

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**KOMPLEXNÍ PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU  
NEMOCÍ**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:**  
**Mgr. Lenka Motlová**

**5.5. 2008**

**Autor:**  
**Bc. Andrea Řehořová**

## ABSTRACT

### **Comprehensive care for a person with Alzheimer's disease**

The thesis deals with the comprehensive care for a person with Alzheimer's disease. As the population gets old, also the number of people with Alzheimer's disease has been growing. Pursuant the survey, approx. 5 % population in the age of 65 years suffers from the middle up to high degree of dementia; thereof the Alzheimer's disease represents 50–60 %. It's frequency roughly doubles every five years. Alzheimer's disease is approximately the fourth most frequent cause of all the death cases.

The main goal is to find out the extent of knowledge of lay public about Alzheimer's disease in the South Bohemian region. Hereby we mean the information about the care, possibilities of healing, symptoms and prevention of Alzheimer's disease. In connection with these goals the H1 hypothesis was postulated: The lay public was informed of Alzheimer's disease. For achieving the given goal, the method of questioning, the technology of the questionnaire was used. 280 questionnaires were distributed among the persons older than 18 years and they were returned in 86 %. In total, 241 questionnaires were filled in, thereof 230 were filled in correctly and also evaluated. As the most important questions for confirming or not confirming the hypothesis the author determined questions concerning the knowledge of the AD treatment, AD symptoms, knowledge of facilities, consulting centre as well as other activities for the people with AD, occurrence of AD and forms of treatment. It followed from the results that **H1 hypothesis was not confirmed.**

Two partial targets were postulated for the given issue for the completeness sake. The first partial target was to describe the medically social issue of Alzheimer's disease including its impact on all the spheres of the life of man: i.e. biological, psychological as well as social spheres. The second partial goal concerned the survey of services for persons with Alzheimer's disease and their families in the South Bohemian Region.

This thesis may be utilized in future as source of information about Alzheimer's disease for the students of Faculty of Health and Social Studies in České Budějovice and for persons from the lay public who would like to learn more of Alzheimer's disease.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Komplexní péče o člověka s Alzheimerovou nemocí vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 11/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. 5. 2008

Bc. Andrea Řehořová

## **PODĚKOVÁNÍ:**

Děkuji Mgr. Lence Motlové za poskytnutou odbornou pomoc, za vedení a cenné teoretické i praktické rady při zpracování diplomové práce.

Mé poděkování patří také osobám, které mi pomáhaly se sběrem dat, respondentům a pracovníkům, kteří mi poskytli informace o zařízeních, ve kterých pracují.

## OBSAH

ÚVOD .....	- 8 -
1. SOUČASNÝ STAV .....	- 10 -
1.1 Životopis Aloise Alzheimerera .....	- 10 -
1.2 Historie onemocnění .....	- 10 -
1.3 Obecná charakteristika Alzheimerovy nemoci .....	- 11 -
1.4 Dělení Alzheimerovy nemoci .....	- 12 -
1.5 Stadia Alzheimerovy nemoci .....	- 12 -
1.5.1 Počáteční stadium .....	- 13 -
1.5.2 Střední stadium .....	- 13 -
1.5.3 Pozdní stadium .....	- 13 -
1.6 Etiologie Alzheimerovy nemoci .....	- 14 -
1.7 Klinický obraz .....	- 14 -
1.7.1 Poruchy paměti .....	- 15 -
1.7.2 Potíže s orientací v čase a v prostoru .....	- 15 -
1.7.3 Poruchy rozumových schopností a motorické potíže .....	- 16 -
1.7.4 Poruchy řeči .....	- 16 -
1.7.5 Poruchy chování .....	- 16 -
1.7.6 Poruchy sexuality .....	- 17 -
1.7.7 Poruchy osobnosti .....	- 17 -
1.8 Diagnostika Alzheimerovy nemoci .....	- 17 -
1.8.1 Anamnéza .....	- 18 -
1.8.2 Fyzikální vyšetření .....	- 18 -
1.8.3 Hodnocení mentálního a funkčního stavu .....	- 19 -
1.8.4 Laboratorní a další pomocná instrumentální vyšetření .....	- 20 -
1.9 Léčba Alzheimerovy nemoci .....	- 21 -
1.9.1 Farmakologická léčba .....	- 22 -
1.9.1.1 Antidepresiva .....	- 22 -
1.9.1.2 Neuroleptika .....	- 23 -
1.9.1.3 Hypnotika .....	- 23 -
1.9.1.4 Kognitiva .....	- 23 -
1.9.2 Nefarmakologická léčba .....	- 23 -
1.9.2.1 Arteterapie .....	- 24 -
1.9.2.2 Bazální stimulace .....	- 25 -
1.9.2.3 Canisterapie .....	- 26 -
1.9.2.4 Ergoterapie .....	- 26 -
1.9.2.5 Kinezioterapie .....	- 26 -
1.9.2.6 Muzikoterapie .....	- 27 -
1.9.2.7 Psychowalkman .....	- 27 -
1.9.2.8 Reminiscenční terapie .....	- 28 -
1.9.2.9 Trénování paměti .....	- 28 -
1.9.2.10 Validace .....	- 29 -
1.9.2.11 Videotrénink interakcí .....	- 30 -
1.10 Prevence Alzheimerovy nemoci .....	- 31 -
1.11 Komunikace s lidmi s Alzheimerovou nemocí .....	- 31 -

1.12 Zdravotní a sociální péče o člověka s Alzheimerovou nemocí .....	33 -
1.13 Zařízení a služby pro osoby s Alzheimerovou nemocí .....	34 -
1.13.1 Zařízení zdravotní péče .....	35 -
1.13.2 Služby sociální péče .....	36 -
1.13.3 Sociální poradenství .....	37 -
1.13.4 Služby sociální prevence .....	38 -
1.14 Lidé s Alzheimerovou nemocí v domácí péči .....	39 -
1.14.1 Rady v péči o pacienta s Alzheimerovou nemocí .....	40 -
1.14.2 Řád, pravidelnost a odpočinek .....	41 -
1.14.3 Výživa člověka s Alzheimerovou nemocí .....	41 -
1.14.5 Domácí a nápomocné prostředí pro lidi s Alzheimerovou nemocí .....	41 -
1.14.6 Připravenost na emoční výbuchy .....	42 -
1.14.7 Potřeby pečovatele .....	43 -
1.14.8 Pomoc rodině pečující o osobu s Alzheimerovou nemocí .....	43 -
1.15 Česká alzheimerská společnost .....	44 -
1.15.1 Projekt Vážka (Libella Pragensia) .....	44 -
1.15.2 Pomerančový týden .....	45 -
1.15.3 Kontaktní a informační centrum .....	45 -
1.15.4 Projekt Bezpečný návrat .....	46 -
1.16 Sociální péče .....	46 -
1.16.1 Dávky sociální péče .....	47 -
1.16.2 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené osoby .....	47 -
1.16.3 Invalidní důchod .....	48 -
1.16.4 Příspěvek na péči .....	50 -
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....	52 -
2.1 Cíle práce .....	52 -
2.2 Hypotéza .....	52 -
3. METODIKA .....	53 -
3.1 Použité metody a techniky sběru dat .....	53 -
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	53 -
4. VÝSLEDKY .....	55 -
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu .....	55 -
5. DISKUSE .....	76 -
6. ZÁVĚR .....	83 -
7. POUŽITÉ ZDROJE .....	85 -
8. KLÍČOVÁ SLOVA .....	91 -
9. PŘÍLOHY .....	92 -

**Motto:** „Alzheimerova demence je k postiženým vlastně milosrdná: svou osobnost ztratí totiž natolik, že si nemoc záhy přestanou uvědomovat, a tedy se jí i trápí. Přesto přesně vnímají, jestli je o ně dobře postaráno a jsou-li k nim ostatní vlídní“ (69)

## ÚVOD

Klesající porodnost a snižování mortality ve všech věkových skupinách, díky pokrokům dnešní medicíny, má za následek to, že celosvětově narůstá procento seniorů v populaci. Tím, že populace stárne, přibývá i lidí s Alzheimerovou nemocí. Podle průzkumů trpí asi 5 % populace ve věku 65 let středním, až těžkým stupněm demence, z toho je asi 50–60 % zastoupena Alzheimerova choroba. Její četnost se pak každých pět let přibližně zdvojnásobí. Alzheimerova nemoc je čtvrtou, až pátou nejčastější příčinou všech úmrtí.

Pro Alzheimerovu nemoc je typický pomalý, plíživý začátek, na jehož počátku se objevují poruchy paměti, které jsou někdy nenápadné. Laická veřejnost často nepokládá první varovné příznaky za příznaky nějaké nemoci, ale za součást běžného stárnutí, čímž se oddaluje zahájení komplexní péče, kterou takto nemocní lidé potřebují. Včasná diagnóza Alzheimerovy nemoci dává pacientovi šanci průběh nemoci zpomalit a také zlepšit kvalitu jeho života. K tomu pomáhá symptomatická léčba a především využití co nejvíce dostupných terapeutických možností.

Myslím si, že právě nízká informovanost veřejnosti o Alzheimerově nemoci má za důsledek nevhodné chování a přístup k lidem trpícím právě touto nemocí. Proto bych chtěla zjistit, zda má veřejnost informace o této chorobě, kterou může onemocnět kdokoli.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit míru informovanosti laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby. Problematikou myslím informovanost o péči, možnostech léčby, příznacích a prevenci Alzheimerovy nemoci. Pro dosažení tohoto cíle byl zvolen kvantitativní výzkum, který byl proveden metodou dotazování, technikou dotazníku.



Pro dokreslení diplomové práce byly stanoveny dva dílčí cíle. Prvním dílčím cílem bylo popsat zdravotně sociální problematiku Alzheimerovy nemoci a druhým dílčím cílem bylo zmapovat možnosti poskytování komplexní zdravotní a sociální péče osobám s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinám v Jihočeském kraji.

Hlavní důvod, proč jsem si pro svou diplomovou práci zvolila téma Komplexní péče o člověka s Alzheimerovou nemocí, byl, že bych se v budoucnu chtěla věnovat práci se seniory. Dalším důvodem pro vybrání této tematiky bylo mé osobní setkání s lidmi trpícími touto nemocí v průběhu mé povinné praxe během studia na vysoké škole, přičemž mě zaujal různý způsob péče, který jim je poskytován v jednotlivých zařízeních, poskytujících sociální služby.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Životopis Aloise Alzheimerera

Alois Alzheimer (**Příloha 1**) se narodil 14. června 1864 v Markbreitu. Studoval na univerzitách v Berlíně, Tübingenu a Würzburgu. V dubnu 1884 se oženil s Nathalií Geisenheimerovou a z jejich manželství vzešly tři děti (**32**).

Roku 1906 na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingen Alois Alzheimer demonstroval případ 51leté pacientky, paní Augusty D., která byla přijata do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem se známkami demence v listopadu roku 1901. Alzheimer kasuistiku publikoval v roce 1907 pod názvem „Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde“ (O svérázném onemocnění kůry mozkové) (**22**). Tato publikace je základním kamenem pojmu Alzheimerovy nemoci (**32**).

Po svém odchodu z Frankfurtu v roce 1903 působil Alzheimer krátce v Heidelbergu a pak v Mnichově (**22**), kde působil na královské psychiatrické klinice (Königliche Psychiatrische Klinik) (**32**). Svého profesionálního vrcholu dosáhl v roce 1912, kdy se stal ředitelem Psychiatrické a neurologické kliniky Slezské univerzity Friedricha Viléma ve Vratislavi, kde působil až do své smrti (**22**). Alzheimer zemřel na ledvinové selhání 19. prosince 1915. Pochován je společně s manželkou ve Frankfurtu nad Mohanem (**32**).

### 1.2 Historie onemocnění

První zmínky o Alzheimerově nemoci se datují od konce 19. století. Již v roce 1892 popsal Bloc Marinesco senilní plaky. Východiskem pro pojmenování dnes nejčastějšího druhu demence – Alzheimerovy nemoci – je však až přednáška Aloise Alzheimerera na 37. schůzi psychiatrů. Jeho vlastním objevem byly „Alzheimerovy změny neurofibril“, neuronální klubka (tangles), která našel na třetině neuronů (**22**).

Alzheimer při vyšetřování mozku paní Augusty D., která zemřela s diagnózou těžké demence, zjistil, že senilní plaky prostupují horní vrstvy kůry tak masivně, že jsou viditelné dokonce v nebarvených preparátech (32).

Oficiálně pojmenoval presenilní demenci s nálezem klubek a senilních plaků po Alzheimerovi Kraepelin ve své učebnici psychiatrie z roku 1910. Odlišení Alzheimerovy nemoci od běžné senilní demence zdůvodňoval výskytem ložiskových korových příznaků – „těžkou demencí, řečovou poruchou, spastickými jevy a apoplektickými epizodami“ (22). Kraepelina vedl k samostatnému vymezení Alzheimerovy choroby hlavně rozdílný věk, v němž Alzheimerova (presenilní) demence začínala.

Následujících osmdesát let, po Kraepelinu pojmenováním, bylo poznamenáno určitými názvoslovnými zmatky, a až Katzman v roce 1976 navrhl sloučení pojmu presenilní Alzheimerovy nemoci a senilní demence Alzheimerova typu do rámce jediné nozologické jednotky (22).

### ***1.3 Obecná charakteristika Alzheimerovy nemoci***

Alzheimerova nemoc (dále jen AN) je známá pod několika názvy – demence Alzheimerova typu, senilní demence Alzheimerova typu, Alzheimerova demence a Alzheimerova choroba (60).

Hlavním příznakem AN je demence, která postupuje od ztráty paměti na čerstvé události, přes ztrátu vzpomínek na události vzdálenější až po neschopnost rozpoznávat předměty, osoby a vykonávat komplexnější úkoly (43). AN postihuje všechny skupiny obyvatelstva a není omezena jen na jednu určitou sociální vrstvu, pohlaví, etnickou skupinu nebo na určité území (20). Toto onemocnění dříve považované za vzácné, se vyskytuje u 5 % populace starší 65 let a u téměř třetiny populace starší 85 let (18). AN je nejčastěji se vyskytující demencí vůbec a připadá na ni 50 až 60 % všech demencí (74).

AN je primární onemocnění šedé kůry mozkové. V průměru onemocnění trvá 9 let (rozmezí 2-12 let) (49). Tato nemoc bývá označována za čtvrtou až pátou nejčastější

příčinu všech úmrtí (4). AN je, obecně řečeno, charakterizována atrofií. Dochází ke značnému úbytku buněk a senilní plaky a neuronální klubka se objevují v mnohem větším počtu než při normálním průběhu stárnutí (60).

Typický pro všechny pacienty s AN je plíživý, nenápadný začátek onemocnění s trvale progredujícím zhoršováním duševních schopností. U nemocných, kde progrese propuká před dosažením 65 let, je progrese AN rychlejší ve srovnání s nemocnými, u nichž nemoc začala až po 75. roce věku (65). Podle odhadů je v České republice AN postiženo asi 80-130 tisíc lidí. Vzhledem k tomu, že populace stárne, se tento počet v příštích letech významným způsobem zvýší (19).

#### ***1.4 Dělení Alzheimerovy nemoci***

U Alzheimerovy nemoci se rozeznávají dva typy, familiární forma a senilní forma.

Familiární forma AN (vrozená) postihuje osoby nad 50 roků. U těchto nemocných bývají nalézané změny chromozomů 14, 19, 21. Předpokládá se autozomálně dominantní dědičnost s velmi nízkým stupněm penetrace (74). Názory vědců na výskyt se liší: podle některých má na svědomí 5 %, podle jiných pouze 1 % všech případů (17).

Senilní forma (sporadický typ) AN, jenž postihuje zejména starší osoby a má na svědomí více než 80 % nemocných s AN (74). Vzniká po 65. roce věku, většinou kolem 80 let (41). Etiologie není dosud objasněna a předpokládají se multifaktoriální vlivy jako zánětlivé, pomalé viry, hliník a těžké kovy a vlivy zevního prostředí (74).

#### ***1.5 Stadia Alzheimerovy nemoci***

Průběh nemoci lze systematicky rozdělit na tři stadia (18). Členění na stadia slouží jako průvodce průběhem nemoci. Některé příznaky se vyskytují ve všech stadiích onemocnění (20). Přejít mezi jednotlivými stadii může trvat i několik let (17).

### *1.5.1 Počáteční stadium*

Počáteční stadium, nebo-li časná fáze, nemoci je často přehlíženo. Profesionálové, příbuzní i přátelé nemocného je nesprávně považují za příznaky stárnutí **(20)**. Nemocný si handicap uvědomuje a snaží se ho před okolím tajit **(18)**. Protože AN začíná pozvolna, bývá těžké určit přesnou dobu počátku nemoci. Mezi první příznaky AN patří horší vyjadřování, obtíže v nových situacích, zhoršení krátkodobé paměti, zhoršení orientace v čase i prostoru, potíže s rozhodováním, ztráta iniciativy a motivace, ztráta zájmu o koníčky, depresivní nálada, apatie či naopak agresivní chování **(20)**. Postupně u nemocného dochází k úpadku v eticko-estetické sféře a ochuzení myšlení **(4)**.

### *1.5.2 Střední stadium*

V období středního stadia, nebo-li intermediální fáze, dochází k významnému prohloubení problémů časné fáze **(74)**. S postupem AN se problémy zvyrazňují a stále více znesnadňují nemocnému každodenní život **(20)**, pacient vyžaduje častý či převážný dohled **(18)**. V tomto stadiu se postupně rozvíjejí poruchy kognitivních funkcí **(4)**. Nemocný si nepamatuje nedávné události a jména, není schopen vést bez problémů samostatný život, není schopen vařit, uklízet a nakupovat, zhoršuje se jeho soběstačnost, velmi špatně se vyjadřuje, potřebuje pomoc s osobní hygienou **(20)**. V této fázi se mohou vyskytnout bludy a halucinace. Například se mu bude zdát, že je v místnosti ještě další osoba. To může nemocného často zneklidnit, zejména v noci mohou pacienti neklidně a bezcílně bloudit **(19)**.

### *1.5.3 Pozdní stadium*

V pozdním stadiu, nebo-li v terminální fázi, dochází k úplnému rozkladu osobnosti nemocného a ten se stává zcela závislým na okolí **(74)**. Nemocný je odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit **(18)**. Ztráta paměti je velmi pokročilá a choroba způsobuje i zhoršení tělesného stavu. Nemocný obtížně polyká, nepoznává příbuzné ani dobře známé předměty, není schopen porozumět nebo se vyjádřit, špatně chodí, neudrží moč ani stolici a je imobilní **(20)**.

## ***1.6 Etiologie Alzheimerovy nemoci***

Dostupná data svědčí o multifaktoriální etiologii AN, na níž se podílejí jak genetické, tak i environmentální rizikové faktory. Environmentálními rizikovými faktory se myslí toxické látky v prostředí, poškození mozku v důsledku traumat, ale i některá onemocnění a působení pomalých virů apod. **(24)**.

Výzkum nebezpečných faktorů způsobujících demenci začal teprve nedávno a tyto faktory zůstávají stále velkou neznámou **(50)**. Mezi podezřelé faktory způsobující AN patří genetické, zánětlivé, virové a některé faktory ze životního prostředí **(17)**.

Mnoho epidemiologických studií potvrdilo, vcelku logicky, věk jako rizikový faktor. Prevalence AN se zdvojnásobuje ve věkovém rozmezí 60-90 let každých 4,5 roku **(25)**. Rodinná anamnéza demence zvyšuje riziko vzniku třikrát až čtyřikrát, zejména ve věku nad 80 let. Dalším rizikem pro rozvoj AN je ženské pohlaví **(49)**. Některé studie poukázaly na větší prevalenci AN u negramotných a méně vzdělaných lidí **(25)**. Do souvislosti s AN se v poslední době dává také cévní onemocnění a poranění hlavy **(20)**.

Z genetického hlediska jsou změny související s AN nejspíše zakódovány na chromozomech 1, 14, 19 a 21 **(25)**. Hlavními patologicko-anatomickými příznaky AN jsou zvýšené četnosti senilních plaků v kůře mozkové, přítomnost neuronálních klubek, numerické atrofie neuronů a dendritických systémů a amyloidová angiopatie **(49)**.

## ***1.7 Klinický obraz***

Průběh AN bývá charakterizován progresivním zhoršováním stavu. V počátečních stadiích dochází ke změně osobnosti. Prvními příznaky bývají sklony k zapomnětlivosti, ztráta dřívějších zájmů, ochuzení myšlení, apatie, úpadek v etické a estetické sféře. Dále přicházejí poruchy řeči, soudnosti, logického úsudku, prostorové orientace a představivosti **(30)**. V pozdním stadiu se zhoršuje zdravotní stav člověka s AN, který špatně chodí, neudrží moč či stolici a zůstává upoután na vozík nebo lůžko **(20)**. Pacienti s AN nejčastěji umírají na některé interkurentní onemocnění, jako jsou

například plicní záněty, následky úrazů. AN vážně snižuje obranyschopnost, autosanační procesy a adaptabilitu **(56)**.

Změny, které nastávají v klinickém obraze u lidí s AN, se dají rozdělit do 3 skupin:

- a) kognitivní poruchy,
- b) omezení v aktivitách denního života,
- c) behaviorální a psychologické symptomy u demence (BSPD) **(64)**.

### *1.7.1 Poruchy paměti*

Podle Topinkové (1999) je paměť typicky postižena již ve velmi časně fázi AN. Typické jsou potíže s učením se novým informacím, zejména podržení nově získané informace a její opětovné vybavení **(65)**. Nejvíce bývá postižena krátkodobá paměť, naopak výbavnost u dlouhodobé paměti může být ještě po nějakou dobu zachována **(16)**. Toho lze využít v tzv. reminiscenční terapii **(65)**. V pozdějším stadiu pacienti nahrazují výpadky paměti konfabulacemi, tj. nápady hodícími se jako odpovědi, ale neodpovídajícími pravdě **(30)**. Nemocný si obtížně vybavuje nedávné události, či vlastní jména **(64)**. V posledních fázích AN je paměť porušena tak silně, že dochází k amnestické dezorientaci pacienta. Nemocní jsou pak zcela dezorientováni v místě, čase a nezdědka i v sociálních vztazích **(16)**.

### *1.7.2 Potíže s orientací v čase a v prostoru*

Vytrácí se schopnost časového rozvržení dne, dochází k zaměňování dne a noci. Člověk se ztrácí v rodinném prostředí **(66)**. Porucha prostorové orientace se projevuje tím, že pacienti s AN se přestanou orientovat v jim dobře známých místech, zapomenou cestu domů a v pozdějších stadiích bloudí i ve svém bytě **(29)**. Lidé s AN dále ztrácí prostorovou představivost, která se může projevovat tím, že nejsou schopni překreslit trojrozměrný obraz, složit podle předlohy prostorový obraz z kostek apod. **(65)**.

### *1.7.3 Poruchy rozumových schopností a motorické potíže*

Narušuje se soudnost, abstraktní myšlení, nedostává se schopnosti řešit problémy a rozhodovat se. Jde o poruchu při vykonávání jednoduchých úkonů. Člověk najednou neví, jak používat nejobyčejnější předměty (např. vidličku), není soběstačný **(65)**.

### *1.7.4 Poruchy řeči*

V počátečních fázích jde o zhoršení plynulosti řeči **(65)**. Člověk s AN obtížně nachází správné slovo, jeho slovní zásoba se redukuje, vytváří si nová slova **(66)**. V pozdějším stadiu se rozpadá u nemocného i struktura vět. Schopnost porozumět jednoduchým pokynům, slovům a napsat je však zůstává poměrně dlouho zachována. V konečných fázích je pacient schopen říci pouze několik slov, nakonec zcela ztrácí schopnost mluvit i rozumět (globální afázie) **(65)**. Někdy se u pacientů s AN, podle Jiráka (1998), vyskytuje tzv. afaticko-aprakticko-agnostický syndrom. Tento název označuje poruchy řeči, účelného zacházení s věcmi a poznávacích funkcí. Afázie se vyskytuje v podobě sensorické afázie, kdy nemocný není schopen porozumět slyšenému slovu při dobře zachovaném sluchu, nebo motorická afázie, která způsobuje neschopnost tvorby srozumitelné řeči při neporušených mluvidlech. Lehčí formy se nazývají parafázie, projevující se např. komolením slov nebo nesprávnou větnou skladbou. Apraxie je neschopnost provádět naučené výkony a astereognózie je neschopnost rozeznat pravou a levou stranu **(30)**.

### *1.7.5 Poruchy chování*

Poruchy chování se objevují u 50–80 % pacientů. Označují se jako BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementi) a zahrnují afektivní poruchy, zejména deprese a úzkost, poruchy emotivity, nekontrolovatelné afekty, či naopak tupou euforii **(65)**. Tupou euforií se označuje spokojená nálada bez přiměřené emoční reaktivity na vnější podněty **(29)**. Příznačný je tělesný neklid, zvýšená pohyblivost, což se projevuje stereotypními pohyby – chození bez cíle, neustálé chození



na WC apod.. Dalšími projevy jsou prudké změny nálady, agresivita, útky, lhostejnost (64). U pacientů s AN se často objevují depresivní nálady (41).

#### *1.7.6 Poruchy sexuality*

Někdy se může u lidí s AN vyskytnout nezám o intimní projevy a někdy je však situace opačná. U nemocného se mohou projevit přílišné sexuální požadavky nebo takové způsoby chování, které jsou jeho partnerovi nepříjemné. Nepřiměřené sexuální chování, ale není časté, projevuje se svlékáním se na veřejnosti, osaháváním vlastních pohlavních orgánů či dotýkání se druhých osob nepřiměřeným způsobem (20).

#### *1.7.7 Poruchy osobnosti*

Kromě kognitivních poruch se u nemocných AN v různé míře vyskytují i poruchy osobnosti (65). Osobnost nemocného se mění velmi brzy. Objevuje se egocentrismus, egoismus, sobeckost, podezíravost a nemocní o sebe přestávají pečovat (49). Jedná se zejména o menší otevřenost, ztrátu zájmů, vnímavosti a vřelosti ve vztazích a projevování citů vůči druhým a nezodpovědnost (65). Osoby postižené AN ve srovnání s jinými demencemi poměrně časně si přestanou uvědomovat svou chorobu, přestávají se cítit nemocnými. Dochází k degradaci osobnosti, především k úbytku etickoestetických schopností a návyků (29). Často se u nich objevuje inkontinence (4).

### ***1.8 Diagnostika Alzheimerovy nemoci***

U diagnózy je velmi důležité, aby byla včas stanovena, protože jen tehdy může být zahájena včasná léčba a oddálení průběhu nemoci (40). Pro určení přesné diagnózy potřebujeme několik vyšetření, která jednak odpoví na otázku, jaká je příčina pozorovaných změn či zda jsou tyto změny skutečně důsledkem AN (19).

K problému diagnostiky AN je třeba zdůraznit, že v současnosti neexistují rutinně dostupné diagnostické metody. Její diagnóza by měla být stanovena až po vyloučení všech vaskulárních a sekundárních symptomatických demencí (74). Diagnózu

provádíme především na podkladě psychiatrického vyšetření a typického klinického obrazu i anamnézy (29). Diagnostika AN je založena na kombinaci charakteristických příznaků, které zahrnují vždy postižení paměti a alespoň jedné další složky kognice, jako je afázie, akalkulie, apraxie, porucha prostorové orientace a vylučovacích kritérií, jelikož je nutno vyloučit např. depresi, tumory nebo jiné demence. Z klinického pohledu se rozlišuje AN pravděpodobná (jsou splněna všechna kritéria), možná (průběh je atypický, např. s převažujícím postižením řeči) a definitivní. Definitivní AN je neuropatologická diagnóza, tzn., že musí být u pacienta s demencí prokázány, při pitvě nebo bioptickém vzorku, typické změny v mozkové tkáni (amyloidové plaky, neurofobriální klubka a úbytek neuronů) (22).

### *1.8.1 Anamnéza*

Cílená anamnéza je nejdůležitější částí celého vyšetřovacího programu. V případě AN nelze spoléhat pouze na informace poskytnuté pacientem, neboť údaje nemusí být spolehlivé. Potřebná data se proto také získávají nejčastěji od pečujících rodinných příslušníků nebo přátel. Pátrá se zde po časných příznacích demence, ověřuje se začátek symptomů, délka trvání, charakter a rychlost progresu. Kladou se otázky týkající se jednotlivých oblastí kognice, poruch osobnosti, chování a soběstačnosti. Zvláštní pozornost by se měla věnovat sociální anamnéze. Zjišťují se údaje o vzdělání, zaměstnání, a tím se odhaduje premorbidní inteligence pacienta. Dále se probírá současná sociálně ekonomická situace, možnosti a ochota rodinných příslušníků dále o pacienta pečovat, rozsah poskytované péče, její dostupnost a využití profesionálních pečujících. Tato data umožní lékaři navrhnout individualizované řešení podle aktuální situace pacienta (65).

### *1.8.2 Fyzikální vyšetření*

Nezbytné je orientační interní (krevní tlak, kardiální funkce, kyfotické šelesty, stav výživy), neurologické (fokální výpady funkce, primitivní reflexy, extrapyramidový syndrom, poruchy chůze a rovnováhy, neuropatie, úbytek čichu-typický pro AN)

a psychiatrické vyšetření (deprese, úzkost, bludy). Významné je odhalení smyslových defektů, neboť mohou zvyšovat sociální izolaci, omezovat smyslovou stimulaci a prohlubovat funkční důsledky demence. Fyzikální vyšetření umožní posoudit i stav osobní hygieny a vyslovit podezření na týrání **(65)**.

### *1.8.3 Hodnocení mentálního a funkčního stavu*

Pro objektivní hodnocení kognitivního deficitu a funkčních schopností se doporučují standardizované testy **(65)**. Jedná se o neuropsychologické testy, které potvrdí a upřesní postižení paměti a dalších kognitivních funkcí **(22)**. Pro zvýšení diagnostické přesnosti se doporučuje provést současně test MMSE a Test hodin **(64)**.

a) **MMSE** (Mini Mental State Examination, neboli Krátká škála mentálního stavu) je nejpoužívanější test pro globální hodnocení kognitivních funkcí starších osob v klinické praxi **(64)**. Podle tohoto testu se dá stanovit i hloubka závažnosti demence **(49)**. Koukolík tvrdí, že MMSE spolehlivě určuje střední a těžkou demenci, nikoli počínající a lehkou **(37)**. MMSE objektivizuje a kvantifikuje kognitivní poruchu ve více oblastech. Test umožňuje zhodnocení:

- a) orientace,
- b) okamžité paměti a vybavnosti,
- c) pozornosti,
- d) faktických (řeč), gnostických (rozpoznání) a praktických (zacházení s předměty) funkcí včetně zrakově prostorové schopnosti (kreslení), čtení, psaní a počítání **(64)**.

MMSE je zkouškou, která obsahuje základní orientaci v čase, místě a prostoru, schopnost vštípit si a vybavit 3 věci, jednoduché řečové a kresebné zkoušky **(29)**. MMSE se stává ze 30 otázek a činností, jejichž správné provedení se hodnotí vždy jedním bodem. Celkové bodové skóre MMSE se pohybuje v rozmezí 0 až 30 bodů, kdy hodnota 30 bodů znamená bezchybné provedení všech úkolů a 0 bodů neschopnost provést kterýkoli z nich. Kognitivně intaktní dospělí obvykle dosahují 29–30 bodů. Staří lidé nad 75 let pak v průměru 27– 28 bodů. Za abnormální se považuje skóre 24 a méně

bodů **(64)**. Počet bodů nižší než 23 s vysokou pravděpodobností určí střední až těžkou AN **(37)**. U pacientů s méně než osmiletým vzděláním a věkem nad 80 let se hodnota patologického skóre snižuje na 22 bodů a méně. Senzitivita testu je 87 % a specifika 82 % pro diagnózu demence **(64)**. **(Příloha 2)**

b) **Test hodin** (Clock test) představuje citlivou metodu pro odhalení již počátečních stádií Alzheimerovy choroby **(63)**. Vhodně doplňuje MMSE. Přes zdánlivou jednoduchost umožňuje komplexně zhodnotit kognitivní funkce:

- a) paměť,
- b) vizuálně konstrukční schopnosti,
- c) výkonné funkce (představivost) **(64)**.

V testu je pacient požádán, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a nastavil ručičky na určitý čas **(29)**. Hodnotí se základní vlastnosti hodin: ciferník, správnost umístění číslic v jednotlivých kvadrantech a umístění ručiček. Pro lehké formy demencí jsou typické chyby v umístění a délce ručiček. U závažnějších poruch dochází k rozpadu kresby – číslice jsou v nesprávných kvadrantech, v chybném pořadí, až po chybění kresby odpovídající hodinám. Pro hodnocení se používá jednoduché bodové skóre: 1 bod (bezchybné provedení) až 6 bodů (hodiny nejsou zakresleny). Jako abnormální se udává skóre 3 a více bodů, které je obvyklé pro demenci **(64)**.

#### *1.8.4 Laboratorní a další pomocná instrumentální vyšetření*

Laboratorní vyšetření slouží k odlišení jiných onemocnění a pro upřesnění diagnózy. Provádí se vyšetření krevního obrazu, moče a základní biochemie. Dalšími pomocnými vyšetření jsou EEG, EKG, monografie karotid a vyšetření mozkomíšního moku **(65)**. Užitečné je také vyšetření mozku pomocí zobrazovacích metod, jako je počítačová tomografie (CT), nebo nukleární magnetická rezonance (MR) **(19)**. Tyto zobrazovací metody ukazují zejména mozkové atrofie – zúžení mozkových závitů a rozšíření prostor kolem nich, rozšíření mozkového komorového systému **(29)**. Mohou také odhalit například mozkové nádory či jiné ložiskové leze, které mohou za určitých

okolností způsobit obdobné příznaky. Těmito metodami lze také sledovat průběh onemocnění na základě srovnávání dříve a později pořízených snímků (19).

Často lze klinicky stanovit diagnózu pouze per exclusionem, vyloučením jiných typů demencí. Je třeba provádět důkladné somatické vyšetření pacienta a využít veškeré dostupné pomocné vyšetřovací metody (4). Diagnóza se stanovuje na základě mnoha různých klinických a laboratorních testů, jako tzv. diferenciální diagnóza – tedy po vyloučení ostatních možných příčin pozorovaných příznaků.

Holmerová (2004) rozděluje nezbytná vyšetření pro stanovení diagnózy AN do tří skupin:

1. Vyšetření neuropsychologického stavu pomocí standardních testů. Testy tvoří soubory otázek, jejichž cílem je zjistit úroveň kognitivních schopností pacienta, jako jsou paměť, pozornost, logické uvažování a schopnost vykonávat motorické úkoly.
2. Vyšetření hlavy a mozku pomocí CT nebo magnetické rezonance s cílem vyloučit ostatní choroby, jež se mohou projevovat podobnými příznaky.
3. Podrobné klinické vyšetření s cílem vyloučit ostatní chorobné stavy nebo onemocnění schopné vyvolat obdobné příznaky jako AN (např. poruchy štítné žlázy) (21).

### ***1.9 Léčba Alzheimerovy nemoci***

Léčba AN musí být komplexní. Zahrnuje farmakoterapii, psychosocioterapii, rehabilitaci tělesných funkcí, ale samozřejmě i práci s rodinou a dalšími pečovateli nemocného (32). Léčby se účastní lékař – psychiatr nebo neurolog ve spolupráci s praktickým lékařem, psycholog, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, socioterapeuti a především rodina. Na léčbě se podílejí i specialisté z jiných oborů (29).

Zatím neexistuje bohužel žádný lék, který by AN vyléčil. Existují ovšem léky, které mohou u pacientů zlepšit paměť a další mozkové funkce a také působí příznivě na průvodní příznaky onemocnění. Dále se předpokládá, že jsou schopny zpomalit či pozastavit průběh onemocnění, což ve svém důsledku přinese pacientům a jejich

rodinám ještě několik měsíců či let kvalitního života a pacienti mohou zůstat co nejdéle v domácím prostředí. Jedná se o tzv. inhibitory acetylcholinesterázy **(19)**.

Podle Webera (2000) je velmi obtížné stanovit jednotný algoritmus léčby AN vzhledem k složitě a zatím málo objasněné příčině AN (74). Léčba AN má být komplexní, zahrnující jak metody biologické, tak i metody psychosociální **(29)**.

Cíle léčby se mohou v jednotlivých fázích onemocnění lišit:

- a) V počátečních fázích se zaměříme na ovlivnění rizikových faktorů, včasnou a přesnou diagnózu a léčbu. Cílem je zlepšení nebo udržení kognitivního deficitu.
- b) U pokračující demence je cílem zpomalení progresu a udržení soběstačnosti.
- c) V konečných fázích zdůrazňujeme paliativní postupy, ošetrovatelskou a pečovatelskou péči **(64)**.

### *1.9.1 Farmakologická léčba*

Pro nemocné s AN jsou k dispozici léky, které mohou oddálit rozvoj kognitivní poruchy a pomohou zvládnout další příznaky onemocnění (zejména poruchy chování a psychologické symptomy demence) **(20)**. Samotná farmaka však nestačí, je nutná komplexní léčba. Významná je psychoterapie, zaměřená na reedukaci paměti. Nezbytná je také sanace přidružených tělesných chorob, dostatečná hydratace a alimentace **(4)**.

#### 1.9.1.1 Antidepresiva

Při poruchách emotivity je někdy nutné použít antidepresiva **(29)**. Antidepresiva jsou léky působící na patologicky pokleslou náladu a další příznaky depresivního syndromu **(62)**. Používají se moderní antidepresiva, která nemají vedlejší účinky, tedy nezhoršují paměť, podstatně nezrychlují srdeční puls, nepůsobí sucho v ústech apod.**(29)**. Jedná se např. o Vivalan, Lerivon, Coaxil **(31)**.

#### 1.9.1.2 Neuroleptika

Neuroleptika se používají pře neklidech, včetně potlačení delirií, paranoi i poruch vnímání **(31)**. Používaná neuroleptika musí mít co nejméně nežádoucích vedlejších příznaků, musí být dobře tolerovaná a jejich využití je přechodné **(29)**. Zástupcem neuroleptik je např. Haloperidol, Melperon, Tiapridal **(34)**.

#### 1.9.1.3 Hypnotika

Hypnotika jsou psychotropní látky navozující spánek **(62)**. Při poruchách spánku jsou buď používána hypnotika, nebo některá neuroleptika, či výjimečně také látka clomethiazol **(29)**. Hypnotika prodlužují spánek, urychlují usnutí a snižují počet nočních probouzení **(62)**. Do této skupiny léků patří např. Zolpidem, Imovane, Zopiclon **(31)**.

#### 1.9.1.4 Kognitiva

Kognitiva jsou psychofarmaka, která jsou určena pro zlepšení poznávacích funkcí. Výzkumy prokázaly, že transmitterem, který zajišťuje kognitivní funkce, je acetylcholin. Acetylcholin vzniká z cholinu, který lze nahradit lecitinem. Proto vysoké látky lecitinu v kombinaci s piracetamem dovedou zlepšit stav nemocných a přibrzdit AN. Zatím nejúspěšnější léčbou AN je útlum aktivity cholinesterázy, tedy enzymu, který acetylcholin odbourává **(3)**. Zástupci kognitiv jsou např. Reminyl, Fysostigmin, Aricept **(49)**.

#### *1.9.2 Nefarmakologická léčba*

Vedle farmakoterapie je velmi důležitá léčba rehabilitační a ošetrovatelská péče. Nejdůležitější je vytvoření ochranného prostředí, vyloučit ohrožující prvky, zajištění životních potřeb, vyřizování úředních záležitostí, dále rehabilitační činnosti - instrumentální (rukodělné, pohybové), ale i činnosti psychické (komunikační

dovednosti, zejména „trénink“ četby, psaní, opakování přečteného či viděného v TV, nácvik orientace) a v neposlední řadě udržování kontaktů s blízkými osobami spojenými emočními vztahy (40).

Cílem nefarmakologické léčby je zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je motorika, chůze, soběstačnost, smysluplné vyplnění volného času a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřovatelem (49). Kučerová (2006) ve své publikaci uvádí pojem psychiatrická rehabilitace. Míní tím soubor různých technik, které vedou ke znovunabytí původních schopností, nebo alespoň k zamezení či zpomalení progresu úbytku schopností stávajících. Tato rehabilitace podle autorky zahrnuje pět základních léčebných okruhů:

- a) fyzikální terapie (vodoléčba, elektroléčba, fototerapie, masáže aj.),
  - b) léčebná tělesná výchova a sport,
  - c) pracovní terapie,
  - d) uměleckovýchovná terapie (arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie aj.),
  - e) terapie zábavná a rekreační, tj. vycházky do přírody, výlety, exkurze, divadlo aj.
- (39).

Všechny složky rehabilitace je nutno přizpůsobit duševnímu i tělesnému stavu pacientů. Je zde nutno dodržovat základní pravidlo rehabilitace, tedy nepřepínat únavu klienta (39).

#### 1.9.2.1 Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů (1). Arteterapie je limitována aktuálními možnostmi zúčastněných osob a nejčastěji je realizována využitím jednoduchých činností s různými přírodními a technickými materiály. Arteterapie stimuluje myšlení, verbální i neverbální komunikaci s okolím (31). Výtvarné techniky usnadňují klientům vyjadřovat jejich pocity, čímž jsou terapeutovi zpřístupněny některé osobnostní rysy, které mohou být jinak stěží rozpoznatelné. Arteterapie, jakožto forma komunikace s okolním světem je velice prospěšná



a přínosná. Přispívá také k procvičování paměti, ukotvení v realitě a procvičování jemné motoriky. Občas lze při této terapii pozorovat i určité prvky soutěživosti mezi jednotlivými klienty a samozřejmě radost a uspokojení z vykonaného díla (2).

#### 1.9.2.2 Bazální stimulace

Zjednodušeně řečeno, koncept bazální stimulace vychází z myšlenky Piageta, že život je možný pouze ve vztahu. Jedná se o to, že lidský mozek disponuje schopnostmi uchovávat své životní návyky a vzpomínky v paměťových drahách ve více regionech a to dává šanci cílenou stimulací vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost a návyky, tedy dostat se k nim jinou cestou, než byl mozek zvyklý. Pokud bylo spojení z nějakých příčin přerušeno, stimulací se vytváří nová dendritická spojení, po kterých se k informaci uložené v mozku dostaneme. Tento koncept dává ošetřovatelské péči terapeutickou relevanci (11).

Desatero bazální stimulace:

- 1) Privítat se a rozloučit s klientem vždy stejnými slovy.
- 2) Dodržovat iniciální dotek.
- 3) Hovořit zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
- 4) Nezvyšovat hlas a hovořit přirozeným tónem.
- 5) Dbát, aby naše mimika, tón našeho hlasu a gestikulace odpovídaly významu našich slov.
- 6) Používat takovou formu komunikace, na kterou byl klient zvyklý.
- 7) Nepoužívat v řeči zdvořiliny.
- 8) Nehovořit s více osobami najednou.
- 9) Při komunikaci redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
- 10) Umožnit reagovat pacientovi na naše slova (11).

### 1.9.2.3 Canisterapie

Canisterapii můžeme také definovat jako způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních a působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné (7). Canisterapie má výrazně pozitivní účinky na psychiku lidí postižených demencí (působí na snížení deprese a úzkosti, ovlivňuje vyšší nervovou činnost, zejména stimuluje společenské chování a zlepšuje komunikaci) (16). Uplatňuje se zejména jako pomocná psychoterapeutická metoda při řešení různých situací v případě, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné (7). Tato terapie se dá provádět více způsoby, např. pravidelné návštěvy dobrovolníků se psy, nebo trvalé umístění psů přímo v instituci, kde se mohou sami klienti podílet na péči o ně (16).

### 1.9.2.4 Ergoterapie

Ergoterapie je terapeutická aktivita, nabízející pomoc těm, kteří mají psychický, fyzický či mentální handicap, který v důsledku omezuje jejich funkčnost a samostatnost (14). Jejím cílem je smysluplná činnost člověka s demencí, vnímání vlastní důležitosti, sounáležitosti s druhými, vyplnění volného času, prevence psychických příznaků proti psychickým příznakům, jako je např. deprese, úzkost, neklid (16). Každému klientovi musí být vypracován individuální léčebný program, který respektuje jeho zdravotní stav, typ a stupeň postižení. Ergoterapie rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka tak, aby jej bylo možné co nejvíce začlenit do plnohodnotného života (36). Ergoterapie je součástí péče o klienta a představuje jeho aktivizaci, nácvik soběstačnosti a co nejdéle zachování návyků klientů nebo dovedností (13).

### 1.9.2.5 Kinezioterapie

Kinezioterapie je cíleným působením pohybu na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, funkce, stavy a osobnost prostřednictvím předem určeného, aktivně

prováděného pohybového programu, využívajícího prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her **(16)**. Pasivní i aktivní pohybová činnost vede ke zlepšení motorických funkcí. Aktivní pohybová činnost rozvíjí osobnost člověka, jeho sebevnímání, sebehodnocení. Psychický dopad kinezioterapie pro rozvoj osobnosti je již prokázán. Pohybové terapie užívající jako prostředek změny aktivní pohybu nemocného jsou přirozenou součástí fyzioterapie. Kineziologie vychází z předpokladu, že každý chorobný stav i každá psychická změna se odrazí ve funkci CNS, a tím ve funkci všech orgánů. Motorika se úzce promítá do schopnosti vnímat, hodnotit a užívat prostorové vztahy. Vnímání a pohyb tvoří celek - intencionalitu. Pokud je tento celek narušen, dochází k poruchám ve vnímání vlastního těla. Tělesné schéma a pohybové představy jsou u psychicky postižených dočasně nebo trvale pozměněny. Narušen je časoprostorový rozvrh, prostorová harmonie **(35)**.

#### 1.9.2.6 Muzikoterapie

Muzikoterapie je léčebnou metodou, která se pokouší pomocí hudby příznivě ovlivnit psychický i fyzický stav člověka. Léčebný proces ovlivňuje muzikoterapie buď pasivně, tedy posloucháním hudby, nebo aktivně, tzn. hrou na hudební nástroje **(46)**. Je prokázáno, že i lidé v určitém stupni afázie, kteří mají při běžné řeči často výpadky, kdy si nemohou vzpomenout na určité slovo, jsou schopni vybavit si celé texty písní **(16)**. Muzikoterapie působí na zachované neverbální schopnosti komunikace, zlepšuje osobnostní kontakt s okolím a emoční prožívání dané situace, pomáhá dosažení relaxace. Většinou muzikoterapie zahrnuje i taneční a pohybovou terapii **(31)**.

#### 1.9.2.7 Psychowalkman

Psychowalkman je přístroj, který pracuje na základě poznání toho, že nejsnadnějších výsledků dosahujeme v hladině mozkové vlny alfa. V této hladině mozek myslí klidně, bez jakéhokoliv napětí a nezabývá se soustředěným uvažováním. Je odbourávána i nahromaděná stresová zátěž. Setrvání v dané hladině posiluje a regeneruje všechny životní funkce a vyvolává pocit integrace těla a ducha. Tato

skutečnost je základem velmi úspěšné metody a vede ke zlepšení všech duševních výkonů, paměti, soustředění i IQ, zlepšuje úzkostné stavy, poruchy chování, napětí a nespavost, pomáhá naučit se správně dýchat (53). Mezi nejvyhledávanější účinky psychowalkmanů patří intenzivní duševní a tělesná relaxace, zlepšení učení, koncentrace a zlepšení zdravotní kondice psychosomatického charakteru (únava, bolesti hlavy a svalů, nespavost, deprese, úzkosti, stres, LMD-dysfunkce a další méně frekventované potíže) (54).

#### 1.9.2.8 Reminiscenční terapie

Jde o aktivizační a validační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých předmětů (16). Reminiscenční terapie je založena na poznání toho, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány ty vědomosti, vzpomínky a návyky, které jsou fixovány v dlouhodobé paměti. Základem je tzv. vzpomínkový kufřík a album, který obsahuje předměty, ke kterým měl klient nějaký vztah. S těmito věcmi klient s reminiscenčním terapeutem pracuje. Terapie je založena na tom, že nemocný mozek stále pracuje a nejlépe reaguje na známé podněty, které má uloženy v dlouhodobé paměti. Reminiscenční terapie nečerpá pouze ze vzpomínkových alb nebo kufříků. Je to celá škála terapie, vycházející z dlouhodobých paměťových drah, ke které patří i tzv. vzpomínky. Vzpomínky na prožitý život klientů nebo jejich blízkých se sepisují a jsou součástí kufříků i terapie. Terapeut z nich získává informace o klientech a může tak mnohem efektivněji s klientem pracovat (55). Součástí reminiscenční terapie je vyhledávání nejlepšího způsobu komunikace s pacientem a pro něj vhodného prostředí a zajištění dobré komunikace s rodinným pečovatelem (16). Bylo prokázáno, že práce se vzpomínkami zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniorů (34).

#### 1.9.2.9 Trénování paměti

Trénování paměti je soubor cvičení zaměřených převážně na udržení a zvýšení duševního zdraví (15). Pro zachování, pokud možno i zlepšení psychických schopností

člověka, o kterého je pečováno, je nutná i duševní mobilizace, neboť každý úbytek duševní kompetence je spojen se zvýšenou potřebou pečování. Trénování paměti napomáhá udržovat činnosti spojené s výkonem základních funkcí mozku **(52)**. Nezbytnou podmínkou úspěchu je aktivní zájem cvičících a průběžné udržování jejich soustředěnosti **(33)**. Metodou zábavných a nenáročných her se procvičuje asociativní myšlení, vzpomínání, schopnost koncentrace, udržení pozornosti, objasňování pojmů, pružnost rozhodování, formulování, kombinování, logické myšlení, všípivost (tj. schopnost mozku podržet určité množství vjemového materiálu po určitou dobu ve formě zapamatovaného obsahu), vyvozování, uvažování v souvislostech atd.**(15)**. Krátkodobou paměť lze procvičovat, například opakováním číselných řad, reprodukcí přečteného textu, doplňováním zbývajících částí přísloví, křížovkami, pořekadly apod.. Dlouhodobou paměť lze posilovat prací se slovy, vyprávěním zábavných historek, o rodině, o filmech, o rodišti, tradicích, zvycích a všeobecných znalostech **(38)**. Optimální počet účastníků kurzu je 6-15 osob. Práce v malých skupinkách podporuje vzájemný sociální kontakt a je základem pro oboustrannou spolupráci a komunikaci **(15)**.

#### 1.9.2.10 Validace

Validační terapie je jedním z prvních specifických přístupů k pacientům s demencí **(71)**. Tento přístup vychází z humanistické psychologie a jeho základní východiska jsou tolerance, vcítění a empatické naslouchání **(34)**. Důraz je tu kladen na zachování a posílení lidské důstojnosti pacienta, přijetí jeho tématu a práce s ním prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie **(21)**. Úkolem pečovatelů je vzít na vědomí různé příčiny zvláštního chování starých lidí, a tím dát jejich chování smysl a cenu, zhodnocovat všechny jejich projevy, tedy validovat. Validovat znamená potvrzovat, vzít na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé, pomáhat řešit jejich vnitřní problémy tak, aby se jim vrátil pocit vlastní hodnoty, sebeúcty a aby se cítili spokojenější. K validačním technikám patří dotek, zrcadlení, hudba, emfatické naslouchání, opakované zvuky atd. **(34)**. Přijetím tématu pacienta a postupná práce s ním (nikoli přímá korekce nesprávného postoje) je základním východiskem validační

terapie. Například pacient začíná být neklidný, nechce se zúčastnit zaměstnání, protože chce jet za bratrem. Terapeut říká: „Ano, pojedeme za ním spolu, ale potřebuji tu jen něco dokončit, počkejte, prosím, chvíli, potom spolu pojedeme.“ Mezitím se pacient uklidňuje, s odpovědí je spokojen a věnuje se jinému tématu. Přímé odmítnutí pacientova tématu a orientace v realitě (bratr už 10 let nežije) by v tomto případě vedly k neklidu a agresivitě (21). Validace pomáhá obnovovat pocity vlastní ceny, dodává sílu a podporuje, co je v člověku zdravé. Nemoc sice nezmizí, ale v jakémkoliv jejím stádiu nebo u jakéhokoli druhu postižení lze pomocí validace podstatným způsobem zlepšit kvalitu života (34).

#### 1.9.2.11 Videotrénink interakcí

Videotrénink interakcí (VTI) je speciální metoda, která vznikla v Nizozemsku na počátku 80. let pod názvem „Video Home Training“ a dnes je používána v mnoha zemích Evropy jako progresivní metoda pomoci při výchově dětí (70). Metoda VTI se stává stále uznávanější a vyhledávanější formou pomoci, čímž se její aplikační oblasti dále rozšiřují a zároveň se v důsledku nových zkušeností obohacuje její praxe. Nyní je VTI nejvíce používán při práci s rodinou, s učiteli a vychovateli dětí a mladistvých a s pracovníky pomáhajících profesí, manažery, vedoucími týmů apod.. Tyto základní oblasti se díky stále větším praktickým zkušenostem terapeutů dále specifikovaly a postupně vznikají komplexní programy zaměřené na konkrétní cílové skupiny a konkrétní potřeby těchto skupin (71). Videotrénink interakcí představuje moderní metodu zlepšování komunikace mezi pečovatelem a osobou závislou na péči, která je dobře využitelná právě při práci se starými lidmi, zejména s lidmi s demencí (34).

Cílem VTI v oblasti péče o seniory je podpořit a rozvíjet komunikační dovednosti pracovníků, a tak vytvořit pro seniory, využívající různé služby, podmínky k maximálnímu zachování jejich identity, důstojnosti, autonomie, možnosti rozhodování o sobě a také zlepšit podmínky k naplňování jejich individuálních potřeb, prostřednictvím podpory rodinných pečovatelů umožnit seniorům co nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí a předejít předčasnému umístění do pobytových zařízení.

VTI se účastní terapeut (videotrenér), klient (pečující osoba) a senior. Terapeut natáčí pomocí videokamery běžnou situaci – v rodině, v sociálním zařízení apod. Poté provede rozbor nahrávky (interakční analýzu) a vybírá z ní momenty nebo sekvence, kdy se komunikace daří nebo takové momenty, které vytvářejí významný rozdíl oproti původnímu pohledu klienta na komunikaci nebo na problém. Ty pak při další návštěvě v rodině (v zařízení apod.) ukazuje a hovoří o nich společně s klienty, tedy pečujícími. VTI při práci se seniory se zaměřuje na podporu komunikace pečovatelů s cílem udržet či znovu vybudovat vztah s těmi, o které pečují, na komunikaci pracovníků s klienty – seniory, na řešení problémových situací, na identifikaci komunikačních možností seniorů, porozumění některým specifickým komunikačním projevům, např. u osob trpících demencí, na podporu a rozvoj komunikačních dovedností pracovníků a jejich vzdělávání, na rozvoj týmové spolupráce, identifikaci a využití možností jednotlivých členů týmu, vedení týmové diskuse (71).

### ***1.10 Prevence Alzheimerovy nemoci***

Podle Kučerové (2006) je prevencí AN zdravý způsob života, tedy hodně spánku, tělesného pohybu, pobytu v přírodě a minimum zátěžových situací. Většina lidí však mívá život těžší, a řada lidí má život dokonce plný zátěžových situací. Jedním z faktorů prevence demence je tedy naučit se co nejlépe překonávat zátěžové situace, které s sebou život přináší. Dalším důležitým preventivním faktorem je kvalitní léčba tělesných chorob, které se během života vyskytnou (39). Důležitá je i vysoká psychická aktivita ve vyšším věku a trénování paměti. Trénování mozkových funkcí prospívá učení se novým věcem, luštění křížovek, četba, hraní her náročných na pozornost (pexeso, karty, scrable), cestování, turistika a další (23).

### ***1.11 Komunikace s lidmi s Alzheimerovou nemocí***

Komunikace nám dává pocit spojení s druhými. V demenci schopnost sdílet zkušenosti s druhými postupně mizí. Pacient s demencí musí vynaložit více úsilí, když

má druhým jasně vysvětlit, co cítí nebo potřebuje. Zároveň musí vyvíjet stále více úsilí, aby pochopil, co se druzí snaží objasnit jemu (6). Pro nemocného s Alzheimerovou nemocí je často obtížné se dorozumět a být pochopen (47). Je ovšem dokázáno, že má smysl hovořit i na pacienta s těžkou demencí, který nemluví, má smysl se ho tělesně dotýkat, hladit ho, držet ho za ruku. I tento člověk žije a vnímá, i když jinak než my. Slyší, cítí, ačkoliv již neumí odpovědět nebo na to nemá sil. Ale hlavně se musíme vyvarovat nepříjemných hovorů nad tímto nemocným, případně různých úvah o jeho odchodu ze života, protože i to může slyšet a vnímat (39). Pichaud, Thareauová (1998) uvádějí, pokud chce člověk komunikovat s člověkem s AN, musí odložit veškeré zásady normální komunikace. Člověk s demencí potřebuje negovat přítomnost, aby mohl dál žít. Jinak by trpěl depresemi a sebevražednými sklony (50). Řeč člověka postiženého demencí má určitý smysl. Je jí možno porozumět při opakovaném naslouchání bez předsudků. Komunikace s člověkem se syndromem demence je možná, zejména prostřednictvím tělesného vyjádření, zraku a dotyku (17). AN vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních, a tím ovlivňuje i vztah mezi postiženou osobou a pečovatelem. Tím, jak se u postiženého ztrácí schopnost komunikovat, mají rodinní příslušníci často pocit, že se ztrácí i sám vztah. Komunikační problém může bránit vytvoření nového fungujícího vztahu mezi profesionálními pečovateli a jejich svěřenci s AN. Klient který přichází do denního stacionáře nebo do domova pro seniory jako nový, zůstává izolovaný a opuštěný. Vzhledem k tomu, že kvalita života osoby s AN i těch, kteří o ni pečují, záleží na povaze jejich vzájemného vztahu, je mimořádně důležité, aby byla v průběhu nemoci s pacientem udržována co možná nejlepší komunikace (79). Nemocní s AN mají často potíže porozumět smyslu řečeného, ale jsou velmi citliví na to, jak se co říká. Nutné je vždy komunikovat vlídným a klidným hlasem. Způsob komunikace by měl být oznamovací, ne tázací. Místo „Chceš se jít vykoupat?“, je lepší použít: „Koupel máš připravenou, tady je ručník“ (47). Pečující by měli brát člověka s AN vážně a jednat s ním jako s dospělým. Každý člověk může pociťovat rozpaky, například, když se svléká před sprchováním. Také nemocný ví, kdy o něm mluvíte s někým jiným v jeho přítomnosti. Je dobré mu dovolit si nechat



peněženku. Když má nějaké peníze, dává mu to pocit jistoty. Samozřejmě to nemusí být velká suma. Pro člověka s AN může i pár korun představovat bohatství **(6)**.

Později může být u pacienta s AN narušena schopnost komunikovat prostřednictvím řeči úplně. Proto je důležité soustředit se na tzv. neverbální prostředky komunikace, držení těla, výraz, gesta a mimika. Při tomto sledování by se mělo s klientem hovořit i nadále klidně a zřetelně a dívat se mu do očí. Tím se může pozorovat, do jaké míry klient rozumí a zda ho nezneklidňujeme. Při komunikaci s člověkem s AN v pokročilé fázi by se nemělo zapomínat na to, že se jedná o dospělou osobu, která požívá důstojnosti dospělého člověka **(19)**. Ve fázi, kdy už pacient s AN nechápe slova, může se s ním komunikovat, např. prostřednictvím neverbální komunikace. Pohladit po paži, vzít za ramena, podržet za ruku, usmívat se na něj. Člověk s AN je i v té nejpokročilejší fázi onemocnění schopen rozeznat melodii věty, tedy zda je komunikace přátelská, nepřátelská nebo smutná, přestože nerozumí významu slov. Nakonec je komunikace možná pouze přítomností **(6)**. Návodem pro správnou komunikaci může být pro pečující Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence. **(Příloha 3)**

### ***1.12 Zdravotní a sociální péče o člověka s Alzheimerovou nemocí***

Stále důrazněji se dnes prosazuje péče soustředěná na pacienta, a to nejen na uspokojení jeho základních fyzických potřeb, ale také na pacienta jako na plnohodnotného člověka. Tošnerová (2001) uvádí, že právě kvalita života je velmi důležitou složkou hodnocení péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Pojem kvality života byl u pacientů s demencí dlouhou dobu značně opomíjen, a to hlavně proto, že demence vlastně vylučuje schopnost přesného posouzení stavu nemocného jednotlivce. Avšak vzhledem k tomu, že u AN vlastně neexistuje jednotná kauzální léčba, musí se maximalizace kvality života těchto nemocných stát hlavní složkou péče **(66)**.

Je důležité, aby zdravotní i sociální péče byla dostupná pro osoby, které ji potřebují. Vždy by měly být respektovány konkrétní potřeby člověka, jeho individualita, důstojnost, právo na soukromí a autonomii **(78)**. Česká alzheimerovská společnost

vydala Listinu práv pacientů trpících AN, která obsahuje práva, která by se při péči o nemocného měla dodržovat **(8)**. **(Příloha 4)** Péče musí být často celodenní, nemocné nelze mnohdy nechat bez dozoru, zvýšenou péči je třeba věnovat hygieně. Nemocní s pokročilou demencí vždy profitují z kontaktu se stabilním ošetřovatelem (nejlépe rodinným příslušníkem), který zná jejich potřeby i reakce a nejlépe dokáže navodit požitek spokojenosti. Výhodné je posilování stereotypů s pravidelným režimem příjmu potravy, vyměšování (vysazování na záchod), procházek, koupání **(33)**. S postupující progresí onemocnění potřebuje pacient stále více péče a pozornosti ze strany pečujících. Péče o pacienta klade na pečující mnohdy neúměrné nároky, které často přesahují jejich síly a možnosti **(18)**. Tošnerová (2001) také uvádí dvě studie, jejichž výsledky dokazují, že lidé s mírným či středním stupněm demence jsou schopni vyjádřit své subjektivní hodnocení lépe, než se kdy považovalo za možné; na jejich základě lze také říci, že kvalita života nemocných je těsně spjata s kvalitou péče **(66)**.

Podle Kalvacha (1997) platí i v případě lidí se syndromem demence, že čím déle se podaří udržet pacienta zabezpečeného v domácím prostředí, tím lépe. Změna prostředí nemocného (výjimkou jsou nejtěžší formy s minimálním vnímáním okolí) vždy dekompenzuje, vyvolává u něho neklid, bloudění, úzkostné stavy, či paranoii. Pro člověka s demencí je proto rizikové každé přijetí do nemocnice, každá změna prostředí i navyklého stereotypu. Proto by životní prostor nemocného měl být nejen bezpečný, ale také maximálně přehledný (v ústavní péči nápadné značení místností, využívání barevného odlišení apod.), aby jeho život zachovával navykly stereotyp **(33)**.

### ***1.13 Zařízení a služby pro osoby s Alzheimerovou nemocí***

Cílem služeb sociální péče je pomoci zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života, a to i v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení **(48)**.

Dalším cílem služeb je oddálení pobytu v instituci, tedy setrvání klienta v domácím prostředí. A to formou aktivizačního programu a pomocí v každodenních

činnostech, aby byla zachována jejich důstojnost. V České republice tyto služby poskytuje Česká alzheimerovská společnost, některá střediska Charit a Diakonií, některé státní domovy důchodců nebo některá nestátní zařízení (69).

#### *1.13.1 Zařízení zdravotní péče*

**a) Domácí péče (home care)** slouží k aktivizaci klienta, jedná se o ošetrovatelskou a pečovatelskou službu (donáška oběda, úklid, pomoc při sebeobsluze, hygieně, návštěvě lékaře apod.) (52). Domácí péči mohou provádět např. Agentury domácí péče. Jedná se o integrovaný systém zahrnující zdravotní i sociální péči, poskytovanou pacientovi v prostředí domova. Péče je určena těm, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci, ale přesto je nutná pravidelná, dlouhodobá, kvalifikovaná péče (57). Tato péče je poskytována na doporučení lékaře. Je hrazena z prostředků zdravotního pojištění ve standardní podobě. Pacient si může zajistit nadstandardní služby za úhradu (78).

**b) Ošetrovatelská následná péče.** Jedná se o specializované oddělení nemocnice, které zajišťuje tzv. následnou péči v případě, kdy stav nemocného nedovoluje, aby mohl být propuštěn domů. Oddělení poskytují starým občanům po propuštění z nemocnice lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Příjem do léčebny se děje buď na doporučení lékaře nemocnice, nebo i praktického lékaře. Délka pobytu by neměla přesáhnout 3 měsíce. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou (57).

**c) Hospic** je zařízení, které garantuje nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude respektována jeho lidská důstojnost, nezůstane v posledních chvílích života osamocen. Může zahrnovat domácí i stacionární hospicovou péči, nejčastější je však lůžková hospicová péče (48). Hospicovou péčí se rozumí paliativní péče zohledňující potřeby pacienta v preterminálním a terminálním stavu, u něhož byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba s cílem minimalizovat bolest. Standardní součástí vybavení hospice je i např. kaple a místnost posledního rozloučení. Při péči o klienty se počítá s účastí osob blízkých a poskytuje se jim také péče (45).

### 1.13.2 Služby sociální péče

**a) Pečovatelská služba** je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony **(48)**. Služba obsahuje základní činnosti, jako je pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím **(68)**.

**b) Odlehčovací služba (dříve respitní péče)** tato služba je určena především pečujícím o osobu blízkou, kteří se starají o těžce demenční klienty, kteří potřebují celodenní péči **(38)**. Je to jednoznačně efektivní forma pomoci, která oddaluje institucionalizaci, snižuje stres a i nemocnost pečujících **(56)**. Zavádí se s ohledem na celkové zdraví pečujícího, tuto službu může indikovat i lékař. Pomoc se provádí formou pravidelného zastoupení v domácnosti (např. 2 a více hodin), aby si mohl odpočinout a věnovat se jiným aktivitám. U některých zařízení určených k trvalému pobytu klienta s demencí jsou poskytovány také odlehčovací pobyty, které jsou na dobu určitou. Slouží k péči o klienta v době, kdy je třeba okamžité řešení, pečující např. vážně onemocněl, musel podstoupit operaci nebo není naděje na rychlé umístění v zařízení trvalého pobytu **(38)**. Kromě úspory času pečujícím je náplní odlehčovací péče sociální rehabilitace, teda předčítání, diskutování, tréninky paměti, procvičování domácích prací a další činnosti, které zabrání nemocnému v postupném upadání do pasivity a ztrátě sebeobsluhy **(57)**.

**c) Denní a týdenní stacionář.** Denní stacionář je určen na pomoc pečujícím rodinám, aby si mohly odpočinout a mít čas také pro sebe **(32)**. Stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby **(58)**. Stacionář je také určen pro poradenství v dané oblasti, pro komunikaci s pečující osobou. Zároveň také nabízí

aktivizační program a pomoc v každodenních činnostech klientovi. Pokud zařízení zajišťuje také péči pro klienty s těžkou demencí, může rozšířit provoz v některých dnech i ve večerních hodinách. Další služby, které provozuje denní stacionář jsou stravování, služby v oblasti hygieny, rehabilitační služby a doprava do zařízení a zpět. Při tomto počtu klientů lze zachovat příjemnou domácí atmosféru, která je u klientů s demencí velmi důležitá (32). Tato služba se poskytuje za úplatu (58).

**d) Domov pro seniory** umožňuje dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (58).

**e) Domov se zvláštním režimem.** V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (67). Je to pobytová služba s celoročním provozem, která zabezpečuje osobám se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči a zároveň nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato sociální služba je určena především těm lidem, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí, v jejich domově (58).

### *1.13.3 Sociální poradenství*

**Sociální poradenství** zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství (68). Poradenství napomáhá klientovi i jeho rodině. Zahrnuje poradenství v oblasti občanských, rodinných a bytových práv klienta (také psychické či fyzické týrání klienta – trestná činnost), problémy s chápáním projevů demence u rodiny klienta, atd. (52). Cílem poradenství je v první řadě navázat individuální kontakt s pacientem nebo s rodinnými příslušníky, vyslechnout, poskytnout informace o nemoci

a možnostech péče a doporučit další aktivity určené pro pacienty nebo jejich rodinu (56).

#### 1.13.4 Služby sociální prevence

**a) Sociální rehabilitace** označuje soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti, soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb (48).

**b) Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** jsou buď ambulantní nebo terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Tato služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti nebo pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (68).

**c) Telefonická krizová pomoc** je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života (68). Do této služby patří i **Systém nouzového volání**, který je založen na možnosti přivolání pomoci v nebezpečných situacích. Autorem a provozovatelem tohoto systému v České republice je například Česká Alzheimerovská společnost a Život 90. Tento systém je určen pro lidi, kteří jsou ohroženi pády, akutním zhoršením stavu apod. Často se pak nemohou dovolat pomoci. V případě potřeby stisknou tlačítko, které 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 (57).

### ***1.14 Lidé s Alzheimerovou nemocí v domácí péči***

Přáním seniorů je setrvat co nejdéle v vlastní domácnosti. Umístění v ústavním zařízení představuje pro ně často velký stres. Domov pro seniory pro ně představuje často ztrátu naděje na návrat. Často se zde špatně adaptují a jsou nespokojeni, i když je tam o ně postaráno mnohem lépe, než tomu bylo doma (78). Velké procento lidí s AN zůstává žít v jejich vlastním domě, nebo u svých příbuzných (5). AN neovlivňuje pouze postiženou osobu, ale také ty kolem něho, někdy dokonce víc, než pacienta samotného. Je to nemoc, která převrací život jeho nejbližších vzhůru nohama. Jednotliví pečovatelé se mohou hodně lišit, ale všichni zápasí se stejnými obavami, problémy a emocemi (6). Je potřeba, aby se rodinní příslušníci přizpůsobili dané situaci a uvědomili si, že je čeká několik rozhodnutí a změn. Musí vše dobře uvážit a promluvit si o tom s dalšími příbuznými a nemocným. Mělo by se prodiskutovat, jaké služby svému blízkému zajistí a jaké jsou možnosti. Příbuzní by se měli informovat u ošetřujícího lékaře, z internetových stránek ČALS apod. Holmerová (2002) upozorňuje pečující, že dostatek času a energie, aby mohli skutečně a účinně pomoci svému blízkému, získají pouze tehdy, když si péči zorganizují a vyhradí si čas pro sebe (19). Největší tíha zodpovědnosti spočívá skutečně na pečující rodině. Musí doma pro osobu s AN vytvořit klidné harmonické prostředí s pravidelným denním režimem a minimem nových podnětů. Vhodná je i drobná psychická zátěž během dne a posilování dřívějších dovedností (74). Mezi zachované schopnosti u osob s AN patří nejčastěji staré, celoživotním učením silně zafixované pohybové vzorce. Tyto staré vzorce chování jsou spouštěny známými předměty, které se vyskytují v prostředí, na příklad: hodiny s ručičkami, klasický telefon s číselníkem aj. (79).

Když nastane čas, kdy je nezbytná celodenní péče a dohled nad nemocným, starají se většinou lidé žijící ve stejné domácnosti. Ve skutečnosti schopnost života lidí v domácím prostředí závisí na:

- a) míře rizika, které jsou jejich blízcí ochotni tolerovat,
- b) stupni kontroly, kterou jsou schopni vynaložit,
- c) ceně (psychické, sociální a finanční), kterou jsou pacienti a jejich rodiny jsou schopny platit,

- d) dostupnosti služeb, které by pomáhaly pacientům a jejich pečovateli v domácím prostředí (5).

Osobu, jejímž úkolem je po celý den o nemocného s Alzheimerovou chorobou pečovat a dohlížet na něj, lze považovat za „druhého pacienta“. Velmi často jde o manželského partnera či partnerku nemocného, rovněž ve vyšším věku, s výraznými tělesnými i finančními omezeními. Významně často jde též o děti postižených, obvykle dcery nebo snachy. Diagnóza Alzheimerovy choroby u některého z rodičů je obvykle zaskočí v době, kdy už mají řadu dalších závažných starostí s potřebami svých dětí, manželských partnerů a také s vlastní kariérou. Pro lidi, kteří musejí o nemocné s AN pečovat, je její diagnóza u blízkého člověka téměř stejně devastující jako pro něj samotného. Plnit roli člověka pečujícího o nemocného s AN, to vyžaduje značné finanční, emocionální, sociální i fyzické oběti (26). Z důvodu vystavení pečovatelů enormní psychické, fyzické i ekonomické zátěži je u nich nutná péče o jejich zdravotní stav (34).

#### *1.14.1 Rady v péči o pacienta s Alzheimerovou nemocí*

- 1) Pokusit se zavést do života nemocného co *nejpravidelnější režim*. Dodržovat pravidelné časy jídla.
- 2) *Přizpůsobit byt* potřebám postiženého. Důležité je osvětlení – v noci například nechat osvětlenou cestu na toaletu. Z cesty odstranit všechny překážející předměty a další nebezpečné věci.
- 3) Jestliže se nemocný špatně pohybuje časem, je dobré mít *několikery hodiny*, nejlépe hlasitě tikající s dobře čitelným ciferníkem, umístěné v bytě na dobře viditelných místech.
- 4) Při potížích s orientací v bytě se doporučuje *vymalovat místnosti různými barvami*, popřípadě na dveře umístit obrázky.
- 5) U nemocného je nutné *dbát na dostatečný příjem potravy a tekutin*. Dehydratace by mohla zhoršit příznaky onemocnění. Často vznikne pouze



v důsledku toho, že nemocný zapomenul pít. Proto je dobré umístit lahve s pitím, aby je měl nemocný stále na očích.

- 6) Pacient s AN by měl *mít stále u sebe průkazku* se jménem a adresou pro případ, kdyby nemohl najít cestu domů **(19)**.

#### *1.14.2 Řád, pravidelnost a odpočinek*

Pacienti s AN mají velkou potřebu řádu, pravidelnosti a odpočinku. Tato potřeba by se měla uspokojovat co nejvíce zavedením každodenní rutiny: vstávání, mytí a oblékání, snídaně, nákup, káva, odpočinek, drobné práce po bytě, oběd, procházka, úklid, krátký spánek, čaj, příprava jídla, večeře, spánek. Pečující by se měli snažit vyhýbat neznámým situacím a programům, které by byly pro pacienta náročné, mohly by ho totiž zneklidnit a znejistit **(6)**.

#### *1.14.3 Výživa člověka s Alzheimerovou nemocí*

Lidé s AN nepotřebují žádnou speciální dietu. Je ale nutné u nich zajistit dostatečnou výživu. V poslední době se prokazuje, že pacienti s AN mají výrazně vyšší energetickou potřebu než zdraví jedinci. Hubnou i při normální stravě. I když si pacient není schopen stravu připravit sám, měl by se podílet na sestavování jídelníčku a při přípravě jídla dělat takové úkony, jakých se schopen (např. prostírání, sklizení ze stolu apod.) Jídlo by mělo být bohaté na bílkoviny, vydatné, ale lehce stravitelné. Pro správnou činnost střev a pravidelnost vyprazdňování je velmi důležitá vláknina. Jídlo by mělo být podáváno v klidném a příjemném prostředí s vyhrazením dostatku času. Klientovi by se mělo podle potřeby při jídle pomáhat, nikoli ho nezneklidňovat zbytečným napomínáním a opravováním **(19)**.

#### *1.14.5 Domácí a nápomocné prostředí pro lidi s Alzheimerovou nemocí*

Nápomocným prostředím se myslí takové prostředí domova, které podporuje optimální úroveň fungování jednotlivce. Prostředí klientovi pomáhá využít plně jeho zachovaných schopností, přizpůsobuje se jeho neschopnosti a poskytuje mu možnost,

aby uspokojil své individuální potřeby (79). V domácnosti se nachází mnoho předmětů, které se mohou stát pacientovi s AN nebezpečnými. Proto by se tyto předměty měly dostatečně schovat, či zamknout, aby k nim nemocný neměl přístup. Jedná se např. o nože, šroubováky, léky, nebezpečné chemické látky, čisticí prostředky a především elektrické přístroje. Další nebezpečí hrozí při manipulaci s horkou vodou. Pacient se může snadno opařit. Dále by měly být umístěné odtokové pojistky na umyvadlech, vaně a sprše. S přibývajícím věkem pacienta by se měla věnovat větší pozornost chůzi a možným pádům. Dobré je v bytě, kde je to účelné, nainstalovat madla a úchyty. Myslí se tím na schodiště, na toaletě v koupelně (19). Nápomocné prostředí může usnadnit fungování tím, že je přizpůsobíme omezením dané osoby. Mnohé chyby a problematické projevy chování u člověka s AN (např. močení na nepatřičných místech nebo nesprávné používání různých předmětů) jsou výsledkem poruchy vnímání a úsudku. Nejlépe se dá takovýmito problémům zabránit tím, že se zjednoduší prostředí a odstraní se matoucí předměty a pokyny. Prostor, který pomáhá, zužuje prostor pro chyby a nehody tak, že nabízí pouze ty předměty, které jsou vhodné pro specifický úkol (79).

#### *1.14.6 Přípravenost na emoční výbuchy*

Potřeba ventilovat emoce je potřebou univerzální (79). Emoční výbuchy u osob s AN nejsou často míněny osobně, ale jsou mnohem více výrazem bezmocnosti. Nemocný ví, že ztrácí vládu nad svým životem. Tento pocit ztráty vyvolává stejné emoce jako jakýkoli jiný proces truchlení: agresivitu, zármutek, apatii apod. Pokud nastane situace, kdy nemocný začne obviňovat své blízké, nebo něco vyčítat, doporučuje se odvést pozornost k něčemu jinému, protože nedokáže podržet informaci delší dobu, brzy zapomene, co způsobilo jeho negativní pocity. Naopak, když si je člověk s demencí plně vědom svého vlastního mentálního úpadku, pak bude chápat snahy ho rozptýlit jako důkaz, že ho rodinní příslušníci neberou vážně. V takovém případě je lepší dát najevo, že pečovatelé jeho pocity chápou (6).

#### *1.14.7 Potřeby pečovatele*

Domov, v němž osoba postižená AN žije, musí podporovat životní styl a potřeby pečovatele a ostatních členů rodiny. V jednom průzkumu rodinní příslušníci sdělovali, že to, co doma nejvíce potřebují, je soukromý prostor pro sebe samé. Jak je domov postupně upravován tak, aby se přizpůsobil péči o pacienty s AN, a jak přibývá času, který pečovatel téměř výhradně věnuje péči o dotyčného jedince, vzrůstá potřeba osobního nerušeného prostoru a času. Toho lze někdy dosáhnout izolací obytného prostoru osoby a omezením jejího přístupu k částem obytného prostoru, obývaných jinými členy rodiny. Další alternativou je instalace zámků k pokojům tak, aby do nich nemohl nikdo vstoupit. Pokud nejsou tato opatření možná, hrozí nebezpečí, že může dojít ke konfliktům, a probudí se zášť. To může ohrozit rodinnou integritu a podpůrný systém, který je pro udržení osoby s AN doma zcela zásadní. Ve skutečnosti se často jedná spíše o psychologické a sociální problémy vztahující se k bydlení s dotyčným člověkem než o potíže s fyzickou péčí, které pak vyvrcholí umístěním osoby mimo domov (79).

#### *1.14.8 Pomoc rodině pečující o osobu s Alzheimerovou nemocí*

AN je stav, jenž často neúměrně přetěžuje především rodinu a okolí osoby s AN. Rozvinutá pomoc rodině při nevyrovnání se s danou skutečností, v porozumění kognitivním, behaviorálním a komunikačním poruchám je velmi potřebná. Jednou z možností poradenského a psychoterapeutického programu pro rodinné příslušníky osob s AN je zakládání klubů či skupin osob starajících se o lidi s AN (31). Velkou pomoc nabízejí rodinným příslušníkům svépomocné skupiny. Zde se setkávají lidé s obdobnými problémy, vyměňují si své zkušenosti, povídají o svých starostech, problémech a nejistotách (19). Svépomocné skupiny jsou jednou z klíčových forem podpory pečujícím rodinám. Rodinní pečovatelé zde nacházejí klid, informace a podporu od lidí, kteří mají stejnou nebo podobnou životní zkušenost. Jednou za čas je pozván odborník (psychiatr, neurolog), se kterým mohou prodiskutovat konkrétní problémy, které jsou spojené se životem s člověkem postiženým syndromem demence (61).

### ***1.15 Česká alzheimerovská společnost***

Česká alzheimerovská společnost (dále ČALS) 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. V současné době je Česká alzheimerovská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International. Cílem ČALS je podporovat pacienty postižené syndromem demence a jejich rodiny **(8)**.

#### ***1.15.1 Projekt Vážka (Libella Pragensia)***

Cílem dlouhodobého projektu Vážka je podporovat pečující o člena rodiny postiženého syndromem demence (především Alzheimerovou chorobou) a v důsledku tak zlepšit (či udržet) kvalitu života člověka s demencí. Ukazuje se, že podpora rodinných pečujících pomáhá oddálit institucionalizaci člověka s demencí a samozřejmě také zvyšuje kvalitu života rodinného pečujícího. Dlouhodobá celodenní péče o takto postižené osoby představuje enormní zátěž, která se podepisuje na zdravotním stavu pečujícího, a může být také příčinou sociální izolace. Projekt je tradičně tvořen dvěma základními aktivitami:

- a) konzultacemi (poradenství pro lidi postižené syndromem demence a jejich rodinné příslušníky),
- b) odlehčovací péčí („pohlídání“ klientů v domácím prostředí v okamžiku, kdy si rodinný pečující potřebuje něco zařídit či si odpočinout) **(73)**.

Pracovníci v přímé péči podstupují pravidelnou externí supervizi. Projekt poradenství a odlehčovací péče je propojen také s projektem denního stacionáře, neboť lidé do určitého stádia Alzheimerovy choroby pobývají v denním stacionáři;

odlehčovací péče pak na tuto službu navazuje (v okamžiku, kdy je pobyt v denním stacionáři nadále nemožný). Poradenství je poskytováno dlouhodobě **(10)**. **(Příloha 5)**

#### *1.15.2 Pomerančový týden*

Pomerančovým týdnem je nazván Mezinárodní týden Alzheimerovy choroby, který byl vyhlášen Mezinárodní společností Alzheimerovy choroby **(75)**. Obvykle se jedná o třetí červnový týden a jeho vyvrcholením je Světový den Aloise Alzheimerova, lékaře, který chorobu popsal, slavený u nás o svátku Aloise 21.6. Pomerančový týden je informační a sbírková kampaň České Alzheimerovské společnosti, kterou pořádá ve spolupráci s kontaktními místy společnosti. Vybrané finanční prostředky slouží ke zlepšení podmínek nemocných a jejich rodin **(51)**. **(Příloha 6)**

#### *1.15.3 Kontaktní a informační centrum*

Provoz kontaktního a informačního centra je jednou z klíčových činností ČALS.

Kontaktní a informační centrum sestává z těchto základních aktivit:

- a) Informační centrum, jež zpravidla zprostředkovává první osobní kontakt klienta s ČALS. Speciálně vyškolený pracovník je schopen zodpovědět základní otázky či nasměrovat klienta na vhodný zdroj informací (v podobě publikací nebo osobních odborných konzultací).
- b) Help-line, která v zásadě poskytuje stejný rozsah služeb jako výše zmíněné informační centrum, ovšem bez nutné osobní přítomnosti klienta. Navíc díky této lince pokračuje ČALS v projektu „Bezpečný návrat“, který je zaměřen na pomoc klientům, kteří jsou ohroženi blouděním.
- c) Korespondenční komunikace a poradenství.
- d) Kontaktní centrum zajišťuje písemný kontakt a odborné odpovědi na písemné dotazy adresované na ČALS. Na základě dalších požadavků (zejména telefonických) rozesílá potřebné informace.
- e) Svépomocné skupiny – rodinní pečovatelé se setkávají jednou za 14 dní pod citlivým odborným dohledem **(73)**.

#### *1.15.4 Projekt Bezpečný návrat*

Cílem programu je zabezpečit bezpečný návrat lidem s AN, kteří mají tendenci opakovaně odcházet z domova, obtížně nacházejí cestu domů a zabloudí i na známých místech. Každý klient programu má speciální „náramek“, na kterém je vylisované číslo ČALS a také identifikační číslo pacienta, které je vedeno současně v databázi účastníků projektu. Podle tohoto čísla je možno kdykoli klienta identifikovat. Dojde-li tedy k tomu, že nemocný člověk zabloudí, může kdokoli zatelefonovat na telefonní číslo ČALS, oznámit zde místo, kde se právě s nemocnou osobou nachází, a její číselný kód. V centrále ČALS funguje čtyřadvacetihodinová služba, která může kdykoli zjistit, o jakého pacienta se jedná, a zatelefonovat některému ze členů jeho rodiny. Pokud se zkontaktování rodiny nepodaří, pracovník linky požádá „nálezce“, aby ztraceného nemocného dopravil do nejbližšího zdravotnického zařízení, a informuje rodinu o místě jeho pobytu, jak nejdříve to půjde **(9)**.

#### *1.16 Sociální péče*

Podle zákona č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení zajišťuje stát sociální péči pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry. V oblasti sociální péče stát zajišťuje poradenskou a výchovnou činnost, poskytuje dávky a služby. V rámci sociální péče se poskytují zejména peněžité dávky, věcné dávky a mimořádné výhody pro některé skupiny občanů těžce zdravotně postižených **(44)**.

### *1.16.1 Dávky sociální péče*

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 o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Výčet dávek, vztahujících se k problematice lidí s AN:

- a) jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek,
- b) příspěvek na úpravu bytu,
- c) příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla,
- d) příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla,
- e) příspěvek na provoz motorového vozidla,
- f) příspěvek na individuální dopravu,
- g) příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu,
- h) příspěvek na úhradu za užívání garáže,
- i) bezúročné půjčky **(10)**.

### *1.16.2 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené osoby*

Občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se poskytují podle druhu a stupně postižení mimořádné výhody. Jedná se o výhody I., II., a III. stupně **(76)**. Mimořádné výhody se poskytují občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením (uvedeným v příloze č. 2 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.), které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost, se podle druhu a stupně postižení poskytují mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P). Zdravotní stav občana posuzuje lékař úřadu práce. O posouzení zdravotního stavu žádá úřad nikoli občan **(44)**.

### 1. **Mimořádné výhody I. stupně** (průkaz TP):

- a) nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- b) nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

### 2. **Mimořádné výhody II. stupně** (průkaz ZTP):

- a) nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),
- b) sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

### 3. **Mimořádné výhody III. stupně** (průkaz ZTP/P):

- a) nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
- b) u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci **(44)**. **(Příloha 7)**

#### *1.16.3 Invalidní důchod*

V případě invalidity je třeba rozlišovat plnou a částečnou invaliditu.



Podmínky pro přijetí invalidního důchodu jsou vymezeny v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění (77). Tento zákon provádí vyhláška č. 284/1995 Sb., která stanovuje postup posuzování a procentní míry poklesu soustavné výdělečné činnosti u jednotlivých druhů zdravotního postižení. V kapitole V. se uvádí charakteristika duševních poruch a poruch chování. V této kapitole jsou v položce č. 1 uvedeny organické duševní poruchy, poruchy intelektu, emotivity, efektivity (organický psychosyndrom různé etiologie, perinatální, po úrazech a zánětech mozku, metabolického či cévního původu) (72). Nárok na invalidní důchod závisí na době pojištění, diagnóze a také na míře poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti.

#### a) Plný invalidní důchod

Pojištěnec je plně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 % nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Potřebná doba pojištění pro nárok na plný invalidní důchod činí u pojištěnce nad 28 let pět let. Výše základní výměry činí 1 700 Kč měsíčně, výše procentní výměry činí 1,5 % výpočtového základu (28).

Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se vychází z pojištěncova zdravotního stavu doloženého výsledky funkčního vyšetření a z jeho schopnosti vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával předtím, než k takovému poklesu došlo, a k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem. Způsob posouzení a procentní míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti a okruh zdravotních postižení umožňující soustavnou výdělečnou činnost jen za zcela mimořádných podmínek stanoví prováděcí předpis (77).

#### b) Částečný invalidní důchod

Pojištěnec má nárok na částečný invalidní důchod, jestliže se stal částečně invalidním a získal potřebnou dobu pojištění nebo se stal částečně invalidním následkem pracovního úrazu. Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodů dlouhodobě

nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %, nebo když mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky.

Potřebná doba pojištění pro nárok na částečný invalidní důchod se zjišťuje podle věku pojištěnce stejně jako u plného invalidního důchodu. Výše základní výměry činí 1700 Kč měsíčně, výše procentní výměry činí 0,75 procenta výpočtového základu za každý celý rok pojištění. Procentní výměra činí nejméně 385 Kč měsíčně **(28)**.

#### *1.16.4 Příspěvek na péči*

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách upravuje mimo jiné podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Nepříznivou situací považuje zákon oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, krizovou sociální situaci apod.. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem (dále DNZS) je stav, který trvá déle než jeden rok a omezuje duševní zdraví, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost **(76)**.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Je poskytován všem oprávněným osobám bez ohledu na to, zda je jim pomoc zajišťována s využitím přirozených zdrojů, zejména rodiny, nebo poskytovatelem sociálních služeb **(68)**. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu DNZS potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. O výši příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Pro výši tohoto příspěvku se určuje závislost na druhé osobě ve čtyřech stupních:

- a) stupeň I (lehká závislost),
- b) stupeň II (středně těžká závislost),
- c) stupeň III (těžká závislost),
- d) stupeň IV (úplná závislost) **(76)**.

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat úkony vyjmenované v § 9 zákona č. 108/2006 Sb. **(68)**.

Náklady na příspěvky se hradí ze státního rozpočtu. Výše příspěvku je dána zákonem a pro lidi starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I,
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II,
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III,
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV **(76)**.

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíle práce***

Hlavním cílem je zjistit informovanost laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy nemoci v Jihočeském kraji.

Pro ucelení diplomové práce byly stanoveny dva dílčí cíle:

1) Prvním dílčím cílem je popsat zdravotně sociální problematiku Alzheimerovy nemoci.

2) Druhým dílčím cílem je zmapovat možnosti poskytování komplexní zdravotní a sociální péče osobám s Alzheimerovou nemocí a jejich rodinám v Jihočeském kraji.

V souvislosti s hlavním cílem byla stanovena hypotéza.

### ***2.2 Hypotéza***

H: Laická veřejnost je informována o Alzheimerově nemoci.

Za laickou veřejnost autorka této práce považuje osoby, které nepracují s lidmi s Alzheimerovou nemocí, nepracují v oblasti sociálních služeb, či nestudují obor, který se vztahuje k danému tématu. Informovanost laické veřejnosti o Alzheimerově nemoci bude posuzována na základě výsledků vyhodnocených dotazníků.

Za rozhodující otázky pro potvrzení či nepotvrzení hypotézy si autorka určila otázky, které se týkaly informovanosti o léčbě Alzheimerovy nemoci, příznacích Alzheimerovy nemoci, znalosti zařízení poradenského centra či jiných aktivit pro lidi s Alzheimerovou nemocí, výskytu Alzheimerovy nemoci a o formách léčby Alzheimerovy nemoci.

### 3. METODIKA

#### *3.1 Použité metody a techniky sběru dat*

Pro vypracování diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum.

Výzkum byl proveden metodou dotazování, technikou dotazníků.

*Dotazník* obsahoval otázky týkající se dané problematiky a byl rozdán laické veřejnosti v Jihočeském kraji. Dotazník byl koncipován celkem 20ti otázkami, z čehož 2 byly otevřené, 10 polootevřených a 8 uzavřených. (**Příloha 8**)

Výsledky kvantitativního výzkumu byly zpracovány do níže uvedených grafů.

Pro splnění druhého dílčího cíle, tedy zmapování služeb pro lidi s Alzheimerovou nemocí a jejich rodiny v Jihočeském kraji, byly provedeny rozhovory se zaměstnanci vylosovaných zařízení v Jihočeském kraji. Jednalo se o 7 sociálních pracovníků, 2 ředitele, 2 vrchní sestry a 2 koordinátorky programu poradenství pro lidi s Alzheimerovou nemocí. Zařízení byla vylosována náhodně ze seznamu zařízení, které poskytují služby lidem s Alzheimerovou nemocí, zveřejněných na stránkách České alzheimerovské společnosti, a ze seznamu zařízení uvedených krajským úřadem Jihočeského kraje v Českých Budějovicích. (**Příloha 9**). Rozhovory proběhly v měsíci dubnu roku 2008.

#### *3.2 Charakteristika výzkumného souboru*

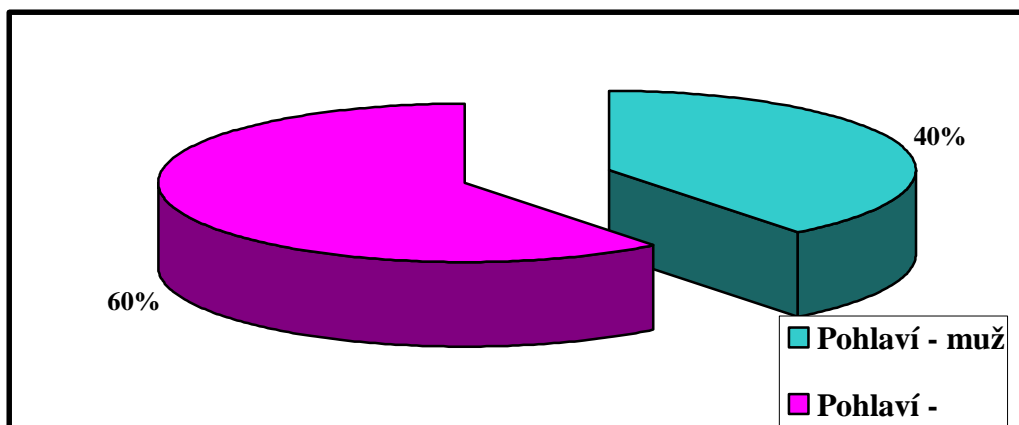
Výzkumný soubor kvantitativního výzkumu této práce tvořilo 230 respondentů z Jihočeského kraje. Dotazování byli lidé starší 18 let. Celkem bylo rozdáno 280 dotazníků, návratnost byla 86%. Vysoká návratnost byla způsobena tím, že dotazníky osobně rozdávala autorka nebo jí pověřená osoba a respondenti dotazníky vyplnili ihned. Celkem bylo vyplněno 241 dotazníků, z nichž bylo úplně vyplněno, a tím i vyhodnoceno 230. Zbýlých 11 dotazníků bylo vyplněno neúplně, proto nebyly zařazeny do vyhodnocování. Dotazníky byly rozdány ve strojírenském podniku

(51 dotazníků), ve dvou kurzech trénování paměti (19 dotazníků), studentům Zemědělské fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (57 dotazníků), v ordinaci stomatologie (92 dotazníků) a ordinaci kardiologie (61 dotazníků). Výzkum proběhl v měsících březnu a dubnu roku 2008 v Českých Budějovicích.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

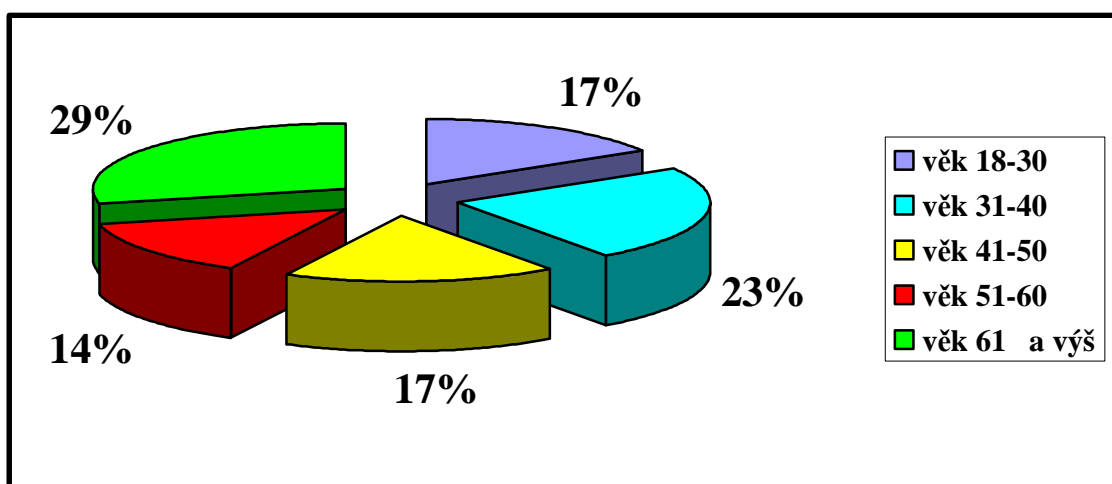
**Graf 1: Pohlaví respondentů (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 1 zobrazuje rozdělení respondentů podle pohlaví. Z celkového počtu 230 respondentů vyplnilo dotazník 91 (40 %) mužů a 139 (60 %) žen.

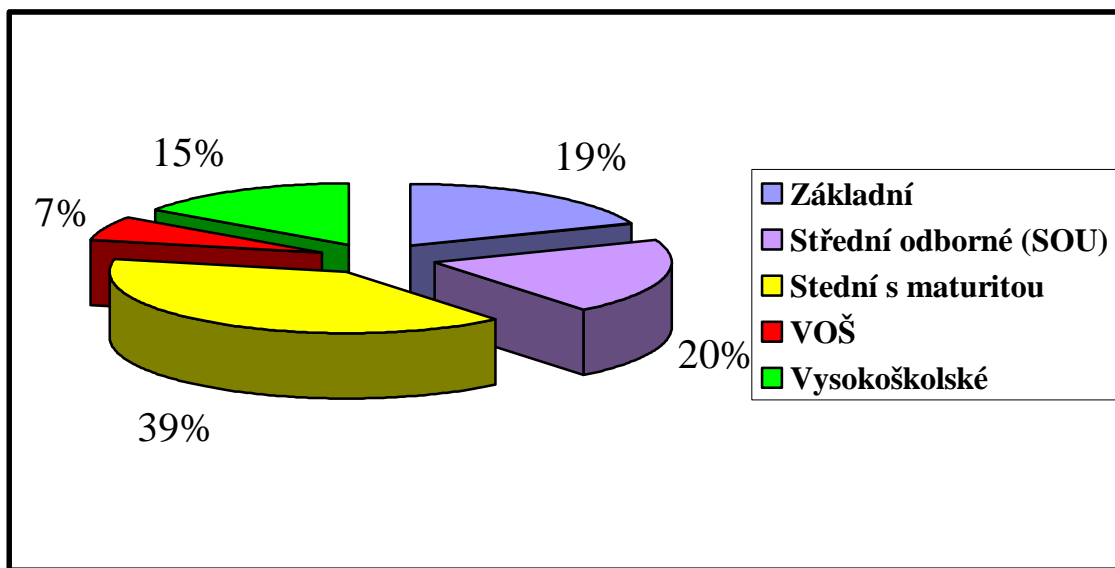
**Graf 2: Rozdělení respondentů podle věku (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 2 se týká zastoupení jednotlivých věkových kategorií respondentů. 38 (17 %) respondentů bylo ve věku 18–30 let, 54 (23 %) ve věku 31–40 let, 40 (17 %) ve věku 41–50 let, 32 (14 %) ve věku 51–60 let a 66 (29 %) bylo starší 61 let.

**Graf 3: Rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání (v %).**

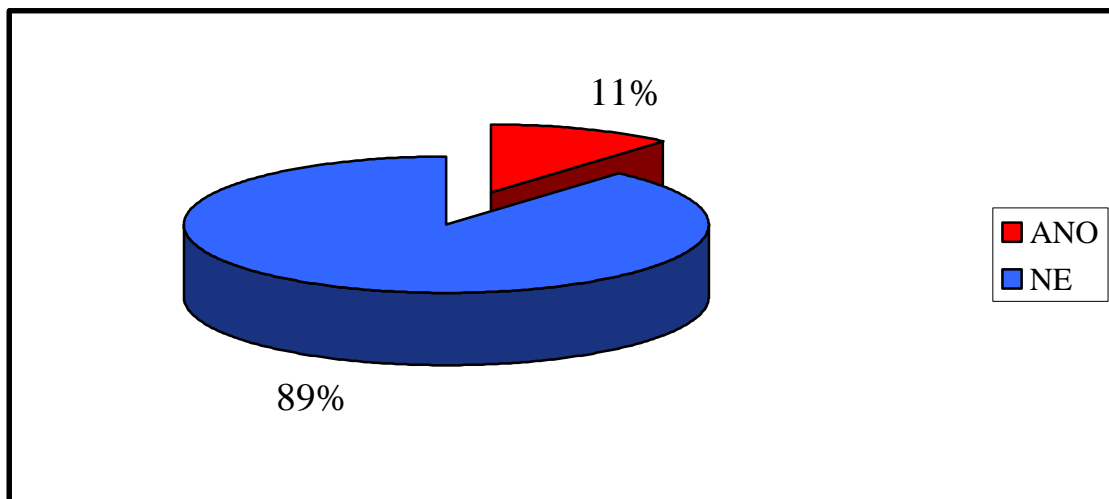


Zdroj: Vlastní výzkum.

Z grafu 3 je patrné, že 44 (19 %) respondentů má nejvyšší ukončené vzdělání základní, 46 (20 %) dotazovaných uvedlo jako nejvyšší dokončené vzdělání střední odborné, 90 (39 %) středoškolské s maturitou, 15 (7 %) vyšší odborné a 25 (15 %) vysokoškolské vzdělání.



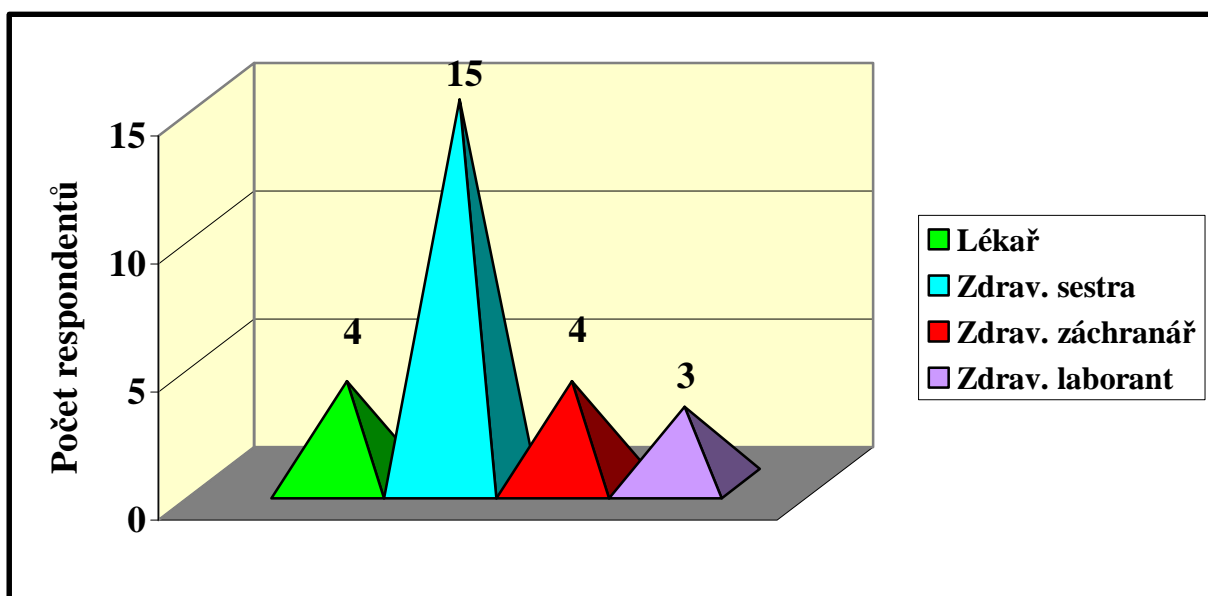
**Graf 4: Rozdělení respondentů dle zdravotnického vzdělání (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 4 rozděluje respondenty podle zdravotnického vzdělání. 26 (11 %) dotazovaných má zdravotnické vzdělání a 204 (89 %) nemá zdravotnické vzdělání.

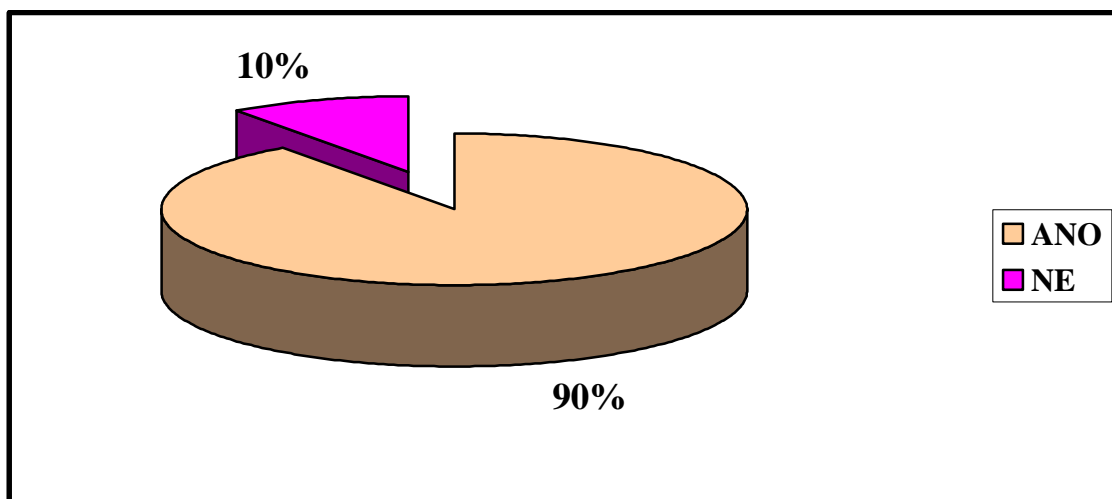
**Graf 4a: Zdravotnické vzdělání respondentů (v absolutních hodnotách).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 4a specifikuje zdravotnické vzdělání respondentů z grafu 4. Mezi dotazovanými byli 4 lékaři, 15 zdravotních sester, 4 záchranáři a 3 zdravotní laboranti.

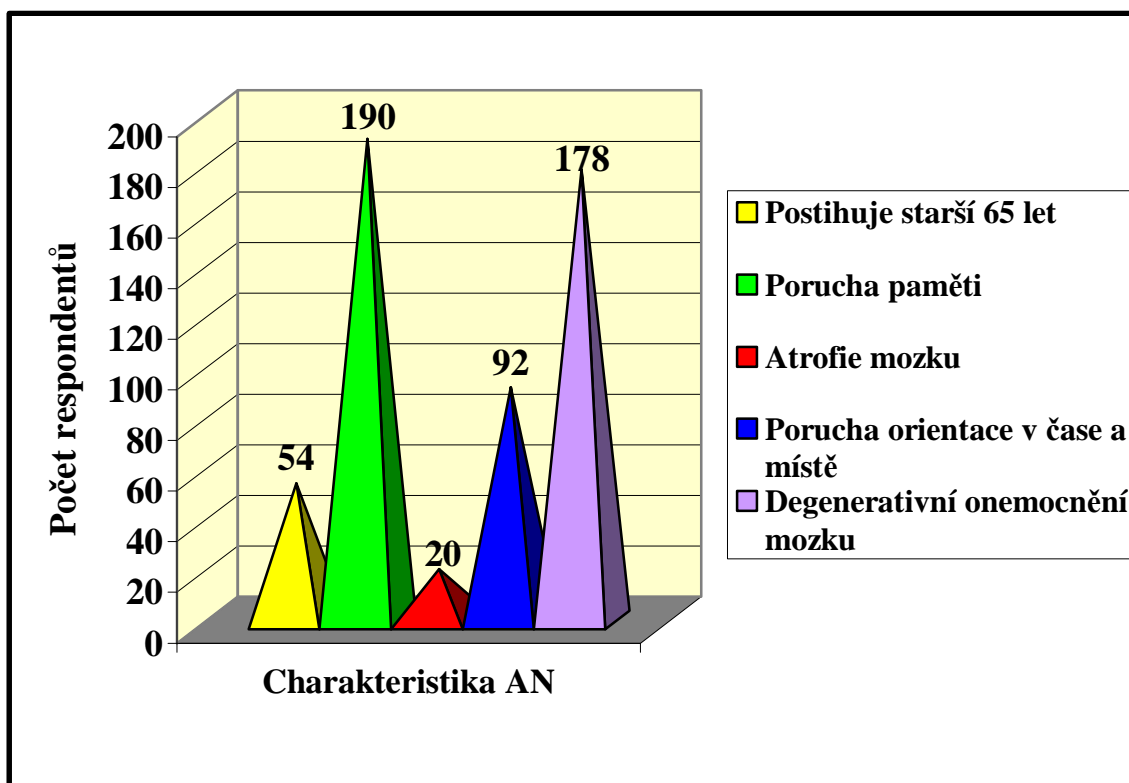
**Graf 5: Znalost pojmu Alzheimerovy nemoci (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 5 se týká znalosti pojmu Alzheimerovy nemoci. 207 (90 %) respondentů uvedlo, že již slyšelo pojem Alzheimerova nemoc. 23 (10 %) respondentů nikdy pojem Alzheimerova nemoc neslyšelo.

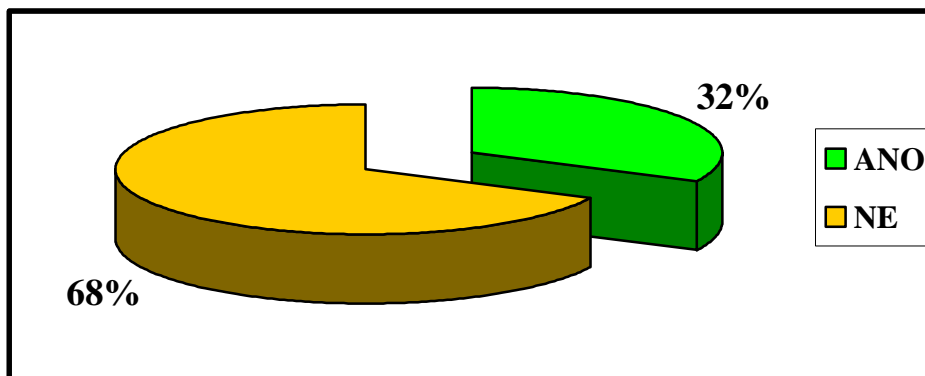
**Graf 5a: Charakteristika Alzheimerovy nemoci (v absolutních hodnotách).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 5a zobrazuje vysvětlení pojmu Alzheimerovy nemoci respondenty, kteří již o Alzheimerově nemoci slyšeli. 54 respondentů uvedlo, že Alzheimerova nemoc postihuje lidi starší 65-ti let, 190 respondentů má Alzheimerovu nemoc spojenou s poruchou paměti, 20 dotazovaných uvedlo, že Alzheimerova nemoc způsobuje atrofii mozku, 92 dotazovaných má Alzheimerovu nemoc spojenou s poruchou časové i prostorové orientace a 178 respondentů Alzheimerovu nemoc charakterizovalo jako degenerativní onemocnění mozku.

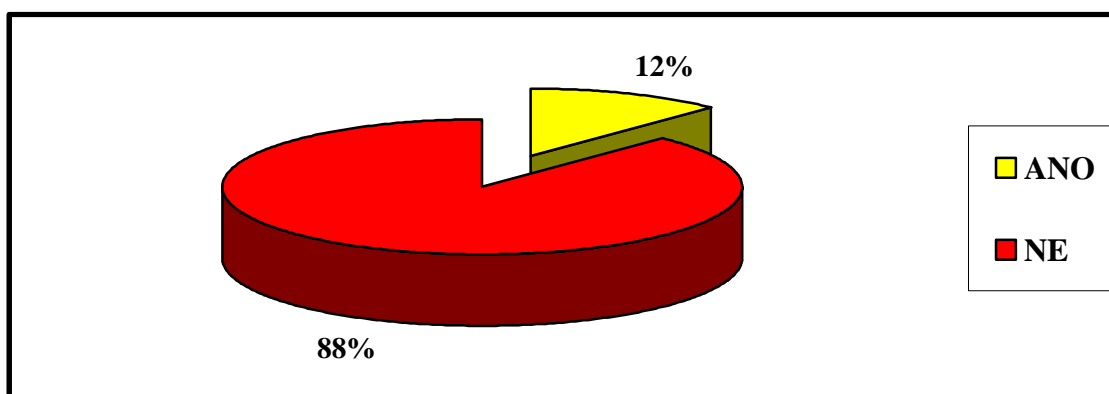
**Graf 6: Výskyt osob s Alzheimerovou nemocí v okolí respondentů (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 6 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se výskytu osob s Alzheimerovou nemocí v respondentově okolí. 74 (32 %) uvedlo, že zná osobu trpící Alzheimerovou nemocí ve svém okolí a 156 (68 %) nezná nikoho s touto nemocí ve svém okolí.

**Graf 7: Znalost zařízení pro lidi s Alzheimerovou nemocí (v %).**

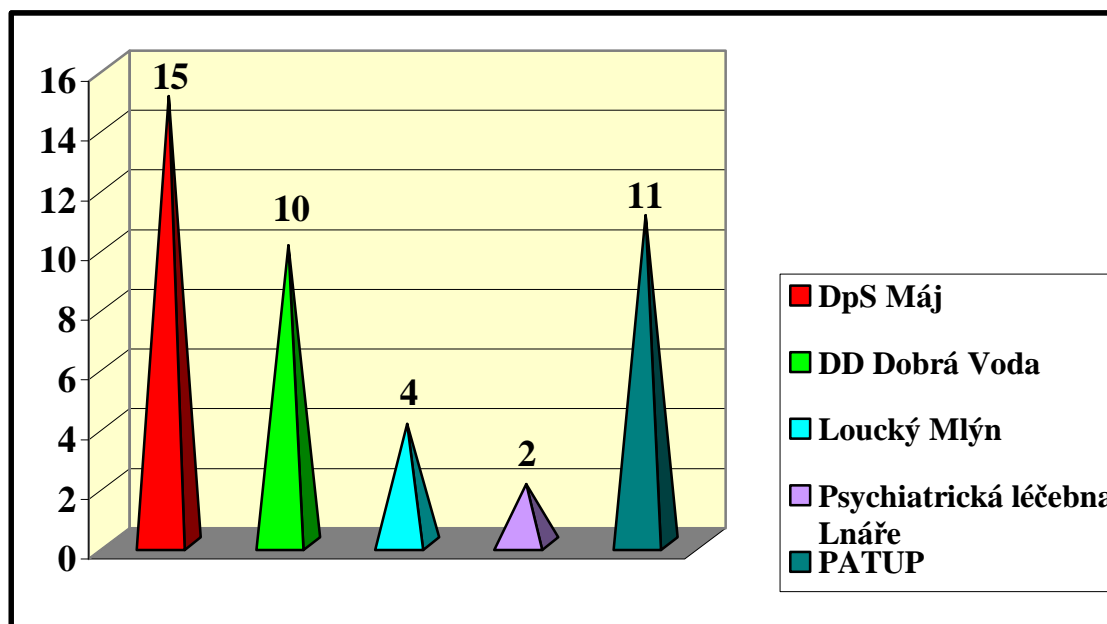


Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 7 podává informaci o tom, zda respondenti znají nějaké zařízení, poradenské centrum či jiné aktivity pro lidi s Alzheimerovou nemocí ve svém regionu. 28 (12 %) zná nějaké zařízení, poradenské centrum či jiné aktivity pro lidi s Alzheimerovou nemocí ve svém regionu.

uvedlo, že ano a 202 (88 %) dotazovaných nezná žádné zařízení, poradenské centrum nebo jiné aktivity pro lidi trpící Alzheimerovou nemocí.

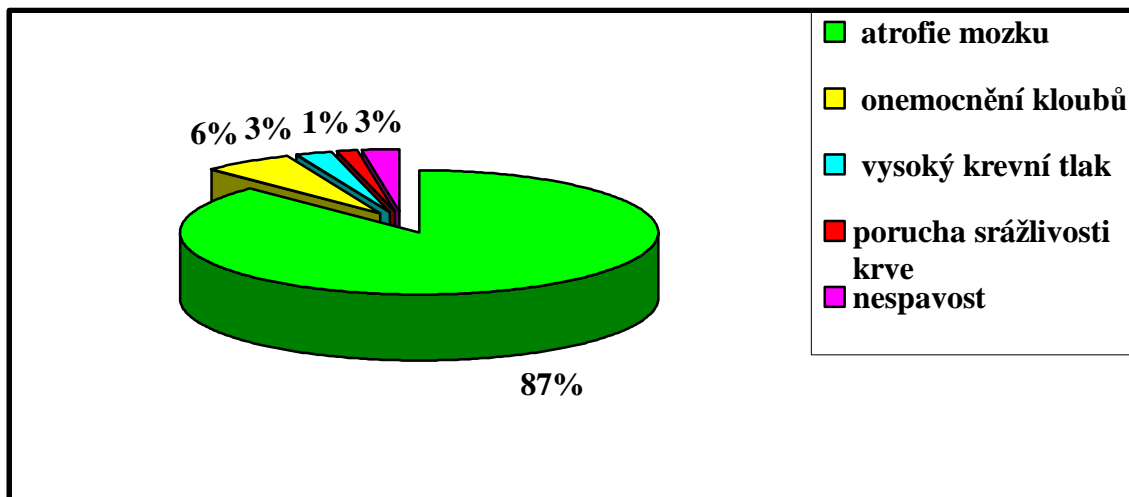
**Graf 7a: Respondenty uvedená zařízení pro lidi s Alzheimerovou nemocí**  
(v absolutních hodnotách).



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 7a doplňuje graf 7 o jednotlivá zařízení, která respondenti uvedli. 15 dotazovaných uvedlo Dům pro seniory Máj, 10 Domov důchodců Dobrá Voda, 4 Loucký Mlýn, 2 Psychiatrickou léčebnu Lnáře a 11 univerzitní centrum pro seniory PATUP při ZSF JU.

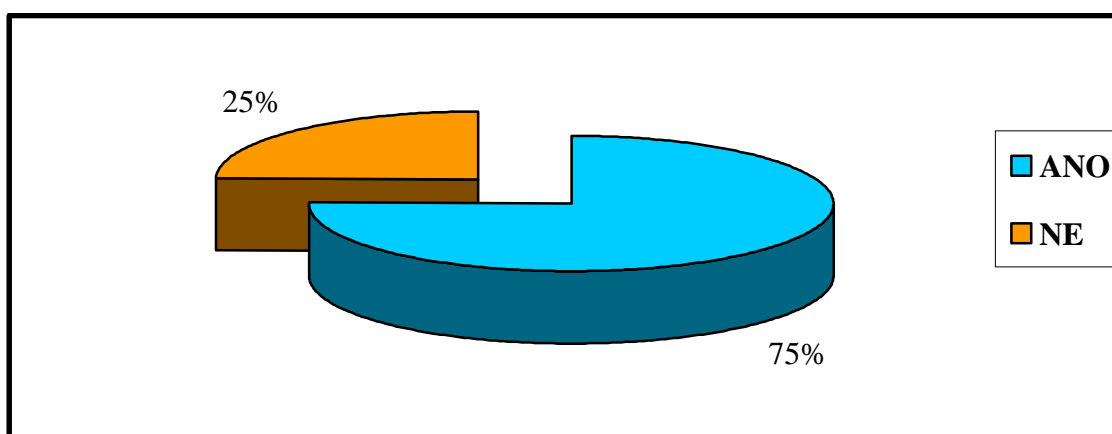
**Graf 8: Charakteristické rysy Alzheimerovy nemoci (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z grafu 8 je patrné, že 203 (87 %) respondentů považuje za charakteristický rys pro Alzheimerovu nemoc atrofii mozku, 14 (6 %) onemocnění kloubů, 6 (3 %) vysoký krevní tlak 3 (1 %) srážlivost krve a 6 (3 %) nespavost.

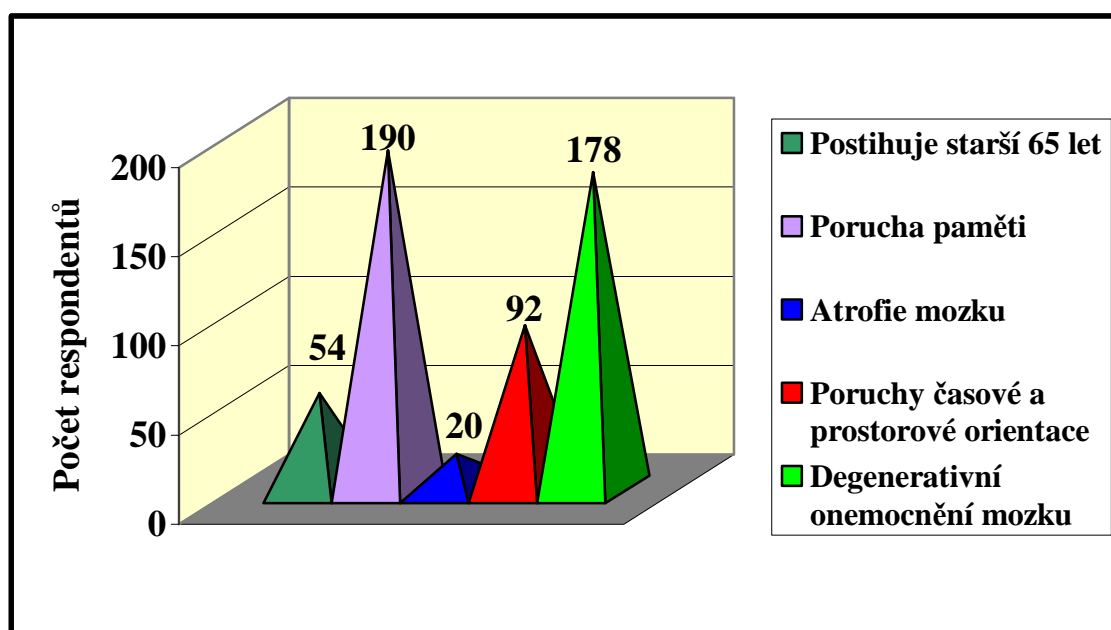
**Graf 9: Znalost příznaků Alzheimerovy nemoci (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 9 rozděluje respondenty podle odpovědi na otázku „Znáte nějaké příznaky Alzheimerovy nemoci?“. Na tuto otázku odpovědělo 173 (75 %) respondentů kladně a 57 (25%) respondentů záporně.

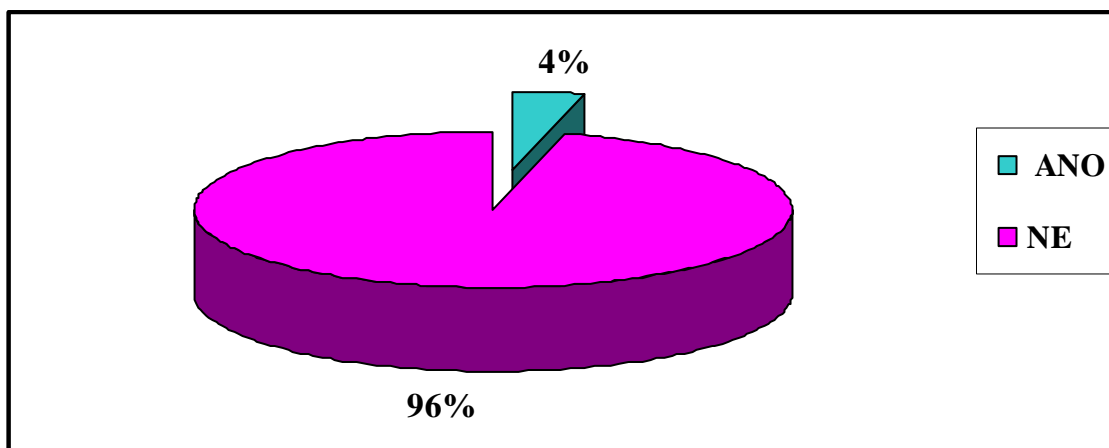
**Graf 9a: Příznaky Alzheimerovy nemoci (v absolutních hodnotách).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z grafu 9a lze vyčíst, jak respondenti charakterizují příznaky Alzheimerovy nemoci. 163 dotazovaných uvedlo jako příznak Alzheimerovy nemoci zapomnětlivost, 20 dotazovaných nepoznání blízkých osob, 97 respondentů poruchy časové a prostorové orientace, 35 dotazovaných zmatenost, 17 poruchu myšlení a 43 náladovost a agresivitu.

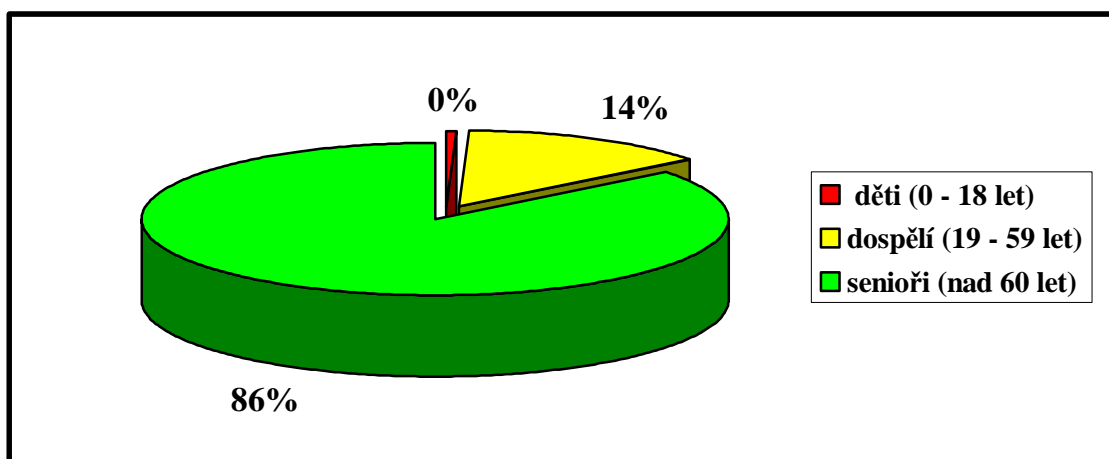
**Graf 10: Odpovědi respondentů na otázku, zda je Alzheimerova nemoc nakažlivá (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 10 znázorňuje v procentech odpovědi týkající se nakažlivosti Alzheimerovy nemoci. 9 (4 %) dotazovaných uvedlo, že je Alzheimerova nemoc nakažlivá a 221 (96 %), že není nakažlivá.

**Graf 11: Věková skupina ohrožená Alzheimerovou nemocí (v %).**

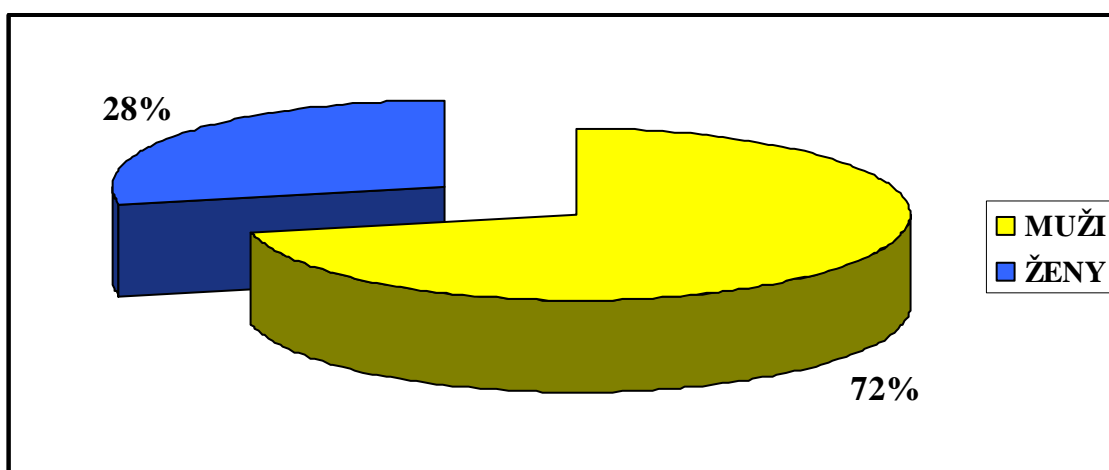


Zdroj: Vlastní výzkum.



Graf 11 znázorňuje názory respondentů na výskyt Alzheimerovy nemoci ve třech etapách lidského života. 1 respondent určil za rizikovou skupinu výskytu Alzheimerovy nemoci děti (0–18 let), 32 (14 %) respondentů uvedlo dospělé (19–59 let) a 197 (86 %) seniory (nad 60 let).

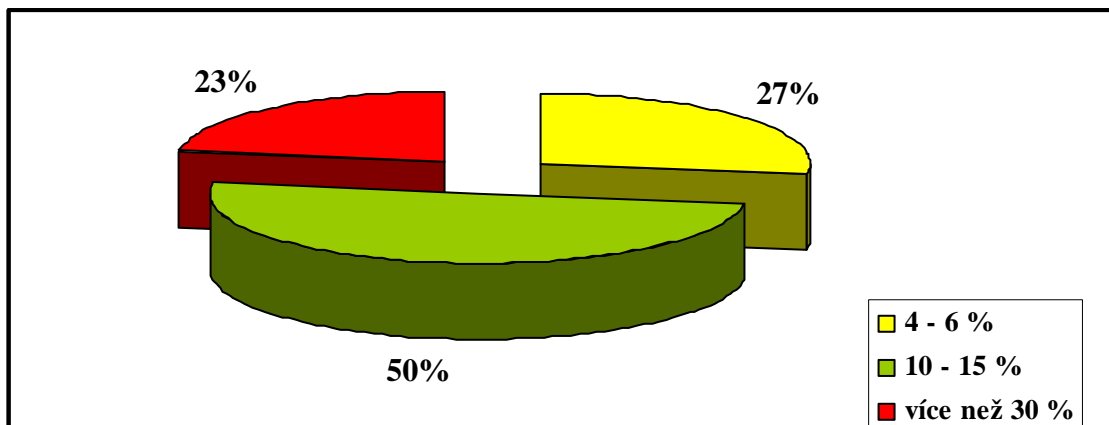
**Graf 12: Výskyt Alzheimerovy nemoci vzhledem k pohlaví (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Odpovědi respondentů zobrazené v grafu 12 se týkají četnosti výskytu lidí s Alzheimerovou nemocí u mužské a ženské populace. 165 (72 %) dotazovaných uvedlo, že Alzheimerova nemoc častěji postihuje muže než ženy a 65 (28 %) dotazovaných uvedlo, že Alzheimerova nemoc častěji postihuje ženy než muže.

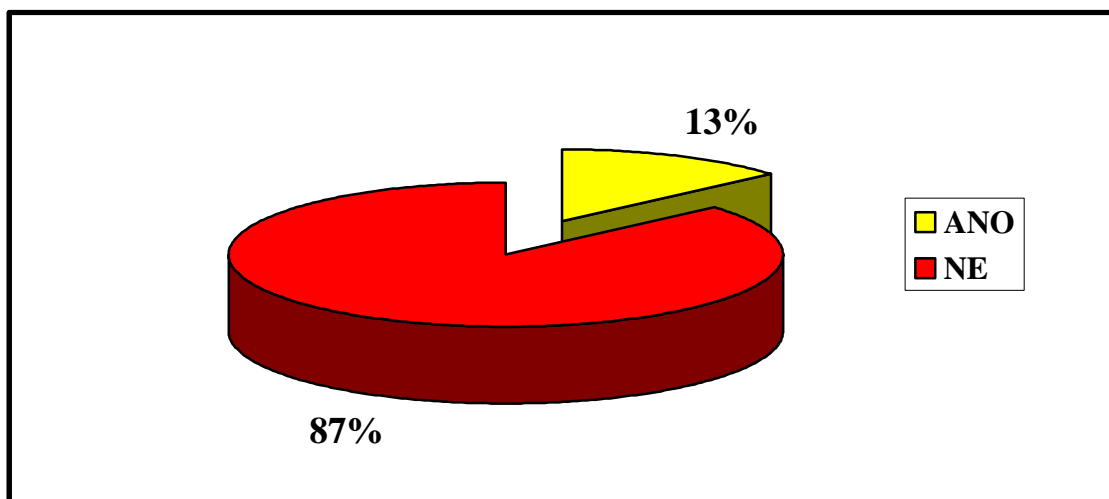
**Graf 13: Výskyt Alzheimerovy nemoci v populaci nad 65 let (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 13 je zobrazením názorů respondentů na procentuální výskyt Alzheimerovy nemoci u populace starší 65-ti let. 63 (27 %) označilo 4–6% výskyt, 115 (50 %) uvedlo 10–15% výskyt a 52 (23 %) uvedlo výskyt větší než 30%.

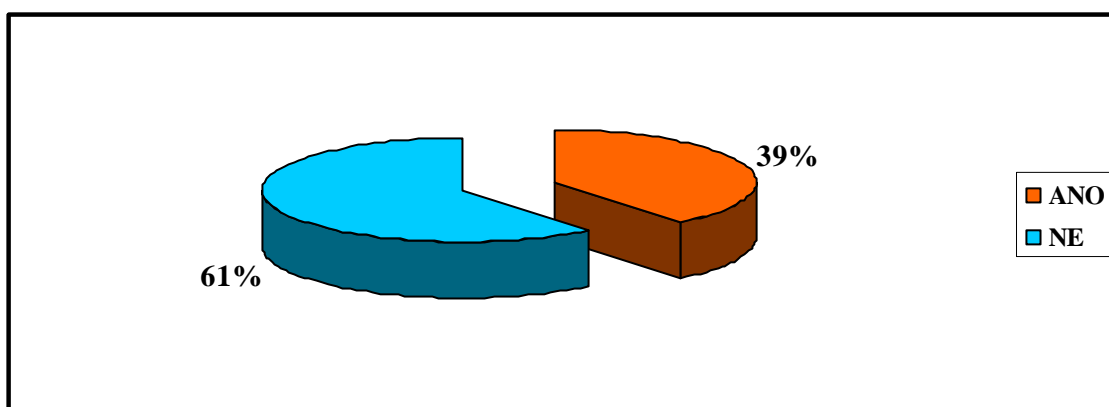
**Graf 14: Možnost vyléčení Alzheimerovy nemoci (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Odpovědi na otázku, zda lze Alzheimerovu nemoc vyléčit, jsou zobrazeny v grafu 14. 31 (13 %) dotazovaných uvedlo, že lze Alzheimerovu nemoc vyléčit a 199 (87 %), že nelze Alzheimerovu nemoc vyléčit.

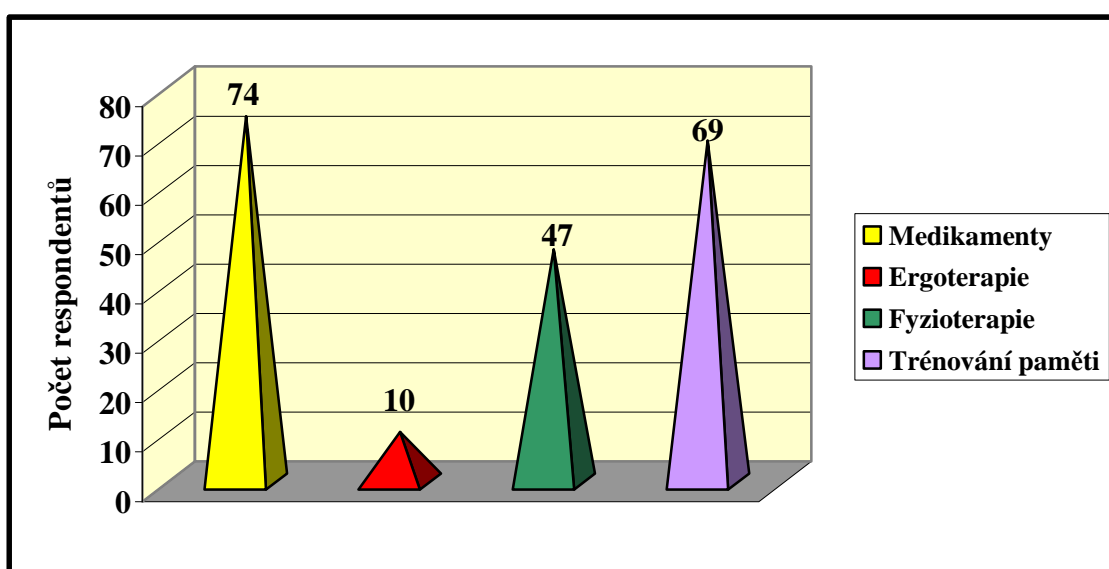
**Graf 15: Znalost léčby Alzheimerovy nemoci (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z grafu 15 vyplývá, že 90 (39 %) respondentů zná některé formy léčby, které se používají při léčbě Alzheimerovy nemoci a 140 (61 %) nezná žádné formy léčby.

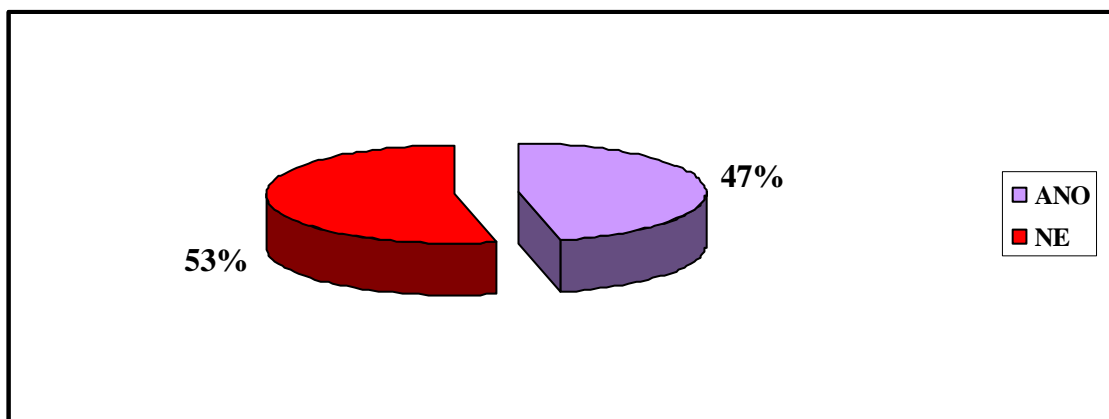
**Graf 15a: Formy léčby Alzheimerovy nemoci (v absolutních hodnotách).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 15a je souhrnem uvedených příkladů léčby používaných při léčbě Alzheimerovy nemoci. Lze vyčíst, že 74 respondentů uvedlo jako příklad léčby léčbu medikamentózní, 10 respondentů uvedlo ergoterapii, 47 fyzioterapii (pohybovou léčbu) a 60 respondentů trénování paměti.

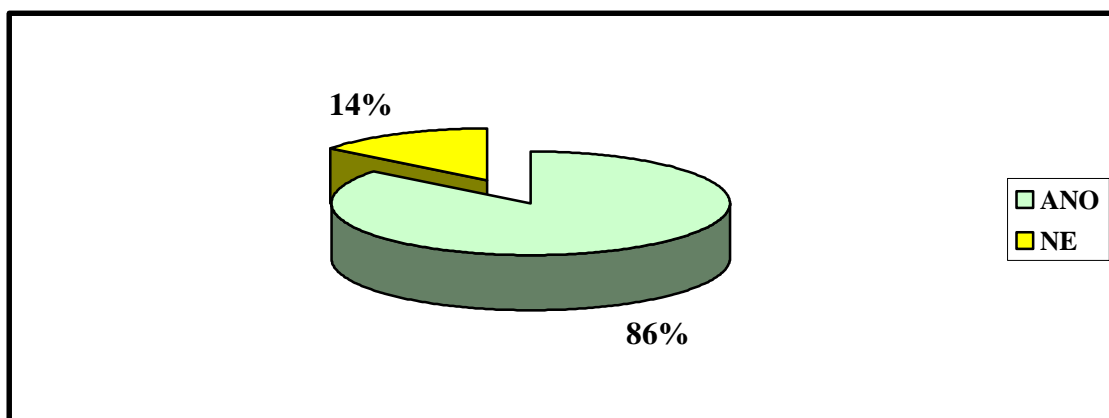
**Graf 16: Lze Alzheimerově nemoci předcházet (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 16 zobrazuje odpovědi dotazovaných na otázku, zda lze Alzheimerově nemoci předcházet. 107 (47 %) dotazovaných odpovědělo, že ano a 123 (53 %), že nelze Alzheimerově nemoci předcházet.

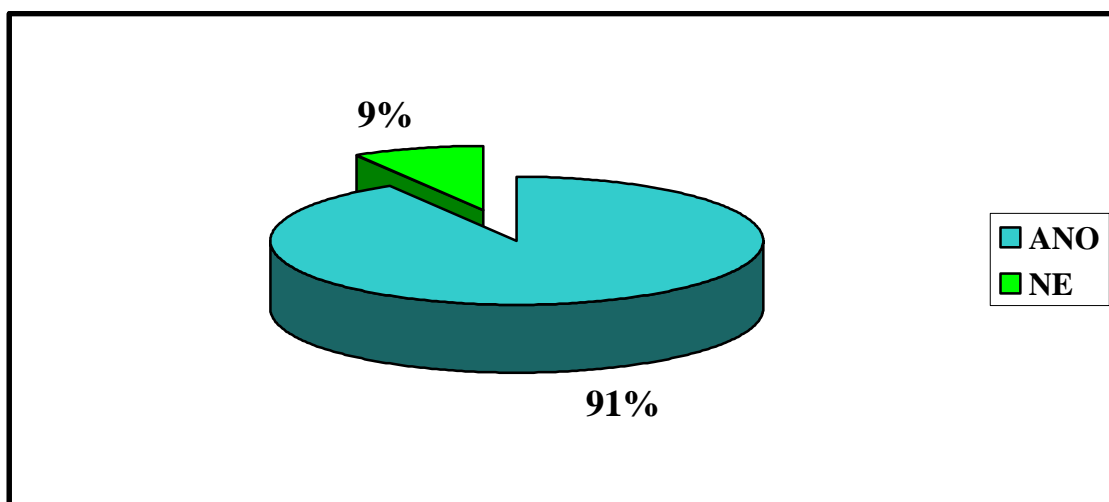
**Graf 17: Aktivní způsob života jako prevence Alzheimerovy nemoci (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Grafem 17 je znázorněn názor respondentů na aktivní způsob života jako prevenci Alzheimerovy nemoci. 197 (86 %) respondentů uvedlo, že aktivní způsob života je jedním z faktorů prevence Alzheimerovy nemoci a 33 (14 %) uvedlo, že není jedním z faktorů prevence.

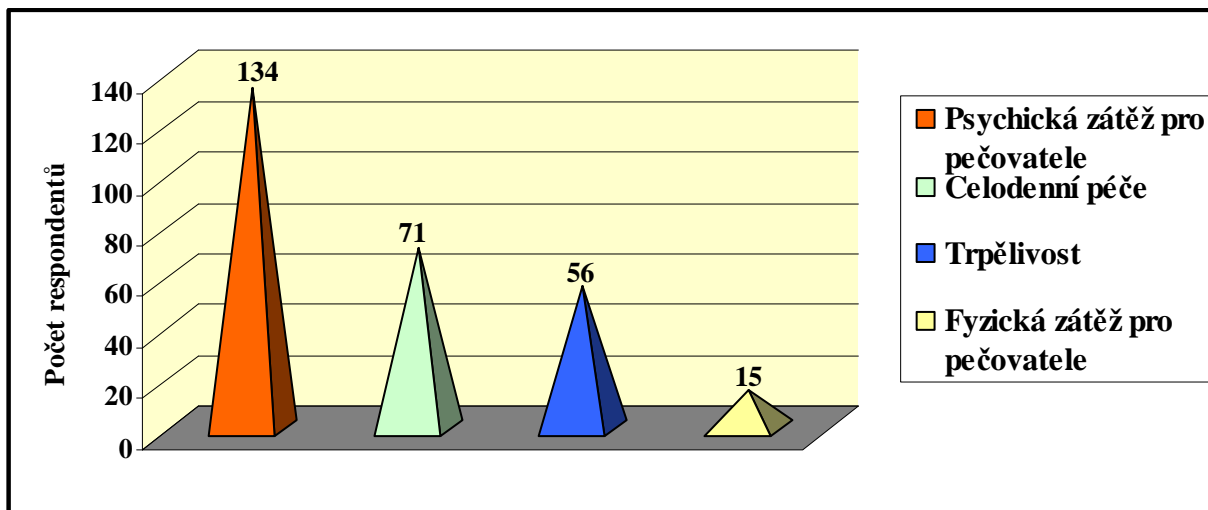
**Graf 18: Náročnost péče o osobu s Alzheimerovou nemocí (v%).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z grafu 18 lze vyčíst, kolik respondentů si myslí, že péče o člověka s Alzheimerovou nemocí je náročná, a kolik respondentů si myslí, že není náročná. 210 (91 %) respondentů uvedlo, že péče o lidi s Alzheimerovou nemocí je náročná, a 20 (9 %) respondentů uvedlo, že péče není náročná.

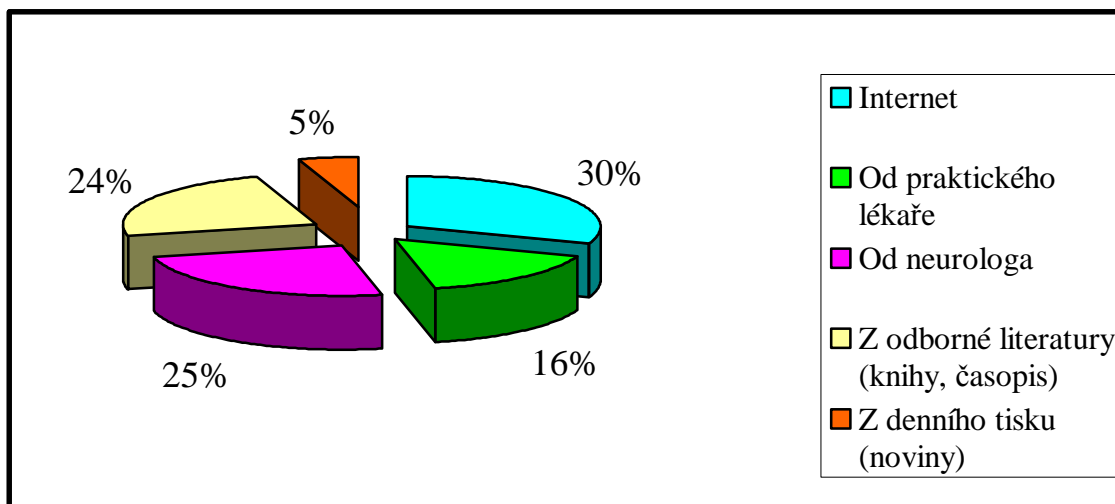
**Graf 18a: Náročnost péče o osobu s Alzheimerovou nemocí (v absolutních hodnotách).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 18a vyjadřuje názory respondentů, v čem je péče o člověka s Alzheimerovou nemocí náročná. Psychickou zátěž při péči o člověka s Alzheimerovou nemocí uvedlo 134 respondentů, celodenní péči uvedlo 71 respondentů, trpělivost uvedlo 56 respondentů a fyzickou zátěž 15 respondentů.

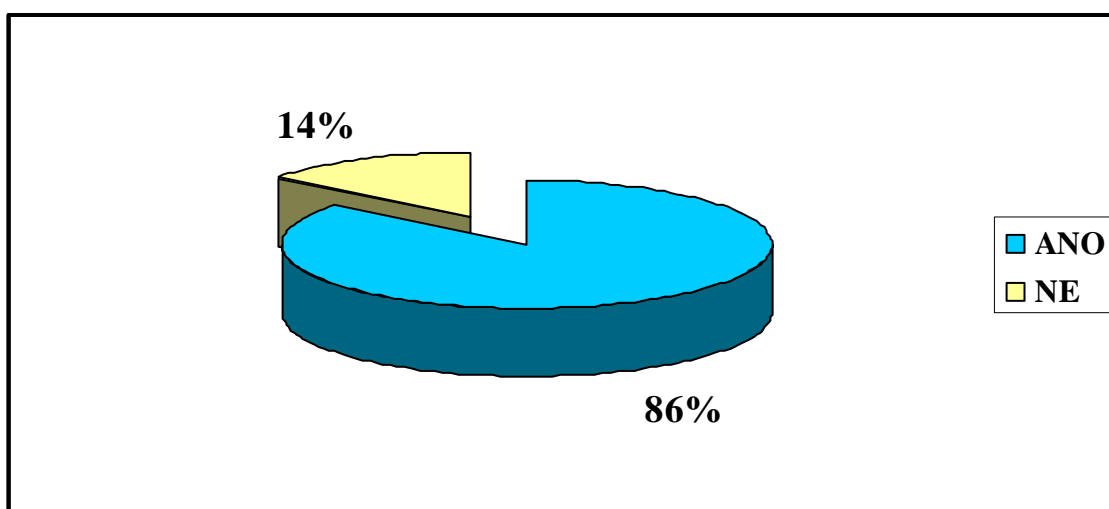
**Graf 19: Dostupnost informací o Alzheimerově nemoci (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Možnosti, kde by potřebné informace o Alzheimerově nemoci získali respondenti, jsou uvedeny v grafu 19. Internet by využilo 149 (39 %) respondentů, informace od praktického lékaře 79 (16 %), od neurologa 120 (25 %), z odborné literatury 115 (24 %) a 25 (5 %) z denního tisku.

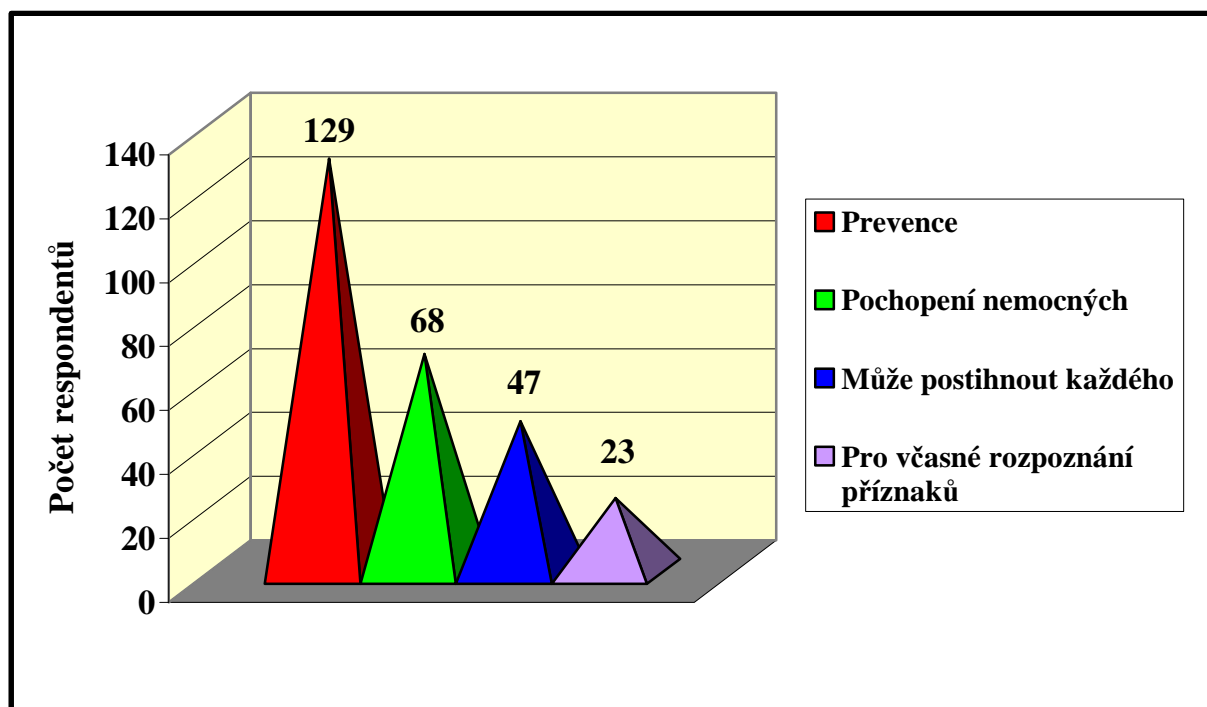
**Graf 20: Důležitost informovanosti veřejnosti o Alzheimerově nemoci (v %).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Názory dotazovaných na důležitost informovanosti veřejnosti o Alzheimerově nemoci jsou zobrazeny v grafu 20. 197 (86 %) dotazovaných uvedlo, že je důležité, aby byla veřejnost o Alzheimerově nemoci informována, a 33 (14 %) dotazovaných uvedlo, že to důležité není.

**Graf 20a: Důvody informovanosti veřejnosti o Alzheimerově nemoci (v absolutních hodnotách).**

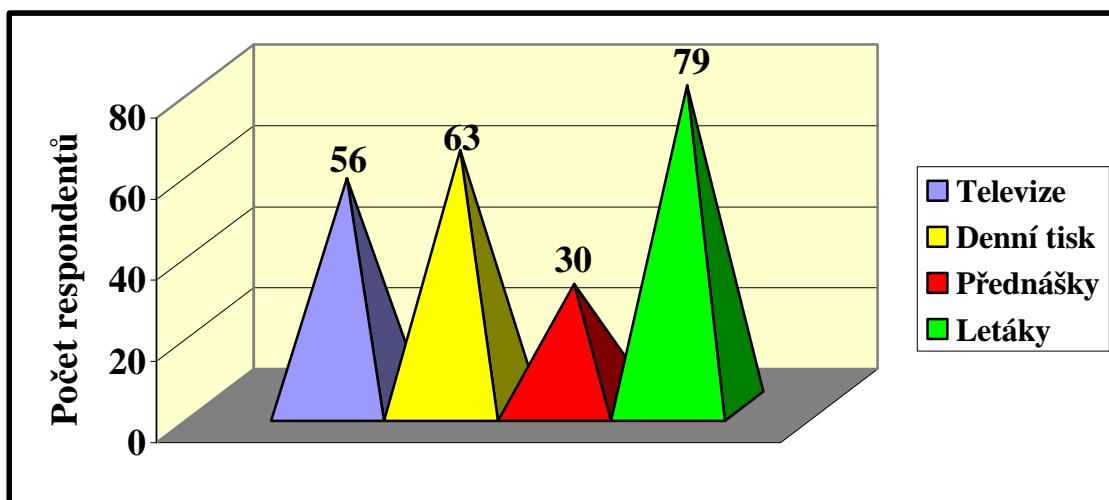


Zdroj: Vlastní výzkum.

Graf 20a zobrazuje názory respondentů na otázku „Proč je důležité informovat veřejnost o Alzheimerově nemoci?“. 129 respondentů odpovědělo, že je nutné informovat veřejnost o Alzheimerově nemoci kvůli prevenci, 68 respondentů se shodlo na lepším pochopení osob s Alzheimerovou nemocí, 47 respondentů má názor, že Alzheimerova nemoc může postihnout kohokoli, a 23 respondentů vidí důležitost informovanosti pro včasné rozpoznání příznaků.



**Graf 20b: Způsob informovanosti veřejnosti o Alzheimerově nemoci (v absolutních hodnotách).**



Zdroj: Vlastní výzkum.

Z grafu 20b lze vyčíst možnosti, jak lze podle dotazovaných nejlépe informovat veřejnost o Alzheimerově nemoci. 56 dotazovaných by využilo televizních sdělovacích prostředků, 63 respondentů považuje za nejlepší způsob publikaci článků o Alzheimerově nemoci v denním tisku, 30 respondentů by zvýšilo informovanost přednáškami na téma Alzheimerovy nemoci a 79 respondentů se shodlo na způsobu informovanosti díky letákům s problematikou Alzheimerovy nemoci.

#### 4.2 Vylosovaná zařízení pro lidi s Alzheimerovou nemocí a jejich rodiny

**Tabulka 1: Kapacita vylosovaných zařízení pro klienty s Alzheimerovou nemocí.**

Název zařízení	Kapacita (počet lůžek)	Klienti s AN (počet)	Odlehč. Sl.	Trénov. paměti	Svépom. skupiny	Konzult.	Info-linka	Denní stac.
<i>Domov pro seniory (dále DpS) Máj</i>	127	45	-	ANO	-	-	-	-
<i>pobočka DpS Máj - Tylova ulice</i>	14	14	ANO	ANO	-	-	-	ANO
<i>Domov pro seniory Hvízdal</i>	278	35	ANO	ANO	-	-	-	-
<i>Domov důchodců Dobrá Voda</i>	300	46	-	ANO	-	-	-	-
<i>Domov se zvláštním režimem - Loucký Mlýn</i>	59	50	ANO	-	-	ANO	ANO	-
<i>Domov pro osoby se zdrav. post. Písek</i>	72	45	ANO	-	-	ANO	ANO	-
<i>Psychiatrická léčebna Lnáře</i>	70	5	ANO	ANO	-	-	-	-
<i>Domov důchodců Chýnov</i>	77	36	ANO	ANO	-	ANO	ANO	-
<i>Diecézní ČCE - Středisko Blanka - Domovinka Písek</i>	40	8	-	ANO	-	ANO	ANO	ANO
<i>JU ZSF, univerzitní centrum pro seniory PATUP</i>	-	-	-	ANO	ANO	ANO	ANO	-
<i>G-centrum Tábor - Domov s pečovatelskou službou</i>	20	11	ano	ANO	-	ANO	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum.

Tabulka 1 je přehledem vybraných deseti zařízení pro osoby trpící AN. Lze z ní vyčíst kapacity jednotlivých zařízení a kolika lidem s AN poskytují své služby. Dále jsou zde

zaznamenány druhy služeb, které zařízení poskytují osobám s AN. Jsou zde zmíněny 4 domovy pro seniory, 1 domov se zvláštním režimem, 1 domov pro osoby se zdravotním postižením, 1 domovinka, 1 dům s pečovatelskou službou, 1 psychiatrická léčebna a 1 univerzitní centrum pro seniory.

**Tabulka 2: Druhy terapií poskytované jednotlivými zařízeními.**

<b>Forma terapie</b>	<b>Aroma</b>	<b>Arte</b>	<b>Fyzio</b>	<b>Ergo</b>	<b>Canis</b>	<b>Muziko</b>	<b>Trén. paměti</b>	<b>Validace</b>	<b>Baz. stim.</b>	<b>Reminsc.</b>
<i>DpS Máj</i>	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	-	-	-
<i>DD Dobrá Voda</i>	-	ANO	ANO	ANO	-	ANO	ANO	-	-	-
<i>DpS Hvízdal</i>	ANO	ANO	ANO	ANO	-	ANO	-	-	-	-
<i>Prácheňské sanát.</i>	ANO	-	ANO	ANO	ANO	-	-	ANO	ANO	ANO
<i>Domovinka Blanka</i>	-	-	ANO	ANO	-	ANO	ANO	-	-	-
<i>Psych. léč. Lnáře</i>	-	-	-	ANO	-	-	ANO	-	-	-
<i>G-centrum Tábor</i>	-	ANO	ANO	ANO	-	-	ANO	-	-	-
<i>Univ. centr. PATUP</i>	-	-	-	-	-	-	ANO	ANO	-	ANO
<i>DpS Chýnov</i>	-	-	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	-	ANO	-

Zdroj: Vlastní výzkum.

Tabulka 2 zobrazuje přehled terapií, kterých se klienti s AN mohou v jednotlivých zařízeních účastnit. Prácheňské sanatorium je zřizovatelem Domova se zvláštním režimem Loucký Mlýn a Domova pro osoby se zdravotním postižením Písek, proto je zde zobrazena nabídka terapií dohromady. Aromaterapii svým klientům nabízejí 3 zařízení, arteterapii 4 zařízení, fyzioterapii 7 zařízení, ergoterapii všech 8 zařízení, canisterapii 3 zařízení, muzikoterapii 5 zařízení, trénování paměti mohou využít klienti 7 zařízení, validaci 2 zařízení, bazální stimulaci ve 2 zařízeních a reminiscenční terapii ve 2 zařízeních.

## 5. DISKUSE

Za laickou veřejnost autorka této práce považuje osoby, které nepracují s lidmi s AN, nepracují v oblasti sociálních služeb, či nestudují obor, který se vztahuje k danému tématu. Informovanost laické veřejnosti o AN bude posuzována na základě výsledků vyhodnocených dotazníků.

Pro výše uvedený výzkum bylo celkem rozdáno 280 dotazníků, návratnost byla 86%, tedy 241 dotazníků, z nichž bylo správně vyplněno, a tím i vyhodnoceno 230 dotazníků. Dotazníky byly rozdány ve strojírenském podniku, ve dvou kurzech Trénování paměti Centra PATUP při ZSF JU, studentům Zemědělské fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, v ordinaci stomatologie a ordinaci kardiologie. Výzkum proběhl v měsících březnu a dubnu roku 2008. Ve strojírenském podniku a studentům Zemědělské fakulty byly dotazníky rozdány osobně autorkou a ve zbývajících institucích pověřenými osobami, které předem autorka proškolila o způsobu rozdávání dotazníků a zpětném vybírání.

Z celkového počtu 230 vyhodnocených dotazníků vyplnilo dotazník 91 mužů a 131 žen (**Graf 1**). Další identifikační otázkou respondentů byla otázka týkající se jejich věku, jejíž výsledky jsou zobrazeny v **Grafu 2**. Tento graf ukazuje, že jednotlivé věkové skupiny byly zastoupeny téměř rovnoměrně. Poslední identifikační otázka se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů (**Graf 3**). Tato otázka je blíže specifikována v dalším grafu (**Graf 4**), který znázorňuje četnost zdravotnického vzdělání respondentů. Mezi dotazovanými byli 4 lékaři, 2 stomatologové, 1 oftalmolog a 1 otorinolaringolog, 15 zdravotních sester, které však nepracují se starými lidmi, tedy ani s pacienty s AN, dále 4 zdravotní záchranáři a 3 zdravotní laboranti. Ve vyplněných dotaznících byly patrné určité rozdíly mezi odpověďmi respondentů se základním vzděláním a středním odborným vzděláním oproti respondentům s dosaženým vyšším stupněm vzdělání. Respondenti s nižším vzděláním odpovídali v polootevřených a otevřených otázkách heslovitě na rozdíl od dalších respondentů. Překvapivé pro autorku bylo, že nebyly velké rozdíly v počtu správných a špatných odpovědí ve srovnání jednotlivých vzdělanostních skupin. U zdravotnického personálu bylo

zarážející, že ne všichni odpověděli na základní otázky týkající se příznaků, výskytu a způsobu léčby AN správně.

AN je podle Holmerové (2002) vůbec nejčastější forma demence, která se vyskytuje zejména ve věkové skupině na 65 let, ale výjimečně může postihovat osoby mladší než 50 let. AN je zpočátku plíživý a postupně progredující proces, při kterém dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojení. S tímto procesem souvisí poškození funkce mozku. Pacientu s AN se zhoršuje paměť, pozornost, schopnost soustředit se a ochuzuje se mu řeč, mění se nálada a jeho chování (19). Dále Jiráček, Obenberger, Preiss (1998) uvádějí, že lidé trpící AN ztrácejí prostorovou a časovou orientaci a dochází u nich k degradaci osobnosti. U lidí s AN dochází také k poruše emocionality, řeči, spánku, sexuálních funkcí, inkontinenci apod. (29). Jelikož je AN uváděna jako nejčastější forma demence, autorka předpokládala, že většina respondentů bude mít o ní základní poznatky, které by se shodovaly s projevy AN v odborné literatuře vypsané výše. Informovanost laické veřejnosti o projevech a příznacích AN byla zjišťována otázkami č. 5, 8 a 9. Jak zobrazuje **Graf 5**, 10% respondentů nikdy o AN neslyšelo, tudíž nemají o jejích projevech žádné informace. Následující graf (**Graf 5a**) zobrazuje pojmy, kterými by respondenti definovali AN, a počet respondentů. Nejčastěji respondenti uváděli, že se AN projevuje poruchami paměti, dále že se jedná o degenerativní onemocnění mozku, atrofii mozku, že postihuje lidi především starší 65 let a že mají lidé trpící AN problémy s orientací v prostoru a čase. Uzavřená otázka číslo 8 dávala respondentům na výběr 5 možností, ze kterých měl respondent vybrat, co charakterizuje AN. Měli na výběr atrofii mozku, onemocnění kloubů, vysoký krevní tlak, poruchu srážlivosti krve a nespavost. Autorka byla překvapena, že někteří respondenti zaškrtnuli jako charakteristický znak AN srážlivost krve, onemocnění kloubů a vysoký krevní tlak (**Graf 8**). Výzkum potvrdil, že 25 % dotazovaných nezná žádný příznak AN, jak ukazuje **Graf 9**. Příznaky, které jmenovalo zbylých 75 %, jsou vyobrazeny v **Grafu 9a**. Zarážející bylo, že pouze 10 % respondentů uvedlo více než jeden příznak AN.

**Graf 6** zobrazuje procentuální zastoupení odpovědí dotazovaných na otázku, zda znají někoho s AN ve svém okolí. V odborné literatuře se uvádí incidence AN

v 5 % populace starší 65 let a u téměř třetiny populace starší 85 let (**18**). 32 % respondentů zná ve svém okolí osobu s AN a 68 % respondentů nezná ve svém okolí nikoho s AN.

Další otázkou, kterou autorka zjišťovala informovanost veřejnosti o problematice AN, byla otázka týkající se znalosti nějakého zařízení, poradenského centra či jiných aktivit pro lidi s AN a jejich rodiny. Bylo překvapivé, že pouze 28 respondentů uvedlo aspoň jedno zařízení a 202 respondentů neuvedlo žádné zařízení (**Graf 7**). Mezi jmenovaná zařízení patřil Domov pro seniory Máj, Domov důchodců Dobrá Voda, sanatorium Loucký mlýn, Psychiatrická léčebna Lnáře u Blatné a centrum pro seniory PATUP, která jsou zaznamenána v **Grafu 7a**. Centrum PATUP uvedly osoby, kterým byl rozdán dotazník v rámci kurzu Trénování paměti pořádaným právě Centrem PATUP.

Na otázku 10, která se týkala nakažlivosti AN očekávala autorka 100 % podíl respondentů na odpovědi, že AN není nakažlivá. Jak je patrné z **Grafu 10**, 4 % respondentů chybně odpovědělo, že je AN nakažlivá.

Uzavřenými otázkami č. 11, 12 a 13 autorka zjišťovala informovanost respondentů o výskytu AN. **Graf 11** vyhodnocuje odpovědi na otázku, kterou věkovou skupinu AN postihuje. 14 % respondentů uvedlo věkovou skupinu 19–59 let a zbylých 86 % skupinu seniorů nad 60 let. Pouze 1 respondent uvedl, že AN postihuje děti do 18 let. Odborná literatura uvádí, že AN se nejvíce vyskytuje ve věkové skupině nad 65 let, ale velmi vzácně postihuje i jedince mladší 50 let (**24**). Otázka číslo 12 se týkala výskytu Alzheimerovy nemoci z pohledu gender. Weber uvádí, že výskyt AN u žen je dvakrát častější než u mužů (**74**). Podle Topinkové je poměr mužů a žen, jako pacientů s AN dokonce, 1: 2,8 (**65**). Vyhodnocením této otázky v **Grafu 12** se prokázalo, že se 72 % respondentů domnívá špatně, že je častější výskyt AN v mužské populaci. Pouze 28 % respondentů uvedlo větší výskyt v populaci žen. V literatuře týkající se problematiky AN se uvádí, že AN trpí asi 5 % populace a je čtvrtou nejčastější příčinou úmrtí (**29**). Na tuto problematiku byla zaměřena otázka č. 13, kterou vyhodnocuje **Graf 13**. Správný odhad výskytu AN v populaci starší 65-ti let mělo 63 respondentů. 115 uvedlo výskyt v míře 10–15 % a 52 respondentů uvedlo více než 30 %.

Otázkami č. 14 a 15 autorka zjišťovala informovanost respondentů o možnostech a způsobech léčby AN. Zatím neexistuje bohužel žádný lék, který by AN vyléčil. Existují ovšem léky, které mohou u pacientů zlepšit paměť a další mozkové funkce a také působí příznivě na průvodní příznaky onemocnění. Dále se předpokládá, že jsou schopny zpomalit či pozastavit průběh onemocnění, což ve svém důsledku přinese pacientům a jejich rodinám ještě několik měsíců či let kvalitního života a pacienti mohou zůstat co nejdéle v domácím prostředí. Jedná se o tzv. inhibitory acetylcholinesterázy (19). Léčba AN musí být komplexní. Zahrnuje farmakoterapii, psychosocioterapii, rehabilitaci tělesných funkcí, ale samozřejmě i práci s rodinou a dalšími pečovateli nemocného a jiné terapie (32). 87 % dotazovaných odpovědělo správně, že AN nelze vyléčit, a 13 % respondentů špatně, že AN lze vyléčit (Graf 14). Překvapivě velké procento respondentů (61 %), jak zobrazuje Graf 15, nezná žádnou formu léčby a pouhých 12 respondentů (5 %) uvedlo více jak dvě formy léčby. Na Grafu 15a jsou zobrazeny formy léčby, které respondenti uvedli. Jedná se pouze o 4 formy, a to ergoterapii, medikamentózní léčbu, fyzioterapii a trénování paměti.

Graf 16 se týká odpovědí na otázku, zda lze AN předcházet. 53 % respondentů uvedlo, že se nedá AN předcházet a 47 % respondentů uvedlo, že lze AN předcházet.

Podle Kučerové (2006) je prevencí AN zdravý způsob života, tedy hodně spánku, tělesného pohybu, pobytu v přírodě a minimum zátěžových situací. Dalším důležitým preventivním faktorem je kvalitní léčba tělesných chorob, které se během života vyskytnou (39). Důležitá je i vysoká psychická aktivita ve vyšším věku a trénování paměti. Trénování mozkových funkcí prospívá učení se novým věcem, luštění křížovek, četba, hraní her náročných na pozornost (pexeso, karty, scrable), cestování, turistika a další (23). Grafem 17 jsou znázorněny názory respondentů na prevenci AN aktivním způsobem života. 86 % respondentů uvedlo, že aktivní způsob života je jedním z možných faktorů prevence AN a 14 % uvedlo, že nepatří mezi faktory prevence.

Plnit roli člověka pečujícího o nemocného s AN, to vyžaduje značné finanční, emocionální, sociální i fyzické oběti (26). V počátečních stádiích AN je většina nemocných schopna, byť s menšími či většími obtížemi, samostatného života. Teprve

s postupem času se soběstačnost zhoršuje a je postupně nutná i celodenní péče. Péče o pacienta AN vyžaduje ze strany pečovatелů neobyčejnou zásobu porozumění, trpělivosti a energie (9). Pečovatelé jsou vystaveni enormní psychické, fyzické i ekonomické zátěži (34). Jak z výzkumu vyplynulo, 91 % respondentů považuje péči o člověka s AN za náročnou a 9 % nikoli (Graf 18). Graf 18a specifikuje odpovědi respondentů, v čem shledávají péči o člověka s AN náročnou. Nejvíce respondentů uvedlo, že vidí náročnost péče o osoby s AN v psychické zátěži pro pečovatele, dále uváděli nutnost celodenní péče a dohledu, potřebu trpělivosti a velkou fyzickou zátěž pečovatелů.

Názory respondentů na informovanost o AN byly řešeny otázkami č. 19 a 20. Graf 19 je souhrnem odpovědí respondentů na otázku, kde by získali informace o AN. 149 respondentů uvedlo internet, jako hlavní zdroj informací, 79 respondentů by se informovalo u praktického lékaře, 120 respondentů u neurologa, 115 respondentů z odborné literatury a 25 respondentů uvedlo, že by sháněli informace v denním tisku. Podle autorky je nejlepším zdrojem informací o AN internet a odborná literatura. Také se domnívá, že lékaři mohou pacientovi říci základní informace o AN, ale není jejich náplní práce seznamovat je s různými detaily, např. s detaily o způsobu péče. Odpovědi na otázku č. 20, zda je důležité informovat veřejnost o AN, jsou zobrazeny v Grafu 20. 86 % respondentů považuje informovanost veřejnosti za důležitou věc a 14 % respondentů se domnívá, že není třeba informovat veřejnost o AN vůbec. Důvody, proč by respondenti informovali veřejnost, a způsoby, jakými by informace zprostředkovali, jsou uvedeny v Grafu 20a a v Grafu 20b. Nejčastějšími důvody byla prevence, pochopení nemocných, uvědomění si, že AN může postihnout každého, a důležitost pro včasné rozpoznání příznaků AN. Jako nejvíce účinné prostředky informovanosti respondenti uvedli pořady v televizi týkající se problematiky AN, články v denním tisku, přednášky a letáky s informacemi o projevech, způsobech léčby a možnostech péče o lidi s AN.

Za rozhodující otázky pro potvrzení či vyvrácení hypotézy si autorka určila otázky které se týkaly informovanosti o léčbě AN (č.14, 15), o příznacích AN



(č. 5, 8, 9), o znalosti zařízeních, poradenských center či jiných aktivitách pro lidi s AN (č. 7), o výskytu AN (č. 11, 12, 13) a o formách léčby (č. 14, 15).

Jak je popsáno výše, pouze 39 % respondentů uvedlo, že zná nějakou formu léčby AN, a pouze 2 % respondentů uvedla více než dvě formy léčby. Nízká informovanost respondentů se potvrdila i v otázkách týkajících se výskytu AN v populaci. 72 % respondentů je mylně přesvědčeno, že AN postihuje více mužskou populaci, a pouze 63 respondentů uvedlo správné procento výskytu AN u populace starší 65 let. Dalším alarmujícím zjištěním pro autorku bylo, že 202 respondentů nezná žádné zařízení, poradenské centrum či jinou aktivitu pro lidi s AN ve svém regionu. Pouze 28 dotazovaných uvedlo aspoň jedno zařízení. Přestože 90 % respondentů uvedlo, že již slyšelo o AN, pouze 10 % z nich zná více než jeden příznak charakterizující AN, a 25 % z celkového počtu nezná žádný příznak. Dalším kritériem, kterým autorka ověřovala platnost hypotézy, byly znalosti respondentů o léčbě AN. 61 % respondentů nezná žádnou formu léčby AN a pouhých 12 respondentů uvedlo více než dvě formy léčby.

Výzkum ukázal, že větší přehled o problematice AN mají lidé starší 60 let, čímž se autorce potvrdilo její očekávání. Autorka se domnívala, že by respondenti starší 60 let, měli vědět o dané problematice více, jelikož oni sami patří do ohrožené skupiny lidí Alzheimerovou nemocí a předpokládala, že v okolí lidí starších 60 let se vyskytují lidé s AN. Jak ukázal výzkum, 61 % dotazovaných ve věkové skupině starší 60 let potvrdilo, že ve svém okolí zná osobu trpící AN. Oproti tomu pouze 8 % respondentů ve věku 18-30 let zná ve svém okolí člověka trpícího AN.

Vyhodnocením všech kritérií, která si autorka stanovila pro potvrzení či nepotvrzení hypotézy, bylo učiněno stanovení, že **se hypotéza nepotvrdila**.

Dílním cílem diplomové práce bylo zmapování služeb pro lidi s AN a jejich rodiny v Jihočeském kraji. Zmapování proběhlo díky seznamům zařízení pro osoby s AN, které jsou zveřejněny na stránkách ČALS a seznamu zařízení poskytnutým Krajským úřadem Jihočeského kraje v Českých Budějovicích. Autorka ze zmíněných seznamů náhodně vylosovala zařízení, s jejichž zaměstnanci provedla rozhovory. Rozhovory se týkaly informací ohledně celkového počtu klientů, klientů s AN a služeb,

terapií, které jednotlivá zařízení svým klientům s AN poskytují. Celkem byly rozhovory provedeny ve 4 domovech pro seniory, v 1 sanatoriu, které spravuje domov se zvláštním režimem a domov pro osoby se zdravotním postižením, dále v 1 psychiatrické léčebně, v 1 denním stacionáři, 1 centru pro seniory a v 1 domovince (viz. **Tabulka 1**). Překvapivé pro autorku bylo, že mnozí pracovníci ani nevěděli, co si pod jednotlivými názvy terapií představit. Ve dvou případech se autorka setkala s tím, že pracovníci uvedli některé terapie, které jejich zařízení svým klientům neposkytovalo. Pro prokázání, zda terapie v jednotlivých zařízeních fungují, se autorka vyptávala na způsob a frekvenci jejich realizace. Rozhovory bylo zjištěno, že v mnohých zařízeních se terapie sice provádějí, ale ne pod vedením vyškolených odborníků. Příčinou je, že pro jednotlivá zařízení je levnější, aby jednotlivé terapie vedl jejich pracovník, než aby zaměstnávali další vyškolené terapeutky.

Pro autorku bylo zarážející, že někteří zaměstnanci vybraných zařízení neměli o poskytovaných terapiích přehled a museli se dívat do dokumentace či ptát se jiné osoby. Dalším poznatkem z výzkumu je, že pracovníci v 7 zařízeních nevěděli nic o validaci a reminiscenci.

## 6. ZÁVĚR

Tato diplomová práce je věnována nejčastější formě demence, tedy Alzheimerově nemoci. Problematika Alzheimerovy nemoci (dále AN) je společensky velmi závažné téma, a to i vzhledem k tomu, že naše populace stárne a incidence této choroby se bude následně zvyšovat.

AN postihuje osoby zejména ve věku nad 65 let, ale jsou i známy případy, kdy AN onemocněli lidé mladší než 50 let. AN se projevuje poruchou paměti, myšlení, abstraktního uvažování, logického úsudku, orientace, schopnosti řeči, počítání apod. Tím pádem jsou narušeny všechny sféry člověka, tedy bio, psycho i sociální. V současné době nelze AN vyléčit, ale při včasném zahájení léčby lze zpomalit její průběh. Pro zahájení léčby je důležitá včasná diagnostika. Většina lidí však prvotní příznaky AN přisuzuje běžným projevům stárnutí a nevěnují tomu pozornost, čímž se jejich zdravotní stav zhoršuje. Při léčbě se klade důraz především na umožnění setrvání pacienta v domácím prostředí a zachovat či zlepšit schopnost sebeobsluhy a kvalitu provádění běžných aktivit. Různými terapiemi, které bývají součástí léčby, se usiluje o co největší možné zachování kvality života pacienta s AN.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit informovanost laické veřejnosti o AN v Jihočeském kraji. Autorka se zaměřila především na informovanost týkající se léčby, výskytu, příznacích AN a možnosti péče o nemocné s touto chorobou. Autorka se domnívá, že tohoto cíle bylo dosaženo kvantitativním výzkumem, technikou dotazníku.

Prvním dílčím cílem bylo popsat zdravotně sociální problematiku AN. Druhým dílčím cílem pro ucelení problematiky bylo zmapovat zařízení a poradenská centra, která se věnují lidem s AN a jejich rodinám v Jihočeském kraji. Autorka se domnívá, že oba dílčí cíle byly splněny.

V souvislosti s hlavním cílem byla sestavena hypotéza H: Laická veřejnost je informována o Alzheimerově nemoci. Tato **hypotéza se** na základě kvantitativního výzkumu **nepotvrdila**.

Závěrem by autorka chtěla doporučit několik návrhů na zlepšení informovanosti o AN. Jak vyplynulo z výzkumu, 86 % dotazovaných považuje informovanost

veřejnosti o AN za důležitou a zároveň se domnívá, že by měla být veřejnost více informována. Z odpovědí respondentů vyšly jako nejlepší způsoby informování veřejnosti novinové články o AN v denním tisku, letáky a televizní pořady řešící problematiku AN. Proto by bylo podle autorky dobré, aby byly více distribuovány letáky o AN v čekárnách u praktických lékařů pro dospělé, neurologů a dalších lékařů. Autorka se domnívá, že umístění letáky na těchto místech by zvýšily informovanost veřejnosti o AN.

## 7. POUŽITÉ ZDROJE

- 1) *Arteterapie*. [online]. [cit. 2008/16/04]. Dostupné z <<http://www.arteterapie.cz/>>.
- 2) *Arteterapie*. [online]. Poslední aktualizace 15.4.2008. [cit. 2008/16/04]. Dostupné z <<http://www.ddmajcb.cz/index.php?nid=3064&lid=CZ&oid=349453>>.
- 3) BAŠTECKÁ, B. et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 416. ISBN 80-7178-735-3.
- 4) BAŠTECKÝ, J. – KÜMPEL, Q. – VOJTĚCHOVSKÝ, M. et al. *Gerontopsychiatrie*, 1. vyd. Praha: Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
- 5) BAYER, A. – REBAN, J. *Alzheimer's disease and related conditions*. 1. vyd. Rudolfov: MEDEA Press, 2004. s. 330. ISBN 80-239-2529-6.
- 6) BUIJSSEN, H. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 132. ISBN 80-7367-081-X.
- 7) *Canisterapie* [online]. [cit. 2008/25/02]. Poslední aktualizace 10.2.2008. Dostupné z <[http://www.canisterapie.info/portal/alias\\_\\_Rainbow/lang\\_\\_cs/tabID\\_\\_3328/DesktopDefault.aspx](http://www.canisterapie.info/portal/alias__Rainbow/lang__cs/tabID__3328/DesktopDefault.aspx)>.
- 8) *Česká alzheimerovská společnost* [online]. Poslední aktualizace 25.7.2007 [cit. 2008/08/03]. Dostupné z <[www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)>.
- 9) ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, *Alzheimerova choroba krok za krokem*. Praha: Medi Media Information, s.r.o., 2003. s. 13.
- 10) *Dávky sociální péče* [online]. [cit. 2008/28/03]. Dostupné z <<http://portal.mpsv.cz/soc/ozp>>.
- 11) *Desatero bazální stimulace* [online]. [cit. 2008/25/02]. Dostupné z <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/bazalni-stimulace/desatero-bazalni-stimulace/>>.
- 12) *Desatero komunikace s člověkem trpícím demencí* [online]. [cit. 2008/29/02]. Dostupné z <<http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml>>.
- 13) *Ergoterapie* [online]. [cit. 2008/25/02]. Dostupné z <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/ergoterapie/>>.
- 14) *Ergoterapie*. [online]. [cit. 2008/30/03]. Dostupné z <<http://skoly.unas.cz/ergoterapie.php>>.

- 15) FORŠTOVÁ, L. *Trénování paměti* [online]. Poslední aktualizace 29.2.2007. [cit. 2008/30/03].  
Dostupné z <[http://elanplus.cz/elanplus/index.php?id\\_issue=35&articleID=772](http://elanplus.cz/elanplus/index.php?id_issue=35&articleID=772)>.
- 16) HÁTLOVÁ, V. – SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí*. 1. vyd. Praha: Triton 2005, s. 108. ISBN 80-7245-564-7.
- 17) HOLMEROVÁ, I. – JAROLÍMOVÁ, E. – NOVÁKOVÁ, H. *Alzheimerova choroba v rodině*. 1.vyd. Praha: Pfizer 2004, 97 s.
- 18) HOLMEROVÁ, I. – JURAŠKOVÁ, B. – ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-6.
- 19) HOLMEROVÁ, I. *Jde o Alzheimerovu chorobu?* 1. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2002. s. 24. ISBN 80-86541-06-1.
- 20) HOLMEROVÁ, I. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 4. vyd. Praha: Česká Alzheimerovská společnost, 2003. 24s. ISBN 80-86541-10-X.
- 21) HOLMEROVÁ, I. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2004. číslo 1. s. 17-20. ISSN 1213-1814.
- 22) HORT, J. – RUSINA, R. *Paměť a její poruchy*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 2007. s. 422. ISBN 978-80-7345-004-5.
- 23) HORT, J. *Prevence Alzheimerovy choroby* [online]. [cit. 2008/15/03]. Dostupné z <<http://www.stari.cz>>.
- 24) HÖSCHL, C. – HOLMEROVÁ, I. – HONZÁKOVÁ, L. et al. *Alzheimerova choroba*, Symposium 1. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. s. 96. ISBN 80-7262-025-8.
- 25) HRDLIČKA, M. – HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*, 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.
- 26) HRUŠOVÁ, P. *Čeští senioři s Alzheimerovou chorobou v pečovatelských institucích* [online]. [cit. 2008/27/03]. Dostupné z <<http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=221193>>.
- 27) *Invalidní důchody* [online]. [cit. 2008/22/03]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/3>>.

- 28) *Invalidní pojištění* [online]. Poslední aktualizace 2. 1. 2006 [cit. 2008/30/03]. Dostupné z <[http://portal.mpsv.cz/eures/prace\\_v\\_cr/zp\\_podr/soc\\_zab/invalid/](http://portal.mpsv.cz/eures/prace_v_cr/zp_podr/soc_zab/invalid/)>.
- 29) JIRÁK, J. – OBENBERGER, J. – PREISS, M. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Praha: Pfizer, 1998. 64ms. ISBN 80-85800-88-8.
- 30) JIRÁK, R. *Alzheimerova choroba*. 1. vyd. Olomouc: Marxdorf, s.r.o. 1998, s. 64. ISBN 80-85800-88-8.
- 31) JIRÁK, R. *Demence*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 1999. s. 226. ISBN 80-85800-44-6.
- 32) JIRÁK, R.- KOUKOLÍK, F. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1.vyd. Praha: Grada, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3
- 33) KALVACH, Z. et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. s. 193. ISBN 382-82-97.
- 34) KALVACH, Z. – JANEČKOVÁ, H. - HOLMEROVÁ, I. *Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace* In: KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- 35) *Kinezioterapie* [online]. [cit. 2008/26/02]. Poslední aktualizace 12.2.2008. Dostupné z <<http://www.sportpsy.cz/cz/index.php?indexmenu=3&indexobsah=17>>.
- 36) KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 1.vyd. Brno: Paido, 2000. 123 s. ISBN 80-85931-91-5.
- 37) KOUKOLÍK, F. – JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. s. 161. ISBN 80-7169-716-8.
- 38) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 39) KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 112. ISBN 80-247-1491-4.
- 40) *Léčení Alzheimerovy nemoci* [online]. [cit. 2008/20/02]. Dostupné z <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/alzheimerovo-onemocneni/leceni/>>.
- 41) MALÁ, E. – PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

- 42) MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha 2003, s. 384. ISBN 80-7178-574-2.
- 43) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-2597-12
- 44) *Mimořádné výhody* [online]. [cit. 2008/22/03]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/8>>.
- 45) MÜHLPACHER, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. s. 203. ISBN 80-210-3345-2.
- 46) *Muzikoterapie*. [online]. Poslední aktualizace 1.2.2007. [cit. 2008/16/04]. Dostupné z <<http://www.mineralfit.cz/clanek/446--muzikoterapie-leci.html>>.
- 47) *O Alzheimerově nemoci* [online]. [cit. 2008/10/03]. Dostupné z <<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=25>>.
- 48) ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, ODDĚLENÍ SOCIÁLNÍ POMOCI. *Průvodce sociálními službami města České Budějovice 2008*. Vydal: Odbor sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice, 2008. s. 56.
- 49) PIDRMAN, V. *Demence* 1. vyd. Praha: Grada, 2007. s. 184. ISBN 978-80-247-1490-5.
- 50) PICHAUD, C. – THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*, 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- 51) *Pomerančový den*. [online]. [cit. 2008/15/03]. Poslední aktualizace 14.9.2007. Dostupné z <<http://www.alzheimer.cz/?PageID=14>>.
- 52) POSPÍŠILOVÁ, A. *Cvičení paměti ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: MOSV, 1996. 108 s. ISBN 80-85529-19-X.
- 53) *Psychowalkman* [online]. [cit. 2008/25/02]. Dostupné z <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/psychowalkman/>>.
- 54) *Psychowalkman* [online]. [cit. 2008/29/02]. Dostupné z <<http://www.psychowalkman.cz/index.php?nid=1801&lid=CZ&oid=189970>>.
- 55) *Reminiscenční terapie* [online]. [cit. 2008/25/02]. Dostupné z <<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie/>>.



- 56) RŮŽIČKA, E. et al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí. Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. s. 175. ISBN 80-7262-205-6.
- 57) *Sociální služby* [online]. [cit. 2008/20/03]. Dostupné z <[www.stari.cz](http://www.stari.cz)>.
- 58) *Sociální služby* [online]. Poslední aktualizace 6.2.2008 [cit. 2008/20/03]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
- 59) *Specializovaná péče o pacienty s demencí v Jihočeském kraji* [online]. [cit. 2008/29/02]. Dostupné z <<http://www.gerontologie.cz/showdoc.do?docid=4>>.
- 60) STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
- 61) *Svépomocné skupiny* [online]. Poslední aktualizace 10.1.2008. [cit. 2008/25/03]. Dostupné z <<http://www.alzheimer.cz/?PageID=495>>.
- 62) SVOBODA, M. - ČEŠKOVÁ, E. – KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 317. ISBN 80-7367-154-9.
- 63) *Test hodin* [online]. [cit. 2008/12/03]. Dostupné z <[http://www.stari.cz/test\\_off.php](http://www.stari.cz/test_off.php)>.
- 64) TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. Vyd. Praha: Galén 2005, s.270. ISBN 80-7262-365-6.
- 65) TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a v čas diagnostikovat demenci*, 1. vyd. Praha: UCB Pharma s.r.o., 1999. 86 s. ISBN 80-238-4913-1.
- 66) TOŠNEROVÁ, M. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*, 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti 2001, s. 68. ISBN 80-238-8001-2.
- 67) *Umístění do domova pro seniory a domova se zvláštním režimem* [online]. Poslední aktualizace 4.9.2007. [cit. 2008/20/03]. Dostupné z <<http://www.brno.cz/toCP1250/index.php?nav01=2226&nav02=32&idzs=1599>>.
- 68) *Úplné znění zákona o Sociálním zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 2008. s. 272. ISBN 978-80-7208-658-0.
- 69) VACULOVÁ, M. *Možné podoby terapie Alzheimerovy choroby* [online]. Poslední aktualizace 13.7.2006. [cit. 2008/29/02]. Dostupné z <<http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml>>.

- 70) *Videotrénink interakcí* [online]. [cit. 2008/30/03]. Dostupné z <<http://sweb.cz/kovarovam/videotrenink.htm>>.
- 71) *Videotrénink interakcí* [online]. [cit. 2008/30/03]. Dostupné z <<http://www.spin-vti.cz/metod.html>>.
- 72) *Vyhláška č. 284/1995 Sb.* [online]. [cit. 2008/24/03]. Dostupné z <[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_mx.701/3512/\\_s.155/708/\\_ps.3512/X/\\_ps.1333/M/\\_s.155/701?l=284/1995](http://portal.gov.cz/wps/portal/_mx.701/3512/_s.155/708/_ps.3512/X/_ps.1333/M/_s.155/701?l=284/1995)>.
- 73) *Výroční zpráva ČALS skupiny* [online]. Poslední aktualizace 10.1.2008. [cit. 2008/25/03]. Dostupné z <<http://www.alzheimer.cz/>>.
- 74) WEBER, P. et al. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- 75) ZACHARIASOVA, S. *Diagnóza Alzheimer: Helmut Zacharias*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. s. 85. ISBN 80-7262-218-8.
- 76) *Zákon č.108/ 2006 Sb., O sociálních službách*. In *Zákony III/2008*. 1. vyd. Český Těšín: Poradce, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7365-298-2.
- 77) *Zákon č.155/1995 Sb., O důchodovém pojištění*. In *Zákony III/2008*. 1. vyd. Český Těšín: Poradce, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7365-298-2.
- 78) ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 97. ISBN 80-246-0326-8.
- 79) ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. s. 232. ISBN 80-247-0183-9.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Alzheimerova nemoc

Příznaky

Léčba

Péče

Diagnostika

Prevence

Služby

Informovanost

Laická veřejnost

## **9. PŘÍLOHY**

Seznam příloh:

- Příloha 1 Fotografie Dr. Aloise Alzheimerera
- Příloha 2 MMSE test
- Příloha 3 Desatero komunikace s pacienty Alzheimerovou nemocí
- Příloha 4 Listina práv pacientů trpících Alzheimerovou nemocí
- Příloha 5 Propagační materiál k projektu Vážka
- Příloha 6 Propagační materiál k projektu Pomerančový týden
- Příloha 7 Mimořádné výhody
- Příloha 8 Dotazník
- Příloha 9 Seznam zařízení pro lidi s Alzheimerovou nemocí



Příloha 1

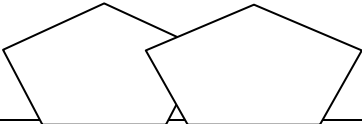
**MUDr. ALOIS ALZHEIMER**



*Alzheimer*

## Příloha 2

**TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ -Mini Mental State Exam (MMSE)**

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Který je teď rok?</li> <li>- Které je roční období?</li> <li>- Můžete mi říci dnešní datum?</li> <li>- Který je den v týdnu?</li> <li>- Který je teď měsíc?</li> <li>- Ve kterém jsme státě?</li> <li>- Ve které jsme zemi?</li> <li>- Ve kterém jsme městě?</li> <li>- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?)</li> <li>- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</li> </ul>	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2.Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakovat. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3.Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5.Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného aby po vás opakovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Žádná ale</li> <li>- Jestliže</li> <li>- Kdyby</li> </ul> <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<b>Vezměte</b> papír do pravé ruky.<b>přeložte</b> ho na půl a <b>položte</b> jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného,aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) Vyzvěte nemocného,aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy.1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 1 1 1</p>
	
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

## **DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTY SE SYNDROMEM DEMENCE**

- 1) Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí (např. rozhlasové vysílání), ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
- 2) Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta.
- 3) Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
- 4) V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům; používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Pokud pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
- 5) Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, případně pro zklidnění používáme dotek.
- 6) Využíváme nonverbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta; jsme vnímaví k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
- 7) Dáme jasně najevo, pokud odcházíme a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
- 8) Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobujeme jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit; během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.
- 9) Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě.
- 10) Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme jej důstojně jménem anebo tak, jak si sám přeje či vyžaduje. **(12)**



## **LISTINA PRÁV PACIENTŮ TRPÍCÍCH ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ**

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Mít možnost pracovat a bavit se tak dlouho, jak je to jen možné.
4. Být vždy vnímán jako dospělý člověk, nikoli jako dítě.
5. Být brán vážně při vyjadřování svých citů a názorů.
6. Nebýt – pokud je to možné – léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít možnost těšit se z každodenních činností, jež dávají životu smysl.
9. Mít možnost pravidelně vycházet na procházky.
10. Pociťovat tělesný kontakt, včetně objetí, pohlazení nebo stisku či držení ruky.
11. Žít s lidmi, kteří ho znají a respektují, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován lidmi, kteří mají znalosti a zkušenosti s péčí o nemocné s demencí

**(8)**

Příloha 5


**PROPAGAČNÍ MATERIÁL K PROGRAMU VÁŽKA**



Česká alzheimerovská společnost



## PROPAGAČNÍ MATERIÁL ČESKÉ ALZHEIMEROVSKÉ SPOLEČNOSTI




UMÍME  
Vám  
pomoci!

Respitní péče,  
denní stacionář,  
svépomocné  
skupiny...

# NEVĚŘTE MÝTŮM O STÁŘÍ

ČTVRTÝ MÝTUS  
**S ALZHEIMEREM VÁM NIKDO NEPOMŮŽE**

**při včasné diagnóze lze život nemocného  
i jeho rodiny výrazně zlepšit**

 Česká alzheimerská společnost  
infolinka: 283 880 346; [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz)  
Projekt podpořila Evropská unie v rámci projektu Phare 2002 – Podpora aktivního života seniorů.

## **MIMOŘÁDNÉ VÝHODY**

Zdravotní postižení odůvodňující přiznání mimořádných výhod

1. Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny (například na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému),
- b. anatomická ztráta několika prstů na obou nohou nebo ztráta nohy v kloubu Lisfrankově nebo Chopartově a výše, až po bérce včetně,
- c. podstatné omezení funkce jedné dolní končetiny (například na podkladě funkčně významné parézy, arthrózy kolenního a kyčelního kloubu nebo ztuhnutí kolenního nebo kyčelního kloubu, stav po endoprotéze, pakloub bérce nebo stehenní kosti),
- d. omezení funkce dvou končetin (například na podkladě lehké hemiparézy nebo paraparézy, arthrotického postižení nosných kloubů obou dolních končetin, těžší formy osteoporózy, polyneuropathií, nestability kloubů nebo zánětlivého postižení kloubů),
- e. zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm,
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře s přetrvávajícími projevy nervového a svalového dráždění, insuficiencí svalového korzetu a omezením pohyblivosti dvou úseků páteře,
- g. postižení cév jedné dolní končetiny s těžkou poruchou krevního oběhu (například s trofickými změnami, mízním edémem, klaudikacemi, s těžkým varikosním komplexem),
- h. záchvatová onemocnění různé etiologie spojená s opakovanými poruchami vědomí, závrativé stavy.

2. Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. anatomická ztráta jedné dolní končetiny v kolenním kloubu nebo ve stehně,
- b. anatomická ztráta dvou dolních končetin v úrovni Lisfrankova nebo Chopartova kloubu a výše,
- c. funkční ztráta jedné dolní končetiny (například na podkladě těžkého ochrnutí nebo plegie této končetiny, těžké poruchy funkce dvou nosných kloubů se ztrátou oporné funkce končetiny, stav po implantaci endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu s výrazně porušenou funkcí operované končetiny),
- d. současné funkčně významné anatomické ztráty části jedné dolní a jedné horní končetiny nebo obou horních končetin v úrovni bérce a předloktí,

- e. podstatné omezení funkce dvou končetin se závažnými poruchami pohybových schopností při neurologických, zánětlivých, degenerativních nebo systémových onemocněních pohybového aparátu (například na podkladě středně těžké hemiparézy nebo paraparézy, podstatného omezení hybnosti kyčelních a kolenních kloubů zpravidla o polovinu rozsahu kloubních exkurzí),
- f. onemocnění páteře, stavy po operacích a úrazech páteře se středně těžkými parézami, výraznými svalovými atrofiemi nebo se závažnými deformitami páteře s omezením exkurzí hrudníku, ztuhnutím tří úseků páteře,
- g. těžké obliterace cév obou dolních končetin s výrazným trofickým postižením a výrazným funkčním postižením hybnosti,
- h. chronické vady a nemoci interního charakteru značně ztěžující pohybovou schopnost (například vady a nemoci srdce s recidivující oběhovou nedostatečností trvající i při zavedené léčbě, dechová nedostatečnost těžkého stupně, selhání ledvin ve stadiu dialýzy, provázené závažnými tělesnými komplikacemi, onkologická onemocnění s nepříznivými průvodními projevy na pohybové a orientační schopnosti),
- i. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota, kterou se rozumí celková ztráta slyšení podle Fowlera 85 % a více, více než 70 dB,
- j. kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera 40 až 65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické omezení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,
- k. oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60.

3. Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají v těchto případech postižení:

- a. anatomická ztráta dolní končetiny vysoko ve stehně s anatomicky nepříznivým pahýlem nebo v kyčli,
- b. anatomická ztráta obou končetin v bércích a výše nebo ztráta podstatných částí horní a dolní končetiny v úrovni pažní a stehenní kosti nebo obou horních končetin v úrovni paže,
- c. funkční ztráta jedné dolní a jedné horní končetiny (například hemiplegie nebo těžká hemiparéza) nebo obou dolních končetin (například paraplegie nebo těžká paraparéza, těžká destrukce kolenních a kyčelních kloubů),
- d. těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení několika funkčních celků pohybového ústrojí s odkázaností na vozík pro invalidy; funkčním celkem se přitom rozumí trup, páteř, pánev, končetina,
- e. disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška po ukončení růstu nepřesahuje 120 cm,



- f. dlouhodobé multiorgánové selhávání dvou a více orgánů, pokud podstatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti,
- g. neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 st. kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí,
- h. oboustranná praktická hluchota nebo oboustranná úplná hluchota u dětí do ukončení povinné školní docházky,
- i. střední, těžká a hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ horší než 50, psychické postižení s dlouhodobými těžkými poruchami orientace a komunikace,
- j. j. kombinované těžké postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta slyšení podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranné těžké ztráty zraku.

4. Mimořádné výhody I., II. nebo III. stupně lze přiznat také v případech nemocí a vad neuvedených v bodech 1 až 3, pokud podstatně omezují pohybovou nebo orientační schopnost, a to podle rozsahu a tíže funkčních důsledků srovnatelných s indikacemi uvedenými v bodech 1 až 3. **(44)**

Příloha 8

## DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Řehořová a studuji na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakultě. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: Komplexní péče o člověka s Alzheimerovou nemocí. Jedním z cílů mé práce je zjistit informovanost veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely práce.

Správné odpovědi zaškrtněte (u některých otázek je možno zaškrtnout i více odpovědí), popřípadě vypište.

Děkuji Vám za ochotu a čas strávený vyplňováním.

1) Pohlaví:            Muž  
                           Žena

2) Věk: .....

3) Vzdělání:        Základní  
                           Střední (SOU)  
                           Střední s maturitou  
                          VOŠ  
                          Vysokoškolské  
                          jiné

.....

4) Máte zdravotnické vzdělání?        ANO       Jestliže ANO, jaké?

.....

.....

NE

5) Slyšel/a jste někdy o Alzheimerově nemoci ?

ANO Jestliže ANO, co o ni víte? .....

.....

.....

NE

6) Znáte někoho ve Vašem okolí, kdo trpí Alzheimerovou nemocí?

ANO

NE

7) Znáte nějaké zařízení, poradenské centrum, či jiné aktivity pro lidi s Alzheimerovou nemocí ve svém regionu?

ANO Jestliže ANO, jaké? .....

.....

.....

NE

8) Pro Alzheimerovu nemoc je charakteristické:

- atrofie mozku
- onemocnění kloubů
- vysoký krevní tlak
- porucha srážlivosti krve
- nespavost

9) Znáte nějaké příznaky Alzheimerovy nemoci?

ANO Jestliže ANO, jaké? .....

.....

.....

NE

10) Je Alzheimerova nemoc nakažlivá?

ANO Jestliže ANO, jak?

.....

.....

.....

NE

11) Kterou věkovou skupinu Alzheimerova nemoc postihuje?

děti (0 - 18 let)

dospělé (19 – 59 let)

seniory (nad 60 let)

12) Koho Alzheimerova nemoc postihuje více?

MUŽE  
ŽENY



13) Jaký je podle Vás výskyt Alzheimerovy nemoci u populace starší 65-ti let?

- 4-6 %
- 10-15 %
- Více než 30%

14) Dá se Alzheimerova nemoc vyléčit?

ANO  
NE

15) Které formy léčby se podle Vašeho názoru užívají při léčbě Alzheimerovy nemoci?

.....  
.....

16) Lze Alzheimerově nemoci předcházet?

- ANO Jestliže ANO, jak? .....
- .....
- .....
- NE

17) Patří podle Vás mezi jeden z faktorů prevence Alzheimerovy nemoci i aktivní způsob života?

ANO  
NE

18) Je podle Vás péče o člověka s Alzheimerovou nemocí náročná?

- ANO Jestliže ANO, v čem? .....
- .....
- .....
- NE

19) Kde byste získal/ a informace o Alzheimerově nemoci?

na internetu

od praktického lékaře

od neurologa

z odborné literatury ( knihy, časopisy)

z denního tisku (novin)

jiné .....

20) Je podle Vás důležité informovat veřejnost o Alzheimerově nemoci?

ANO Jestliže ANO, proč? .....

.....  
.....

a jak? .....

.....

NE

## Příloha 9

**SEZNAM ZAŘÍZENÍ PRO LIDI S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ**Kraj: **Jihočeský**

Domovy pro seniory

Název	Město	Kapacita	Volná místa
Centrum sociální pomoci Vodňany - domov důchodců	Vodňany	77	
Centrum sociální pomoci Vodňany - dům s pečovatelskou službou	Vodňany	44	
Centrum sociálních služeb Staroměstská (domov pro seniory, tísňová péče, odlehčovací služby, pečovatelská služba)	České Budějovice		
Domov - penzion	České Budějovice	159	
Domov důchodců	Bechyně	69	
Domov důchodců	Budíšov	140	
Domov důchodců	Chýnov	21	
Domov důchodců	České Velenice	80	
Domov důchodců	Horní Planá	110	
Domov důchodců	Horní Stropnice	48	
Domov důchodců	Kaplice	54	
Domov důchodců	Prachatice	99	
Domov důchodců	Soběslav	115	
Domov důchodců	Strakonice	120	
Domov důchodců	Strakonice 1	50	
Domov důchodců + Ergoterapeutické centrum	Chýnov	77	
Domov důchodců Budislav	Soběslav	60	
Domov důchodců Stachy - Kůsov	Stachy	140	
Domov důchodců Tučapy	Tučapy	60	
Domov důchodců Třeboň	Třeboň	58	
Domov důchodců U zlatého kohouta	Hluboká nad Vltavou	60	
Domov klidného stáří sv. Zdislavy	Vimperk	33	
Domov pro seniory	Blatná	87	
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
Oblastní charita Vimperk – Dům klidného stáří Pravětín	Vimperk	
Prácheňské sanatorium o.p.s.	Písek	120
Seniorský dům, penzion Rodina	České Budějovice	8
ÚSP Hvízdal DD	České Budějovice	156
ÚSP MÁJ - Domov důchodců	České Budějovice	126

#### Lůžková zdravotnická zařízení

Název	Město	Kapacita	Volná místa
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 ošetřovatelské péče	Jindřichův Hradec		
Okresní nemocnice - neurologie	Jindřichův Hradec		
Okresní nemocnice - neurologie	Strakonice		
Okresní nemocnice - oddělení dlouhodobě nemocných	Strakonice		
Volynská léčebna s.r.o.	Volyně	73	

Denní stacionáře

<b>Název</b>	<b>Město</b>	<b>Kapacita</b>	<b>Volná místa</b>
Denní stacionář DOMOVINKA	České Budějovice	22	
Denní stacionář při Domovu seniorů Mistra Křišťána	Prachatice	7	
Diakonie ČCE - Středisko Blanka - Vážka	Písek		
Domovinka Dačice	Dačice		
G-centrum Tábor, denní stacionář	Tábor		
Gerontologický stacionář Pohoda (Oblastní charita Strakonice)	Strakonice	30	
Gerontostacionář	Vimperk		
Humanika stacionář pro dospělé	Milevsko	20	
Městská charita	České Budějovice		

Specializovaná péče o pacienty s demencí

<b>Název</b>	<b>Město</b>	<b>Kapacita</b>	<b>Volná místa</b>
Diakonie ČCE - Středisko Blanka - Domovinka	Písek	30	
Domov důchodců	Budíšovice	140	
Loucký mlýn	Vodňany	60	
Psychiatrická léčebna	Lnáře u Blatné	70	
Univerzitní centrum pro seniory "PATUP" při ZSF JU,	České Budějovice		
ÚSP Hvízdal DPD	České Budějovice	116	
ÚSP MÁJ - Domov důchodců	České Budějovice	40	

Hospice

<b>Název</b>	<b>Město</b>	<b>Kapacita</b>	<b>Volná místa</b>
Hospic sv. J. N. Neumanna	Prachatice	30	