat, zhoršovat se, s tím je třeba počítat a podle toho jednotlivé činnosti přizpůsobovat. Pokud pacient již na něco nestačí, pomoci mu, tuto aktivitu zjednodušit nebo nahradit jinou. Dbát na to, aby si pacient zachoval co nejdéle své dovednosti (63).

U každého člověka, který trpí nějakou formou demence se tato nemoc může projevat jedinečným způsobem. To znamená, že se nedá dopředu určit, které příznaky nemoci se u nemocného projeví a jak rychle bude nemoc postupovat. Je těžké poznat, kdy nemoc vstoupila do posledního stadia a jak dlouho bude tato obtížná část trvat. Konečné stadium může trvat několik týdnů ale i let. I když už nemocný člověk ztratil schopnost vykonávat mnohé z činností, stále vnímá okolí a je schopen se z něčeho těšit. Proto je nutné se v péči o něj zaměřit na to, aby jeho **fyzické, psychické i duchovní potřeby** byly uspokojeny (33).

Postupem času je rozvíjející se demence spojená i se zhoršujícími se fyzickými obtížemi a člověk potřebuje **celodenní péči**. Nemocný má málo energie, často spí, špatně jí a ztrácí na váze, stává se inkontinentním (neudrží moč a posléze ani stolicí),

má problémy s komunikací, chůzí a někdy i s polykáním. Může být náchylnější k různým nemocem. Mezi ty hlavní patří zánět močových cest a zápal plic, v důsledku omezení hybnosti je také ohrožen proleženinami. Je obvyklé, že v rodině nebo mezi pečovateli se najde vždy někdo, kdo v konečné fázi nemoci nejvíce ovlivňuje způsob péče o nemocného. Naštěstí ve spolehlivých rodinách je tento člověk určen již v začátku nemoci s ohledem na přání a požadavky nemocného. Žije-li nemocný v instituci – domově důchodců nebo v ošetrovatelském zařízení, měla by se celá jeho rodina spolupodílet na organizování péče (22).

Péče v této fázi demence se odvíjí především od ošetrovatelské a paliativní péče. Zamezit rozvoji dekubitů je možné **polohováním** nemocného spolu s dalšími antidekubitárními opatřeními. Nedostatek pohybu může vést ke vzniku kontraktur (zkrácení svalů a šlach). **Pravidelné jemné cvičení** pod vedením fyzioterapeuta může tento problém eliminovat (22). Potřebám nemocného by měl být uzpůsoben **stravovací režim**. Sama Alzheimerova nemoc přináší vyšší energetickou spotřebu, pacienti mohou hubnout i při normální stravě. Proto je potřeba zabezpečit vydatnou stravu, která zajišťuje přiměřenou a dostatečnou výživu. Pečovatelé musí být v tomto ohledu trochu tvůrčí a vynalézaví. Ideální je spolupráce s dietní sestrou. Stravu je vhodné také doplňovat ještě komerčně připravenými dietními doplňky. Stejně tak důležité dbát na **pitný režim**, protože nemocný si nemusí vždy uvědomovat, že má žízeň. Jsou tak často ohroženi dehydratací. Je důležité všimnout si, zda nedochází u nemocného k úbytku na váze. Mohlo by to totiž znamenat přítomnost nějaké další nemoci (55). Je pravděpodobné, že nemocný, který je v posledním stadiu bude potřebovat **pomoc s osobní hygienou a vyprazdňováním**. Největší starost, kterou mají pečovatelé starající se o nemocného v poslední fázi demence je, zda nemocný nemá nějaké obtíže nebo bolesti, které jim není schopen sdělit. Pozorný pečovatel ale většinu potíží pacienta umí velmi citlivě vyzorovat. Přesto je nutné pravidelně kontrolovat jednotlivé funkce, jejichž porucha by pacientovi byla nepříjemná (pravidelné vyprazdňování, stav kůže, správná a pohodlná poloha a podobně) (22).

1.12.3 Rodina v roli pečovatele

Pro úspěch léčby pacientů s demencí je naprosto zásadní důležitost navázání dobré spolupráce s rodinnými příslušníky. Primární a základní péči o člověka trpícího demencí poskytuje totiž jeho nejbližší okolí - rodina. Rodinní příslušníci zajišťují velký objem péče v průběhu onemocnění a jsou také zodpovědní za to, že pacienti budou dodržovat léčebný režim. Demence se s postupem času zhoršuje, a to znamená, že nemocný se o sebe nakonec už není vůbec schopen postarat. Pro pečujícího to znamená, že bude muset většinu svého času a své energie věnovat právě nemocnému. Pečovat o někoho blízkého trpícího demencí je jedna z nejnáročnějších věcí, která může člověka v životě potkat. Znamená to obrovské emoční vypětí a námahu (8).

V péči o svého blízkého je vhodné si vytvořit krátkodobý i dlouhodobý plán činností. Usnadní to tak pečujícímu péči o nemocného i o celou rodinu. Měl by si naplánovat denní rozvrh, najít místa a osoby, které mohou poskytnout pomoc (rodina, přátelé, domácí péče, svépomocné skupiny, ČALS,..). Důležité je získat informace o samotné nemoci, o tom jak bude postupovat a jak se budou měnit potřeby nemocného. Už prvních fázích onemocnění je dobré vyřešit všechny právní a finanční problémy, na které by mohlo být v budoucnu pozdě. Mohou se týkat například poslední vůle, přání pacienta ohledně další péče a podobně (23).

V péči o svého blízkého se pečovatel nesmí vzdávat vzpomínek na člověka, který je nyní nemocný. Měl by si uvědomovat, že jeho potřeby, schopnosti a zájmy se postupně mění kvůli nemoci. Uvědomovat si, že péče jím poskytovaná je to nejlepší. Díky ní může si může jeho blízká osoba zachovat svoji plnou důstojnost (23).

1.13 Specifické formy péče a služeb pro pacienty s demencí

Základním předpokladem duševního a tělesného zdraví starého člověka je klidný život v původním prostředí. Jakákoliv změna, adaptace na nové prostředí, starého člověka vyčerpává. V první fázi hledání pomoci a zejména v době pojmenování diagnózy potřebuje pacient informace a podporu svého okolí. Na prvním místě je to nejbližší okolí, rodina. Proto prvořadým úkolem zdravotní péče je ošetřování během

nemoci v domácím prostředí. Tuto formu péče může zajišťovat praktický lékař, s erudicí v péči o nemocné vyššího věku (3).

Cílem **poradenství** je v první řadě individuálně navázat kontakt s pacientem nebo se rodinným příslušníkem, vyslechnout, poskytnout informace o nemoci a možnostech péče a vyzvat k účasti na dalších aktivitách určených pro pacienty nebo jejich rodinu (47).

Specializovaná centra sociální péče nabízejí různé formy pomoci. Cílem služeb center sociální péče je poskytnutí pomoci směřující k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti. Pomáhají se zajištěním základních životních potřeb osob postižených demencí (53, Příloha 9).

Respitní (úlevová) péče je jednoznačně efektivní forma pomoci pečujícím rodinám, která oddaluje institucionalizaci, snižuje stres a i nemocnost pečujících. Jsou možné respitní pobyty v institucích, v denním centru i poskytující respitní péče tím, že pracovník převezme péči o postiženého na několik hodin v týdnu v pacientově domácím prostředí (47). Kromě úspory času pečujícím je náplní respitní péče sociální rehabilitace -předčítání, diskutování, tréninky paměti, procvičování domácích prací a další činnosti, které zabrání nemocnému v postupném upadání do pasivity a ztrátě samoobsluhy. Tuto péči poskytují vždy za úhradu státní i nestátní zařízení (nemocnice, domovy s pečovatelskou službou, domy sociálních služeb apod.) (49).

Další formou péče poskytované specializovanými centry sociální péče je **systém nouzového volání**, který je založen na možnosti přivolání pomoci v nebezpečných situacích. Chronicky nemocní lidé, kteří nevycházejí z bytu, bývají po určitou část dne sami. Jsou ohroženi pády, akutním zhoršením stavu a podobně. Často se pak nemohou dovolat pomoci. Jednoduchá technologie (stisknutí tlačítka) jim umožní vydat prostřednictvím vlastního telefonního přístroje nouzové volání, které se zobrazí jako alarm na centrále. Pracovník kontaktního centra po zjištění, zda nedošlo ke stisknutí tlačítka omylem, zajistí příslušnou pomoc. Využívá se přitom databáze telefonních čísel sousedů, příbuzných a dalších osob, na které je možné se obrátit. Autorem a provozovatelem tohoto systému je v České republice například Česká alzheimerovská společnost a Život 90 (49).

Svépomocných skupin se zúčastňují rodinní příslušníci pacientů postižených demencí. Jejich prostřednictvím si mohou nenásilnou formou vyměňovat své zkušenosti, zážitky a pocity z péče o svého blízkého postiženého demencí (51).

Osobní asistence je sociální služba, která probíhá tak, že jeden nebo více osobních asistentů pomáhají klientovi ve všech činnostech, které by dělal sám, kdyby mohl. Poskytuje se bez omezení místa a času (49). Seburčující osobní asistence je určena klientům, kteří si své osobní asistenty sami školí, průběžně instruují a organizují jejich práci. Osobní asistenti pomáhají při uspokojování základních životních potřeb biologických, tj. při sebeobsluze (hygieně, oblékání, stravování apod.), při pohybu, nákupech, vaření a podobně. Dále pomáhají při zajištění společenských základních životních potřeb, tj. při komunikaci, studiu, eventuálně zaměstnání a zájmových činnostech. Řízenou osobní asistenci používají ti klienti, kteří potřebují vyškolené osobní asistenty, jejichž práce je koordinována zvenčí (51).

Agentury domácí péče jsou integrovaným systémem zahrnujícím zdravotní i sociální péči, poskytovanou pacientovi v prostředí domova. Péče je určená těm, jejich zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci, ale přesto je nutná pravidelná, dlouhodobá, kvalifikovaná péče. Na základě předpisu ošetřujícího lékaře jsou zdravotní úkony hrazeny z fondu veřejného zdravotního pojištění. Některé agentury za úhradu nabízejí i pečovatelky, které připraví pacientovi například oběd, nakoupí a podobně (49).

Pečovatelská služba je terénní služba poskytována ve vlastní domácnosti nebo v **domech s pečovatelskou službou**. Poskytována je zaměstnanci státních i nestátních organizací. Pečovatelé pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a o domácnost. Jedná se o pomoc typu – donést oběd, pomoci s osobní hygienou, poklidit, vyžehlit prádlo nebo třeba nakoupit. Tento typ služeb je nutno si hradit. Je-li však služba poskytována dlouhodobě, je možné požádat o státní příspěvek (zvýšení důchodu pro bezmocnost) (53, Příloha 11).

Denní centra (stacionáře) poskytují péči, která je často optimální právě pro pacienty s demencí. Tito pacienti netrpí poruchami hybnosti či jiným závažným somatickým onemocněním, ale potřebují dohled, aktivizaci a pravidelný režim (47). Denní centrum, které pokrývá s dostatečnou rezervou běžnou pracovní dobu příbuzných

(10 až 12 hodin denně), má možnost vlastní dopravy, má pro pacienty vypracovaný terapeutický a aktivizační program pokrývající celou tuto dobu. Zařízení nezajišťují zdravotní péči (49, Příloha 10).

Týdenní stacionáře jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován po dobu pracovních dnů. Služba nabízí komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (52).

Domovy pro seniory jsou určeny pro občany se sníženou schopností postarat se sami o sebe. Mají zde zajištěnu zdravotní i sociální péči (3). Mezi základní poskytované služby patří úklid obývaných místností, praní veškerého i osobního prádla, stravování, zajištění hygieny. O obyvatele se stará zdravotnický personál, který poskytuje celodenní komplexní péči. Je zde k dispozici i péče ústavního lékaře. Péče je částečně hrazena ze starobního důchodu (49, Příloha 11).

Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou službou s celoročním provozem, které zabezpečují osobám se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči a zároveň nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm lidem, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí, v jejich domově. Služby v těchto domovech jsou uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí nebo trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Provoz těchto služeb může být součástí domova pro seniory nebo domova pro osoby se zdravotním postižením (51).

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou specializovaná oddělení nemocnic. Zajišťují tzv. následnou péči v případech, kdy stav nemocného již nevyžaduje pobyt v nemocnici, ale zároveň ještě neumožňuje, aby byl propuštěn domů. Léčebny poskytují starým občanům po propuštění z nemocnice lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Příjem do léčebny se děje buď na základě doporučení nemocnice, nebo i praktického lékaře. Délka pobytu v LDN by neměla přesáhnout 3 měsíce. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou (49, Příloha 12).

Hospice jsou specializované nemocnice, které nabízejí péči dlouhodobě a nevyčísitelně nemocným (převážně onkologicky nemocným). Hospicová péče garantuje, že klient nebude trpět nesnesitelnou bolestí, že v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost. V posledních chvílích života nezůstane osamocen. Nemocný přispívá na pobyt a stravu, nikoliv na zdravotní péči (49).

1.14 Sociální zabezpečení osoby trpící demencí

Péče o bezmocnou osobu s sebou přináší i problémy finančního rázu. Povinné zdravotní pojištění pokrývá náklady na potřebnou zdravotní péči, jejíž rozsah je stanoven **zákonem č.550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění**. Některé zdravotnické pomůcky, bez nichž se nemocný neobejde, hradí pojišťovna, nebo na ně alespoň přispívá. Hlavním zdrojem finančních prostředků je důchod nemocného a jeho osobní úspory. Základním hmotně právním předpisem, který upravuje nároky na důchody ze základního důchodového pojištění, způsob stanovení výše důchodů a podmínky pro jejich výplatu, je **zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění** (53).

V případě, že to nestačí, je možné požádat o některé příspěvky, dávky sociální péče. Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve **vyhláše Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb.**, kterou se provádí **zákon č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení** (62).

V případě, že postižená osoba nedosáhla věku pro přiznání starobního důchodu, ale její stav již neumožňuje trvalé pracovní zařazení, může požádat o **invalidní důchod**. Podmínkou pro jeho přiznání je pokles soustavné výdělečné činnosti o 66%, pro částečný invalidní důchod o 33% (53).

Osobám v nepříznivé sociální situaci je podle **zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách** je v případě potřeby zajištěna pomoc při péči o vlastní osobu a soběstačnost poskytována individuální dávka – **příspěvek na péči**. Příspěvek na péči je poskytován všem oprávněným osobám bez ohledu na to, zda je jim pomoc zajišťována s využitím přirozených zdrojů, zejména rodiny, nebo poskytovatelem sociálních služeb.

Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje (52). Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověku různá. Proto se rozeznávají čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. Stupeň závislosti je určován počtem úkonů, které člověk samostatně nezvládne. Těmto stupňům následně odpovídá také výše příspěvku. Příspěvek lze použít jen na ty výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Může být tedy spotřebován jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby a samozřejmě také na výdaje, které vzniknou pečující osobě, tj. rodinnému příslušníkovi. O příspěvek je možno požádat na obecním úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt (61).

Fyzické a duševní postižení nemocných s Alzheimerovou chorobou či jinou formou demence omezuje i jejich pohybové a orientační schopnosti (62). Podle stupně postižení jim proto mohou náležet **mimořádné výhody** (např. nárok na místo a přednost v dopravních prostředcích, nárok na bezplatnou hromadnou dopravu, na slevu jízdného vlakové a autobusové vnitrostátní dopravy, nárok na bezplatnou dopravu nebo nárok na průvodce veřejnými hromadnými prostředky). Mimořádné výhody jsou rozděleny do tří stupňů. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP), II. stupně (průkaz ZTP) a III. stupně (průkaz ZTP/P). O přiznání výhod rozhoduje krajský úřad na základě vyjádření posudkového lékaře úřadu práce (52).

Pro usnadnění svého života mohou nemocní potřebovat některé rehabilitační a kompenzační pomůcky (polohovací zařízení do postele, sedačky do vany, vozíky, klozetové židle, plenkové kalhotky). Některé z nich nejsou plně hrazeny nebo zapůjčovány zdravotní pojišťovnou. Při jejich nákupu lze požádat o **příspěvek na opatření pomůcky**. Příspěvek řeší nákup pomůcky v základním provedení, tedy takovém, který plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti. Poukaz na zdravotní pomůcku vystavuje lékař, možnost předepsání pomůcek se liší podle kompetencí jednotlivých lékařů. V některých případech je navíc nutný ještě souhlas revizního lékaře. Pomůcka může být hrazena zdravotní pojišťovnou úplně nebo

částečně. Žádosti o příspěvek na opatření pomůcky se podává na příslušném obecním úřadě obce s rozšířenou působností (62).

Může se stát, že pro usnadnění pohybu postižené osoby nebo usnadnění péče o ni bude nutné provést stavební úpravy ve bytě. S žádostí o **příspěvek na stavební úpravy** je možné se obrátit na obecní úřad obce s rozšířenou působností. Může být poskytnut příspěvek až do výše 70 % nákladů, maximálně však 50 tisíc korun. O uznání a výši přiznaného příspěvku rozhoduje výše příjmu a majetkové poměry občana a jeho rodiny a rozsah úprav se zřetelem na druh zdravotního postižení (62).

1.15 Některé právní otázky osob trpících duševní poruchou

Právní postavení duševně nemocných má některé zvláštnosti, jimiž se liší od právního postavení ostatních nemocných. Nemocní duševními poruchami jsou si svých práv vědomi pouze výběrově nebo je nechápou vůbec, a většinou nedovedou prosadit. Právní postavení osob staršího věku trpících duševní poruchou má svá specifika (4).

1.15.1 Posuzování způsobilosti k právním úkonům u osob trpících duševní poruchou

Způsobilost k právním úkonům představuje způsobilost občana vlastními úkony nabývat práva a brát na sebe povinnosti, v plném rozsahu nabývá zletilostí. U zletilých osob přichází v případě duševní poruchy v úvahu buď zbavení způsobilosti k právním úkonům nebo její omezení. Podmínky stanovuje **občanský zákoník (zákon č.47/1992 Sb., úplné znění)**. Z §10 tohoto zákoníku vyplývá, že jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. Jestliže je schopna činit jen některé právní úkony, může soud její způsobilost k právním úkonům omezit a zároveň určit rozsah tohoto omezení. V případě změní-li se nebo odpadnou-li důvody, které vedly k omezení nebo zbavení způsobilosti, soud toto zbavení či omezení zruší (3).

Řízení o způsobilosti k právním úkonům probíhá podle **občanského soudního řádu (Zákon č. 240/1993 Sb.)**. Řízení se zahajuje na návrh státních orgánů, zdravotnických zařízení, ústavů sociální péče, na procesně způsobilých osob nebo může

řízení zahájit bez návrhu sám soud. Podle § 187 občanského soudního řádu je tomu, kdo byl zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům stanoven opatrovník. Ten se stává na základě rozhodnutí soudu jeho zákonným zástupcem (4).

Právním důsledkem je, že osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nemůže v podstatě činit žádné právní úkony. Ty za ní činí její opatrovník. Taková osoba nemá například rodičovská práva, nemůže řídit motorové vozidlo, nemůže být osvojitelem, může být se souhlasem opatrovníka umístěna v ústavu sociální péče nebo na psychiatrickém lůžkovém oddělení. Ale může bez souhlasu opatrovníka sama zažádat soud o přezkoumání způsobilosti. U osob omezených ve způsobilosti k právním úkonům jde především o omezení v oblasti majetkoprávní a pracovněprávní. Právní úkony, k nimž tato osoba není způsobilá, za ní činí opatrovník. Nemůže však být umístěna bez svého souhlasu v ústavu sociální péče nebo ve zdravotnickém lůžkovém zařízení (4).

1.15.2 Hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém oddělení

Člověk trpící duševní poruchou si často není vědom této poruchy, a proto nemůže vždy reálně rozhodovat o tom, zda se bude nebo nebude léčit. Zůstává-li u něj více či méně kritický náhled na duševní onemocnění, aktivně ještě v léčení spolupracuje. Ti, kteří tento náhled nemají je někdy nutné převzít do psychiatrických lůžkových zařízení bez jejich souhlasu. Samozřejmě za předpokladu, že jsou splněny zákonem stanovené podmínky nedobrovolné hospitalizace (3).

V České republice je převzetí a držení občana v ústavu zdravotnické péče upraveno třemi právními normami, a to Listinou základních práv a svobod, zákonem č.86/1992 Sb., o péči o zdraví lidu a zákonem č.240/1993 Sb., občanským soudním řádem. Při **nedobrovolné hospitalizaci** je nutné nejprve vymezit indikace. Jedním z okruhů indikací jsou situace, kdy osoba jevící známky duševní choroby ohrožuje sebe nebo své okolí. Nemusí jít vždy jen o zjevnou fyzickou agresi proti sobě nebo okolí, ale může jít i o situace, kdy například zanedbáváním hygieny ohrožuje své okolí nebo sebe. Dalším z okruhů indikací k nedobrovolné hospitalizaci je situace, kdy vzhledem k zdravotnímu stavu nemocného není možné vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladný

výkon k záchraně jeho života či zdraví. Převzetí do ústavní zdravotní péče bez souhlasu nemocného musí ústav sociální péče oznámit do 24 hodin soudu. Dále soud do 7 dnů musí usnesením rozhodnout o přípustnosti převzetí. Pokud nemocný nemá svého opatrovníka, je mu přidělen pro toto řízení soudem. Soud pokračuje dále v řízení o vyslovení přípustnosti dalšího držení v ústavu. Ke zjištění zdravotního stavu nemocného ustanovuje soud znalce – psychiatra, který vypracovává znalecký posudek. Rozsudek musí být vyhlášen do 3 měsíců od výroku přípustnosti převzetí (4).

Hospitalizace se souhlasem duševně nemocného vzniká na základě dobrovolné žádosti nemocného u svého ošetřujícího psychiatra nebo praktického lékaře, který mu vystaví doporučení. Nemocný se musí podrobit domácímu řádu oddělení, má však právo hospitalizaci kdykoliv ukončit dle svého uvážení. Nesouhlasí-li s tímto rozhodnutím ošetřující lékař, vyžádá si písemné prohlášení, tzv. negativní revers (3). Pokud dojde u takového nemocného k výraznému zhoršení duševní poruchy, takže se stává zjevně aktuálně nebezpečný sobě nebo okolí, může ošetřující lékař jeho původně dobrovolný pobyt změnit na hospitalizaci bez souhlasu nemocného. Tuto změnu je nutno nahlásit do 24 hodin soudu (4).

1.15.3 Trestní právo a duševní porucha

Posoudit správně význam duševní poruchy z hlediska trestní odpovědnosti z hlediska ukládaných opatření pomáhají orgánům činným v trestním řízení znalci z odvětví psychiatrie a klinické psychologie. Trestní právo řeší hned několik otázek – otázku přičetnosti, zmenšené přičetnosti, ochranných opatření a některých dalších úkonů. V oblasti trestního práva se uplatňuje v současné době **zákon č.65/1994 Sb., trestní zákon** a **zákon č.69/1994 Sb., zákon o trestním řízení soudním** (3).

Pachatel trestného činu je **nepřičetný** pokud při spáchání trestného činu, trpí-li duševní poruchou a není schopen rozpoznat pro společnost nebezpečnou povahu činu nebo není schopen ovládat své jednání. Přičemž ztráta těchto schopností je důsledkem duševní poruchy, která byla přítomna v době činu. Mezi duševní poruchy, které nejčastěji vedou ke ztrátě rozpoznávacích a ovládacích schopností se řadí i dlouhodobé duševní poruchy jako je demence u Alzheimerovy choroby, pokročilejší formy

vaskulární demence a další formy demence. Stejně tak je možné u těchto duševních poruch hovořit o možnosti **zmenšené přičetnosti**. V praxi se tímto pojmem rozumí podstatné snížení schopností rozpoznávacích nebo ovládacích v důsledku duševní poruchy (4).

Vyšetření duševního stavu obviněného provádějí obvykle dva znalci z odvětví psychiatrie a to buď na svobodě, ve vazbě, ve výkonu trestu či během pobytu v lůžkovém zařízení. Před podáním znaleckého posudku může být nařízeno pozorování obviněného v uzavřeném ústavu, ale nesmí trvat déle než 2 měsíce (4).

1.16 Ochrana práv seniorů trpících demencí

Naplňování potřeb a respektování společenskou dohodou přijatých hodnot je chráněno právem. Společnost reprezentovaná státem a jeho instituty přijímá zákony a další právní normy, jež regulují život společnosti a usnadňují její pozitivní fungování. Liberální společnost zaručuje každému občanu možnost v praktickém životě realizovat konkrétní práva stanovená zákonem. Na druhé straně si v určitých zákonem stanovených situacích vyhrazuje právo svobody omezit (4).

Základní listinou občanských práv je **Všeobecná deklarace lidských práv a svobod**, přijatá Valným shromážděním OSN v roce 1948. O znění této deklarace se opírá i **Listina základních práv a svobod**, která je od roku 1993 součástí Ústavy České republiky. Roku 1992 byl schválen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky **Kodex práv pacientů**, který zdůrazňuje ohleduplnou péči, odstranění anonymity zdravotníků, informovanost pacientů o léčbě, právo na odmítnutí léčby, ochranu soukromí nemocných, důvěrnost zdravotnických informací, možnost volby zdravotnického zařízení, právo na kontinuity léčby, právo na srozumitelné informace a respektování přání nemocných (4).

Nemocní duševními poruchami jsou si svých práv vědomi pouze výběrově nebo je nechápou vůbec a většinou je nedovedou prosadit. Práv duševně nemocných se týkají zejména dvě listiny. Jednou z nich je **Deklarace lidských práv duševně nemocných**. Byla přijata Světovou federací duševního zdraví v roce 1989 v Luxoru. Stanovuje

základní oblasti, v nichž mohou být lidská práva duševně nemocných nejčastěji ohrožena (4).

Druhou listinou je **Deklarace lidských práv a duševního zdraví**, která vychází z textu luxorské deklarace a byla vyhlášena v roce 1989 Mezinárodní federací duševního zdraví (4). Zdůrazňuje základní lidská práva a odvozuje z nich ty základní, pokud jde o duševně nemocné (54, Příloha 7).

Z dalších deklarací lze připomenout **Havajskou deklaraci**, jež byla schválena Valným shromážděním Světové psychiatrické společnosti v roce 1983 a **Deklaraci práv duševně postižených lidí**, schválenou Valným shromážděním OSN v roce 1971 (4).

Z hlediska ochrany práv osob trpících demencí lze dále jmenovat například **Evropskou chartu pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují** (deklarace Alzheimer Europe), která vznikla na výročním sjezdu Evropské Alzheimerovské asociace v Lucernu roku 1998. Evropská alzheimerovská asociace uznává, že demence jsou chronickým onemocněním, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti se všemi sociálními důsledky. Zasaduje se o prosazování práv a naplňování potřeb lidí postižených demencí i těch, kteří o ně pečují v každé evropské zemi (14, Příloha 5).

Česká alzheimerovská společnost vydala Chartu práv pacientů, kde se zaměřuje na **Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence** (29, Příloha 6).

1.17 Významné organizace působící na území ČR v oblasti péče o lidi postižené demencí

1.17.1 Česká alzheimerovská společnost (ČALS)

Česká alzheimerovská společnost vznikala v průběhu roku 1996 a zaregistrována byla jako občanské sdružení v únoru 1997. Vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy ČALS stávali ti, jichž se problematika demencí zejména týká – rodinní příslušníci a pečovatelé (49). V současné době je Česká alzheimerovská

společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International (9).

Cílem České alzheimerovské společnosti je podporovat pacienty postižené syndromem demence a jejich rodiny. Mimo jiné ČALS nabízí respitní péči, konzultace a korespondenční poradenství. Organizuje svépomocné skupiny, projekty pro nemocné a jejich rodiny, vzdělávací akce a zaškolování dobrovolníků a pracovníků v této oblasti (9).

1.17.2 GEMA

Občanské sdružení GEMA vzniklo v roce 1993 na podporu gerontologie a geriatricie. Mimo jiné se zabývá také poradenskou činností pro seniory a jejich pečovatele. Je autorem a organizátorem projektů a akcí určených k usnadnění života seniorů, podpoře zdraví a prevence onemocnění ve vyšším věku. Příkladem projektů uskutečňovaných tímto občanským sdružením jsou Společnost přátelská k seniorům, Stárnout zdravě v České republice a Radost z pohybu (49).

V roce 1998 se GEMA zapojila do celoevropského programu zdravotní výchovy, který nese název "Stárnout zdravě v Evropě". Cílem tohoto projektu byla podpora zdraví a prodloužení aktivního života seniorů. Projekt byl ukončen v roce 2000. Díky tomuto projektu se nám podařilo organizačně sjednotit aktivity v oblasti prevence a podpory zdraví a vytvořit několik center - kavárniček pro seniory po celé ČR, které fungují dodnes. Mohou nabídnout zajímavé programy např. výuku jazyků, přednášky, trénování paměti, vycházky do okolí, rehabilitační cvičení, besedy, ruční dílny i práce s počítačem. Dalšími aktivitami jsou pravidelné podzimní taneční, zájezdy a distribuce informačních letáků týkajících se prevence onemocnění a podpory zdraví ve vyšším věku (42).

1.17.3 Život 90

Občanské sdružení Život 90 zajišťuje humanitární služby pro seniory a realizuje „Dům seniorů PORTUS“ v Praze, ve kterém provozuje klubovny, poradny, dopravu pro zdravotně postižené seniory, informační služby a mnohé další činnosti. Projekt Dům

PORTUS je v ČR jedinečným modelem, jehož hlavním cílem je podpořit staršího člověka, který žije ve svém vlastním domově a umožnit mu setrvat v něm co nejdéle. Projekt řeší problémy stáří moderními a humánními metodami. Přináší možnost důstojného stáří, udržuje seniory aktivní a pomáhá jim udržet svou nezávislost a soběstačnost. Zlepšuje kvalitu života seniorů, především lidí osamělých, sociálně handicapovaných a zdravotně postižených v jejich vlastních domovech (40).

1.17.4 Diakonie ČCE

Diakonie Českobratrské církve evangelické poskytuje sociální, zdravotní, vzdělávací a pastorační služby seniorům, lidem s postižením, lidem v obtížné životní situaci a umírajícím. Na území České republiky poskytuje Diakonie ČCE seniorům služby přímo v domácím prostředí nebo v některém diakonickém zařízení, a to s možností denního, týdenního či celoročního pobytu. Jedná se o centra denních služeb, pečovatelskou službu, domovy, denní stacionáře, týdenní stacionáře, odlehčovací služby, domovy s zvláštním režimem a osobní asistence (12).

1.17.5 Charita ČR

Nezisková humanitární organizace Charita Česká republika je největším nestátním poskytovatelem sociálně zdravotních služeb u nás.. Hlavní činností Charity je pomoc potřebným na území České republiky. Jde zejména o pomoc matkám s dětmi v tísní, lidem bez přístřeší, osobám se zdravotním a mentálním postižením, sociálně slabým rodinám, drogově závislým, opuštěným starým lidem, osobám, které se ocitly v osobní krizi, migrantům a uprchlíkům, vězňům a osobám vracejícím se z výkonu trestu. Charita provozuje poradny, stacionáře, přechodná ubytování, domovy na trvalý pobyt, hospice, apod. a vede projekty na začlenění do společnosti a využití volného času. V péči o seniory dále poskytuje charitní ošetřovatelskou a pečovatelskou službu, osobní asistenci, provozuje domovy pro seniory, stacionáře a další. Podílí se rovněž na vzdělávání studentů, pracovníků Charity i ostatních neziskových organizací v oblasti sociální, zdravotní a humanitární pomoci (28).

2 Cíl práce a hypotéza

2.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je zjistit úroveň informovanosti dospělé populace (viz. kapitola 3.1) města Písek o problematice demencí.

2.2 Hypotéza

„Dospělá populace města Písek nemá dostatečné informace o dané problematice.“

Za dostatečnou informaci pro tento výzkum budu považovat, pokud respondent bude schopen odpovědi v těchto bodech:

- nejvýstižnější vysvětlení pojmu „demence“
- 3 druhy demencí
- výskytu demence v souvislosti s věkem a pohlavím
- 3 varovné příznaky rozvíjející se demence
- 3 nejvýznamnější projevy demence
- 2 druhy prevence
- 3 zařízení sociální péče, ve kterých může člověk s demencí hledat pomoc
- 2 zařízení sociální péče pro klienty s demencí v blízkém okolí
- otázka vyléčitelnosti demence
- možnost státního příspěvku na služby sociální péče
- otázka zbavení svéprávnosti v souvislosti se stanovením diagnózy demence.

V dílčích otázkách budu hypotézu považovat za potvrzenou v případě, že více jak 45% respondentů nebude znát podle stanovených kritérií odpověď na položenou otázku. Za nepotvrzenou budu v dílčích otázkách považovat hypotézu v případě, že více než 55% respondentů bude umět správně odpovědět.

Pro celkové potvrzení hypotézy je zapotřebí, aby byla hypotéza potvrzena alespoň ve 3 dílčích otázkách z celkového počtu 12 vyhodnocovaných, více jak 25% dílčích otázek nebude správně zodpovězeno.

2 Metodika

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl zaměřen na zjištění úrovně informovanosti o problematice demencí statisticky významného souboru dospělých obyvatel města Písek (1%). Testována byla skupina 195 respondentů. Zkoumaný soubor zahrnuje jedince ve věku od 15 do 59 let. Při výběru respondentů jsem měla na mysli jejich věkové zastoupení podle demografického rozvrstvení obyvatel města Písek. Úroveň informovanosti jsem zkoumala mezi občany různých profesí a různého vzdělání, zaměstnaných v různých oborech např. ve školství, obchodu, průmyslu, dopravy, zdravotnictví apod.

3.2 Výzkumné metody a techniky

3.2.1 Předvýzkum

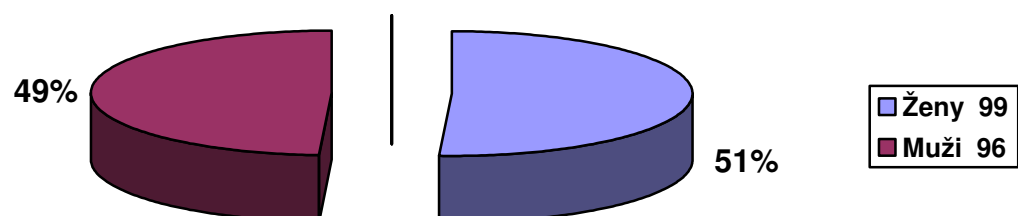
Předvýzkum proběhl na vzorku cílové populace, konkrétně u 10ti respondentů. Cílem předvýzkumu bylo otestování srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek ve zhotoveném dotazníku. Výstupem z provedeného předvýzkumu bylo, že se v dotazníku objevila pro některé respondenty nejasná otázka. Otázka č.11 byla původně postavena ve formě škálové a zněla: „Jaké jsou podle Vás nejvýznamnější nebo nejzásadnější projevy demence? Pokuste se sestavit škálu významnosti níže jmenovaných projevů (1-nejčastější projev demence,.....10- zřídka se vyskytující)“. Pro jasnější pochopení otázky byla tedy pro definitivní verzi dotazníku tato otázka přeformulována (Příloha 8).

3.2.2 Výzkumné metody

Pro tento výzkum byla použita metodika formou dotazníku. Dotazník obsahuje 13 uzavřených a 5 polootevřených otázek. Sběr informací do dotazníku probíhal od 5.1. do 5.3.2007. Celkem bylo rozdáno 250 exemplářů, z nichž vyplněno bylo 220, z toho u 25 dotazníků by nebylo možné data zpracovat. Konečné množství bylo 195 správně vyplněných dotazníků, s kterými bylo možno pracovat a vyhodnocovat vyjádření dotázaných respondentů.

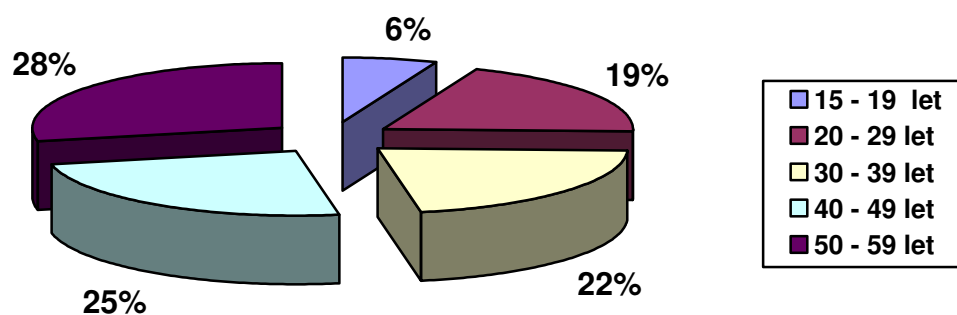
4 Výsledky

Graf 1 Rozdělení respondentů podle pohlaví



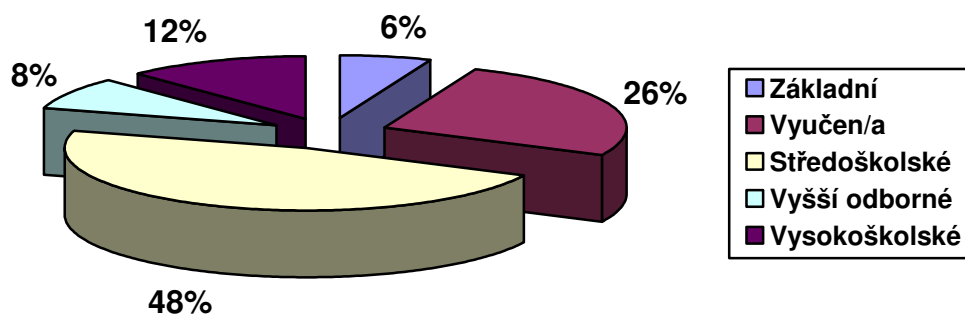
Graf 1 se týká rozdělení respondentů podle pohlaví. Z celkového počtu 195 respondentů dotazník vyplnilo 99 (51%) žen a 96 (49%) mužů.

Graf 2 Věkové rozložení respondentů



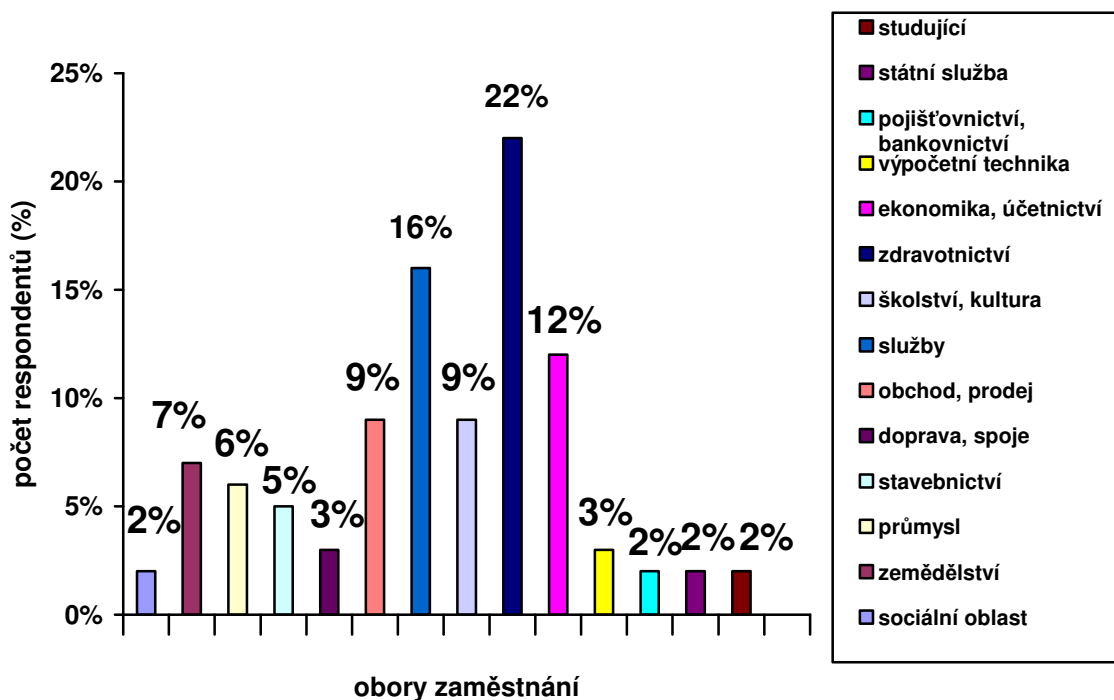
Graf 2 se týká věku respondentů. Z celkového počtu 195 dotazovaných jich bylo ve věku 15-19 let 12 (6%), ve věku 20-29 let 51 (19%), ve věku 30-39 let 42 (22%), ve věku 40-49 let 48 (25%) a ve věku 50-59 let 55 (28%) respondentů.

Graf 3 **Vzdělání respondentů**



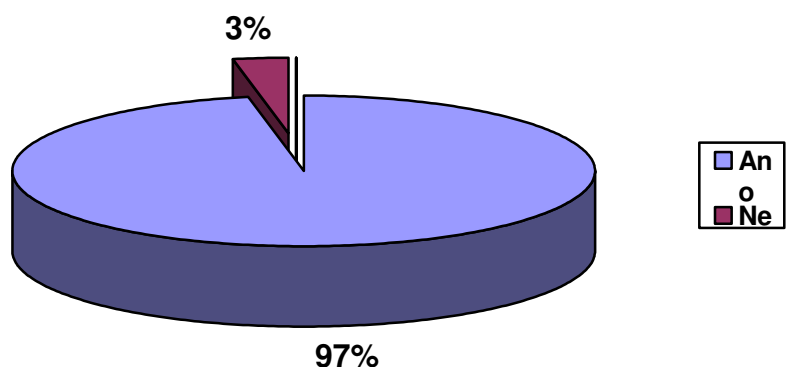
Graf 3 zobrazuje nejvyšší dokončené vzdělání respondentů. 12 (11%) respondentů mělo základní vzdělání, 51 (26%) střední odborné s vyučením, středoškolské 92 (48%), vyšší odborné 16 (8%) a vysokoškolské 24 (12%) dotazovaných.

Graf 4 Zaměstnání respondentů



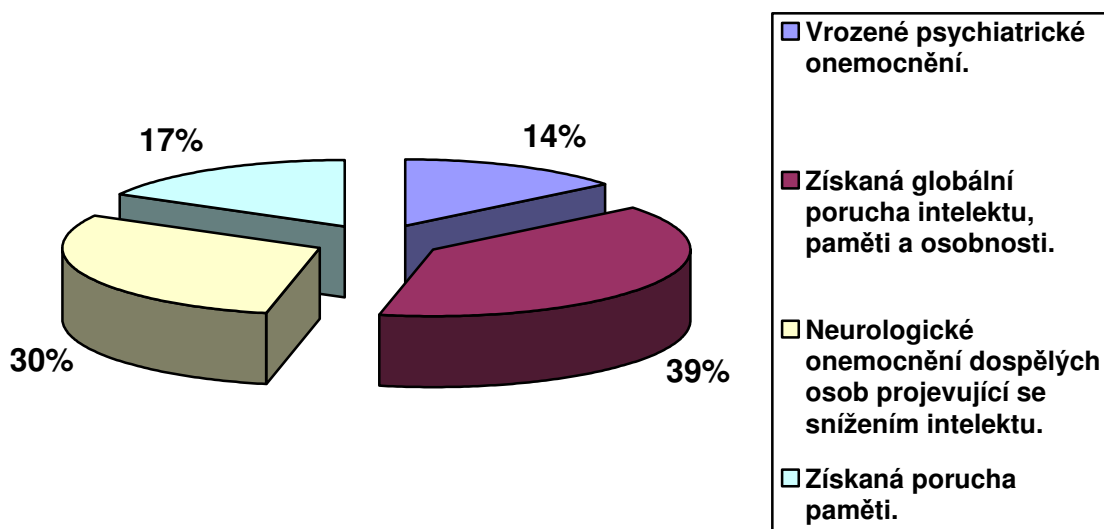
Graf 4 se vztahuje k zaměstnání respondentů. V sociální oblasti pracují pouze 3 (2%) z dotazovaných, v zemědělství 13 (7%), v oblasti průmyslu 12 (6%), ve stavebnictví 10 (5%), v oblasti dopravy a spojů 6 (3%), v oblasti obchodu a prodeje 18 (9%), v oblasti služeb 31 (16%), v kultuře a školství 17 (9%), ve zdravotnictví 43 (22%), v oboru ekonomika a účetnictví 24 (12%), v oboru výpočetní technika 6 (3%), v oblasti pojišťovnictví a bankovníctví 4 (2%), ve státní službě 4 (2%) a 4 (2%) z respondentů jsou ještě studující.

Graf 5a Znalost pojmu „demence“



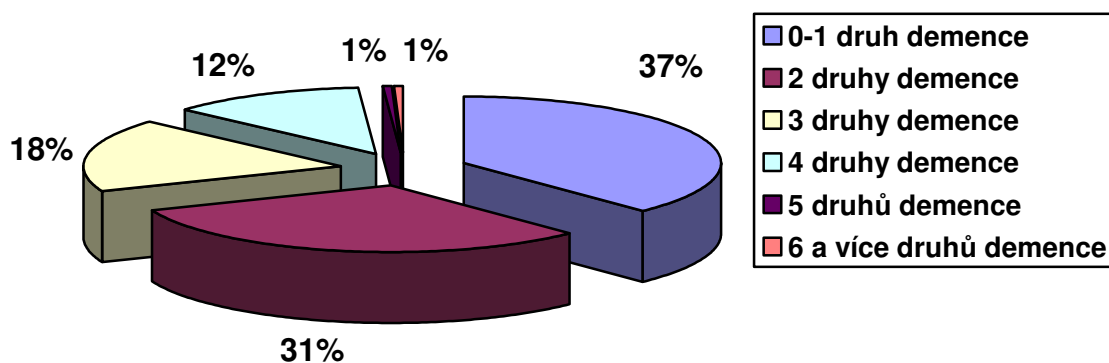
Graf 5a zaznamenává odpovědi respondentů na otázku „Znáte pojem demence?“. 189 (97%) dotazovaných odpovědělo „ano“, 6 (3%) „ne“.

Graf 5b Nejvýstižnější vysvětlení pojmu „demence“



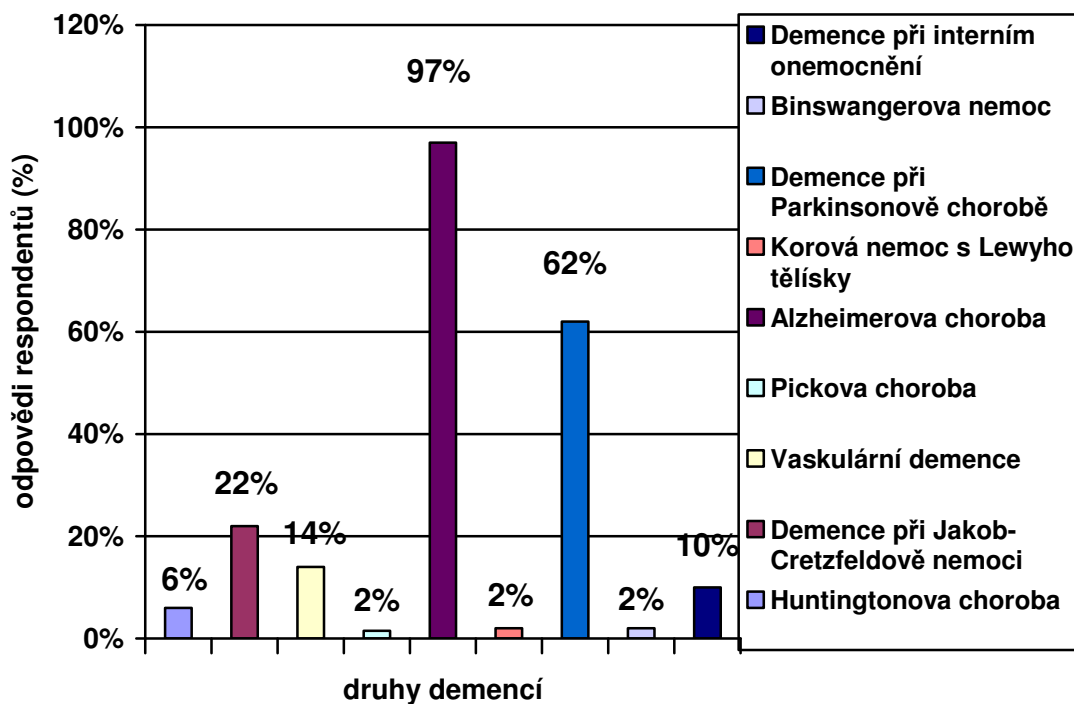
Graf 5b poukazuje, jak respondenti chápou pojem demence. Že je demence „vrozené psychiatrické onemocnění“ si myslí 27 (14%) dotazovaných, za „získanou globální poruchu intelektu, paměti a osobnosti“ ji považuje 74 (38%), za „neurologické onemocnění dospělých osob projevující se snížením intelektu“ 56 (30%) a 32 (17%) respondentů se přiklonilo k odpovědi, že se jedná o „získanou poruchu paměti“.

Graf 6a Počet respondentem vybraných druhů demence



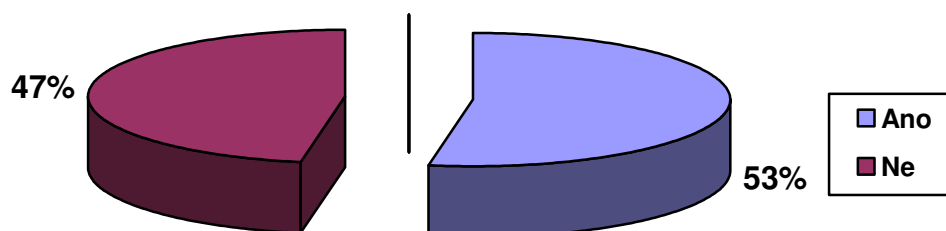
Graf 6a zobrazuje počet respondentových odpovědí na otázku, jaké zná druhy demence. 73 (37%) dotazovaných označilo 0-1 druh demence, 60 (31%) respondentů zná 2 druhy demence, 34 (18%) respondentů vybralo z nabízených možností 3 druhy demence, znalost 4 druhů demence potvrdilo 24 (12%) respondentů, 2 (1%) dotazovaní označili 5 druhů demence a 2 (1%) dotazovaní 6 a více druhů demence.

Graf 6b Druhy demence



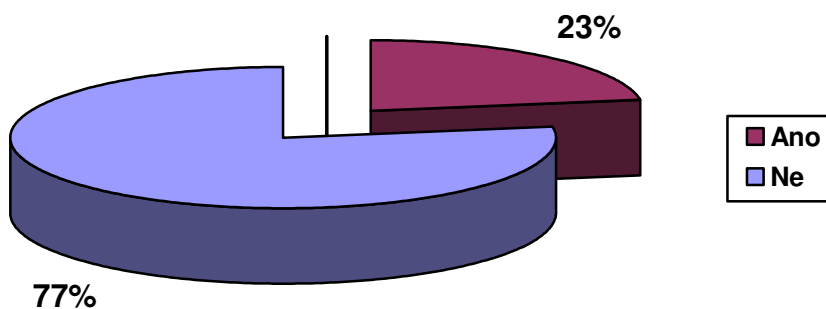
Graf 6b zjišťuje jaké druhy demence respondenti znají. „Huntingtonovu chorobu“ označilo 11 (6%) dotazovaných, „demenci při Jakob-Cretzfeldově nemoci“ 42 (22%), „vaskulární demenci“ 27 (14%), „Pickovu chorobu“ 3 (2%), „Alzheimerova choroba“ je známá 190 (97%) respondentům, „Korová nemoc s Lewyho tělísky“ 3 (2%), „Demenci při Parkinsonově chorobě“ označilo 120 (62%), „Binswangerovu nemoc“ 3 (2%) a „Pseudodemenci při interním onemocnění“ 19 (10%) dotazovaných.

Graf 7 Respondentova blízká osoba trpící demencí



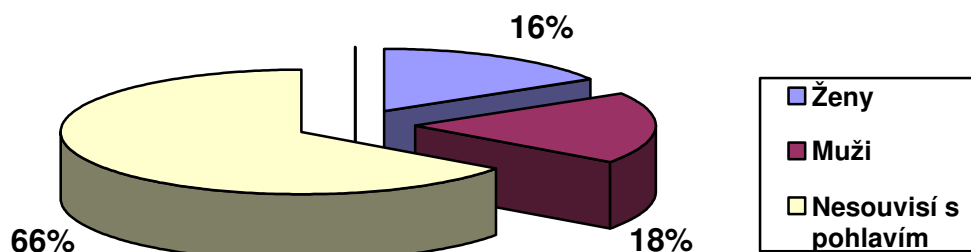
Graf 7 zobrazuje, zda respondent zná ve svém blízkém okolí někoho, kdo trpí nějakou formou demence. 103 (53%) dotazovaných odpovědělo „ano“, 92 (47%) označilo odpověď „ne“.

Graf 8 Souvislost demence s vyšším věkem pacienta (65 let a více)



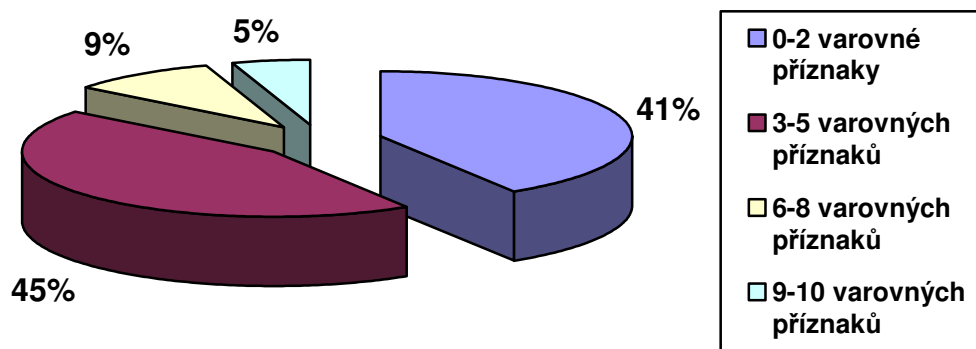
Graf 8 se vztahuje k otázce „Myslíte si, že demence souvisí pouze s vyšším věkem (65 let a více)?“. 31 (23%) respondentů je přesvědčeno, že „ano“, 151 (77%), že „ne“.

Graf 9 Výskyt Alzheimerovy choroby vzhledem k pohlaví



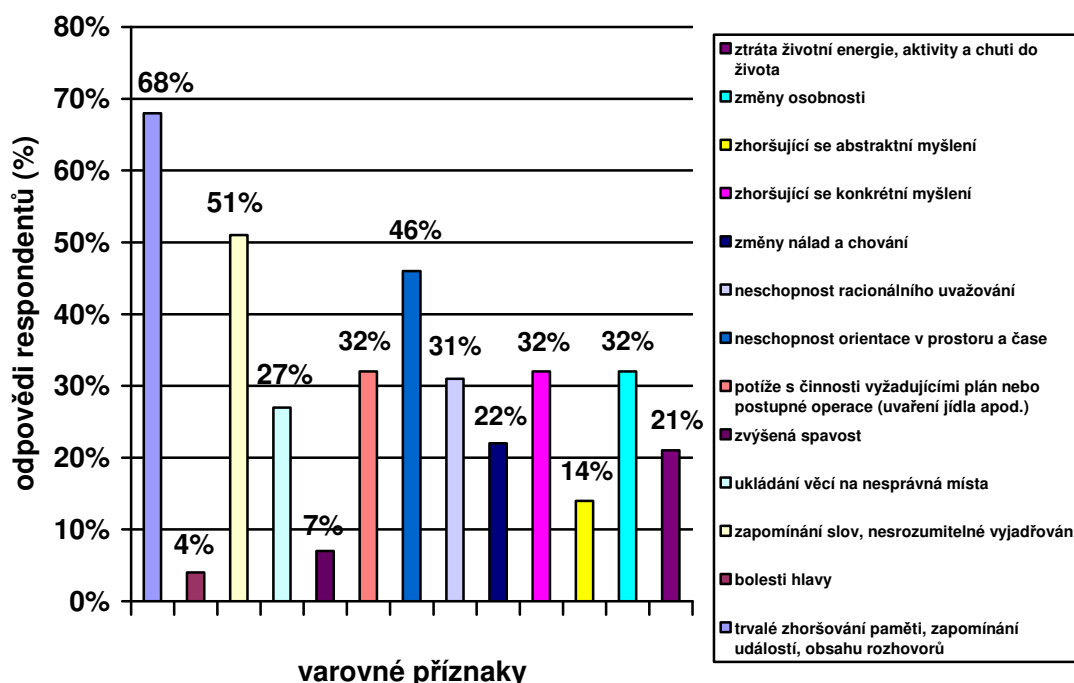
Graf 9 uvádí odpovědi respondentů, u kterého pohlaví předpokládají častější výskyt Alzheimerovy choroby. 32 (16%) dotazovaných uvádí „ženy“, 36 (18%) se domnívá, že „muži“ a 127 (66%) nevidí žádnou souvislost tohoto onemocnění s pohlavím.

Graf 10a Varovné příznaky rozvíjející se demence



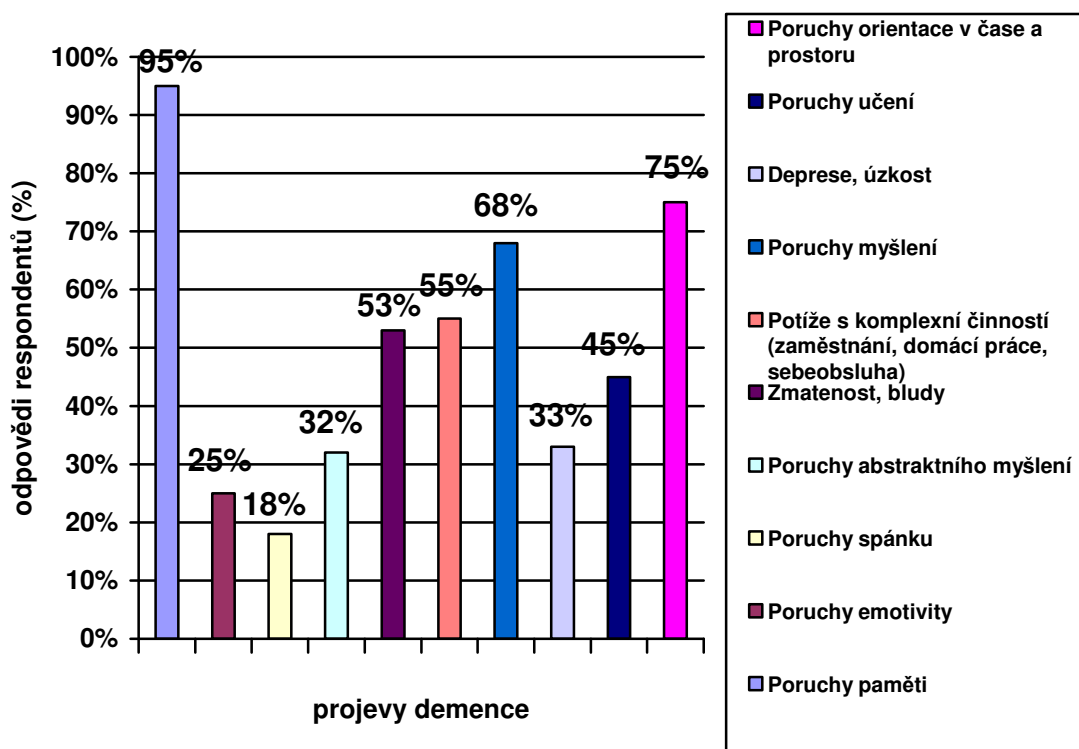
Graf 10a se zobrazuje respondentem uvedený počet varovných příznaků. 80 (41%) dotazovaných uvedlo při výběru z možností pouze 0-2 varovné příznaky, 87 (45%) respondentů 3-5 varovných příznaků, 18 (9%) dotazovaných označilo 6-8 varovných příznaků a pouze 10 (5%) vybralo z nabídky 9-10 správných možností.

Graf 10b Varovné příznaky rozvíjející se demence



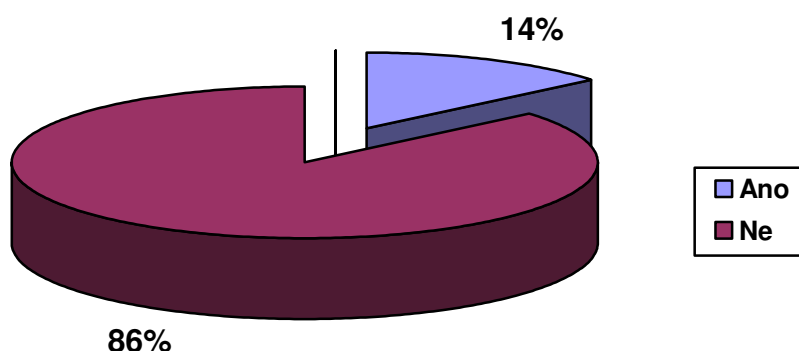
Graf 10b znázorňuje procentuální vyjádření toho, co považují respondenti za varovné příznaky rozvíjející se demence. Za varovný příznak demence považuje 132 (68%) dotázaných „trvalé zhoršování paměti, zapominání událostí, obsahu rozhovorů“, „bolesti hlavy“ označilo 8 (4%), „zapominání slov, nesrozumitelné vyjadřování“ 99 (51%), „ukládání věcí na nesprávná místa“ 53 (27%), dále jako varovný příznak předpokládá 13 (7%) respondentů „zvýšenou spavost“, 63 (32%) „potíže s činnostmi vyžadujícími plán nebo postupné operace (uvaření jídla, apod.)“, 90 (46%) „neschopnost orientace v prostoru a čase“, 60 (31%) „neschopnost racionálního uvažování“, „změny nálad a chování“ odpovědělo 42 (22%), „zhoršující se konkrétní myšlení“ 62 (32%), „zhoršující se abstraktní myšlení“ 27 (14%), „změny osobnosti“ 62 (32%) a „ztrátu životní energie, aktivity a chuti do života“ 40 (21%) dotazovaných.

Graf 11 Projevy demence



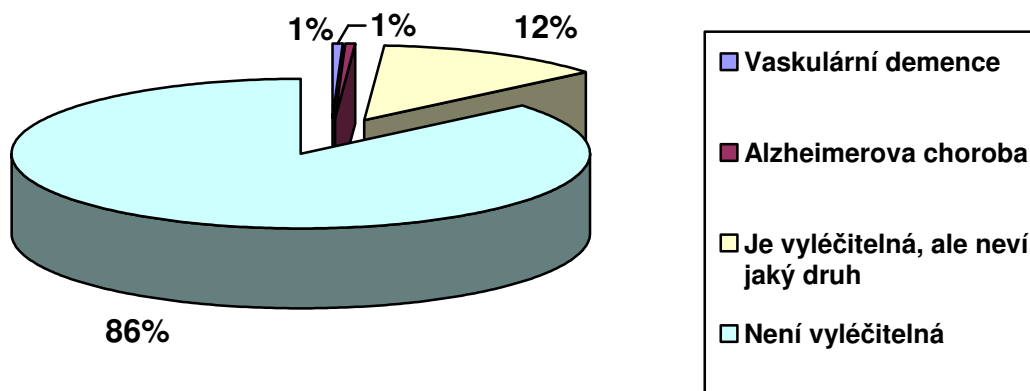
Graf 11 informuje o nejvýznamnějších a nejzásadnějších projevech demence z pohledu respondenta. „Poruchy paměti“ považuje za jeden z nejvýznamnějších projevů demence 186 (95%) respondentů, „Poruchy emotivity“ 48 (25%), „Poruchy spánku“ 36 (18%), „Poruchy abstraktního myšlení“ 63 (32%) dotazovaných, „Zmatenost a bludy“ předpokládá za významný projev 104 (53%), „Potíže s komplexní činností (zaměstnání, domácí práce, sebeobsluha)“ 108 (55%), „Poruchy myšlení“ 132 (88%), „Deprese, úzkost“ 64 (33%), „Poruchy učení“ 88 (45%) a „Poruchy orientace v čase a prostoru“ označilo 146 (75%) respondentů.

Graf 12a Vyléčitelnost některého druhu demence



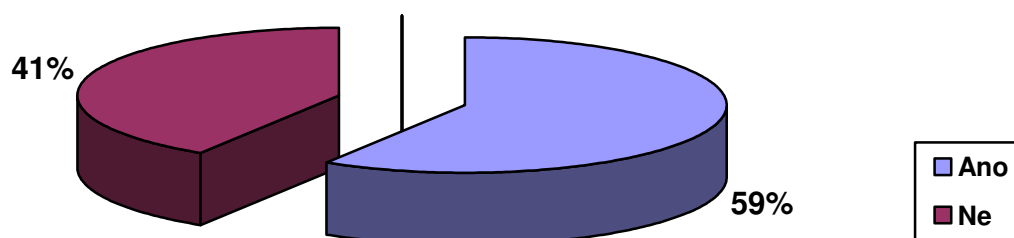
Graf 12a zobrazuje odpověď respondentů na otázku „Myslíte si, že je některý druh demence vyléčitelný?“. 27 (14%) dotazovaných předpokládá, že „ano“, 168 (86%) odpovědělo „ne“. V případě odpovědi „ano“ byl kladen ještě dotaz, který druh demence tedy považují za vyléčitelný. Výsledky jsou uvedeny v následujícím grafu.

Graf 12b Vyléčitelné druhy demence



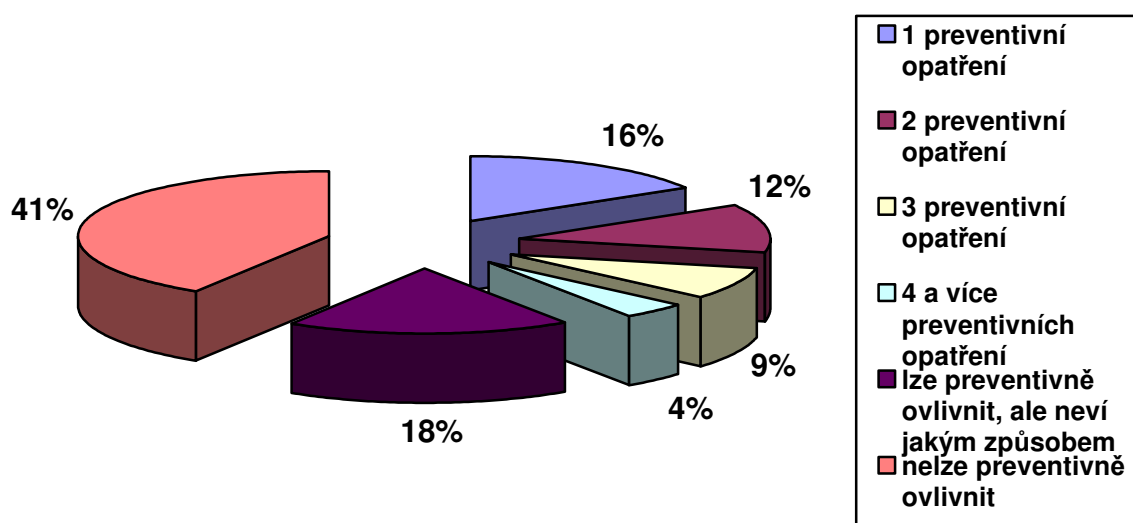
Graf 12b zobrazuje počet odpovědí respondentů v případě, kdy předpokládají vyléčitelnost některého druhu demence. 1 (1%) respondent předpokládá vyléčitelnou „vaskulární demenci“, 1(1%) dotazovaný „Alzheimerovu chorobu“, 25 (12%) považují některý druh za vyléčitelný, ale nedokáže konkrétně odpovědět který. 168 (86%) je přesvědčeno, že demence není vyléčitelná.

Graf 13a Možnosti prevence



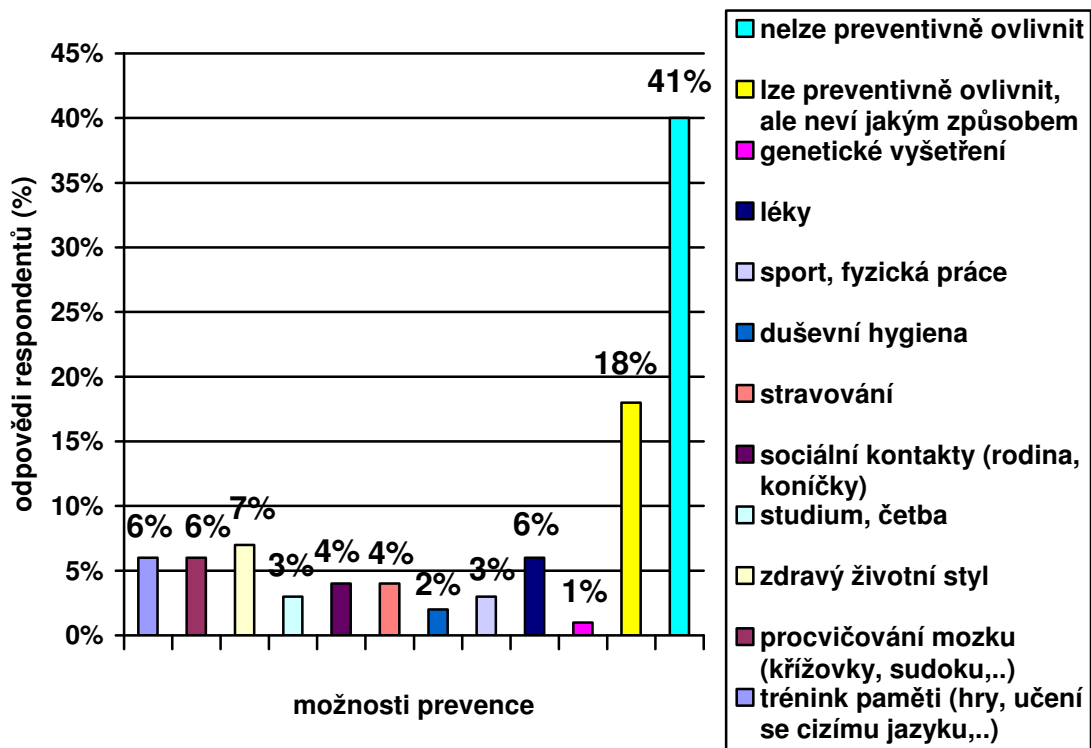
Graf 13a znázorňuje odpověď respondentů na otázku „Myslíte si, že lze preventivně nějakým způsobem snížit riziko rozvoje demence?“ Na otázku odpovědělo 115 (59%) dotazovaných „ano“ a 80 (41%) dotazovaných „ne“.

Graf 13b Odpovědi respondenta na možnosti prevence



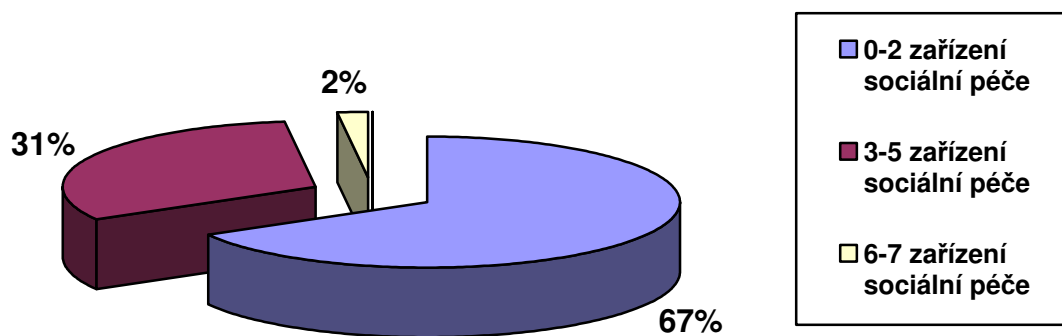
Graf 13b zobrazuje počet respondentových odpovědí týkajících se příkladů preventivního opatření. 1 preventivní opatření uvedlo 32 (16%) respondentů, 2 preventivní opatření jmenovalo 23 (12%) dotazovaných, 3 opatření 16 (8%) a 4 a více preventivních možností uvedlo 8 (4%) respondentů. Dalších 36 (18%) dotazovaných je přesvědčeno, že lze nějakým preventivním způsobem snížit riziko rozvoje demence, ale neví jakým způsobem. 80 (41%) respondentů si myslí, že rozvoj demence nelze ovlivnit.

Graf 13c Možnosti prevence



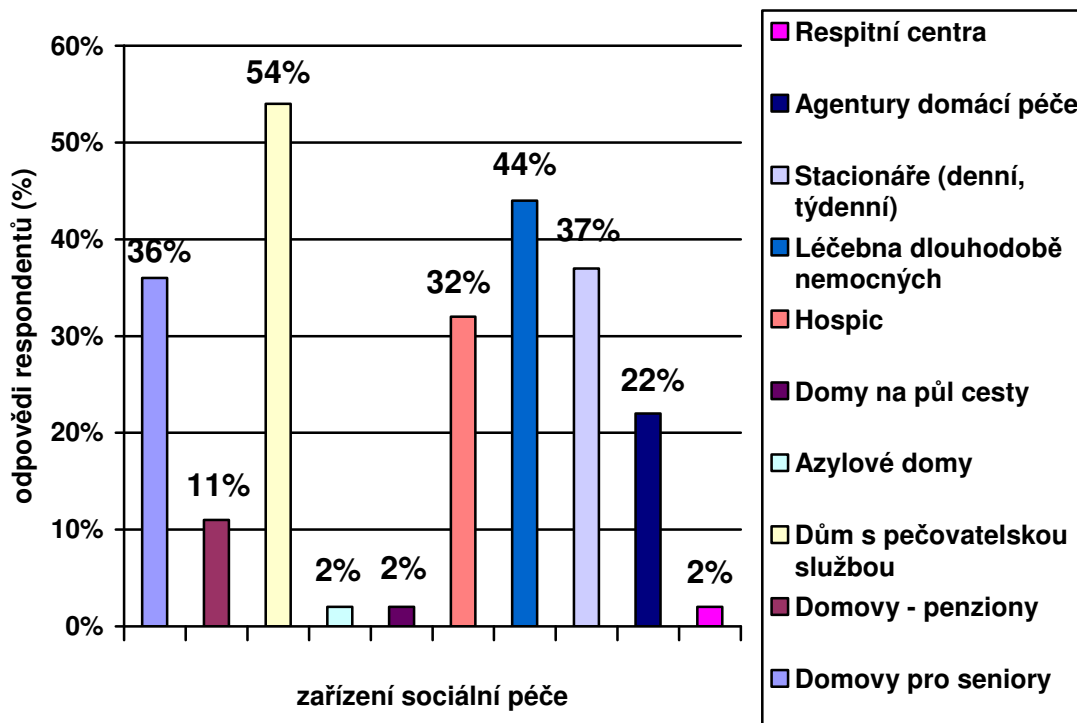
Graf 13c znázorňuje odpovědi respondentů, jakým způsobem předpokládají, že lze preventivně snížit riziko rozvoje demence. Jako možné preventivní opatření označilo 11 (6%) respondentů „trénink paměti (hry, učení se cizímu jazyku,..)“, 12 (6%) „procvičování mozku (křížovky, sudoku,..)“, 13 (7%) „zdravý životní styl“, dále za preventivní opatření považuje 6 (3%) respondentů „studium, četbu“, 7 (4%) „udržování sociálních kontaktů (rodina, koníčky,..)“, 7 (4%) respondentů je přesvědčeno o významu „stravování“, 4 (2%) o „duševní hygieně“, 6 (3%) o „sportu, fyzické práci“, 11 (6%) respondentů považuje za vhodné užívat „léky, vitamíny“ a 2 (1%) provést „genetické vyšetření“. 36 (18%) respondentů si myslí, že rozvoj demence lze nějakým způsobem ovlivnit, ale není schopno odpovědět konkrétně jakým způsobem a 80 (41%) respondentů je přesvědčeno, že nelze preventivně snížit riziko rozvoje demence.

Graf 14a **Zařízení sociální péče pro klienty s demencí**



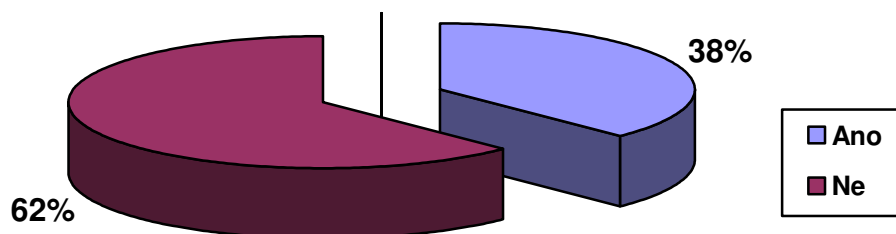
Graf 14a znázorňuje respondentovo povědomí o zařízeních sociální péče. Z poskytnutých možností označilo 130 (67%) dotázaných 0-2 zařízení sociální péče, 61 (31%) respondentů vybralo 3-5 zařízení a pouze 4 (2%) dotazovaní označili 6-7 zařízení sociální péče z nabízených správných možností, o nichž se domnívají, že zde může hledat pomoc člověk s demencí.

Graf 14b Zařízení sociální péče pro klienty s demencí



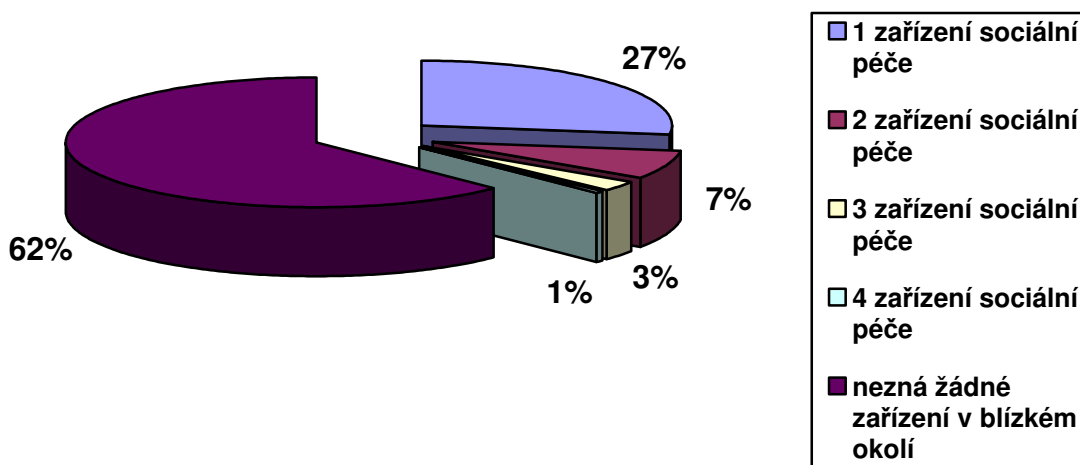
Graf 14 zobrazuje v jakých zařízeních sociální péče, podle názoru respondentů, může hledat pomoc člověk s demencí. 70 (36%) respondentů označilo jako možnost pomoci „Domovy pro seniory“, 21 (11%) „Domovy – penziony“, 106 (54%) „Dům s pečovatelskou službou“, 3 (2%) „Azylové domy“, 4 (2%) „Domy na půl cesty“, 63 (32%) dotazovaných „Hospic“, 86 (44%) „Léčebnu dlouhodobě nemocných“, 73 (37%) „Stacionáře (denní, týdenní)“, 43 (22%) „Agentury domácí péče“ a „Respítní centra“ považují za místo, kde by hledali pomoc 4 (2%) respondenti.

Graf 15a Sociální zařízení specializující se na klienty s demencí v blízkém okolí



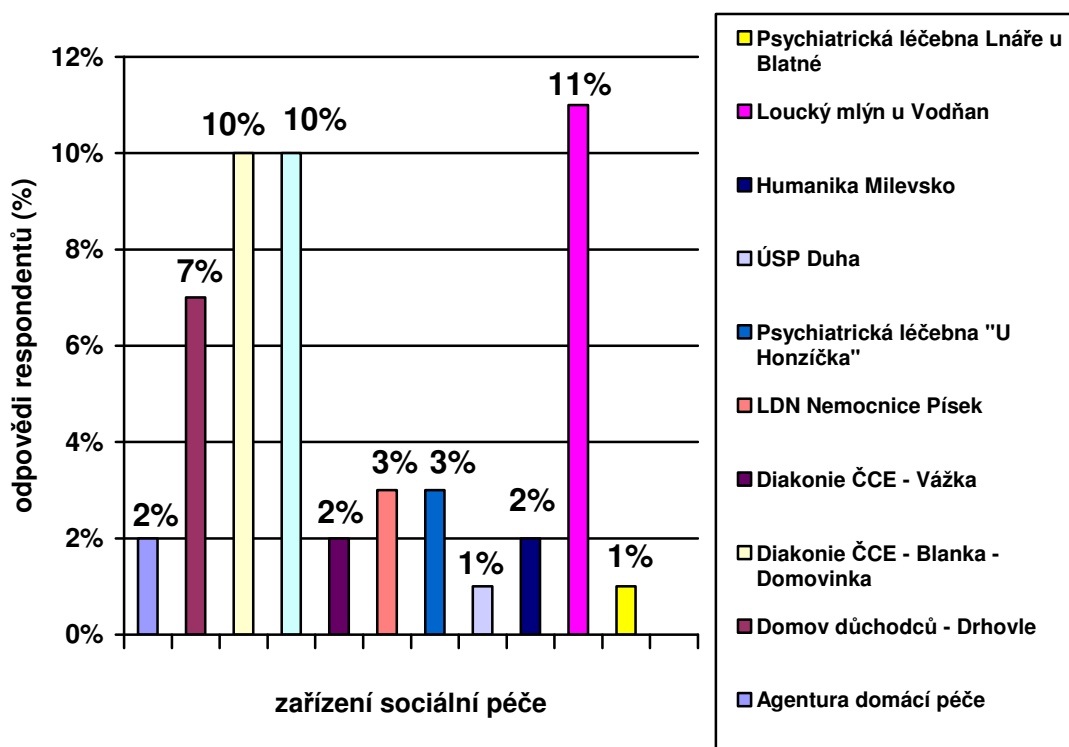
Graf 15a podává informaci o tom, zda respondenti znají ve svém okolí nějaké sociální zařízení specializující se na klienty s demencí. 73 (38%) odpovědělo „ano“, 122 (62%) dotazovaných odpovědělo „ne“.

Graf 15b Odpovědi respondentů týkající se sociálních zařízení, které se specializují na klienty s demencí



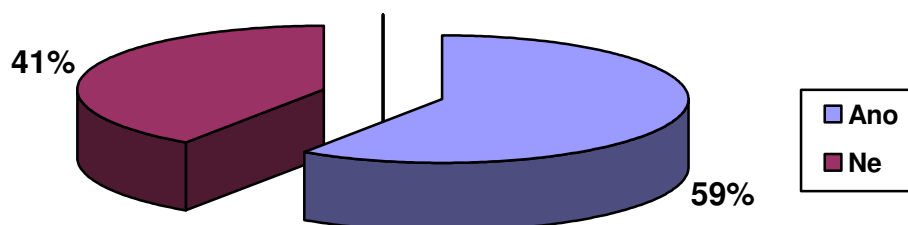
Graf 15b zobrazuje počet správných odpovědí respondentů na žádost, aby uvedli konkrétně zařízení sociální péče specializující se na klienty ve svém blízkém okolí. 53 (27%) uvedlo 1 takové zařízení sociální péče, 14 (7%) dotazovaných 2 zařízení, 5 (3%) vyjmenovalo 3 zařízení a 1 (1%) respondent poskytl odpověď se 4 konkrétními možnostmi využití takových zařízení v jeho blízkém okolí. 122 (62%) dotazovaných nezná žádné takové zařízení v blízkém okolí.

Graf 15c Sociální zařízení specializující se na klienty s demencí v blízkém okolí



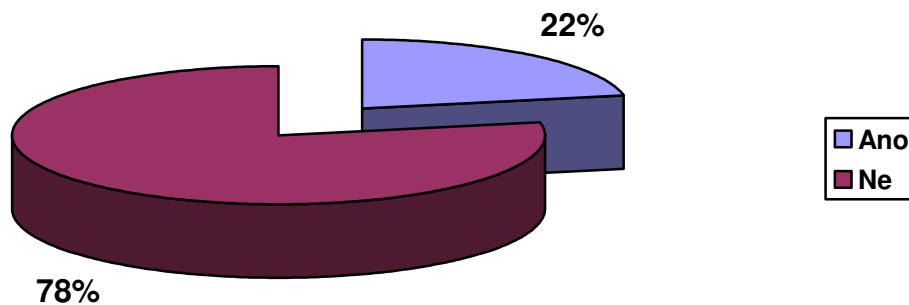
Graf 15c zobrazuje jaká zařízení sociální péče specializující se na klienty s demencí respondenti znají ve svém okolí. 3 (2%) respondenti udali „Agenturu domácí péče“, 14 (7%) dotazovaných „Domov pro seniory – Drhovle“, dále pak označilo 20 (10%) respondentů „Diakonii ČCE – Blanka -Domovinka“, 20 (10%) „Prácheňské sanatorium“, 3 (2%) „Diakonii ČCE – Vážka“, 5 (3%) odpovědělo „LDN Nemocnice Písek“, 6 (3%) „Psychiatriká léčebna U Honzíčka“, 1 (1%) „ÚSP Duha“, 4 (2 %) „Humanika Milevsko“, 22 (11%) „Loucký mlýn u Vodňan“ a 2 (1%) dotazovaných jmenovalo „Psychiatrikou léčebnu Lnáře u Blatné“.

Graf 16 **Přispívá stát klientům s demencí na sociální služby?**



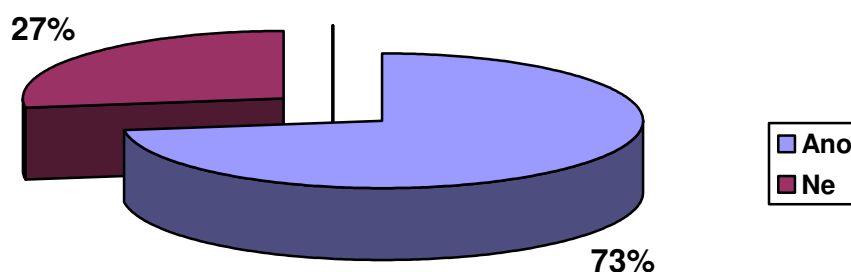
Graf 16 uvádí, zda se respondenti domnívají, že stát přispívá nemocným demencí na sociální služby. 116 (59%) odpovědělo „ano“, 79 (41%) si myslí, že „ne“.

Graf 17 **Zbavení práv rozhodovat o své osobě na základě diagnózy demence**



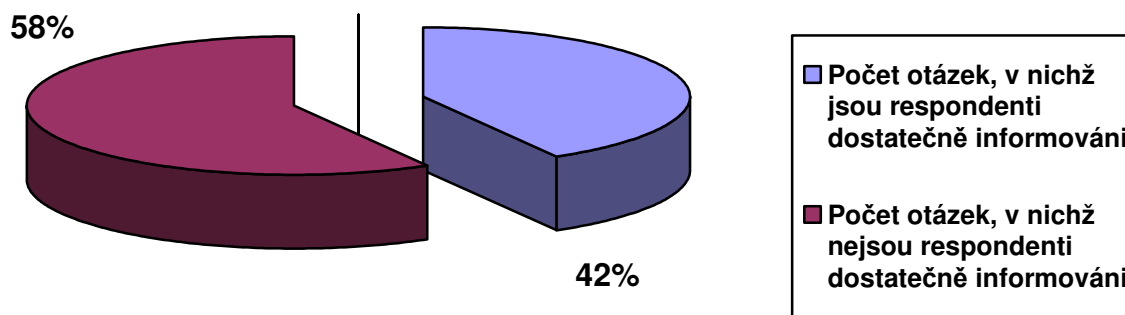
Graf 17 zobrazuje odpověď dotazovaných, zda je dementní člověk automaticky (na základě stanovení diagnózy „demence“) zbaven práva rozhodovat o své osobě. 43 (22%) je přesvědčeno, že „ano“, 152 (78%) respondentů odpovědělo „ne“.

Graf 18 **Problematika demencí – závažný společenský problém?**



Graf 18 zobrazuje názor respondentů na problematiku demencí, zda chápou tuto problematiku jako závažný společenský problém. 142 (73%) dotazovaných odpovědělo „ano“, 53 (27) „ne“.

Graf 19 **Celkové vyhodnocení výzkumu**



Graf 19 zobrazuje počet otázek zodpovězených „dostatečně“ a „nedostatečně“ z hlediska dostatečné informovanosti respondentů. Z celkového počtu 12 otázek, které byly použity pro vyhodnocování výzkumu v 5ti (42%) otázkách prokázali respondenti dostatečnou informovanost, v 7mi (58%) byli dotazovaní informování nedostatečně.

5 Diskuse

Téma diplomové práce se zabývá jedním z ožehavých problémů dneška a možná i budoucnosti. Demence je nejčastější psychiatrickou poruchou ve stáří. Díky pokračujícímu postupnému stárnutí populace v globálním měřítku narůstá a bude narůstat daleko více počet dementních osob v populaci. Demence se již v současnosti stává jedním z nejdůležitějších zdravotně sociálních problémů lidstva. Často se o demenci hovoří jako o „tiché epidemii“, a to z toho důvodu, že na jedné straně se demence může skrývat u odborníků za jiné diferenciální diagnózy, pro laickou veřejnost může být jen běžnou stařeckou zapomnětlivostí a součástí běžných projevů stáří. Často si lidé ani neuvědomují, že pod pojmem demence se ukrývá onemocnění člověka, které devastuje nejen jeho, ale také jeho rodinu nebo blízké prostředí, ve kterém žije. Včasná a hlavně přesná diagnostika nemoci může předejít využívání nákladných zdravotních, popřípadě sociálních služeb. Hlavně poskytuje postiženým jedincům a jejich rodinám to nejcennější – čas na přípravu na budoucí zdravotní, sociální, finanční a právní problémy.

Předmětem této diskuse je zhodnotit úroveň informovanosti dospělé populace města Písek o problematice demencí. Výzkum informovanosti populace města Písku autorce připadá opodstatněný a velmi důležitý už z toho pohledu, že zde průměrný věk obyvatelstva dosahuje 40,8 let věku a je tak nejvyšším průměrným věkem v okresních městech Jihočeského kraje (Příloha 14). Může se tak zde tento problém stát zvláště aktuálním. Z celkového množství 195 správně vyplněných dotazníků byli respondenti rozvrstveni jak dle pohlaví (Graf 1) tak dle věkových skupin (Graf 2) rovnoměrně. Vzhledem k věku se některé odpovědi lišily. Odpovědi respondentů nad 40 let byly některých dílčích otázkách konkrétnější. Autorka předpokládá, že s rostoucím věkem se zvyšuje i zájem o tuto problematiku.

Z pohledu analýzy výzkumného souboru autorku dále zajímalo vzdělání respondentů (Graf 3) a také obor, ve kterém respondent pracuje (Graf 4). Odpovědi respondentů středoškolsky, s vyšším odborným vzděláním a vysokoškolsky vzdělaných

dotazovaných byli v polootevřených otázkách konkrétnější a uváděli v nich více možností odpovědí. Zásadní rozdíl však autorka v odpovědích nezaznamenala.

Respondenti byli zaměstnaní v různých oborech. (Graf 4). Dalo by se očekávat, že dotazovaní pracující v oblasti sociální, zdravotnické či ekonomické mohou mít větší znalosti o zkoumané problematice. Při vyhodnocování dotazníků však výraznější rozdíly v odpovědích respondentů z těchto a ostatních oborů nebyly zaznamenány.

V otázce č.5 autorka zjišťuje, zda respondenti znají vůbec pojem „demence“. Možná by se dala předem očekávat stoprocentní souhlasná odpověď. Zcela tomu tak nebylo. „Ano“ odpověděla převážná většina respondentů, ale našli se také ti, kteří se s tímto pojmem zřejmě ještě nesetkali (Graf 5a). Při výběru nejuvýstižnějšího nabízeného vysvětlení tohoto pojmu se již odpovědi poněkud lišili (Graf 5b) . Pouze části dotazovaných se podařilo vybrat nejuvýstižnější nabízenou možnost odpovědi a shodlo se tak se zkrácenou definicí Amblera (1) a Dufka na tom, že demence je získaná globální porucha intelektu, paměti a osobnosti (57).

V otázce č.6 se pokusila autorka zjistit, jaké druhy demence respondenti znají. Jednoznačně neznámější byla Alzheimerova choroba. Druhou respondentům známou demencí byla demence při Parkinsonově chorobě, třetí pak demence při Jakob-Creutzfeldově nemoci. Další druhy demencí již tak respondentům známé nebyly (Graf 6). Výsledky informovanosti o druzích demence částečně mohou korespondovat s incidencí těchto chorob. Hodnoty incidence jednotlivých druhů demencí se u některých autorů mírně rozcházejí, to však není předmětem této diskuse. Jak uvádí Růžička, Alzheimerovské demence ve své čisté formě představují podle statistik z většiny Evropských zemí a z USA alespoň 50% všech demencí vůbec (47). Dalo se tedy předpokládat, že Alzheimerova choroba je v populaci neznámější formou demence. Literatura uvádí, že druhou nejčastější demencí je vaskulární demence. Studie prováděné v USA i v Evropě počátkem 90.let odhadují u pacientů po ischemické cévní mozkové příhodě starších 60 let výskyt demence i nad 26% (47). Ta se však v povědomí respondentů umístila až na čtvrtém místě. Ressler a Kaňovský uvádějí výskyt demence s Lewyho tělísky v 7-10%, demenci při Parkinsonově chorobě v 1%

(45). Znalost tohoto druhu demence u respondentů vzhledem k incidenci onemocnění je tedy překvapivá.

Otázka č.7 zaměřená na dotaz, zda se v respondentově blízkém okolí vyskytuje někdo trpící demencí nepřímo potvrzuje údaje Nevšimalové (41) a Růžičky (47), kteří udávají celkovou prevalenci demence v populaci okolo 1%, u osob starších 65ti let až 10%, přičemž s rostoucím věkem se výskyt demence dále zvyšuje a u osob starších 80ti let postihuje již více než 30% . Více než polovina respondentů zná ve svém blízkém okolí někoho trpícího demencí (Graf 7).

V otázce č.8 autorka zjišťuje, zda respondenti předpokládají výskyt demence pouze v souvislosti s vyšším věkem, tzn. u osob starších 65 let. Většina dotazovaných je přesvědčena, že demence nesouvisí pouze s vyšším věkem a může se vyskytnout i dříve (Graf 8). Tento názor potvrzuje Jiráček, který ve své definici demence uvádí, že demence vznikají kdykoli po vytvoření základů poznávacích funkcí, tj. po 2.-4. roce života. Výskyt demence výrazně stoupá s věkem, nemusí být tedy záležitostí pouze věku vyššího (35).

Zda se Alzheimerova choroba vyskytuje častěji u mužů či u žen zjišťuje otázka č.9. Většina respondentů se domnívá, že výskyt této nemoci s pohlavím nesouvisí. Část dotázaných se přiklání k názoru, že může existovat určitá souvislost s mužským pohlavím a část respondentů v rámci výzkumu (Graf 9) svojí odpovědí potvrzuje tvrzení Růžičky (47), Bašteckého (3) a dalších autorů, že se o něco častěji Alzheimerova choroba vyskytuje u žen a že ženské pohlaví je jedním z rizikových faktorů tohoto onemocnění (20).

Co považují respondenti za varovné příznaky rozvíjející se demence? Otázka č.10 je velmi důležitá z hlediska informovanosti veřejnosti o problematice demencí. Neboť právě včasné odhalení rozvíjející se demence má vliv na léčbu a další průběh onemocnění. V této dílčí otázce považuje autorka veřejnost za dostatečně informovanou, více než polovina respondentů dokázala z uvedených možností označit správně více než 3 varovné příznaky (Graf 10a). Lze předpokládat, že díky dostatečné informaci o varovných příznacích demence by respondenti tyto příznaky u sebe či svých blízkých mohli tedy vyhodnotit jako varovné. Höschl (26) uvádí desatero

varovných příznaků, v němž se na prvním místě shoduje s názorem většiny respondentů. Nejvíce dotazovaných považuje za varovný příznak „trvalé zhoršování paměti, zapomínání událostí, obsahu rozhovorů“. „Zapomínání slov, nesrozumitelné vyjadřování“ označila více než polovina respondentů a „neschopnost orientace v prostoru a čase“ je na třetí nejčastější varovný příznak z pohledu respondentů. Také další uvedené příznaky byly potvrzeny méně než polovinou respondentů (Graf 10b).

Otázka č.11 se zabývá nejvýznamnějšími projevy demence podle názoru respondenta. Ten měl z nabízených možností označit 5 projevů demence, které považuje za nejzásadnější. Téměř jednoznačně odpověděli dotazovaní „poruchy paměti“. Dále většina považuje za další nejvýznamnější projev demence „poruchy orientace v čase a prostoru“, „poruchy myšlení“, „potíže s komplexní činností (zaměstnání, domácí práce a sebeobsluha)“ a „zmatenost a bludy“. Další uvedené možnosti byly označeny méně než polovinou respondentů (Graf 11). Odpovědi respondentů korespondují s názory Růžičky (47) a Höschlem (26). Ti uvádějí jako nejvýznamnější příznaky demence v první řadě kognitivní poruchy (poruchy paměti a učení, orientace a myšlení), dále poruchy chování (změny osobnosti, změny emotivity) a omezení při běžných činnostech (komplexní činnosti, domácí práce, sebeobsluha) (47).

Odpovědi dotazovaných na otázku č.12, zda si myslí, že je některý druh demence vyléčitelný byly téměř jednoznačné. Většina respondentů je přesvědčena, že demence nejsou vyléčitelné. Pouze část respondentů předpokládá vyléčitelnost některého druhu demence (Graf 12a). Konkrétně, jaký druh, však již téměř všichni odpovědět nedokáží. Jen dva respondenti se mylně domnívají, že lze vyléčit Alzheimerovu chorobu a vaskulární demenci (Graf 12b). V těchto dvou uvedených případech nemoc nelze vyléčit. Ressner ale uvádí, že zahájením adekvátní léčby ať již farmakologické či nefarmakologické lze zlepšit kvalitu života trpících pacientů, oddálit jejich institucionalizaci a i jejich pečovatelům a dalším blízkým může tak snížením jejich zátěže pomoci (44). O reverzibilních demencích nebo pseudodemencích lze hovořit v případě některých sekundárních demencí, demencí vzniklých na podkladě jiné choroby. Baštecký (3) s Ressnerem (45) například uvádí možnosti dosažení premorbidní reverzibility u normotenzního hydrocefalu, demence při uremické

encefalopatii, při jaterních encefalopatiích, demencí vzniklých z endokrinních příčin, pellagrové demenci, demenci při deficitu vitamínu B12 nebo demenci při hypernatremii. Základem léčby je včasná léčba primárního onemocnění (**45**). Lze předpokládat, že vysoké přesvědčení respondentů o nevléčitelnosti demencí může vyplývat z neznalosti všech druhů demencí, zvláště těch méně obvyklých, což potvrzuje i zpětná analýza otázky č.6 (Graf 6b).

Otázka č.13 se týkala možností prevence. Část dotazovaných se domnívá, že snížit riziko rozvoje demence nelze (Graf 13a). O tom, že toto riziko preventivně nějakým způsobem ovlivnit lze, je přesvědčena více než polovina respondentů. Jmenovat však alespoň dvě preventivní opatření již celá tato skupina dotazovaných nedokáže (Graf 13b). Jako příklady preventivních opatření uvádějí respondenti stejně jako Hortl (**24**) a Holmerová (**20**) převážně zdravý životní styl a udržování duševní svěžesti, trénování paměti, procvičování mozku, aktivity a podobně. Názory respondentů jsou přehledně znázorněny v grafu (Graf 13c).

Otázky č.14 a 15 byly zaměřeny na zjištění informovanosti respondentů o poskytovaných službách sociální péče, respektive o nabídce pomoci v zařízeních sociální péče. Respondenti v otázce č.14 měli vybrat z uvedených možností ta zařízení sociální péče, ve kterých může člověk s demencí hledat pomoc. Růžička uvádí jako jednoznačně efektivní formu pomoci pečujícím rodinám respitní centra (**47**). S jeho názorem se respondenti neshodují nebo jak se autorka domnívá, tuto formu pomoci vůbec neznají. Uvedlo ji totiž jako možnost pomoci, společně s agenturami domácí péče, nejméně dotazovaných. Denní stacionáře jsou podle Růžičky (**47**), Bašteckého (**3**) i jiných autorů často optimální právě pro pacienty s demencí. Využití těchto zařízení u člověka trpícího demencí však předpokládá méně než polovina respondentů, přibližně stejný počet dotazovaných by využil možnosti domovů pro seniory. Nejvíce se u respondentů opakovala odpověď - „Dům s pečovatelskou službou“. Je možné, že se k této odpovědi respondenti přiklonili i z důvodu snahy o oddálení institucionalizace dementní blízké osoby. Neboť domy s pečovatelskou službou nabízejí také pečovatelskou službu přímo v domácím prostředí (**53**). Ostatní odpovědi respondentů nepřevýšili 50% hranici (Graf 14b) . Na neznalost veřejnosti o nabízených zařízeních

sociální péče poukazuje i fakt, že někteří dotazovaní zvolili i klamně nabízené možnosti – „Azylové domy“, „Domy na půl cesty“ a většina respondentů nebyla schopna z nabízených možností označit 3 a více zařízení sociální péče (Graf 14a,b).

Špatná informovanost o zařízeních sociální péče se odráží i v odpovědích na otázku č.15. Většina respondentů nezná ve svém okolí žádné sociální zařízení, které by se specializovalo na klienty s demencí. Pouze část dotazovaných znalost nějakého takového zařízení potvrzuje (Graf 15a). Jmenovat pak dvě a více zařízení sociální péče v blízkém okolí dovede jen hrstka respondentů (Graf 15b). Nejznámějším zařízením sociální péče, které se specializuje na klienty s demencí je v píseckém okolí bezesporu Prácheňské sanatorium a Loucký mlýn u Vodňan, dále v nejbližším okolí nabízí klientům své služby Nemocnice Písek – Léčebna dlouhodobě nemocných, Diakonie ČCE – Blanka- Domovinka, Diakonie ČCE – Vážka, Domov důchodců Drhovle nebo Humanika Milevsko a Psychiatrická léčebna Lnáře u Blatné (Přílohy 9,10,11). Informovanost veřejnosti o těchto zařízeních je nedostačující. Jen malá část respondentů uvedla nějaké odpovědi, v nichž dominovaly „Loucký mlýn u Vodňan“, „Prácheňské sanatorium“ a „Domovinka, zařízení sociální péče Diakonie ČCE – Blanka“ (Graf 15c).

Otázka č.16 se pokouší zjistit informovanost veřejnosti o finančním zabezpečení osoby trpící demencí. Na otázku, zda přispívá stát u nemocných s demencí na sociální služby, souhlasnou odpověď podalo více než 50% respondentů. Ostatní dotázaní od státu pomoc nepředpokládají (Graf 16). Více než polovina dotazovaných tak souhlasí s názorem poslanců České Republiky. Péčí a finanční podporou osob s duševním postižením se zabývá Zákon č.108/ 2006 Sb. o sociálních službách, který nejen že vymezuje práva a povinnosti těchto jednotlivců, ale také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. Osobám v nepříznivé sociální situaci je v případě potřeby zajištěna pomoc při péči o vlastní osobu a soběstačnost a poskytnuta individuální dávka – příspěvek na péči. Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení (52).

Právní problematiky osob trpících demencí se částečně dotýká otázka č.17. Na dotaz, zda je dementní člověk na základě stanovené diagnózy automaticky zbaven práva rozhodovat o své osobě, odpověděla část respondentů „ano“, převážná většina dotázaných tento názor nesdílí, stejně jako občanský zákoník, zákon č.40/1992 Sb., který se mimo jiné zabývá i otázkou způsobilosti k právním úkonům. Zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům probíhá na základě řízení o způsobilosti k právním úkonům podle občanského soudního řádu, zákon č. 240/1993 Sb. (4).

Poslední otázka č.18 se byla zaměřena na názor respondentů, jak chápou problematiku demencí, zda ji považují za závažný společenský problém. Většina dotazovaných se shoduje s názorem řady autorů v tom, že problematika je bezesporu závažným problémem společnosti. Za společenský problém tuto problematiku nepovažuje méně než čtvrtina respondentů (Graf 18).

Cílem prováděného výzkumu bylo zjistit úroveň informovanosti dospělé populace města Písek o problematice demencí. Výzkum proběhl dotazníkovou metodou na statisticky významném souboru obyvatelstva města Písek (Příloha 13). Autorka se snažila zařadit do sestaveného dotazníku otázky z více oblastí dané problematiky – zdravotnické, sociální, finanční i právní a nezaměřovat se pouze na konkrétní problém. Pokusila se tak zjistit komplexně úroveň informovanosti veřejnosti o problematice demencí. Dotazník obsahoval celkem 18 otázek. Z tohoto počtu autorka v rámci zjišťování informovanosti použila k vyhodnocování 12 dílčích otázek. Na začátku výzkumu byla stanovena jediná hypotéza: „Dospělá populace města Písek nemá dostatečné informace o problematice demencí.“. Pro celkové potvrzení hypotézy bylo zapotřebí, aby byla hypotéza potvrzena alespoň ve 3 dílčích otázkách, tzn. aby dospělá populace města Písek neprokázala dostatečnou informovanost ve více než 25% zodpovězených otázkách. Podmínkou potvrzení hypotézy v dílčí otázce byla nedostatečná odpověď u více než 45% respondentů.

Z výsledků vyplývá, že hypotéza byla potvrzena. Nedostatečnou informaci prokazují respondenti ve více než polovině dílčích otázkách (Graf 19). Ač většina dospělé populace považuje tuto problematiku za významný společenský problém, informace o ní nemá dostačující.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit úroveň informovanosti dospělé populace města Písek o problematice demencí. Cíl byl dle názoru autorky splněn, zjistila stupeň informovanosti písecké veřejnosti o problematice demencí. K této problematice se vztahuje stanovená hypotéza: „Dospělá populace města Písek nemá dostatečné informace o problematice demencí“. Hypotéza se potvrdila, protože dostatečnou informovanost prokázali respondenti pouze v 5 (42%) dílčích otázkách. Výzkum probíhal metodou dotazníku, v němž byly začleněny otázky týkající se komplexně problematiky demencí. Objevily se zde otázky ze zdravotnické, sociální, finanční i právní oblasti.

Problematika demencí je společensky velmi závažné téma podle autorčina názoru se stává aktuálním problémem současnosti, ale i budoucnosti, vzhledem k tomu, že naše populace stárne a četnost demencí se bude následně zvyšovat. Toto onemocnění způsobuje velké obtíže postiženým jedincům a oni jsou nuceni se s tímto problémem svým individuálním způsobem vyrovnat. Nezůstává však pouze jejich problémem, toto onemocnění změní život i jejich nejbližším, pečovatelům. Informovanost veřejnosti považuje autorka za důležitou z pohledu včasné diagnostiky tohoto onemocnění a včasného zahájení adekvátní léčby, které může pomoci udržet kvalitu života těchto pacientů a oddálit jejich institucionalizaci a může pomoci i rodinným pečovatelům snížením jejich zátěže. Poučení veřejnosti o sociálních, finančních i právních aspektech, které tato nemoc s sebou přináší, může být částečně přípravou na možnou situaci v budoucnosti.

Snahou autorky bylo, aby se tato práce stala určitým vodítkem a zdrojem informací o problematice demencí. Autorka by si přála, aby práce byla k dispozici pracovníkům ve zdravotně sociální sféře a hlavně laické veřejnosti jako materiál, ve kterém mohou získat přehledně základní informace o dané problematice.

7 Seznam použitých zdrojů:

1. AMBLER Z., *Neurologie pro studenty všeobecného lékařství*, 2. vydání. Praha: nakladatelství Karolinum, 1998. s. 192-200. ISBN 80-7066-922-5.
2. *Alzheimerova choroba v rodině*, 1.vydání. Olomouc: nakladatelství MAXDORF, s.r.o., 1998. 96 s. ISBN 80-85800-96-9.
3. BAŠTECKÝ J., KÜMPEL Q., VOJTĚCHOVSKÝ M. a kol., *Gerontopsychiatrie*, Praha: Grada Avicentrum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
4. BAŠTECKÝ J., *Psychiatrie, právo a společnost*, 1.vydání. Praha: nakladatelství Galén, 1997. 218s. ISBN 80-85824-45-0.
5. BLACK E. S., KALVACH P., Vaskulární demence. Léčebné postupy vyplývají z rizika cévní mozkové příhody a jejích následků. *Medicína po promoci*. Praha: 2005, roč. 6, č. 4, s. 13-19. ISSN 1212-9445.
6. BRUNOVSKÝ M., Poruchy chování u demencí. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 2, s. 66-69. ISSN 1213-0508.
7. BURKE J.R., MORGENLADER J.C., KOUKOLÍK F., Současné poznatky o Alzheimerově chorobě. Nadějně pokroky v diagnostice a léčbě. *Medicína po promoci*. Praha: 2001, roč.2, č.2, s.64-72. ISSN 1212-9445.
8. CUMMINGS J.L., Alzheimerova nemoc. *JAMA-CS*. Praha: 2002, roč.10, č.9, s. 677-681. ISSN 2335-2338.
9. Česká Alzheimerovská společnost. <http://www.alzheimer.cz/>, červenec 2006

10. Denní centra. <http://www.gerontologie.cz/> 2003
11. Deset příznaků, které by vás měly varovat. <http://www.alzheimer.cz/> 7/ 2006
12. Diakonie Českobratrské evangelické církve. <http://www.diakoece.cz/> únor 2007
13. Domovy důchodců. <http://www.gerontologie.cz/> 2003
14. Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují.
Alzheimer Europe. <http://www.alzheimer.cz/> červenec, 2006.
15. HÁTLOVÁ B., SUCHÁ J., *Kinezioterapie demencí*, 1.vydání. Praha: nakladatelství TRITON, s.r.o., 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
16. HOLMEROVÁ I. a kol., Inkontinence u pacientů s demencí. *Sestra*. Praha: 2004.
roč. XIV, č. 7-8, s. 49-50. IČ 45278776.
17. HOLMEROVÁ I., Jak naplánovat denní aktivity u pacienta postiženého
Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence. <http://www.alzheimer.cz/>,
červenec 2006.
18. HOLMEROVÁ I., JURÁŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly
z gerontologie*. 1.vydání. Praha: GEMA, 2002. 110 s. ISBN 0039-3132-8.
19. HOLMEROVÁ I., Normotenzní hydrocefalus, léčitelná příčina demence.
<http://www.alzheimer.cz/>, červenec 2006
20. HOLMEROVÁ I., Rizikové faktory demence. <http://www.alzheimer.cz/>,
červenec 2006

21. HOLMEROVÁ I., ROKOSOVÁ M., SUCHÁ J., VELETA P.,
Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora
pečujících rodin. *Neurologie pro praxi*. Praha: 2004. roč.5, č.1, s.17-20.
ISSN 1213-1814.
22. HOLMEROVÁ I., STUDNICKÁ E., Jak pečovat o nemocného v pokročilém
stadiu Alzheimerovy choroby. <http://www.alzheimer.cz/>, červenec 2006
23. HOLMEROVÁ I., STUDNICKÁ E., Několik rad pro pečující. <http://alzheimer.cz/>,
červenec 2006
24. HORT J., Prevence. <http://www.stari.cz/>, únor 2007
25. HORT J., VYHNÁLEK M., BOJAR M., Časná stadia demence – možnosti
diagnostiky a léčby. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: 2005, roč.6, č.6, s. 324-328.
ISSN 1213-1814.
26. HÖSCHL C., Demence z klinického pohledu. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č.12,
s. 44. ISSN 1210-0404.
27. HRDLIČKA M., HRDLIČKOVÁ D., *Demence a poruchy paměti*. Praha: Grada
Publishing a.s., Avicentrum, 1999. ISBN 80-7169-797-4.
28. Charita České republiky. <http://www.charita.cz/>, 2004
29. Charta práv pacientů. Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo
jinými formami demence. <http://www.alzheimer.cz/>, červenec 2006
30. CHODURA V., *Komunikace a duševní poruchy*. 1.vydání. České Budějovice:
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000.

54 s. ISBN 80-7040-409-4.

31. CHODURA V., *Psychiatrie*, 2.vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 1999. 80 s. ISBN 80-7040-365-9.
32. JANEČKOVÁ H., HOLMEROVÁ I., Typy pro dobrou komunikaci s pacientem postiženým demencí. <http://www.alzheimer.cz/>, červenec 2006
33. JANEČKOVÁ H., O modifikaci domácího prostředí, které usnadní život člověku s demencí. <http://www.alzheimer.cz/>, červenec 2006
34. JIRÁK R., Alzheimerova choroba. *Postgraduální medicína*. Praha: 2001, roč.3, č.4, s. 428-432, ISSN 1212-4184.
35. JIRÁK R., OBENBERGER J., PREISS M., *Alzheimerova choroba*, 1.vydání. Olomouc: nakladatelství MAXDORF, s.r.o., 1998. 64 s. ISBN 80-85800-88-8.
36. JIRÁK R., Současné trendy v biologické terapii Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč.7, č.1, s. 8-11. ISSN 1213-0508.
37. KONRÁD J., Demence s Lewyho tělísky, diagnostika, klinický význam, možnosti léčby, kazuistika. *Psychiatrie pro praxi*. Vydavatel: Solen 2004, roč.3, č.1, s.9-11. ISSN: 1213-0508.
38. KUČEROVÁ H., *Demence v kazuistikách*, 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
39. Lůžková zdravotnická zařízení. <http://www.gerontologie.cz/>, 2003

40. Nadace Život 90. <http://www.nadacecs.cz/>, 2005
41. NEVŠÍMALOVÁ S., RŮŽIČKA E., TICHÝ J. et. al., *Neurologie*. 1.vydání. Praha: nakladatelství Galén, 2002. s.187-193. ISBN 80-7262-160-2.
42. Občanské sdružení GEMA.<http://www.gerontocentrum.cz/>, červen 2006
43. PREISS M., KUČEROVÁ H. a kol., *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing a.s., Edice Psyché. 2006. 368s. ISBN 80-247-0843-4.
44. RESSNER P., Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: 2004, roč.5, č.1. s.11-16. ISSN 1213-1814.
45. RESSNER P., KAŇOVSKÝ P., Demence – diferenciální diagnóza, diagnostické metody, léčba. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: SOLEN .2006. roč.7, č.6. s.3-38. ISSN 1213-1814.
46. ROTH J., SEKYROVÁ M., RŮŽIČKA E. a kol., *Parkinsonova nemoc*. 1.vydání. Praha: Maxdorf, 1999. ISBN 80-8580-63-2.
47. RŮŽIČKA E. et. al., *Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Příručka pro praxi*, 1.vydání. Praha: nakladatelství Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6.
48. SINK K.M., HOLDEN K.F., YAFFE K., Farmakologická léčba neuropsychiatrických příznaků demence. *JAMA-CS*. Praha: 2005, roč.13, č.6, s.409-419. ISSN 1210-4132.
49. Služby pro seniory, péče pro pacienty s demencí. <http://www.stari.cz/>, únor 2007

50. SMITH G. A., VINAŘ O., Poruchy chování v rámci demence. Strategie farmakologické a nefarmakologické léčby. *Medicína po promoci*. Praha: 2005, roč.6, č. 4, s. 31-39. ISSN 1212-9445.
51. Sociální služby – způsoby pomoci. <http://www.mpsv.cz/>, červen 2006
52. *Sociální zabezpečení 2007*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, Edice ÚZ, 2006. 240s. MK ČR E 10981.
53. Specializovaná centra péče o pacienty s demencí. <http://www.gerontologie.cz/>, 2003
54. ŠLAISOVÁ I., HOSÁK L., MICHÁLKOVÁ V., *Ošetřovatelství v psychiatrii*, 1.vydání. Hradec Králové: NUCLEUS HK, 2004. s. 7-55. ISBN 80-86225-51-8.
55. TĚŠÍNSKÝ P., Poruchy výživy u Alzheimerovy nemoci a možnosti jejich ovlivnění. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: 2004, roč.5, č.5, s.278-281. ISSN 1213-1814.
56. TYRLÍKOVÁ I. a kolektiv, *Neurologie pro sestry*, 1.vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. s. 212-217. ISBN 80-7013-287-6.
57. VÁGNEROVÁ M., *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*, 3.vydání. Praha: Portál s.r.o., 2002. s. 41-43, 137-145. ISBN 80-7178-678-0.
58. VÁGNEROVÁ M., *Vývojová psychologie*, 1.vydání. Praha: Portál s.r.o., 2000. s.443-508. ISBN 80-7178-308-0.

59. ZAHRADNICKÁ I., Ergoterapie jako nefarmakologická léčba Alzheimerovy choroby. *Sestra*. Praha: 2005, roč.15, č. 9, s. 43. ISSN 1210-0404.
60. Základní rady a pravidla při péči o vaše blízké. www.gerontologie.cz/, 2003
61. Zákon o sociálních službách. *Časopis moderního ošetřovatelství Florence*. Praha: 2006, roč. II., č. 4, s. 3-10. ISSN 1801-464X.
62. Zdravotní pojištění a finance. <http://www.stari.cz/>, únor 2007
63. ZGOLA J. M., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, 1.vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 232 s. Přel.z.: Care That Works. ISBN 80-247-0183-9.

8 Klíčová slova

Demence

Informovanost

Písek

9 Přílohy

Příloha 1 Mini-mental status examination

Orientace

Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé otázky jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dovedete.

Jaké je dnešní datum?

Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.

6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

Registrace

Řeknu Vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusila si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.

11. klobouk
12. citron
13. auto

Pozornost a počty

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

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

Paměť

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl opakovat a zapamatovat si.

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

Jazyk

22. Ukažte pacientovi tužku.

Můžete mi říct, co to je?

23. Ukažte pacientovi hodinky.

Můžete mi říct, co to je?

24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mne:

Žádná jestli, ano, nebo ale.

25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu:

Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu:

vezměte papír do pravé ruky.

26. Přeložte ho napolovic.

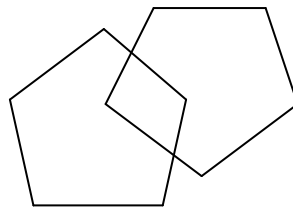
27. A hod'te ho na podlahu.

28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „**Zavřete oči**“ a řekněte pacientovi: **Prosím udělejte to, co je zde napsáno.**

29. Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu: **Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.**

Praxe

30. Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky a řekněte mu: **Prosím, nakreslete stejný obrázek.**



Vzor k úkolu

Celkové skóre (0 až 30)

Příloha 2 Barthelův test základních všedních činností (ADL)

| Činnost | Provedení činnosti | Body |
|------------------------------|---------------------------|-------------|
| 1. najedení, napití | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 2. oblékání | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 3. koupání | samostatně bez pomoci | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 4. osobní hygiena | samostatně bez pomoci | 5 |
| | neprovede | 0 |
| 5. kontinence stolice | plně kontinentní | 10 |
| | občas kontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. kontinence moči | plně kontinentní | 10 |
| | občas kontinentní | 5 |
| | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |

| | | |
|--------------------------------|-----------------------|----|
| 8. přesun lůžko – židle | samostatně bez pomoci | 15 |
| | s malou pomocí | 10 |
| | vydrží sedět | 5 |
| | neprovede | 0 |
| <hr/> | | |
| 9. chůze po rovině | samostatně nad 50 m | 15 |
| | s pomocí 50 m | 10 |
| | na vozíku 50 m | 5 |
| | neprovede | 0 |
| <hr/> | | |
| 10. chůze po schodech | samostatně bez pomoci | 10 |
| | s pomocí | 5 |
| | neprovede | 0 |
| <hr/> | | |
| Celkové skóre | | |

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

- 0-40 bodů vysoce závislý
- 45-60 bodů závislost středního stupně
- 65-95 bodů lehká závislost
- 100 bodů nezávislý

Příloha 3 Test instrumentálních všedních činností (IADL)

| Činnost | Provedení činnosti | Body |
|----------------------------|--|-------------|
| 1. telefonování | vyhledá samostatně číslo, vytočí je | 10 |
| | zná několik čísel, odpovídá na zavolání | 5 |
| | nedokáže použít telefon | 0 |
| 2. transport | cestuje samostatně dopravním prostředkem | 10 |
| | cestuje, je-li doprovázen | 5 |
| | vyžaduje pomoc druhé osoby, | 0 |
| | speciálně upravený vůz apod. | |
| 3. nakupování | dojde samostatně nakoupit | 10 |
| | nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby | 5 |
| | neschopen bez podstatné pomoci | 0 |
| 4. vaření | uvaří samostatně celé jídlo | 10 |
| | jídlo ohřeje | 5 |
| | jídlo musí být připraveno druhou osobou | 0 |
| 5. domácí práce | udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací | 10 |
| | provede pouze lehčí práce nebo neudrží | |
| | přiměřenou čistotu | 5 |
| | potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní | 0 |
| 6. práce kolem domu | provádí samostatně a pravidelně | 10 |
| | provede pod dohledem | 5 |
| | vyžaduje pomoc, neprovede | 0 |

| | | |
|------------------------|---|----|
| 7. užívání léků | samostatně v určenou dobu správnou | |
| | dávku, zná názvy léků | 10 |
| | užívá, jsou-li připraveny a připomenuty | 5 |
| | léky musí být podány druhou osobou | 0 |
| <hr/> | | |
| 8. finance | spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy | |
| | a výdaje | 10 |
| | zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc | |
| | se složitějšími operacemi | 5 |
| | neschopen bez pomoci zacházet s penězi | 0 |
| <hr/> | | |
| Celkové skóre | | |

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0-40 bodů závislý v IADL

45-75 bodů částečně závislý

80 bodů nezávislý v IADL

Příloha 4 Ischemické skóre Hachinskiho

| Projev | Body |
|----------------------------------|---------------------|
| náhlý vznik | 2 |
| kolísavý průběh | 2 |
| iktus v anamnéze | 2 |
| ložiskové neurologické symptomy | 2 |
| topický neurologický nález | 2 |
| náhlé zhoršení | 1 |
| noční zmatenost | 1 |
| relativní zachování osobnosti | 1 |
| deprese | 1 |
| somatické stesky | 1 |
| emoční inkontinence | 1 |
| arteriální hypertenze v anamnéze | 1 |
| známky arteriosklerózy | 1 |
| Hodnocení nálezu | Součet skóre |
| primární degenerativní demence | méně než 4 |
| vaskulární demence | více než 7 |
| neprůkazné intermediární skóre | 5-7 |

Příloha 5 Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kdo o ně pečují

1. Lidé s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence potřebují:

- správnou a včasnou diagnózu
- dostatek informací a porozumění
- zdravotní a sociální služby

Mají právo na to, aby se podíleli na rozhodnutích o svém vlastním životě, na právní ochranu a co nejlepší v jejich zemi dostupné zdravotní i sociální služby

2. Pečovatelé a rodinní příslušníci potřebují:

- informace a porozumění
- společenské ocenění jejich unikátní role a jejího významu pro poskytování péče
- respektování jejich vlastních potřeb
- dostupnost zdravotnických a sociálních služeb
- finanční pomoc

Pečovatelé a rodinní příslušníci jsou klíčovým článkem v péči o pacienty postižené demencí. Mají proto právo na to, aby jejich role byla respektována a společensky oceněna, aby jejich názor byl respektován při rozhodování a zajišťování další péče a služeb.

3. Lidé s demencí potřebují spektrum zdravotnických a sociálních služeb, a to zejména

- včasné a přesné stanovení diagnózy a odstranění léčitelných onemocnění či příznaků
- dostupnost běžné medikamentózní terapie
- dostupnost specializované neurologické a psychiatrické péče
- denní centra a domácí péči
- respitní péči pro rodinné pečovatele
- citlivou a správnou péči o umírající

4. Systém sociální péče a sociálního zabezpečení v každé evropské zemi by měl garantovat

- uznání finančních nákladů spojených s péčí o pacienty postižené demencí, které vynakládá sám postižený i jeho rodina
- informace a nediskriminovaný přístup k sociálním výhodám pro zdravotně postižené, které jsou dostupné v jejich zemi
- finanční podporu pro mladší nemocné postižené demencí a jejich rodiny
- přiměřenou finanční podporu pro rodinné pečovatele

5. Zvýšení informovanosti a vzdělání jsou základem pro lepší péči o pacienty postižené demencí

- Je nutné zlepšit informovanost široké veřejnosti – to je základem pro porozumění této problematice a pro odstranění předsudků a diskriminace
- Je třeba zajistit dostatek informací pro rodinné pečující
- Je třeba zajistit komplexní edukační programy o problematice demencí pro lékaře a ostatní zdravotnické profesionály
- Je třeba vypracovat vzdělávací a výcvikové programy pro ošetřující personál a zdravotní sestry.

6. Výzkum o biologických, klinických a psychosociálních aspektech demencí je zásadní podmínkou pro zlepšení péče a léčení a konečně i jedinou možnou cestou k nalezení kauzálního léku.

- Výzkumné priority by se měly zaměřit dle potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin
- Výzkumné programy by měly respektovat pacienty postižené demencí a jejich rodinné příslušníky jako aktivní účastníky
- Výzkum musí být založen na etických zásadách a zejména respektovat důležitost souhlasu
- Výzkum by měl být vždy zaměřen na praktické výstupy

7. Evropská alzheimerovská asociace a její členové chtějí výše uvedených cílů dosáhnout následujícími cestami:

- Spoluprací s profesionály v oblasti zdravotnictví i sociálních služeb
- Prosazováním potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v kontaktu s národními vládami a parlamenty
- Prosazování potřeb pacientů postižených demencí a jejich rodin v rámci Evropské Komise a Evropského Parlamentu
- Podporou výzkumu, prosazováním nových strategií, rozšiřováním informací i zkušeností z praxe
- Podporou rodinných pečovatелů, podporou mezigenerační solidarity
- Spoluprací ke zlepšení situace pacientů postižených demencí, která povede k prosazování jejich důstojnosti, nezávislosti, autonomie a bezpečnosti.

Příloha 6 Charta práv pacientů (ČALS)

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, ne být léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

Příloha 7 Citace z Deklarace lidských práv a duševního zdraví

- * Právo být vnímán a respektován jako jedinečná lidská bytost.
- * Právo na svobodné rozhodování o sobě samém
- * Právo na soukromí.
- * Právo na práci a spravedlivou odměnu.
- * Právo na přiměřené hmotné zabezpečení, zvláště při ztrátě či oslabení.
- * Právo na přiměřenou životní úroveň, včetně potravy, šatstva, bydlení, lékařské péče a nezbytných sociálních služeb.
- * Právo na spolurozhodování o léčebných výkonech a postupech.
- * Právo na informovanost o podstatných skutečnostech nemoci.
- * Právo na lidský kontakt, na osobní svobodu.
- * Právo na kultivaci a osobní růst.

Příloha 8 Dotazník „Informovanost veřejnosti o problematice demencí“

Jmenuji se Martina Gallasová. Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Na Zdravotně sociální fakultě studuji obor Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Chtěla bych Vás poprosit o anonymní vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou diplomovou práci na téma „Informovanost veřejnosti o problematice demencí“.

1) Jste ?

Muž

Žena

2) Jaký je Váš věk?

15 - 19 let

20 - 29 let

30 – 39 let

40 – 49 let

50 – 59 let

3) Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Základní

Vyučen/a

Středoškolské

Vyšší odborné

Vysokoškolské

4) V jakém oboru pracujete?

sociální oblast

zemědělství

průmysl

stavebnictví

doprava a spoje

obchod, prodej

služby

kultura

školství

zdravotnictví

ekonomika, účetnictví

výpočetní technika

pojišťovnictví a bankovníctví

státní služba (policie, hasiči,..)

jiný:.....

5) Znáte pojem „demence“?

Ano

Ne

Pokud jste odpověděli ANO, vyberte dle Vašeho názoru nejvýstižnější odpověď:

Demence je vrozené psychiatrické onemocnění .

Demence je získaná globální porucha intelektu, paměti a osobnosti.

Demence je neurologické onemocnění dospělých osob projevující se snížením intelektu.

Demence je získaná porucha paměti.

6) Jaké druhy demence znáte?

Huntingtonova choroba

Demence při Jakob-Creutzfeldově nemoci

vaskulární demence

Pickova choroba

Alzheimerova choroba

korová nemoc s Lewyho tělísky

Demence při Parkinsonově chorobě

Binswangerova nemoc

Pseudodemence při interním onemocnění

jiný druh:.....

7) Znáte ve svém blízkém okolí někoho, kdo trpí některou z výše uvedených demencí?

Ano

Ne

8) Myslíte si, že demence souvisí pouze s vyšším věkem (65 let a více) ?

Ano

Ne

9) U jakého pohlaví je častější výskyt Alzheimerovy choroby?

Ženy

Muži

Nesouvisí s pohlavím

10) Co považujete za varovné příznaky rozvíjející se demence? :

trvalé zhoršování paměti, zapomínání událostí, obsahu rozhovorů
bolesti hlavy
zapomínání slov, nesrozumitelné vyjadřování
ukládání věcí na nesprávná místa
zvýšená spavost
potíže s činnostmi vyžadujícími plán nebo postupné operace (uvaření jídla,
apod..)
neschopnost orientace v prostoru a čase
neschopnost racionálního uvažování
změny nálad a chování
zhoršující se konkrétní myšlení
zhoršující se abstraktní myšlení
změny osobnosti
ztráta životní energie, aktivity a chuti do života

11) Z nabízených možností vyberte podle Vašeho názoru 5 nejvýznamnějších projevů demence:

poruchy paměti
poruchy emotivity
poruchy spánku
poruchy abstraktního myšlení
zmatenost, bludy
potíže s komplexní činností (zaměstnání, domácí práce, sebeobsluha)
poruchy myšlení
deprese, úzkost
poruchy učení
poruchy orientace v čase a prostoru

11) Myslíte si, že je některý druh demence vyléčitelný?

Ano
Ne

Pokud ANO, který:.....

13) Myslíte si, že lze preventivně nějakým způsobem snížit riziko rozvoje tohoto onemocnění?

Ano
Ne

Pokud ANO, uveďte nějaká preventivní opatření:

.....
.....
.....

14) V jakých zařízeních sociální péče může hledat pomoc člověk s tímto onemocněním? Vyberte možnosti:

- Domovy pro seniory
- Domovy – penzióny
- Dům s pečovatelskou službou
- Azylové domy
- Domy na půl cesty
- Hospic
- Léčebna dlouhodobě nemocných
- Stacionáře (denní, týdenní)
- Agentury domácí péče
- Respitní centra

15) Znáte ve svém okolí nějaké sociální zařízení, které se specializuje na klienty s demencí?

- Ano
- Ne

Pokud ANO, uveďte konkrétní příklad:

.....
.....
.....

16) Přispívá stát u nemocných s demencí na sociální služby?

- Ano
- Ne

17) Myslíte si, že dementní člověk je automaticky zbaven práva (na základě stanovení diagnózy „demence“) rozhodovat o své osobě?

- Ano
- Ne

18) Považujete problematiku demencí za závažný společenský problém?

- Ano
- Ne

Děkuji Vám za čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

Příloha 9 Specializovaná péče o pacienty s demencí v Jihočeském kraji

| Název | Město | Celková kapacita |
|---|---------------------|------------------|
| Diakonie ČCE - Středisko Blanka - Domovinka | Písek | 30 |
| Domov pro seniory | Budíškovice | 140 |
| Loucký mlýn | Vodňany | 58 |
| Psychiatrická léčebna | Lnáře u Blatné | 70 |
| Univerzitní centrum pro seniory "PATUP" při ZSF JU, Ústav soc. práce | České Budějovice | |
| ÚSP Hvízdal DPD | České Budějovice | 116 |
| ÚSP MÁJ - Domov pro seniory | České Budějovice | 40 |

Příloha 10 Denní centra v Jihočeském kraji

| Název | Město | Celková kapacita |
|--|------------------|-------------------------|
| Denní stacionář DOMOVINKA | České Budějovice | 22 |
| Denní stacionář při Domovu seniorů Mistra Křišťana | Prachatice | 7 |
| Diakonie ČCE - Středisko Blanka – Vážka | Písek | |
| Domovinka Dačice | Dačice | |
| Domovinka Čekanice | Tábor | 10 |
| G-centrum | Tábor | 12 |
| Gerontologický stacionář Pohoda | Strakonice | 30 |
| Gerontostacionář | Vimperk | |
| Humanika stacionář pro dospělé | Milevsko | 20 |
| Městská charita | České Budějovice | |

(10)

Příloha 11 Domovy pro seniory v Jihočeském kraji

| Název | Město | Celková kapacita |
|---|---------------------|------------------|
| Centrum sociální pomoci Vodňany - domov důchodců | Vodňany | 77 |
| Centrum sociální pomoci Vodňany - dům s pečovatelskou službou | Vodňany | 44 |
| Domov - penzion | České Budějovice | 159 |
| Domov pro seniory | Bechyně | 69 |
| Domov pro seniory | Blatná | 123 |
| Domov pro seniory | Budíškovice | 140 |
| Domov pro seniory | Chýnov | 21 |
| Domov pro seniory | České Velenice | 85 |
| Domov pro seniory | Horní Planá | 110 |
| Domov pro seniory | Horní Stropnice | 48 |
| Domov pro seniory | Kaplice | 54 |
| Domov pro seniory | Prachatice | 99 |
| Domov pro seniory | Soběslav | 60 |
| Domov pro seniory | Strakonice | 120 |
| Domov pro seniory | Strakonice 1 | 50 |
| Domov pro seniory + Ergoterapeutické centrum | Chýnov | 77 |
| Domov pro seniory Budislav | Soběslav | 60 |
| Domov pro seniory Stachy - Kůsov | Stachy | 140 |
| Domov pro seniory Tučapy | Tučapy | 60 |
| Domov pro seniory Třeboň | Třeboň | 58 |
| Domov pro seniory U zlatého kohouta | Hluboká nad Vltavou | 60 |
| Domov klidného stáří sv. Zdislavy | Vimperk | 33 |
| Domy s pečovatelskou službou | Český Krumlov | |
| Dům klidného stáří sv. Anny | Strakonice | 30 |
| Dům s pečovatelskou službou | České Budějovice | 82 |
| Dům s pečovatelskou službou | České Budějovice | |
| Dům s pečovatelskou službou | České Budějovice | |
| Dům s pečovatelskou službou | České Budějovice | |
| Dům s pečovatelskou službou | Kamenný Újezd | |
| Dům s pečovatelskou službou Osek | Strakonice | 16 |
| Prácheňské sanatorium o.p.s. | Písek | 120 |
| Seniorský dům, penzion Rodina | České Budějovice | 8 |

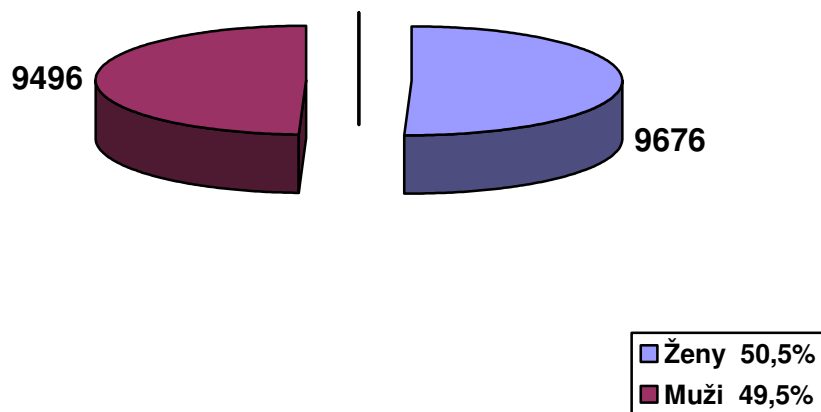
| | | |
|-----------------------------|------------------|-----|
| ÚSP Hvízdal DD | České Budějovice | 156 |
| ÚSP MÁJ - Domov pro seniory | České Budějovice | 126 |

(13)

Příloha 12 Lůžková zdravotnická zařízení v Jihočeském kraji

| Název | Město | Celková kapacita |
|---|-------------------|-------------------------|
| LDN Písek | Písek | 60 |
| Nemocnice - neurologie | Český Krumlov | 88 |
| Nemocnice - neurologie | Písek | 30 |
| Nemocnice - oddělení následné péče | Český Krumlov | |
| Nemocnice, o.p.s. | Vimperk | 80 |
| Okresní nemocnice - LDN, Oddělení ošetrovatelské péče | Jindřichův Hradec | |
| Okresní nemocnice - neurologie | Jindřichův Hradec | |
| Okresní nemocnice - neurologie | Strakonice | |
| Okresní nemocnice - oddělení dlouhodobě nemocných | Strakonice | |
| Volyňská léčebna s.r.o. | Volyně | 73 |

Příloha 13 Demografické údaje města Písek



Zdroj: Český statistický úřad

Příloha 14 Průměrný věk obyvatelstva Jihočeského kraje

| Kraj, okresy <i>Region, districts</i> | Průměrný věk <i>Mean age</i> | | | Index stáří <i>Dependency ratio (65+/0 - 14)</i> | | |
|--|---------------------------------|----------------------|------------------------|---|----------------------|------------------------|
| | celkem <i>Total</i> | muži <i>Males</i> | ženy <i>Females</i> | celkem <i>Total</i> | muži <i>Males</i> | ženy <i>Females</i> |
| Jihočeský kraj | 39,8 | 38,4 | 41,1 | 94,5 | 73,3 | 117,0 |
| České Budějovice | 39,8 | 38,4 | 41,1 | 93,8 | 72,7 | 116,5 |
| Český Krumlov | 38,0 | 37,0 | 39,0 | 69,7 | 55,2 | 85,1 |
| Jindřichův Hradec | 39,7 | 38,3 | 41,1 | 92,4 | 70,8 | 115,3 |
| Písek | 40,8 | 39,2 | 42,3 | 109,8 | 83,9 | 137,4 |
| Prachatice | 38,7 | 37,6 | 39,8 | 80,3 | 62,8 | 98,9 |
| Strakonice | 40,2 | 38,8 | 41,6 | 102,1 | 79,9 | 125,1 |
| Tábor | 40,5 | 39,1 | 41,9 | 106,5 | 82,9 | 131,1 |

Zdroj: Český statistický úřad

Seznam použitých odborných termínů

a- - předpona, která označuje opak, zápor, chybění

abulie – ztráta vůle a iniciativy, neschopnost zahájit činnost

abúzus – nadměrné užívání, zneužívání (napr. alkoholu, léků)

adaptabilita - schopnost přizpůsobení se

afázie - porucha tvorby a porozumění řeči

afekt – krátkodobé prudké citové hnutí, druh emoce

agitovanost - pohybový neklid

agnozie – získaná porucha gnostické schopnosti (chápání)

akineze – nehybnost, neschopnost pohybu, ochrnutí

aneurysma – výduť, rozšíření

apatie – snížení citové reaktivity, minimální nebo žádná citová reakce na zevní podněty

apraxie – ztráta naučených nebo vžitých obvyklých úkonů běžného denního života

arteriola – malá tepna, tepénka

atrofie – zmenšení normálně vyvinutého orgánu

bradypsychismus – duševní zpomalenost

bulbus – koule, kuželovité rozšíření orgánu

degradace – snížení hodnoty, znehodnocení

delirium – kvalitativní porucha vědomí s prudkým průběhem

demyelinizace – zánik dřevnaté pochvy nervových vláken

dermatitida – obecné označení pro zánětlivé onemocnění kůže

destrukce – zničení, rozrušení

deteriorace – zhoršení, poškození zejména rozumových schopností vlivem choroby

diarrhoe - průjem

dysfunkce – porucha funkce

dyskineza – porucha souhry normálních pohybů u některých nervových onemocnění

ekmnezie – nepravdě časově lokalizované vzpomínky

embolus – vmetek, útvar přítomný v krevním řečišti a schopný ucpat některou cévu

emotivita – citovost, součást prožívání a jeho citový doprovod

encefalitida – zánět mozku

encefalopatie – obecný název pro nezánettivé onemocnění mozku

endartritida – zánětlivé postižení vnitřní vrstvy tepen

ergoterapie - léčba prací, součást léčebné rehabilitace a psychoterapie

etiologie – příčina nemoci

etiopatogeneze – popis vzniku nemoci

fatický – týkající se mluvy, řeči

frontální – čelní

geriatrie – lékařský obor zabývající se léčbou starých osob a péčí o ně

gerontologie – obor zabývající se studiem změn lidského organismu ve stáří a zdravotními, psychologickými a sociálními důsledky stárnutí

gnostický – související s myšlením

halucinace – falešný vjem něčeho, co neexistuje

hematom – rozsáhlý uzavřený krevní výron

hemiparéza – částečné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla

hemoragie – krvácení

hydrocefalus – patologicky zvýšené množství mozkomíšního moku v centrálním nervovém systému

hypernatrémie – zvýšená hladina sodíku v krvi

hypertryglyceridemie – zvýšená hladina tryglyceridů v krvi

hypercholesterolemie – zvýšená koncentrace cholesterolu v krvi

hypomimie – snížená funkce obličejových svalů

iatrogenie – poškození nemocného v důsledku negativního působení lékaře nebo zdravotníka

inkontinence – neschopnost udržet moč nebo stolicí

insomnie – nespavost

interkurentní – zároveň se vyskytující, komplikující

involute – zmenšení orgánu přirozenými změnami organismu

ischémie – místní nedokrevnost tkáně a orgánu

kachexie – silná celková sešlost

klinický obraz – souhrn příznaků charakterizující určitou nemoc

klonický – provázení záškuby svalstva

kognitivní – poznávací, vnímající, hodnotící

kognitivní procesy – psychické procesy a operace (vnímání, pozornost, představivost, paměť, myšlení a řeč)

konfabulace – smyšlenka

kontraktura - svalová - chorobné stažení svalu způsobené jeho drážděním z okolí

- kloubní – dlouhodobé postavení kloubu v určité poloze s poruchou jeho pohyblivosti

kontuze – zhmoždění, pohmoždění

malabsorpce – stav, při němž je narušeno vstřebávání i trávení v zažívacím traktu

marker – znak, který je typický pro určité buňky, jeho prokázáním lze tyto buňky v těle odhalit

mikro- předpona označující malý

mnestický - paměťový

morbidity – nemocnost

mortalita – úmrtnost

meningoencefalitida – zánětlivé postižení mozkových obalů a mozku

multi- - předpona označující mnoho

neuropatie – nezápětlivé onemocnění nervů postihující nervy míšní i vegetativní

neurastenie – souhrn duševních a tělesných příznaků, pro něž je typická tzv. drážděná (podrážděnost, únava, bolesti hlavy, bušení srdce apod.)

neverbální – mimoslovní

nitrolební normotonus – normální tlak uvnitř lebky

normotenze – normální krevní tlak

nutrice – výživa

paramnézie – zkreslení vybavených vzpomínek

paranoidní – nadměrně vztahovačný a podezřívavý

patický – citový, podložený emocemi, z citového hnutí vykonaný

patologický – chorobný

pedofilie – pohlavní náklonnost k dětem

peri- - přepona označující kolem, okolo

poly- - předpona označující mnoho

premorbidní – před onemocněním

presenium – období předcházející stáří

prevalence – převaha, převládání

prevence – předcházení nemoci

prodromální – ohlašující příchod nemoci

progrese – postup onemocnění, jeho zhoršování

pseudo- - předpona označující nepravost, zdánlivou podobu

reedukace – postup, jímž se znovu nabývá původní schopnost ztracená chorobou

rekonvalescence – zotavení se z nemoci

resocializace – proces návratu do původního sociálního prostředí

respitní péče – úlevová péče

rigidita – ztuhlost

shunt – umělá cesta pro vstřebávání mozkomíšního moku

schizoforní – rozštěpený, rozdvojený

temporální - spánkový

terminální - konečný, poslední

trombus – krevní sraženina

tremor – třes

vaskulitida – zánětlivé onemocnění cév

verbální – slovní

vigilita – bdělost, jedna ze stránek vědomí