



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Informovanost laické veřejnosti o problematice
Alzheimerovy choroby**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Martin Fuit

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Informovanost laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby* jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2018

.....

Bc. Martin Fuit

Poděkování

Tímto způsobem bych chtěl vyjádřit poděkování Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky. Dále děkuji konzultantům, kteří zodpověděli mé dotazy vztahující se k práci. Poděkování patří také všem respondentům, již se zúčastnili dotazníkového šetření.

Informovanost laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá informovaností laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby. Teoretická část práce je zaměřena na vymezení Alzheimerovy choroby, obsahuje historii, klinický obraz, diagnostiku, léčbu a příčiny vzniku Alzheimerovy choroby. Dále se věnuje Alzheimerově chorobě v kontextu sociální práce, kde jsou popsány dávky ze systému sociálního zabezpečení a sociální služby vztahující se k této problematice. Součástí teoretické části je rovněž Alzheimerova choroba v kontextu informovanosti, kde je pozornost soustředěna zejména na Českou alzheimerovskou společnost, práva osob s Alzheimerovou chorobou a komunikaci s osobami s Alzheimerovou chorobou. Výzkumná část práce zahrnuje cíle, hypotézy, metodiku a výsledky, které byly zjištěny z dotazníkového šetření. Závěrečnou částí práce je diskuze a závěr.

Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě v Jihlavě. Pro zhodnocení míry informovanosti byla stanovena škála hodnocení informovanosti, na jejímž základě byla zjištěna dobrá informovanost. Výzkumný soubor tvořila jihlavská laická veřejnost ve věku 18–40 let. Výzkumu se zúčastnilo celkem 384 respondentů. Do výzkumného souboru nebyly zahrnuty osoby, které jsou vzdělané či pracují v oboru sociální práce a zdravotnictví. Dále do zkoumaného souboru nebyly zařazeny osoby, které pečovaly o člověka s Alzheimerovou chorobou. Dílčím cílem práce bylo na základě výsledků navrhnout opatření, které by pomohlo zvýšit informovanost jihlavské laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě. Opatření, jež bylo společně s diplomovou prací vytvořeno, představuje informační materiál v podobě křížovky o problematice Alzheimerovy choroby.

V rámci výzkumu byla použita strategie kvantitativního výzkumu. Sběr dat proběhl metodou dotazování s technikou dotazníkového šetření. Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007 a SPSS. Při testování stanovených hypotéz byl aplikován Pearsonův chí-kvadrát test, Kruskalův-Wallisův test a korelační analýza, přičemž testování bylo realizováno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Součástí výzkumu byly tři stanovené hypotézy. První hypotéza předpokládala, že ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži. Prostřednictvím Pearsonova

chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že informovanost o Alzheimerově chorobě je u žen a mužů rozdílná. Následně bylo na základě znaménkového schématu zjištěno, že ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži, tudíž byla první stanovená hypotéza přijata. Druhou hypotézou bylo tvrzení, že oblast pracovního zaměření nemá vliv na míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě. Druhá hypotéza byla přijata, protože Kruskalův-Wallisův test zjistil, že informovanost respondentů o Alzheimerově chorobě se neliší v závislosti na oblasti pracovního zaměření. Třetí hypotéza tvrdila, že úroveň vzdělání je statisticky významný faktor pro míru informovanosti o Alzheimerově chorobě. Pomocí korelační analýzy byla zjištěna pozitivní slabá korelace. Třetí hypotéza byla na základě korelační analýzy přijata.

Z výzkumu dále vyplynulo, že respondenti získali informace o Alzheimerově chorobě zejména prostřednictvím internetu a vlastní informovanost o této problematice považují především za průměrnou.

Práce poukazuje na významnost informovanosti o problematice Alzheimerovy choroby, poskytuje přehled informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě a zároveň může sloužit jako informační zdroj o tomto onemocnění.

Klíčová slova

Alzheimerova choroba; demence; informovanost; laická veřejnost; sociální práce

Common people and their awareness of the problematics of Alzheimer's disease

Abstract

This thesis analyses the awareness of Alzheimer's disease among the lay public. The theoretical part is focused on the definition of Alzheimer's disease, it includes history, clinical view, diagnostics, treatment and the causes of the disease. Further it analyses Alzheimer's disease in context of social work and describes the benefits of the social security system and social services connected with this disease. The theoretical part also examines the awareness of Alzheimer's disease – the attention is focused mainly on the Czech Alzheimer Society, the rights of people with Alzheimer's disease and communication with them. The research part itself includes goals, hypotheses, methodology and presents the results of the questionnaire survey. The final part includes discussion and the conclusion.

The goal of the thesis was to find out the extent of awareness of Alzheimer's disease in Jihlava. For evaluation of extent of awareness the range of its evaluation was formed, on whose base a good extent of awareness was found out. The research group consisted of lay public of age 18–40 years in Jihlava. In total 384 respondents participated in this research. The research group did not include persons who were educated or working in the field of social work and health. The persons who care for a person with Alzheimer's disease were not researched either. One of the goals was to propose some countermeasures to increase awareness of the disease among the public in Jihlava. One of the results of this thesis is a crossword giving useful information about Alzheimer's disease.

Quantitative research strategy was applied for the survey. The data were collected using the method of questioning with technology of questionnaire survey and were processed in Microsoft Office Excel 2007 and SPSS programs. For testing of the stated hypotheses the Pearson's chi-squared test, Kruskal-Wallis test and correlation analysis were applied. Testing was carried out on the level of $\alpha = 0.05$.

There were three hypotheses stated in the thesis. The first one assumed that women are better informed about Alzheimer's disease than men. By means of Pearson's chi-squared test it was found out that women and men are informed about Alzheimer's disease in

a different way. Consequently the sign scheme also proved that women are better informed about Alzheimer's disease than men, therefore the first hypothesis was accepted. The second hypothesis stated that the occupation does not have any influence on the extent of awareness of Alzheimer's disease. The second hypothesis was also accepted because Kruskal-Wallis test proved that awareness of respondents about Alzheimer's disease does not vary according to their occupation. The third hypothesis stated that the level of education is a statistically significant factor influencing the extent of awareness about Alzheimer's disease. Using the correlation analysis a positive weak correlation was found out and thus the third hypothesis was accepted.

The survey also reveals that the respondents found information about Alzheimer's disease mostly on the internet and they consider their own awareness to be average.

The thesis points out the importance of awareness of Alzheimer's disease and provides overview of awareness of Alzheimer's disease among the lay public. At the same time it can serve as a source of information concerning this disease.

Keywords

Alzheimer's disease; dementia; awareness; lay public; social work

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	12
1.1 Alzheimerova choroba	12
1.1.1 Historie Alzheimerovy choroby.....	12
1.1.2 Vymezení Alzheimerovy choroby	13
1.1.3 Klinický obraz Alzheimerovy choroby.....	14
1.1.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby	15
1.1.5 Léčba Alzheimerovy choroby.....	20
1.1.6 Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby	24
1.2 Alzheimerova choroba v kontextu sociální práce	26
1.2.1 Dávky ze systému sociálního zabezpečení	26
1.2.2 Sociální služby.....	29
1.3 Alzheimerova choroba v kontextu informovanosti.....	32
1.3.1 Česká alzheimerská společnost.....	33
1.3.2 Práva osob s Alzheimerovou chorobou	35
1.3.3 Komunikace s osobami s Alzheimerovou chorobou	38
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	42
2.1 Cíl práce	42
2.2 Dílčí cíl práce	42
2.3 Hypotézy	42
2.3.1 Operacionalizace hypotéz	42
3 METODIKA.....	43
3.1 Strategie, metoda a technika výzkumu.....	43
3.2 Výzkumný soubor	43
3.3 Harmonogram výzkumu.....	48
3.4 Etika výzkumu	48
3.5 Zpracování a vyhodnocení získaných dat	48
4 VÝSLEDKY	50
4.1 Popisná statistika.....	50
4.2 Statistické testování hypotéz	64
5 DISKUZE	69
6 ZÁVĚR	75

7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	77
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	84
9	SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	94
10	SEZNAM ZKRATEK	95

*Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti
pozapomněl svých vědomostí.*

Talmud

ÚVOD

Diplomovou práci na téma *Informovanost laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby* jsem si zvolil, protože Alzheimerova choroba se může stát kapitolou života kohokoliv z nás, a proto je dle mého subjektivního hodnocení důležité mít o tomto onemocnění jisté povědomí. Již ve své bakalářské práci jsem se věnoval Alzheimerově chorobě, kde však součástí výzkumu byli studenti. Jelikož pocházím z Kraje Vysočina a zajímá mě, jaká je informovanost o Alzheimerově chorobě v tomto kraji, probíhal výzkum diplomové práce právě v krajském městě Jihlava s cílem zjistit míru informovanosti laické veřejnosti o této problematice. Dílčím cílem bylo na základě výsledků navrhnout opatření, které by pomohlo zvýšit informovanost jihlavské laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě. Teoretickým cílem práce bylo prostřednictvím aktuálních dostupných zdrojů sumarizovat informace o Alzheimerově chorobě.

Alzheimerova choroba je onemocnění mozku, které je spojováno zejména s poruchou paměti, avšak tento příznak může být pouze jedním z mnoha. Příkladem dalších příznaků může být situace, kdy se člověk vydá na místo jemu známé, časově orientovaný a náhle v důsledku Alzheimerovy choroby nepoznává nejen místo, ale také čas se pro něj stává další neznámou. Jak se člověk v té chvíli asi cítí? Dokážou ostatní lidé onemocnění rozpoznat, aby mohli osobě s Alzheimerovou chorobou pomoci? Přestože vyšší pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby je u osob nad 60 let, může se tato problematika týkat i mladší populace. Jsem přesvědčen, že čím více informací o Alzheimerově chorobě by lidé měli k dispozici, tím k časnějšímu odhalení onemocnění ve společnosti by mohlo docházet.

Z dostatečné informovanosti plyne také možnost určité prevence. Některé rizikové faktory podmiňující vznik onemocnění sice ovlivnit nelze, člověk však může minimalizovat alespoň ty rizikové faktory, které ovlivnitelné jsou.

S Alzheimerovou chorobou jsem se setkal především v rámci studia jak teoreticky, tak prakticky na odborných praxích, kde jsem měl možnost s osobami s Alzheimerovou

chorobou navázat kontakt. Myslím si, že Alzheimerova choroba je vážným život ohrožujícím onemocněním, které se v současné době dostává do popředí vzhledem k demografickému stárnutí populace.

Teoretická část práce soustřeďuje pozornost na vymezení Alzheimerovy choroby, popisuje Alzheimerovu chorobu v kontextu sociální práce a kontextu informovanosti.

Ve výzkumné části práce jsou formulovány cíle a hypotézy. Dále se věnuje metodice a prezentuje výsledky, které byly zjištěny z dotazníkového šetření. Závěrečnou část práce tvoří diskuze a závěr.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Alzheimerova choroba

Holmerová (2017) popisuje Alzheimerovu chorobu jako nejčastější příčinu demence vyskytující se ve smíšené nebo samostatné formě. Smíšenou formou Holmerová (2017) rozumí Alzheimerovu chorobu v kombinaci například s vaskulárními poruchami. V samostatné formě se jedná přinejmenším o 50 % všech případů demence (Jirák, 2009).

Jirák (2009a) rozlišuje demence atroficko-degenerativní a demence sekundární. Atroficko-degenerativní demence se vyznačují primárně degenerativním poškozením mozku (Hauke, 2017). Nejčastěji objevujícím se onemocněním patřícím mezi atroficko-degenerativní demence je právě Alzheimerova choroba (Hauke, 2017). Hauke (2017) dále mezi atroficko-degenerativní demence řadí například demenci při Parkinsonově chorobě či demenci s Lewyho tělísky. Sekundární demence vznikají ze základního onemocnění, na základě kterého dochází k poškození mozku a následně k rozvoji demence (Hauke, 2017). Základním onemocněním je například porucha metabolismu, dehydratace nebo nedostatek hormonů (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Výskyt Alzheimerovy choroby se razantně zvyšuje u osob nad 65 let, přičemž se onemocnění v tomto věku týká až 3 % populace (Hort et al., 2014). Ačkoliv výskyt Alzheimerovy choroby u osob nad 65 let je častější, může onemocnění postihnout i osoby ve věku 30 let (Holmerová a Mátlová, 2015).

V roce 2015 mělo demenci na celém světě 46,8 milionu osob (Alzheimer's Disease International, 2015). Podle zahraničních studií prevalence žilo v roce 2015 v České republice odhadem 155,9 tisíc osob s demencí (Mátl et al., 2016). Hort et al. (2014) uvádí, že Alzheimerova choroba představuje asi dvě třetiny demencí. Celosvětové šíření Alzheimerovy choroby je poměrně rychlé (Anand et al., 2017). V rámci stárnutí populace by se v roce 2050 měla četnost osob s Alzheimerovou chorobou zvýšit odhadem na 115 milionů (Musílek, 2013).

1.1.1 Historie Alzheimerovy choroby

Termín dementia vznikl v roce 40, kdy jím římský učenec Aulus Cornelius Celsus označil stav přetrvávajícího klamu smyslů (Ehrenfreuchter et al., 2014). Ehrenfreuchter

et al. (2014) dodávají, že Aulus Cornelius Celsus zároveň popsal možný úbytek paměťových schopností starších osob. Definici demence, která se užívá i v současnosti, vymezil v roce 1797 francouzský lékař Philippe Pinel (Ehrenfreuchter et al., 2014). Podle Ferrari et al. (2017) termín demence znamená progresivní ztrátu intelektových schopností.

Holmerová a Mátlová (2015) sdělují, že v roce 1907 německý lékař Alois Alzheimer jako první popsal Alzheimerovu chorobu. Alois Alzheimer zaznamenal průběh onemocnění u Augusty Deterové, která byla jeho pacientkou, a tím se zapsal do dějin lékařství (Ehrenfreuchter et al., 2014). Po smrti pacientů se zabýval jejich fyziologickými a anatomickými změnami, také po smrti Augusty Deterové zkoumal její mozek, přičemž došel k závěru, že v mozkové kůře došlo k úbytku miliardy neuronů (Ehrenfreuchter et al., 2014).

1.1.2 Vymezení Alzheimerovy choroby

Shen et al. (2017) považují Alzheimerovu chorobu za komplexní onemocnění, které zahrnuje mnohostrannou patologii. Hort et al. (2014) a Jiráček (2009) definují Alzheimerovu chorobu jako progresivní onemocnění neurodegenerativního charakteru, u kterého se v mozkové tkáni hromadí patologicky vytvořená bílkovina beta-amyloid. V důsledku vzniklé bílkoviny se uskutečňují další neurodegenerativní procesy (Jiráček, 2009). Jiráček (2009) poukazuje na skutečnost, že patologicky vzniklá bílkovina beta-amyloid se vytváří z bílkoviny amyloidový prekurzorový protein, kterou mozek obsahuje za normálních podmínek, respektive je tělu nezbytná. Amyloidový prekurzorový protein je za normálních podmínek štěpen na krátké fragmenty, v případě Alzheimerovy choroby jsou výsledkem štěpení delší fragmenty, které své fyziologické role již neplní (Jiráček, 2009).

Jako další změnu při Alzheimerově chorobě uvádí Jiráček (2009) degeneraci bílkoviny tau protein, jež se nachází v neuronech. Jiráček (2009) sděluje, že výsledný tau protein produkuje vlákna, která tvoří základ neurofibrilárních klubek. Neurony, v nichž jsou tato neurofibrilární klubka obsažena, neplní své úkoly a zanikají (Jiráček, 2009). Hort et al. (2014) ještě doplňují o další změnu při onemocnění Alzheimerovou chorobou, kterou je atrofie mozkové tkáně zapříčiněna atrofií neuronů.

1.1.3 Klinický obraz Alzheimerovy choroby

Pro Alzheimerovu chorobu je charakteristický plynulý a plíživý rozvoj (Bartoš a Hasalíková, 2010; Hauke, 2017). Hauke (2017) uvádí, že příznaky onemocnění se začínají projevovat postupně. Podle Li a Liu (2016) jsou první příznaky mnohdy přiřazovány normálnímu stárnutí.

Nejdříve je zasažena krátkodobá paměť, která se pojí s posledními hodinami nebo dny (Hauke, 2017). Postupně dochází ke stupňování paměťových potíží, se kterými onemocnění ovlivňuje i další kognitivní schopnosti (Hort et al., 2014). Brzy se začíná projevovat porucha časoprostorové orientace, snížení logického myšlení a vlivem zhoršování paměti ve všech složkách může dojít až k amnestické dezorientaci (Jiráček, 2009). Jiráček (2009) popisuje amnestickou dezorientaci jako stav kompletní dezorientace, kdy si osoba s Alzheimerovou chorobou nedokáže zapamatovat nové skutečnosti.

Většina osob s Alzheimerovou chorobou se potýká také s neuropsychiatrickými obtížemi, mezi které patří například deprese, úzkost, neklid, netečnost, bludy, halucinace či agresivita (Hort et al., 2014). S Alzheimerovou chorobou souvisí poruchy v aktivitách denního života, nejprve se onemocnění projevuje v instrumentálních aktivitách, později i v aktivitách základních (Hort et al., 2014). Jiráček (2009) a Hort et al. (2014) se shodují s tvrzením, že Alzheimerova choroba trvá od projevení počátečních příznaků průměrně 7–10 let a následně končí smrtí.

Alzheimerovu chorobu je možné popsat ve třech stádiích, jejichž rozlišení hraje důležitou roli (Hauke, 2017; Holmerová a Mátlová, 2015). Do **prvního stádia** Jiráček (2009) přiřazuje poruchu krátkodobé a střednědobé paměti. Dochází ke ztrátě orientace v novém prostředí či obtížnému osvojování si nových dovedností (Hauke, 2017). Objevují se poruchy v aktivitách denního života a může docházet také ke změnám nálady (Jiráček, 2009). První stádium je dlouhé průměrně 2–4 roky (Holmerová a Mátlová, 2015).

Druhé stádium zahrnuje zhoršování paměti ve všech jejích složkách a časoprostorovou dezorientaci, která se projevuje častěji (Jiráček, 2009). Člověk vlivem onemocnění nezvládá instrumentální aktivity denního života a postupně se onemocnění odráží i ve vykonávání základních aktivit denního života (Hauke, 2017). Hauke (2017) dále do

druhého stádia řadí poruchy chování, problémy s respektováním běžných norem a problémy s dorozumíváním. Jedná se o nejdéle trvající stádium, které je dlouhé přibližně 2–10 let (Holmerová a Mátlová, 2015).

Třetí stádium se vyznačuje nezvládnutím téměř všech sebeobslužných činností, a proto je osoba s demencí závislá na péči druhých (Hauke, 2017). Nerozumí slovům, nepoznává své blízké, dokonce ani sama sebe v zrcadle (Holmerová a Mátlová, 2015). Třetí stádium na sebe váže stereotypní pohyby, toulání bez cíle či poruchy příjmu potravy (Hauke, 2017). Holmerová a Mátlová (2015) sdělují, že toto stádium trvá většinou 1–3 roky.

Holmerová a Mátlová (2015) uvádí deset příznaků, které by měly upozornit na Alzheimerovu chorobu, jedná se o:

- ztrátu paměti projevující se při běžných pracovních povinnostech,
- potíže při verbálním projevu,
- potíže s abstraktním myšlením,
- neadekvátní logický úsudek,
- časoprostorovou dezorientaci,
- poruchy chování či nálady,
- potíže při běžných aktivitách,
- převládající pasivitu,
- změny v povaze osobnosti,
- odkládání věcí na místo, které není správné.

1.1.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Borzová (2009) popisuje diagnostiku demence jako proces, jehož součástí je několik rovnocenných složek, jednak lékař stanovující diagnózu, ale také samotná osoba s demencí a pečující. Diagnózu vyslovuje lékař, který má znalosti a zkušenosti s problematikou Alzheimerovy choroby (Holmerová a Mátlová, 2015). Jak uvádí Aidos a Fred (2017), včasné rozpoznání onemocnění je klíčové pro oddálení příznaků Alzheimerovy choroby.

Praktický lékař by měl učinit klinické vyšetření a zhodnocení stavu vyšetřovaného nejlépe v přítomnosti jeho nejbližších (Holmerová a Mátlová, 2015). Holmerová (2017) podotýká, že pro vyslovení diagnózy se spoléhá především na klinické vyšetření

a porovnání klinického obrazu ostatních druhů demence. Praktický lékař doporučuje vyšetřovaného ke specialistovi po zhodnocení základních testů a jiných skutečností (Holmerová a Mátlová, 2015). Ulep et al. (2017) sdělují, že tento krok je obzvláště důležitý, pokud jsou nálezy atypické a neodpovídají diagnostickým kritériím. Specialista, respektive geriatr, psychiatr nebo neurolog, vyhodnotí výsledky provedených vyšetření a případně zajistí další nezbytná vyšetření (Holmerová a Mátlová, 2015).

Holmerová (2017) přiřazuje anamnéze nejdůležitější význam při stanovování diagnózy. Anamnéza je souhrn informací, který obsahuje příčiny vzniku onemocnění a jeho průběh, dále zahrnuje doprovázející příznaky, léky a ostatní onemocnění vyšetřovaného včetně onemocnění vyskytujících se v rodině (Holmerová, 2017). Podstatný je objektivní popis příznaků, který poskytne další osoba (Borzová, 2009).

Vyšetření kognitivních funkcí testuje například poškození paměti, řeči, prostorové orientace, poznávacích nebo exekutivních funkcí (Borzová, 2009). Ehrenfreuchter et al. (2014) uvádí, že záměrem neuropsychologického vyšetření je potvrzení či vyloučení podezření na dané onemocnění. V rámci testování kognitivních funkcí se užívají jednoduché nebo komplexnější testy a dotazníky, které se od sebe liší časovou náročností (Borzová, 2009; Ehrenfreuchter et al., 2014).

Mini-Mental State Examination (MMSE) je v klinické praxi nejrozšířenějším nástrojem při testování kognitivních funkcí (Bartoš a Raisová, 2015). Test se zaměřuje na paměť, řeč, zrakově-prostorové schopnosti, psaní, čtení, počítání, pozornost, časovou a prostorovou orientaci (Bartoš a Raisová, 2015). MMSE nedokáže spolehlivě určit mírnou kognitivní poruchu, je však účinný při identifikaci středně těžké demence (Bartoš a Hasalíková, 2010). Bartoš a Hasalíková (2010) udávají, že čas trvání testu je 5–10 minut. Za každou správnou odpověď se přičítá jeden bod, přičemž maximální dosažený počet bodů je 30 (Bartoš a Hasalíková, 2010; Bartoš a Raisová, 2015). Demence je považována od skóre 24 bodů, tedy výsledek 24–18 bodů znamená lehkou demenci, středně těžké demenci náleží 17–6 bodů a skóre menší než 6 bodů informuje o těžké demenci (Bartoš a Hasalíková, 2010) (Příloha 1).

Addenbrookský kognitivní test (ACE) vychází z MMSE, oproti kterému je obohacen o další testovací položky (Bartoš a Hasalíková, 2010). ACE je považován za druhý nejvíce oblíbený test kognitivních funkcí v České republice (Bartoš a Raisová, 2015).

Test se soustředí na paměť, řeč, zrakově-prostorové schopnosti, pozornost, orientaci a exekutivní funkce (Bartoš a Raisová, 2015). Výhodou ACE je použití při odhalování časných stádií kognitivních poruch a při diferenciální diagnostice (Bartoš a Hasalíková, 2010). Nevýhodou ACE je delší doba trvání testu, která je odhadem 15–30 minut (Bartoš a Hasalíková, 2010; Bartoš a Raisová, 2015). Výsledek ACE se pohybuje v rozmezí 0–100 bodů, přičemž 90–100 bodů je normální výsledek, 80–90 bodů udává hraniční skóre s možným výskytem mírné kognitivní poruchy a výsledek s počtem 80 bodů a méně značí demenci (Bartoš a Raisová, 2015).

Bartoš a Raisová (2015) považují **Sedmiminutový screeningový test (7MST)** za užitečný nástroj, který umožňuje zjistit časně stádium Alzheimerovy choroby. 7MST se věnuje paměti, zrakově-prostorovým schopnostem, exekutivním funkcím a časové orientaci (Bartoš a Raisová, 2015). Čas trvání testu bývá delší než 7 minut (Bartoš a Raisová, 2015). Každá testovaná oblast se bodově ohodnotí a následně vypočítá (Bartoš a Raisová, 2015). Výsledkem však není celkový počet bodů z jednotlivých testovaných oblastí, ale pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby (Bartoš a Raisová, 2015). Výsledek testu tak zařazuje testované osoby do skupiny s vysokou pravděpodobností, skupiny s velmi nízkou pravděpodobností nebo do skupiny s nejednoznačným nálezem (Bartoš a Raisová, 2015).

Montrealský kognitivní test (MoCa) slouží k detekci počínající či mírné kognitivní poruchy (Bartoš a Raisová, 2015). MoCa se zaměřuje na paměť, řeč, zrakově-konstrukční schopnosti, pozornost, časoprostorovou orientaci a exekutivní funkce (Bartoš a Raisová, 2015). Test trvá odhadem 10 minut (Bartoš a Raisová, 2015). Maximálně je možné získat 30 bodů, přičemž 24 bodů a více lze považovat za normální výsledek (Válková, 2015). S výsledkem je třeba zohlednit věk a vzdělání jedince (Bartoš a Raisová, 2015).

Test kreslení hodin je jednoduchým nástrojem, který testuje zároveň více kognitivních funkcí (Bartoš a Hasalíková, 2010). Test orientuje pozornost na paměť, zrakově-prostorové schopnosti, exekutivní funkce a počítání (Bartoš a Raisová, 2015). Bartoš a Raisová (2015) zmiňují, že průměrná délka testu je 1 minuta. Záměrem testu je kresba hodin včetně všech čísel v ciferníku a polohy hodinových ručiček v čase 11 hodin a 10 minut (Běhounek, 2014). Běhounek (2014) uvádí, že 5 bodů je maximální skóre a za normální skóre považuje výsledek 4–5 bodů.

Bartoš a Raisová (2015) podotýkají, že k odlišení normálního stárnutí od mírné kognitivní poruchy a demence přispívá také hodnocení běžných aktivit. Aktivita běžného života lze rozdělit na základní a instrumentální aktivity (Bartoš a Raisová, 2015). Mezi základní aktivity patří například stravování či oblékání a instrumentální aktivity zahrnují například telefonování, vaření nebo nakupování (Bartoš a Raisová, 2015). Bartoš a Hasalíková (2010) zařazují mezi dotazníky aktivit běžného života Dotazník soběstačnosti, Bristolskou škálu aktivit denního života a Dotazník funkčního stavu.

Dotazník soběstačnosti zjišťuje jak základní, tak instrumentální aktivity (Bartoš a Raisová, 2015). Dotazník obsahuje 40 otázek a byl vytvořen přímo pro osoby s Alzheimerovou chorobou (Bartoš a Raisová, 2015). Časová náročnost dotazníku je 5–10 minut (Bartoš a Hasalíková, 2010).

Bristolská škála aktivit denního života slouží ke zhodnocení základních i instrumentálních aktivit (Bartoš a Raisová, 2015). Dotazník se skládá z 20 kategorií aktivit běžného života a vyplnění zabere 6–12 minut (Bartoš a Hasalíková, 2010).

Dotazník funkčního stavu je tvořen 10 položkami, které se zaměřují pouze na instrumentální aktivity (Bartoš a Hasalíková, 2010). Čas trvání dotazníku je 2–5 minut (Bartoš a Hasalíková, 2010).

Bartoš a Raisová (2015) sdělují, že nedílným obsahem vyšetření kognitivních funkcí by mělo být i zhodnocení nálady či zjišťování výskytu deprese.

Bartoš a Raisová (2015) uvádí, že **Geriatrická škála deprese** (GDS) je v České republice nejčastěji využívaným nástrojem k testování depresivních příznaků u seniorů. V současnosti se více užívá verze s 15 otázkami oproti původní verzi s 30 otázkami (Bartoš a Raisová, 2015). GDS zjišťuje aktuální náladu a přítomnost deprese (Bartoš a Raisová, 2015). Testovaná osoba se vyjadřuje k otázkám kladně, nebo záporně (Bartoš a Raisová, 2015). Při vyhodnocení dotazníku se určuje počet odpovědí, které jsou tvořeny negativním prožíváním (Bartoš a Hasalíková, 2010). Průměrná časová náročnost dotazníku je 2–3 minuty (Bartoš a Raisová, 2015).

Holmerová (2017) uvádí, že součástí diagnózy demence musí být vyhodnocení anamnézy, testů a také výsledků ostatních vyšetření. Na základě anamnézy a testů si

lékař vytvoří první dojem a v případě jednoznačných výpadků kognitivních funkcí jsou prováděna přístrojová a laboratorní vyšetření (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Ehrenfreuchter et al. (2014) přiřazují k zobrazovacím metodám výpočetní tomografii, magnetickou rezonanci, pozitronovou emisní tomografii a jednofotonovou emisní výpočetní tomografii.

Výpočetní tomografie se využívá především k vyloučení ostatních příčin kognitivní poruchy (Holmerová, 2017). Výpočetní tomografie poskytuje zobrazení vrstev mozku a dokáže zjistit přítomné změny (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Magnetická rezonance je podrobnější a šetrnější vyšetření než výpočetní tomografie (Ehrenfreuchter et al., 2014). Zobrazuje cévní změny mozku a podílí se na rozlišení Alzheimerovy choroby a smíšené demence či na zjištění vaskulární demence (Bartoš a Hasalíková, 2010).

Pozitronová emisní tomografie umožňuje odhalit poruchy metabolismu, napomáhá posouzení neurotransmitterových systémů a dějů na receptorech (Köhler a Bažant, 2015).

Jednofotonová emisní výpočetní tomografie slouží ke zhodnocení metabolické aktivity neuronů tak, že zachycuje změny prokrvení v jednotlivých částech mozku (Bartoš a Hasalíková, 2010). Köhler a Bažant (2015) zmiňují, že specifický obraz je možné pozorovat právě u Alzheimerovy choroby.

Elektroencefalografie pomocí elektrod upevněných na hlavě zjišťuje elektrickou aktivitu mozkových buněk (Ehrenfreuchter et al., 2014). V případě Alzheimerovy choroby lze pozorovat například zpomalení dominantního rytmu nebo snížení reaktivity (Köhler a Bažant, 2015).

Při diagnostice demence se uplatňují další somatická vyšetření, mezi která Borzová (2009) zařazuje například elektrokardiografii, vyšetření krevního tlaku a pulzu, neurologické vyšetření a laboratorní vyšetření zaměřující se na krevní obraz, kyselinu listovou, krevní minerály, hormony štítné žlázy, játra, močovinu či vitamin B₁₂.

1.1.5 Léčba Alzheimerovy choroby

Časnější diagnostikování demence přispívá k dřívějšímu zahájení léčby onemocnění (Ehrenfreuchter et al., 2014). Podle Liscic et al. (2014) je pro zahájení léčby zásadní právě přesné stanovení diagnózy. Léčba by zároveň měla být individuální a zvolena podle průběhu onemocnění (Ehrenfreuchter et al., 2014). Významnou roli při léčbě hraje rovněž spolupráce lékaře s osobou s demencí, jejími nejbližšími a pečujícími (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Lék, jenž by Alzheimerovu chorobu zcela vyléčil, zatím neexistuje (Holmerová a Mátlová, 2015). K dispozici jsou však léky oddalující pokročilé stádium Alzheimerovy choroby (Pekárková, 2015). Gupta a Kulshreshtha (2017) uvádí, že existuje mnoho možností léčby k ovlivnění zániku mozkových buněk.

Jiráček (2009) rozlišuje kognitivní farmakologickou léčbu a nekognitivní farmakologickou léčbu. Kognitivní farmakologická léčba působí zejména na kognitivní funkce, zatímco nekognitivní farmakologická léčba ovlivňuje poruchy chování, nálady nebo spánku (Jiráček, 2009).

Při farmakologické léčbě Alzheimerovy choroby s účinkem přechodného zlepšení kognitivních funkcí se užívají kognitiva, respektive inhibitory cholinesteráz a memantin (Franková et al., 2011). Zásadním účinkem kognitiv je oddálení zhoršení onemocnění ve všech oblastech (Franková et al., 2011). Kromě toho pozitivně působí na problémové chování včetně psychotických příznaků (Franková et al., 2011). Franková et al. (2011) uvádí, že podle zkušeností příznivě ovlivňují také spolupráci s osobou s Alzheimerovou chorobou. Kognitiva prodlužují osobě s Alzheimerovou chorobou období aktivního života, nikoliv však život (Franková et al., 2011).

Inhibitory cholinesteráz se nasazují v případě lehkého a středně těžkého stádia onemocnění (Ehrenfreuchter et al., 2014). Jejich efekt byl shledán u všech nejčastěji vyskytujících se podob demence (Franková et al., 2011). K léčbě Alzheimerovy choroby se užívají tři inhibitory cholinesteráz, tedy donepezil, galantamin a rivastigmin (Jiráček, 2009). Většinou bývají dobře snášeny, nežádoucí účinky se projevují zejména při zahájení léčby nebo při zvýšení dávek (Franková et al., 2011). Nežádoucí účinky se týkají především trávicího ústrojí, jedná se o zvracení, průjem či nechutenství (Franková

et al., 2011). Než začnou být inhibitory cholinesteráz podávány, hodnotí se případná rizika (Franková et al., 2011).

Memantin se používá u středně těžkého a těžkého stádia Alzheimerovy choroby (Ehrenfreuchter et al., 2014). Memantin chrání neurony a podporuje schopnost učení (Jirák, 2009). Ehrenfreuchter et al. (2014) dodávají, že memantin se výrazně podílí na zpomalení postupu onemocnění. Snášitelnost memantinu je obzvláště dobrá, nežádoucí účinky, jako bolest hlavy, únava nebo závrať, se objevují zřídka (Franková et al., 2011).

Nootropika jsou léky, které vykazují pozitivní efekt zvláště při mozkové látkové přeměně nebo při nedostatku kyslíku (Jirák, 2009). Účinnost léčiv se projevuje zlepšením prokrvení a zásobení mozku (Orel, 2016). Při léčbě Alzheimerovy choroby se užívají jako doplňující léky, častěji se uplatňují u vaskulárních demencí (Jirák, 2009). Snášitelnost nootropik je všeobecně dobrá, bez přítomnosti nežádoucích účinků (Orel, 2016). Jirák (2009) a Orel (2016) řadí do nootropik například piracetam, pyritinol, nicergolin nebo extrakt z jinanu dvojlaločného, známého také jako ginkgo biloba.

K léčbě je možné využít mnoho dalších látek, mezi které Ehrenfreuchter et al. (2014) zařazují rostlinné přípravky, vitaminy či hormony. Lékaři však tyto další látky otevřeně nedoporučují, mimo jiné, protože nejsou k dispozici dostatečné důkazy o pozitivním účinku uvedených látek na průběh onemocnění (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Psychofarmaka by se měla aplikovat pouze v těžkých situacích, a pokud nefarmakologická léčba i léčba pomocí kognitiv s sebou nepřináší odpovídající zlepšení (Ehrenfreuchter et al., 2014). V rámci psychofarmak jsou podávána léčiva, která potlačují psychotické a depresivní příznaky (Ehrenfreuchter et al., 2014). Antipsychotika neboli neuroleptika působí především proti psychotickým příznakům, nasazují se například při neklidu, agresivitě a těžkých afektivních poruchách (Orel, 2016). V případě úzkosti a deprese jsou užívána antidepresiva (Masopust a Vališ, 2015).

V léčbě demence hraje podstatnou roli i uplatňování nefarmakologických léčebných přístupů (Ehrenfreuchter et al., 2014). Tyto další možnosti léčby mohou osobě s demencí usnadnit výkon každodenních aktivit a pozitivně ovlivnit také kvalitu jejího života (Ehrenfreuchter et al., 2014). Pro nefarmakologické přístupy lze také užít pojmenování psychosociální intervence, kdy je vycházeno z aktuálních potřeb jedince (Holmerová, 2014a). Holmerová (2011) mezi nefarmakologické přístupy zahrnuje

ergoterapii, reminiscenční terapii, validační terapii, kinezioterapii, arteterapii, muzikoterapii a animoterapii, významné je však i prostředí.

Ergoterapie využívá nácvik soběstačnosti v různých oblastech každodenního života, při provádění domácích činností a aktivit ve volném čase (Ehrenfreuchter et al., 2014). Smyslem ergoterapie je dosažení co nejdelší soběstačnosti a samostatnosti při výkonu každodenních činností (Ehrenfreuchter et al., 2014). Osoby s demencí opakovaně procvičují určité pohyby, a tím získávají zapomenuté dovednosti (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Válková (2015) vymezuje **reminiscenční terapii** jako proces zaměřující se na vzpomínky z předchozích let života jednice. Vzpomínky a myšlenky jsou evokovány na základě fotografií, hudby, filmů, obrázků, knih či časopisů (Válková, 2015). Při reminiscenční terapii je možné využít memory book, kdy se jedná o portfolio života, které obsahuje kromě fotografií také třeba vysvědčení, plán domu a podobné předměty (Holmerová, 2009). Další možností je memory box, tedy krabice, jejímž obsahem jsou předměty menších rozměrů ztvárňující předchozí období života (Holmerová, 2009). V některých zařízeních je memory room, místnost, přizpůsobená dřívější době, ve které uživatelé místnosti žili (Holmerová, 2009). Wehner a Schwinghammer (2013) dodávají, že i vnější prostředí, jako například zahrada, může mít uvolňující účinek a zároveň může být prostorem pro setkání. Zahrada stimuluje všechny lidské smysly a podněcuje vyvolávání vzpomínek (Wehner a Schwinghammer, 2013).

Validační terapie je založena na úctě k osobě s demencí a na přijetí jejího tématu (Holmerová, 2009). Při rozhovoru by měl být vyjádřen respekt a porozumění (Ehrenfreuchter et al., 2014). Pokud je předmětem rozhovoru téma o blízkém člověku, kterého osoba s demencí očekává, mělo by být na téma přistoupeno, avšak nemělo by se dále rozvíjet nepravdivým směrem (Holmerová, 2009).

Kinezioterapie působí především na zachování stability a svalové síly (Holmerová, 2009). Jestliže mají osoby s demencí pravidelnou sportovní aktivitu, zvládají tak i snadněji běžné činnosti (Ehrenfreuchter et al., 2014). Dokonce i procházky na čerstvém vzduchu mají svůj význam (Ehrenfreuchter et al., 2014). Kinezioterapie zahrnuje různorodá cvičení, pohybového režimu se však týká i taneční terapie, kdy tanec a hudbu doprovází silné emoce (Holmerová, 2009).

Arteterapie v užším smyslu vyjadřuje léčbu pomocí výtvarného umění (Mlýnková, 2011). Záměrem arteterapie není ztvárnění dokonalého uměleckého díla, jde spíše o využití vlastní kreativity (Mlýnková, 2011). Arteterapie se dále zaměřuje na povzbuzení sebevědomí a trávení volného času, který má smysl (Mlýnková, 2011).

Muzikoterapie neboli terapie hudbou může využívat poslech nebo tvorbu hudby, zpěv a dále i pohyb na hudbu včetně hudebního cvičení (Holčerová, 2013). U osob s demencí je smyslem muzikoterapie zachování specifických schopností a zlepšení kvality života (Mastnak a Kantor, 2014).

Animoterapie je založena na kontaktu mezi zvířetem a člověkem (Šauerová, 2012). Zlepšuje psychickou i tělesnou stránku a podílí se na snížení úzkosti i deprese (Mlýnková, 2011).

Také příjemné **prostředí** může mít pozitivní vliv na kvalitu života (Callone et al., 2008). Pozornost by měla být věnována opatřením zajišťujícím zlepšení bezpečnosti jak osobě s demencí, tak jejímu okolí (Holmerová, 2009). Tato opatření se mohou týkat například odstranění bariér, přizpůsobení koupelny a toalety či vytvoření pomůcek zlepšujících orientaci (Holmerová, 2009). Callone et al. (2008) dále doporučují omezení přístupu do některých částí domu, pokud je prostředí příliš rozlehlé a přispívá k dezorientaci. Prostředí, které je klidné a předvídatelné, dodává osobě s Alzheimerovou chorobou pocit bezpečí, a tím je pozitivně ovlivňováno i využívání jejich schopností (Zgola, 2013).

Kognitivní trénink se nezaměřuje na nápravu poškozených kognitivních funkcí, ale pouze na jejich procvičování (Klucká a Volfová, 2016). Obtížnost kognitivního tréninku je třeba u osob s demencí individuálně zohlednit podle stádia jejich onemocnění (Holmerová, 2009). Součástí by měla být motivační část a také by měl využívat zábavnost (Klucká a Volfová, 2016). Předností kognitivního tréninku je procvičení a aktivizace (Holmerová, 2009).

Holmerová (2009) popisuje **naučený postup** jako přiblížení postupů, jež jsou vhodné individuálně pro každou osobu s demencí. Naučený postup zahrnuje rovněž návody, jakým způsobem je osoba s demencí zvyklá vykonávat jednotlivé činnosti (Holmerová, 2009). Součástí je obvyklý denní rytmus osoby s demencí, co má ráda a naopak (Holmerová, 2009). Těmto zkušenostem Holmerová (2009) přisuzuje klíčový význam,

především pokud se obměňují pečující, dále když osoba s demencí přechází do jiného prostředí.

Programované aktivity představují připravené aktivity, které jsou součástí denního režimu osoby s demencí (Holmerová, 2011). Programované aktivity zahrnují sebeobslužné úkony, toaletu, stolování, nakupování, vaření a další aktivity (Holmerová, 2011). Pravidelný denní rytmus je pro osobu s demencí prospěšný (Holmerová, 2011). V případě, že by osobám s demencí nebyly aktivity umožněny, docházelo by k narušení denního režimu a k výskytu nežádoucího chování (Holmerová, 2009).

Individualizované aktivity se využívají především v těžkém stádiu onemocnění se záměrem co nejvíce individualizovat režim (Holmerová, 2009; Holmerová, 2011). V tomto stádiu není již tak často přítomen neklid a další problémové chování, naopak pro stádium je charakteristický spíše delší spánek (Holmerová, 2009). Přestože osoby s demencí v pokročilém stádiu vyžadují stále více pomoci, neměla by se opomíjet pestrá nabídka jednoduchých aktivit a vedení k sebeobsluze (Holmerová, 2009).

Jestliže se progrese onemocnění stále výrazněji odráží v komunikaci, lze využít **senzorickou terapii**, díky které je možné udržovat určitý kontakt (Ehrenfreuchter et al., 2014). Mezi senzorické terapie Ehrenfreuchter et al. (2014) řadí aromaterapii, bazální stimulaci či fototerapii. Jmenované možnosti léčby působí během aplikace uvolňujícím účinkem a vyvolávají pocit blaženosti (Ehrenfreuchter et al., 2014).

1.1.6 Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby

Příčina vzniku Alzheimerovy choroby, jež by byla přímo jednoznačná, neexistuje (Slezáková et al., 2012). Jiráček (2008) však poukazuje na rizikové faktory, které vznik onemocnění podporují. İnan a Özköse Şatırlar (2015) zařazují mezi rizikové faktory Alzheimerovy choroby například pokročilý věk, ženské pohlaví, specifické genetické mutace či nižší vzdělání.

Borzová (2009) považuje věk za nejvýznamnější rizikový faktor demencí. Slezáková et al. (2012) uvádí, že výskyt onemocnění před dosažením 60 let je ojedinělý. Alzheimerova choroba se týká především žen (Slezáková et al., 2012). Slezáková et al. (2012) dodávají, že muži jsou ohroženi častěji vaskulární demencí. V případě genetických rizikových faktorů Alzheimerovy choroby se jedná o genové mutace na chromozomech 21, 14 a 1 (Jiráček, 2009). Tyto genové mutace způsobují vznik

patologické bílkoviny beta-amyloid (Jiráček, 2009). Výskyt Alzheimerovy choroby je nižší u osob, které mají vyšší vzdělání (Slezáková et al., 2012). Slezáková et al. (2012) dále do rizikových faktorů řadí například alkohol, kouření, depresi, úraz hlavy, diabetes mellitus, vysoký krevní tlak, onemocnění srdce nebo infekční onemocnění.

Pro zachování výkonnosti mozku je nezbytné dostatečné množství podnětů a vzruchů (Ehrenfreuchter et al., 2014). Právě pravidelná tělesná aktivita, vyvážená strava, zájmy podporující tvořivost a navazování kontaktu s ostatními lidmi podle Ehrenfreuchter et al. (2014) mají v kontextu prevence specifický význam.

Ehrenfreuchter et al. (2014) uvádí, že pohyb pozitivně ovlivňuje jak fyzickou kondici, tak rovněž náladu. Kromě toho tělesná aktivita podporuje kardiovaskulární systém a mozek (Ehrenfreuchter et al., 2014). Ehrenfreuchter et al. (2014) sdělují, že tělesná aktivita a duševní aktivita jsou pro mozek stejně podstatné.

Na základě vyvážené stravy, která mozku poskytne živiny, minerály a vitaminy, může mozek správně fungovat (Ehrenfreuchter et al., 2014). Dále náležitá životospráva působí proti arterioskleróze zahrnující i cévy v mozku (Ehrenfreuchter et al., 2014). Ehrenfreuchter et al. (2014) uvádí, že aktuální výzkumy poukazují na středomořskou stravu, jež nejúčinněji omezuje riziko onemocnění. Strava obsahující velké množství zeleniny a mastných kyselin omega-3 chrání před onemocněním, jelikož má vliv na zvýšenou hladinu cholesterolu, diabetes mellitus či vysoký krevní tlak, které patří do rizikových faktorů (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Různorodý denní režim, zařizování každodenních záležitostí včetně jejich plánování a duševní aktivity vykonávané až do vysokého věku působí proti demenci nejvýrazněji (Ehrenfreuchter et al., 2014). Duševní aktivity jsou takové aktivity, jež zatěžují mozek specifickými požadavky a podněcují ho k přemýšlení (Ehrenfreuchter et al., 2014). Toho lze však dosáhnout i pomocí běžných aktivit majících tvůrčí a produktivní charakter, jako například dopisování, vaření, zahradničení, pletení nebo šití (Ehrenfreuchter et al., 2014). Duševně podnětné aktivity zahrnují rovněž četbu, hraní stolních her či účast na kulturních akcích (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Kontakt se společenským prostředím posiluje jak emoční centra, tak vnímání či krátkodobou paměť (Ehrenfreuchter et al., 2014). Osoba, která je v častém kontaktu

s ostatními lidmi, má oproti lidem s minimálním kontaktem výrazně lepší duševní schopnosti (Ehrenfreuchter et al., 2014).

1.2 Alzheimerova choroba v kontextu sociální práce

Sociální práce se angažuje při ztvárnění života uvnitř společnosti a také příznivě ovlivňuje sociální klima (Malík Holasová, 2014). Habrcetlová (2014) poukazuje na významnost podpory, pomoci a péče především v období, které se vyznačuje zhoršenou soběstačností jedince. Demence je vážnou záležitostí jednak pro osobu s demencí a rodinné příslušníky, jednak i pro společnost (Holmerová, 2014). V sociální práci se uplatňuje velké množství nástrojů, které se zaměřují na zlepšení nepříznivé sociální situace osob uvnitř společnosti (Malík Holasová, 2014). Sociální politikou, respektive problematikou osob se zdravotním postižením, sociálními dávkami a službami, se zabývá Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2016).

Sociální pracovník je osobou předávající informace o dávkách sociálního zabezpečení, dopravě či ubytování a je rovněž osobou, se kterou je možné hovořit o svém prožívání (Powell, 2010).

1.2.1 Dávky ze systému sociálního zabezpečení

V důsledku Alzheimerovy choroby nastává otázka týkající se financí (Regnault, 2011). Péče o osobu s demencí, jež je zajišťována v domácím prostředí, má vliv na finanční zatížení rodiny (Ehrenfreuchter et al., 2014). Obzvláště v případě, kdy rodinný příslušník musí kvůli péči omezit nebo ukončit pracovní poměr (Ehrenfreuchter et al., 2014). Zvýšení rozpočtu osoby s Alzheimerovou chorobou a jejímu pečujícímu je možné na základě poskytovaných finančních dávek a příspěvků (Regnault, 2011). Čerpání dávek ze systému sociálního zabezpečení spadá do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, Úřadu práce České republiky, Okresní správy sociálního zabezpečení, pověřených obecních úřadů či fyzických a právnických subjektů (Čeledová et al., 2016).

Pokud člověk onemocní Alzheimerovou chorobou, přičemž není schopen vykonávat trvalou práci a nedosáhl ještě důchodového věku, uznává se mu většinou dočasná pracovní neschopnost a následně se podává žádost o **invalidní důchod** (Regnault, 2011). Nárok na invalidní důchod má osoba, jež nedosáhla věku 65 let (Zákon

č. 155/1995 Sb.). Další podmínkou je, že se osoba stala invalidní a splnila náležitou dobu pojištění nebo se stala invalidní na základě pracovního úrazu (Zákon č. 155/1995 Sb.).

Za osobu invalidní je považován pojištěnec, u kterého kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu nastal pokles pracovní schopnosti alespoň o 35 % (Zákon č. 155/1995 Sb.). Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění stanovuje rozdělení poklesu pracovní schopnosti pojištěnce na pokles pracovní schopnosti o 35–49 %, kterému náleží invalidita prvního stupně, při poklesu pracovní schopnosti o 50–69 % se jedná o invaliditu druhého stupně a pokles pracovní schopnosti o 70 % a více připadá invaliditě třetího stupně.

Podle Regnault (2011) je ve vztahu k Alzheimerově chorobě podstatný zejména **příspěvek na péči**. Nárok na tento příspěvek má osoba starší 1 roku, která je závislá na pomoci druhých kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu (Zákon č. 108/2006 Sb.). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje rozsah stupně závislosti pro osoby ve věku 18 let a více, kdy první stupeň značí lehkou závislost a příspěvek na péči za kalendářní měsíc je 880 Kč. Ve druhém stupni, kdy se jedná o středně těžkou závislost, výše příspěvku na péči činí 4 400 Kč měsíčně (Zákon č. 108/2006 Sb.). Třetímu stupni těžké závislosti náleží částka příspěvku na péči ve výši 8 800 Kč za kalendářní měsíc a při dosažení čtvrtého stupně úplné závislosti je vyplácen měsíčně příspěvek na péči 13 200 Kč (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Stupeň závislosti u osob ve věku 18 let a více vychází z hodnocení zvládnutí základních životních potřeb, mezi které patří schopnost komunikace, orientace, oblékání a obouvání, dále se hodnocení zaměřuje na mobilitu, péči o domácnost, péči o zdraví, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby a pozornost je věnována také stravování i osobním aktivitám (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Žádost o příspěvek na péči lze podat na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce České republiky podle trvalého pobytu žadatele (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017).

Dávky pro osoby se zdravotním postižením jsou poskytovány za účelem omezení sociálních dopadů způsobených zdravotním postižením (Zákon č. 329/2011 Sb.). Dalším jejich záměrem je podpora sociálního začleňování (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Dávky pro osoby se zdravotním postižením zahrnují příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku (Zákon č. 329/2011 Sb.). Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů upravuje rovněž průkaz osoby se zdravotním postižením.

Příspěvek na mobilitu je přiznán osobě, která dosáhla věku 1 roku a zároveň musí mít nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP či ZTP/P (Zákon č. 329/2011 Sb.). Další podmínkou pro získání příspěvku na mobilitu je, že se osoba během kalendářního měsíce opakovaně dopravuje nebo je dopravována, přičemž dopravování však musí být za úhradu (Zákon č. 329/2011 Sb.). Pouze z důvodů hodných zvláštního zřetele má nárok na příspěvek na mobilitu také osoba, která využívá pobytové sociální služby (Zákon č. 329/2011 Sb.). Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů stanovuje příspěvek na mobilitu ve výši 550 Kč měsíčně.

Příspěvek na zvláštní pomůcku je poskytován osobě, jejíž postižení má charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, jehož trvání je nebo má být delší než 1 rok (Zákon č. 329/2011 Sb.). Jestliže je příspěvek na zvláštní pomůcku určen na úpravu bytu či pořízení schodolezu, schodišťové sedačky, svislé a šikmé plošiny určené ke zvedání, stropního zvedacího zařízení nebo motorového vozidla, musí být osoba starší 3 let (Zákon č. 329/2011 Sb.). Na pořízení vodícího psa je příspěvek na zvláštní pomůcku podmíněn věkem 15 let a v ostatních případech musí osoba dosáhnout věku 1 roku (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Celková částka příspěvků na zvláštní pomůcku během 60 navazujících měsíců nesmí převyšovat částku 800 000 Kč a 850 000 Kč v případě, že byl v rámci této doby čerpán příspěvek na zvláštní pomůcku na svislou nebo šikmou plošinu určenou ke zvedání (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Držitelem **průkazu osoby se zdravotním postižením** může být osoba, která dosáhla věku 1 roku a má smyslové, tělesné či duševní postižení vyznačující se dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem (Zákon č. 329/2011 Sb.). Průkaz osoby se zdravotním postižením TP poskytuje držiteli nárok na vyhrazené místo ve veřejné dopravě, kde může sedět (Zákon č. 329/2011 Sb.) Nevztahuje se však na dopravní prostředky, ve kterých je místo k sedění podmíněno zakoupením místenky (Zákon č. 329/2011 Sb.). Průkaz TP se dále pojí s předností při osobním vyřizování záležitostí (Zákon

č. 329/2011 Sb.). V případě osobního vyřizování záležitostí se nejedná o nakupování, zajišťování služeb za úhradu a vyšetření ve zdravotnickém zařízení (Zákon č. 329/2011 Sb.).

Kromě výhod vztahujících se k průkazu TP má držitel průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nárok i na slevu jízdného ve vnitrostátní autobusové a železniční osobní dopravě druhé třídy ve výši 75 % (Zákon č. 329/2011 Sb.). Dále průkaz ZTP zahrnuje bezplatnou dopravu ve veřejných hromadných dopravních prostředcích (Zákon č. 329/2011 Sb.). Průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP/P mimo výhod průkazu TP a ZTP zajišťuje držiteli nárok také na bezplatné dopravování průvodce ve veřejných hromadných dopravních prostředcích a bezplatné dopravování vodícího psa, jestliže osoba nevidomá není doprovázena průvodcem (Zákon č. 329/2011 Sb.).

1.2.2 Sociální služby

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (2017) jmenuje cíle sociálních služeb ve vztahu ke klientovi. Cíle se orientují na udržení lidské důstojnosti, individuální potřeby, aktivní rozvoj schopností, podporu soběstačnosti a zabezpečování služby v zájmu i náležité kvality (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2017). Prostřednictvím sociálních služeb se sociální práce angažuje na sociálním začleňování osob nacházejících se v nepříznivé sociální situaci (Malík Holasová, 2014). Malík Holasová (2014) sociálními službami rozumí služby, které zajišťují přímo sociální pracovníci, nebo jsou jejich zprostředkovateli.

Sociální služby se skládají ze sociálního poradenství, služeb sociální prevence a služeb sociální péče (Zákon č. 108/2006 Sb.). Sociální služby mohou být poskytovány formou terénní, ambulantní či pobytovou (Zákon č. 108/2006 Sb.). Terénní služby jsou provozovány v přirozeném prostředí klienta, ambulantní služby v zařízení sociálních služeb a pobytovými službami se rozumí služby poskytované klientovi na základě ubytování v zařízení sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb.). Maximální částku, za niž jsou poskytovány určité sociální služby, stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství jsou součástí sociálního poradenství (Zákon č. 108/2006 Sb.). **Základní sociální poradenství** se zaměřuje na řešení nepříznivé sociální situace osob prostřednictvím podávání náležitých informací

a musí být zabezpečeno všemi poskytovateli sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb.). **Odborné sociální poradenství** vykonávají občanské, rodinné a manželské poradny, dále se poskytuje v poradnách pro osoby se zdravotním postižením, seniory a oběti trestných činů (Zákon č. 108/2006 Sb.). Odborné sociální poradenství je rovněž zajišťováno ve speciálních hospicových zařízeních (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Pečovatelská služba patří do služeb sociální péče a je poskytována v terénní či ambulantní formě (Zákon č. 108/2006 Sb.). Pečovatelská služba je určena pro osoby, jejichž soběstačnost se snížila kvůli věku, zdravotnímu postižení či chronickému onemocnění a potřebují tak pomoc druhých (Zákon č. 108/2006 Sb.). Dále se poskytuje rodinám s dětmi, které se nacházejí v situaci, kdy potřebují pomoc druhých (Zákon č. 108/2006 Sb.). Bartoš a Hasalíková (2010) mezi kompetence pracovníků pečovatelské služby zařazují například pomoc s hygienou, oblékáním, nakupováním či přípravou stravy.

Osobní asistence je terénní služba sociální péče určena osobám, jejichž soběstačnost je snížena kvůli věku, zdravotnímu postižení či chronickému onemocnění a jsou v situaci vyžadující pomoc druhých (Zákon č. 108/2006 Sb.). Osobní asistence se může mnohdy krýt s pečovatelskou službou (Bartoš a Hasalíková, 2010). Lze ji provozovat v různém rozsahu, její výhodou je časová flexibilita pracovníků, kteří mohou zabezpečit péči v přirozeném prostředí 24 hodin denně (Bartoš a Hasalíková, 2010).

Tísňová péče náleží ke službám sociální péče a jedná se o službu, jež je poskytována terénní formou (Zákon č. 108/2006 Sb.). Tísňová péče je určena pro osoby, u kterých je vysoká pravděpodobnost ohrožení zdraví nebo života (Zákon č. 108/2006 Sb.). Služba zahrnuje nepřetržitou distanční komunikaci (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Odlehčovací služby se řadí ke službám sociální péče a jsou provozovány terénní, ambulantní nebo pobytovou formou (Zákon č. 108/2006 Sb.). Jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností kvůli věku, zdravotnímu postižení či chronickému onemocnění (Zákon č. 108/2006 Sb.). Těmto osobám je zajišťována péče v jejich přirozeném sociálním prostředí, přičemž záměrem odlehčovacích služeb je poskytnout potřebný odpočinek právě pečujícím (Zákon č. 108/2006 Sb.). Pečující rodinní příslušníci tak mohou uskutečnit například vlastní léčbu nebo dovolenou (Habrcetlová, 2014).

Denní stacionáře jsou ambulantní službou spadající pod služby sociální péče (Zákon č. 108/2006 Sb.). Denní stacionáře jsou poskytovány osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku či zdravotního postižení (Zákon č. 108/2006 Sb.). Dále jsou určeny pro osoby s chronickým duševním onemocněním (Zákon č. 108/2006 Sb.). Osoby se musí nacházet v situaci, se kterou se pojí potřeba pravidelné pomoci druhých (Zákon č. 108/2006 Sb.). V denních stacionářích jsou připravovány zájmové a ergoterapeutické činnosti či trénink paměti (Bartoš a Hasalíková, 2010). Bartoš a Hasalíková (2010) považují denní stacionáře pro osoby s demencí za prostředí, které pozitivně působí na navazování společenských kontaktů.

Centra denních služeb se řadí do služeb sociální péče a jsou poskytovány ve formě ambulantní osobám, jejichž soběstačnost je snížena kvůli věku, zdravotnímu postižení nebo chronickému onemocnění (Zákon č. 108/2006 Sb.). Situace těchto osob je vázána na pomoc druhých (Zákon č. 108/2006 Sb.). Habrcetlová (2014) považuje centra denních služeb za službu, která značně odpovídá dennímu stacionáři.

Pobytové služby zajišťují **týdenní stacionáře**, které patří do služeb sociální péče (Zákon č. 108/2006 Sb.). Týdenní stacionáře jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností zapříčiněnou věkem či zdravotním postižením (Zákon č. 108/2006 Sb.). Dále jsou určeny pro osoby s chronickým duševním onemocněním (Zákon č. 108/2006 Sb.). Týdenní stacionáře se poskytují osobám, které potřebují pravidelnou pomoc druhých (Zákon č. 108/2006 Sb.). V týdenních stacionářích je poskytováno ubytování, strava a různé aktivizační činnosti (Habrcetlová, 2014). Je zde možné setrvat od pondělí do pátku, některé týdenní stacionáře však nabízejí možnost využít pobyt také o víkend (Habrcetlová, 2014).

Domovy se zvláštním režimem náleží do služeb sociální péče, kde jsou nabízeny pobytové služby osobám, jejichž soběstačnost je snížena kvůli chronickému duševnímu onemocnění či závislosti na návykových látkách (Zákon č. 108/2006 Sb.). Domovy se zvláštním režimem jsou dále určeny pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu Alzheimerovy choroby a jiných druhů demence (Zákon č. 108/2006 Sb.). Situace těchto osob je spojována s potřebou pravidelné pomoci druhých (Zákon č. 108/2006 Sb.). Domovy se zvláštním režimem mají přizpůsobený režim podle potřeb jmenovaných osob (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Na všechny pacienty působí nejlépe přirozené domácí prostředí, a proto je vhodné, pokud mohou v tomto prostředí setrvat co nejdéle (Ehrenfreuchter et al., 2014). Jestliže rodinní příslušníci nemohou zabezpečit péči v přirozeném domácím prostředí, rozhodují se pro ústavní péči (Bartoš a Hasalíková, 2010). Pro toto rozhodnutí je nezbytná informovanost o zařízeních (Bartoš a Hasalíková, 2010). V České republice je mnoho zařízení zajišťujících péči osobám s různými druhy demence, podstatné je však odhadnout, které zařízení bude pro daného jedince vyhovující (Ehrenfreuchter et al., 2014). Podle Ehrenfreuchter et al. (2014) jsou domovy se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou nejideálnější řešením, protože se zabývají přímo duševními onemocněními.

Alzheimercentrum je specializované zařízení poskytující péči osobám s Alzheimerovou chorobou, ale i dalšími druhy demence (Alzheimercentrum, 2017). Alzheimercentrum (2017) jmenuje svůj cíl, ve kterém zmiňuje největší možnou podporu aktivního života a prodloužení soběstačnosti na základě poskytovaných služeb klientovi. Pobyt v Alzheimercentru je poskytován podle potřeb klienta a může mít krátkodobý či dlouhodobý charakter (Alzheimercentrum, 2017). Pokud to umožňuje zdravotní stav klientů, mohou zařízení nezávisle opouštět, v opačném případě na ně při odchodu z Alzheimercentra dohlíží pracovníci (Alzheimercentrum, 2017). Sociální služby v Alzheimercentru upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Alzheimercentrum, 2017). Poskytovaná péče závisí na potřebách klienta a jeho individuálním plánu (Alzheimercentrum, 2017).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách domovy se zvláštním režimem zabezpečují ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu včetně osobní hygieny. Domovy se zvláštním režimem dále poskytují zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc s uplatňováním práv a zájmů, zajišťováním osobních záležitostí a rovněž nabízí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb.).

1.3 Alzheimerova choroba v kontextu informovanosti

Právě praktický lékař je mnohdy první osobou, která může onemocnění odhalit (Bartoš a Hasalíková, 2010). Bartoš a Hasalíková (2010) sdělují, že praktický lékař může onemocnění zachytit na základě projevů jedince, ale i z informací od doprovázející

osoby. Role praktického lékaře spočívá v provázení při onemocnění jednak jedince samotného, jednak také rodiny, která o něj pečuje (Bartoš a Hasalíková, 2010).

Podle průzkumů větší část osob, která pečuje, nepřijímá pomoc z vnějšího prostředí (Ehrenfreuchter et al., 2014). Tato skutečnost je zapříčiněna tím, že nemají dostatečné znalosti a přehled o možné pomoci (Ehrenfreuchter et al., 2014). Také z důvodu pocitu viny vůči osobě s demencí a přiznání vlastní neschopnosti, nedokážou pomoc, která jim je nabízena, přijmout (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Terapeutické a diskusní skupiny mohou být pro rodinné příslušníky osoby s demencí zdrojem cenných informací (Ehrenfreuchter et al., 2014). V těchto skupinách lze totiž přijít do kontaktu s lidmi, již se nacházejí ve stejné situaci (Ehrenfreuchter et al., 2014). Členové podpůrných skupin si mezi sebou předávají jak důležité kontakty, tak vzájemné zkušenosti (Ehrenfreuchter et al., 2014). V České republice působí Česká alzheimerovská společnost, která pořádá setkání rodinných příslušníků pečujících o osobu s Alzheimerovou chorobou nebo jiným druhem demence v domácím prostředí (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Dostatečná informovanost rodinných příslušníků o onemocnění a zejména lidský přístup omezují využívání léčebných postupů, které nejsou vhodné (Bartoš a Hasalíková, 2010).

1.3.1 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost byla zaregistrována v roce 1997, kdy vystupovala jako občanské sdružení (Holmerová a Mátlová, 2015). Vznik České alzheimerovské společnosti je přisuzován především odborníkům z oboru gerontologie, kteří se věnovali problematice demencí (Holmerová a Mátlová, 2015). Jednalo se o lékaře, sestry, sociální pracovníky, ale také o studenty a následně mezi členy patřili i rodinní příslušníci (Holmerová a Mátlová, 2015). Česká alzheimerovská společnost je v současnosti součástí mezinárodních organizací Alzheimer's Europe i Alzheimer's Disease International (Holmerová a Mátlová, 2015). V rámci těchto mezinárodních organizací se účastní činnosti pracovní skupiny pro paliativní péči o osoby s demencí a angažuje se rovněž i v jiných jejich činnostech (Holmerová, 2009).

Informace o demenci, které jsou cíleny zvláště pro laickou veřejnost, lze nalézt v letáčích a brožurách vydaných Českou alzheimerovskou společností (Holmerová,

2009). Účelem těchto letáků a brožur je podat dostatek informací, které mohou pomoci včasnému stanovení diagnózy (Holmerová, 2009).

Jiné informační materiály cílí na osoby s demencí včetně jejich rodiny (Holmerová, 2009). Záměrem těchto informačních materiálů je poskytnout dostatečné množství informací, aby bylo možné lépe zvládat vzniklou situaci (Holmerová, 2009).

Edukační akce, které Česká alzheimerovská společnost nabízí, jsou určeny jak pro spolupracovníky, tak pro veřejnost a pracovníky zabývající se péčí o osoby s demencí (Holmerová a Mátlová, 2015). Česká alzheimerovská společnost zajišťuje rovněž kurzy mající akreditaci udělenou Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky (Holmerová a Mátlová, 2015).

Česká alzheimerovská společnost je také vydavatelem dopisů, v nichž jsou obsaženy problémy přicházející s onemocněním (Holmerová, 2009). Dopisy slouží jako informační zdroj a jejich využití je i pro konzultace (Holmerová, 2009).

V rámci České alzheimerovské společnosti jsou provozovány dvě sociální služby, a to poradenství a odlehčovací služby (Česká alzheimerovská společnost, 2015). Poradenství je poskytováno osobám s demencí a jejich blízkým, odlehčovací služby jsou realizovány v domácím prostředí (Česká alzheimerovská společnost, 2015). V případě odlehčovací služby, respitní péče dochází k převzetí péče o osobu s demencí se záměrem umožnit jejím pečujícím odpočinek (Holmerová, 2009). Holmerová (2009) uvádí, že tato služba je rodinami velice kladně hodnocena.

Kontaktní a informační centrum České alzheimerovské společnosti je možné navštívit osobně nebo zkontaktovat telefonicky (Holmerová a Mátlová, 2015). Pracovníci v kontaktním a informačním centru předávají základní informace o problematice demencí, informují o dalším informačním zdroji a dojednávají osobní setkání s odborníky České alzheimerovské společnosti (Holmerová, 2009). Následnými poskytovateli poradenství jsou tedy lékaři, sociální pracovníci a psychologové (Holmerová a Mátlová, 2015). Poradenství zahrnuje informace o onemocnění, pečování a ostatních službách (Holmerová, 2009). Informace lze nalézt také na internetové stránce České alzheimerovské společnosti www.alzheimer.cz (Holmerová a Mátlová, 2015). Ehrenfreuchter et al. (2014) sdělují, že internetová stránka České alzheimerovské společnosti nabízí podporu a dostatečné množství informací. Internet obsahuje mnoho

informací a rad, a proto by měla být první zastávkou pro získání informací o Alzheimerově chorobě právě již zmiňovaná internetová stránka (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Svépomocné skupiny Čaje o páté patří mezi první služby poskytované Českou alzheimerovskou společností (Holmerová, 2009). Jedná se o svépomocné skupiny pro rodiny osob s demencí (Holmerová a Mátlová, 2015). Za přítomnosti pracovníka České alzheimerovské společnosti si zde rodinní příslušníci předávají zkušenosti, emoce, podporu a zároveň usilují o společné nalezení řešení problémů (Holmerová, 2009).

Na svépomocných skupinách Toulky paměti a duší se setkávají osoby s demencí (Holmerová a Mátlová, 2015). Svépomocné skupiny Toulky paměti a duší poskytují osobám s počínající demencí psychosociální podporu a pomoc při vyrovnávání se s onemocněním (Česká alzheimerovská společnost, 2015).

Odborné literatury, knižních a internetových zdrojů je mnoho, přesto rodinné příslušníky osob s demencí často provází nejistota a bezradnost (Ehrenfreuchter et al., 2014). Díky školením a kurzům pro pečující osoby je možné nalézt řešení i pro situace, které se jeví jako neřešitelné (Ehrenfreuchter et al., 2014). Školení jsou však mnohdy určena zejména pro odbornou veřejnost, a proto se lze o možnosti účasti laické veřejnosti předem informovat (Ehrenfreuchter et al., 2014). Nicméně kurzy se konají i pro pečující osoby z řad laiků a alternativní variantou mohou být rovněž svépomocné skupiny (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Záměrem těchto událostí je poskytnout komplexní informace o samotném onemocnění a dále například o péči jak o osobu s demencí, tak o vlastní osobu, možnostech finanční podpory či předpisech vycházejících ze zákona (Ehrenfreuchter et al., 2014). Dosažené znalosti mohou příznivě ovlivnit kvalitu života osob s demencí i pečujících (Ehrenfreuchter et al., 2014).

1.3.2 Práva osob s Alzheimerovou chorobou

Pešlová (2017) uvádí, že základní práva každého člověka upravuje Základní listina práv a svobod a práva osob se zdravotním postižením dále ještě vymezuje Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.

Holmerová a Mátlová (2015) zařazují mezi práva, která mají osoby s Alzheimerovou chorobou a dalšími formami demence:

- informovanost o vlastním onemocnění,
- náležitou lékařskou péči,
- život v prostředí, které je bezpečné,
- možnost pravidelného kontaktu s venkovním prostředím,
- pokud to lze, nezařazovat mezi léčbu psychotropní farmaka,
- respektování vyjadřovaných pocitů,
- přítomnost fyzického kontaktu,
- potěšení ze smysluplných každodenních aktivit,
- užitečnost při práci a zábavě, dokud je to možné,
- přijímání jako dospělého člověka, nikoliv jako dítěte,
- péči poskytovanou pracovníky vzdělaných v problematice demencí,
- kontakt s osobami, které znají život osoby s demencí.

Po potvrzení diagnózy by se podle Ehrenfreuchter et al. (2014) měla osoba s demencí domluvit se svými nejbližšími, kdo ji bude zastupovat v rozhodování, když už to sama nebude zvládat. Zástupcem nemusí být pouze manžel, manželka, děti nebo rodiče, může jím být i jiný stanovený opatrovník (Ehrenfreuchter et al., 2014). Ehrenfreuchter et al. (2014) proto považují včasné naplánovaná předběžná opatření za klíčová. Ehrenfreuchter et al. (2014) uvádí tři druhy preventivních opatření, mezi která řadí plnou moc speciální a generální, dříve vyslovené přání a opatrovnictví. Jmenovaná opatření mají své výhody a nevýhody, přičemž je lze uplatnit v jiných životních situacích a v různých stádiích onemocnění (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Plná moc musí obsahovat přesně stanovený rozsah (Ehrenfreuchter et al., 2014). Dále by v ní mělo být obsaženo, na jak dlouho opravňuje zmocněnce jednat jménem zmocnitele. Podle Ehrenfreuchter et al. (2014) je lepší formulovat generální plnou moc, na jejímž základě může zmocněnec jednat se všemi úřady jménem zmocnitele. Speciální plná moc zahrnuje pouze určitý úkon, jenž musí být její součástí (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Mezi **dříve vyslovené přání** Ehrenfreuchter et al. (2014) zařazují například téma zdravotní péče, o kterém je vhodné si s osobou s demencí pohovořit, zvláště když ještě

zvládne výstižně vyjádřit svá přání. Institut dříve vysloveného přání zabezpečuje jejich zaznamenání z důvodu následného využití (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Opatrovnictví vystupuje do popředí tehdy, kdy osoba s demencí nevládá komunikovat s úřady ani provádět odpovědná rozhodnutí, přičemž není vyřešena úprava styku s úřady a jiné právní náležitosti (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník upravuje podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilé osoby právního jednání. Mezi tato podpůrná opatření náleží předběžné prohlášení, nápomoc při rozhodování, zastoupení členem domácnosti a omezení svéprávnosti (Zákon č. 89/2012 Sb.).

Předběžné prohlášení je podle Ehrenfreuchter et al. (2014) vhodné přímo pro situaci, kdy je diagnostikována Alzheimerova choroba nebo jiné degenerativní onemocnění. Pokud člověk očekává, že bude nezpůsobilý právního jednání, může vyjádřit vůli, aby byly jeho záležitosti zajišťovány specifickým způsobem, konkrétní osobou, anebo aby byla konkrétní osoba jeho opatrovníkem (Zákon č. 89/2012 Sb.). Jestliže předběžné prohlášení nemá formu veřejné listiny, musí mít formu soukromé listiny, která obsahuje datum a potvrzení dvou svědků (Zákon č. 89/2012 Sb.).

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník vymezuje **nápomoc při rozhodování** jako potřebu člověka, kterému z důvodu duševní poruchy způsobuje rozhodování obtíže, přičemž jeho svéprávnost nemusí být omezena, ale může si s podpůrcem stanovit poskytovanou podporu. Ehrenfreuchter et al. (2014) uvádí, že osoby s demencí mají poměrně dlouho zachovanou schopnost vlastního úsudku, k tomu je však potřeba přizpůsobit komunikaci podle jejich současných možností. Záměrem tohoto podpůrného opatření je rovněž zabránit zneužívání omezení svéprávnosti (Ehrenfreuchter et al., 2014). Podpůrné opatření je poskytováno na základě smlouvy, která je mezi podporovaným a podpůrcem (Ehrenfreuchter et al., 2014). Podpůrce prostřednictvím smlouvy podporovanému zaručuje, že se s jeho souhlasem účastní jeho právních jednání, že mu zajistí nezbytné informace a že mu bude poskytovat rady (Zákon č. 89/2012 Sb.).

Podle Ehrenfreuchter et al. (2014) je **zastoupení členem domácnosti** jednodušší možností podpory při zařizování všedních záležitostí včetně kontaktu s úřady. Pešlová (2017) varuje před záměnou zastoupení na základě plné moci, jež může vzniknout

jedině mezi dvěma svéprávnými osobami, které si jsou vědomi uzavíraného vztahu. Pokud člověk v důsledku duševní poruchy není schopen právního jednání, může být zastoupen rodinným příslušníkem či osobou, jež s ním před zastoupením minimálně tři roky žila ve společné domácnosti (Zákon č. 89/2012 Sb.). Zástupce informuje zastoupeného o zastoupení, jeho povaze a následcích, přičemž odmítnutí lze vyjádřit i projevem přání zastoupeného (Zákon č. 89/2012 Sb.).

Omezení svéprávnosti je možné jen tehdy, jestliže je to v zájmu člověka, na kterého se omezení svéprávnosti vztahuje (Zákon č. 89/2012 Sb.). Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník stanovuje, že musí být zároveň brán zřetel na stupeň a rozsah neschopnosti člověka zajistit si své záležitosti. K omezení svéprávnosti lze přistoupit pouze v případě, pokud mírnější opatření není dostačující a člověku by tak hrozila vážná újma (Zákon č. 89/2012 Sb.). O omezení svéprávnosti rozhoduje výhradně soud, který rovněž vymezení rozsah omezení způsobilosti samostatného právního jednání (Zákon č. 89/2012 Sb.). Společně s rozhodnutím o omezení svéprávnosti je soudem jmenován opatrovanci opatrovník (Zákon č. 89/2012 Sb.). Ehrenfreuchter et al. (2014) uvádí, že opatrovník by měl přispívat k řešení různých životních situací opatrovance, a proto by měl být jeho výběr důkladný.

1.3.3 Komunikace s osobami s Alzheimerovou chorobou

Alzheimerova choroba se týká nejen osob s Alzheimerovou chorobou, ale i jejich rodinných příslušníků (Montoliu-Gaya a Villegas, 2015). Rozhodnutí pro péčování o osobu, která není soběstačná, hraje důležitou roli v životě celé rodiny (Příbyl, 2015). Opakující se změny v chování osoby s Alzheimerovou chorobou však působí náročně na psychickou stránku pečujících (Callone et al., 2008). S péčí souvisí uzpůsobení dosavadního životního stylu a opatření nezbytných informací (Příbyl, 2015). Příbyl (2015) dále poukazuje na významnost komunikace v rodině. Právě samotné předávání informací mezi jednotlivými rodinnými příslušníky je klíčové (Nehls, 2017). Zgola (2013) uvádí, že mezi vztahy a komunikací je určitá spojitost. K nejzávažnějším příznakům Alzheimerovy choroby, které ovlivňují schopnost osoby s Alzheimerovou chorobou reagovat na okolí, náleží právě porucha řeči (Zgola, 2013).

Podstatou vztahu mezi osobou, které je poskytována péče a pečujícím, je úspěšná komunikace (Venglářová, 2007). Venglářová (2007) vymezuje komunikaci jako podávání informací a pocitů jiné osobě. Příbyl (2015) mezi předpoklady efektivní

komunikace řadí ochotu komunikovat i naslouchat a respekt k druhým. Ochotou komunikovat Příbyl (2015) rozumí aktivitu komunikačního partnera. V případě naslouchání se jedná o vnímání a reflektování verbálního i neverbálního projevu (Příbyl, 2015). Příbyl (2015) sděluje, že komunikačního partnera je nutné respektovat.

Ve vztahu k osobám s demencí je nezbytná trpělivost a úsilí k odhalování jejich potřeb (Holmerová a Jarolímová, 2009). V souvislosti s uspokojováním základních životních potřeb osob s demencí je pozornost orientována například na potřebu bezpečí, lásky, uznání a seberealizace (Holmerová a Jarolímová, 2009). Lidská důstojnost osob s demencí musí být respektována a vhodné je rovněž brát zřetel na jejich individuální možnosti (Holmerová a Jarolímová, 2009). Holmerová a Jarolímová (2009) považují za předpoklad pro úspěšné zařazení do sociálního prostředí právě komunikační schopnost.

V **počátečním stádiu** Alzheimerovy choroby dochází ke zhoršování řeči, a proto může být komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou složitější (Callone et al., 2008). **Mírné stádium** onemocnění doprovází podrážděnost osoby s Alzheimerovou chorobou z důvodu nepochopení všem požadavkům, které jsou na ni kladeny (Callone et al., 2008). **Pokročilé stádium** Alzheimerovy choroby s sebou přináší značné ztížení komunikace, v důsledku toho je někdy obtížné odhadnout, čemu je schopna osoba s Alzheimerovou chorobou ještě porozumět (Callone et al., 2008). Přesto ani v tomto stádiu není komunikační schopnost zcela narušena, pořád lze pátrat po dalších způsobech komunikace, které jsou pro osobu s demencí ještě přijatelné (Holmerová a Jarolímová, 2009).

Pro dosažení úspěšnější komunikace s osobou s demencí je vhodné, aby se pečující vyjadřoval stručně (Bartoš a Hasalíková, 2010). Dále je dobré užívat krátké věty, které se zaměřují pouze na jednu informaci (Bartoš a Hasalíková, 2010). Ehrenfreuchter et al. (2014) uvádí, že krátkým větám s jednou informací lze porozumět nejlépe. V případě složitější věty může totiž osoba s demencí na jejím konci zapomenout začátek, a proto obsahu celé věty nepochopí (Ehrenfreuchter et al., 2014). Holmerová a Jarolímová (2009) uvádí, že nedorozumění mnohdy vychází právě z velkého množství informací, které osoba s demencí nedokáže pochopit.

Osoby s demencí vyžadují určitý čas, po kterém budou schopny slovům porozumět a spojit je s odpovídajícím významem (Ehrenfreuchter et al., 2014). Pro osobu s demencí je nevhodné nesrozumitelné vyjadřování a rychlé pohyby v jejím okolí

(Bartoš a Hasalíková, 2010). Člověk, který je zdravý, se zvládne s běžnými stimuly a podněty vypořádat, avšak u osob s demencí mohou tyto stimuly a podněty způsobit neklid (Holmerová a Jarolímová, 2009). Je tedy žádoucí odstranit nadbytek sluchových a zrakových stimulů z jejich prostředí (Holmerová a Jarolímová, 2009). Pokud osoba s demencí sdělení nerozumí, doporučují Ehrenfreuchter et al. (2014) zkusit informaci zopakovat pomaleji, či zvolit jednodušší slova.

Porozumění významu slov je u osob s postupující demencí stále obtížnější (Ehrenfreuchter et al., 2014). Přenos informací a pocitů lze však zajistit pomocí neverbální komunikace, tedy bez využití slov (Ehrenfreuchter et al., 2014). Osoby s demencí rozumí gestikulaci, mimice nebo tónu, oproti mluveným slovům, často snadněji (Ehrenfreuchter et al., 2014). Během rozhovoru je dobré, aby byl udržován oční kontakt a možné je navázat i kontakt fyzický, třeba stiskem ruky (Bartoš a Hasalíková, 2010). Na osoby s demencí působí dotek kladně, proto může mít pohlazení či objetí vliv na podnícení pocitu bezpečí (Ehrenfreuchter et al., 2014). Pohled nebo dotek dávají osobě s demencí rovněž najevo, že je v konverzaci na řadě ona (Ehrenfreuchter et al., 2014). Neverbální komunikace by měla být přiměřená, ne však dětinská či přehnaná (Holmerová a Jarolímová, 2009).

Pokládání více otázek naráz, nebo uvádění osoby s demencí do situace, kdy je obtížnější se rozhodnout, není vhodné (Bartoš a Hasalíková, 2010). Ehrenfreuchter et al. (2014) proto doporučují používat co nejjednodušší otázky. Otázky obsahující více možností jsou pro osobu s demencí daleko složitější (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Při rozhovoru s osobou s demencí narušuje její porozumění náhlá změna tématu, a proto je prospěšnější zakončit původní téma předtím, než je započato téma nové (Ehrenfreuchter et al., 2014). Ehrenfreuchter et al. (2014) doporučují neopravovat osobu s demencí při nesprávném výběru slov, protože by ztratila sebedůvěru. Podle Ehrenfreuchter et al. (2014) by mělo být využíváno aktivní naslouchání s následným parafrázováním pochopeného obsahu sdělení. Řeč by měla být dostatečně hlasitá (Holmerová a Jarolímová, 2009). Ehrenfreuchter et al. (2014) sdělují, že by se však nemělo mluvit hlasitěji a za žádných okolností křičet.

Rodinní příslušníci, pečující či přátelé mnohdy hovoří o osobě s Alzheimerovou chorobou, jako by nebyla přítomna, což způsobuje ztrátu její důstojnosti (Callone et al.,

2008). S osobou s Alzheimerovou chorobou je třeba jednat s respektem, jako se všemi lidskými bytostmi (Callone et al., 2008).

Osoba s demencí již nedokáže změny v mozku ovlivnit, a proto zachování vzájemného porozumění závisí na rodinných příslušnících (Ehrenfreuchter et al., 2014). Lepší informovanost rodinných příslušníků o onemocnění přispívá k udržení komunikace a poskytování citlivé podpory (Ehrenfreuchter et al., 2014).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Zjistit míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě v Jihlavě.

2.2 Dílčí cíl práce

Na základě výsledků navrhnout opatření, které by pomohlo zvýšit informovanost jihlavské laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě.

2.3 Hypotézy

H1: Ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži.

H2: Oblast pracovního zaměření nemá vliv na míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě.

H3: Úroveň vzdělání je statisticky významný faktor pro míru informovanosti o Alzheimerově chorobě.

2.3.1 Operacionalizace hypotéz

H1: Ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži.

Pojem informovanější znamená, že ženy mají více informací o Alzheimerově chorobě, proto označí oproti mužům i více správných odpovědí v dotazníku.

H2: Oblast pracovního zaměření nemá vliv na míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě.

Nemá vliv lze operačně vymezit tvrzením, že žádný obor, ve kterém respondenti pracují, není dominantní v počtu získaných správných či špatných odpovědí, při srovnání s jinými obory.

H3: Úroveň vzdělání je statisticky významný faktor pro míru informovanosti o Alzheimerově chorobě.

Za statisticky významný faktor lze považovat změnu četnosti správných či špatných odpovědí ve vztahu k dosaženému vzdělání respondentů.

3 METODIKA

3.1 *Strategie, metoda a technika výzkumu*

Pro realizaci práce byla použita strategie kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum znázorňuje jevy s využitím proměnných uzpůsobených k měření určitých vlastností (Čapek, 2010). Čapek (2010) sděluje, že kvantitativní výzkum se zabývá širším okruhem informací než výzkum kvalitativní. Kvantitativní výzkum obsahuje jasně definovaný předmět výzkumu a dosahuje závěrů, které jsou přesně vyjádřené (Průcha, 2014).

Sběr dat proběhl prostřednictvím metody dotazování s technikou dotazníkového šetření. Reichel (2009) popisuje dotazování jako způsob, který je charakteristický pro sociální výzkum, kdy se rovněž jedná o kontaktní zkoumání pouze živých lidí, nikoliv o tázání výtvorů lidské činnosti. Dotazování spočívá v pokládání otázek v psané formě prostřednictvím dotazníku či mluvené formě prostřednictvím rozhovoru (Reichel, 2009). O dotazníkové šetření se jedná tehdy, pokud otázky v dotazníku vyplňuje sám respondent (Sedláková, 2014). Sedláková (2014) uvádí, že na základě techniky dotazníkového šetření lze získat velmi standardizovaná data.

Vytvořený online dotazník vlastní konstrukce sestavený na základě informací z odborné literatury obsahoval otázky týkající se informovanosti o problematice Alzheimerovy choroby a sociodemografické otázky, které zjišťovaly základní údaje o respondentech. Dotazník byl tvořen 22 otázkami, přičemž otázky č. 1–13 se zaměřovaly na informovanost respondentů o konkrétních údajích vztahujících se k problematice a otázky č. 14–15 zkoumaly zdroj informací respondentů a jejich subjektivní hodnocení vlastní informovanosti o Alzheimerově chorobě. Dotazníkové otázky č. 16–22 se věnovaly identifikačním údajům respondentů. Dotazník se skládal z uzavřených a polouzavřených otázek a byl distribuován respondentům prostřednictvím internetu (Příloha 2).

3.2 *Výzkumný soubor*

Zkoumaný výběrový soubor tvořila jihlavská laická veřejnost ve věku 18–40 let. Za laickou veřejnost byly považovány osoby, které nejsou vzdělané a nepracují v oboru sociální práce nebo zdravotnictví. Do výběrového souboru nebyly zahrnuty také osoby, které pečovaly o člověka s Alzheimerovou chorobou. Výběrový soubor byl zvolen na

základě kvótního výběru. Sedláková (2014) sděluje, že záměrný výběr neposkytuje reprezentativitu výzkumného souboru, avšak výjimku ze skupiny záměrného výběru představuje právě výběr kvótní. Kvótní výběr je vhodný v případě, když má výzkumník k dispozici dostatečné informace o struktuře cílové populace (Sedláková, 2014). Strukturu lze zjistit například z hlediska místa bydliště, pohlaví, věku, vzdělání nebo rodinného stavu (Sedláková, 2014). Jmenovaná hlediska je možné využít pro sestavení kvót, na základě kterých bude vytvořen výzkumný soubor (Sedláková, 2014). Předpokladem kvótního výběru je tvrzení, že pokud bude použit soubor se shodnou strukturou, kterou má i cílová populace, bude soubor reprezentativní (Sedláková, 2014).

Pro zjištění potřebné velikosti zkoumaného souboru byly určeny kvóty, kde za základní kvótu bylo považováno místo bydliště a dílčí kvóty tvořilo pohlaví, věk a vzdělání. Český statistický úřad (2014) uvádí pro rok 2011 počet obyvatel Kraje Vysočina podle vzdělání (Příloha 3). Osoby bez vzdělání nebyly do výzkumu zahrnuty, protože by mohly uvést vyšší úroveň ukončeného vzdělání, a proto byla tato varianta odpovědi v dotazníku vynechána. Český statistický úřad (2017) udává k prosinci 2016 celkem 15 177 obyvatel Jihlavy ve věku 18–40 let (Příloha 4). Z celkového počtu 15 177 při úrovni spolehlivosti 95 % a intervalu spolehlivosti 5 byla stanovena požadovaná velikost souboru na 375 osob (Creative Research Systems, 2012).

Při počtu 1 329 otevřených dotazníků bylo vyplněno pouze 482. Návratnost dotazníků byla tedy 36 %. Z celkového počtu 482 vyplněných dotazníků bylo 98 dotazníků vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění a nesplnění požadavků pro laickou veřejnost či kvótní výběr. Do výzkumu bylo zařazeno 384 dotazníků, které tvořily 100 %.

Základní kvóta, která obsahovala místo bydliště Jihlava, byla naplněna 100 % respondentů. Výzkumu se zúčastnilo celkem 384 respondentů, respektive 196 mužů a 188 žen (Tabulka 1).

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti v %
Muž	196	51	196	51
Žena	188	49	384	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčetnější věkovou kategorií bylo 34–40 let, kterou zvolilo 145 respondentů. Druhé nejčetnější zastoupení měla věková kategorie 26–33 let. Kategorii označilo 131 dotazovaných. Věková kategorie 18–25 let byla zastoupena 108 respondenty (Tabulka 2).

Tabulka 2: Věk respondentů

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti v %
18–25 let	108	28	108	28
26–33 let	131	34	239	62
34–40 let	145	38	384	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastějším vzděláním respondentů bylo střední vzdělání s výučním listem. Toto vzdělání absolvovalo 146 dotazovaných. Druhým nejčastějším vzděláním dotazovaných bylo základní vzdělání, které bylo zastoupeno 69 respondenty. Téměř shodnou četnost tvořili respondenti se středním vzděláním s maturitní zkouškou a respondenti s vyšším odborným vzděláním. Se středním vzděláním s maturitní zkouškou bylo 63 dotazovaných a s vyšším odborným vzděláním 61 respondentů. Vysokoškolské vzdělání bylo zastoupeno 45 respondenty (Tabulka 3).

Tabulka 3: Vzdělání respondentů

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti v %
Základní vzdělání	69	18	69	18
Střední vzdělání s výučním listem	146	38	215	56
Střední vzdělání s maturitní zkouškou	63	16	278	72
Vyšší odborné vzdělání	61	16	339	88
Vysokoškolské vzdělání	45	12	384	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti, kteří nebyli vzděláni v žádném oboru, tvořili v zastoupení 73 respondentů nejpočetnější skupinu dotazovaných. Jiné vzdělání uvedlo 65 respondentů, přičemž

respondenti uvedli jako jiný obor vzdělání obor finance, automobilový průmysl, management, veřejná správa, hotelnictví, cestovní ruch, kuchař-číšník, marketing, právo, elektrikář, elektro průmysl, mediální komunikace, oděvnictví, pedagogika a truhlář. Dále respondenti uvedli jako jiný obor vzdělání obor automobilový, bezpečnostně právní činnost, biologie a chemie, cukrář, design, elektrotechnika, filozofie, finanční řízení, finanční správa, hotelnictví a cestovní ruch, informační studia a knihovnictví, oděvní průmysl, textilní průmysl, účetnictví a finance, umění a veřejná správa a právo. Některé jmenované jiné obory vzdělání byly zastoupeny více respondenty. V oboru strojírenství bylo vzdělaných 51 respondentů. Obor stavebnictví zastupovalo 45 dotazovaných. Celkem 43 respondentů bylo vzdělaných v oboru ekonomika a 29 respondentů v oboru potravinářský průmysl. Obor obchod byl zastoupen 27 respondenty, obor zemědělství 24 respondenty, obor školství 16 respondenty a obor výpočetní technika 11 dotazovanými. Respondenti vzdělaní v oboru zdravotnictví či sociální oblasti nebyli do výzkumu zařazeni (Tabulka 4).

Tabulka 4: Obor vzdělání respondentů

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti v %
Zdravotnictví	0	0	0	0
Sociální oblast	0	0	0	0
Školství	16	4	16	4
Potravinářský průmysl	29	8	45	12
Ekonomika	43	11	88	23
Strojírenství	51	13	139	36
Zemědělství	24	6	163	42
Stavebnictví	45	12	208	54
Výpočetní technika	11	3	219	57
Obchod	27	7	246	64
Nejsem vzdělaný/á v žádném oboru	73	19	319	83
Jiné	65	17	384	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 81 dotazovaných pracovalo v jiném oboru, než byl uveden v nabídce možností. Právě jiný obor byl respondenty nejčastěji volenou variantou. Respondenti jako jiný

obor zaměstnání uvedli mateřskou, mateřskou dovolenou a rodičovskou dovolenou. Dále respondenti uvedli obor doprava, finance, služby, bankovníctví, logistika, automobilový průmysl, cestovní ruch, ekonomika, management, marketing, pohostinství, doprava a logistika, dřevovýroba, elektro průmysl, knihovnictví, oděvnictví, pojišťovnictví, poštovní služby a reality. Dalším zaměstnáním dotazovaných byla profese energetik, laborantka, operátor logistiky, ostraha, ostraha majetku a osob a řidič. Některé jmenované jiné obory zaměstnání byly respondenty uvedeny vícekrát. Studujících respondentů bylo 77. Ve strojírenství pracovalo 57 dotazovaných a obchod zastupovalo 48 respondentů. Ve stavebnictví pracovalo 40 respondentů, v potravinářském průmyslu 26 respondentů a ve veřejné správě 17 dotazovaných. Nezaměstnaných respondentů bylo 11. Ve výpočetní technice pracovalo 9 dotazovaných, ve školství 8 respondentů, v zemědělství 6 respondentů a v bezpečnostním sboru 4 respondenti. Respondenti pracující v oboru zdravotnictví a sociální oblasti nebyli do výzkumu zařazeni (Tabulka 5).

Tabulka 5: Obor zaměstnání respondentů

Kategorie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti v %	Kumulativní absolutní četnosti	Kumulativní relativní četnosti v %
Zdravotnictví	0	0	0	0
Sociální oblast	0	0	0	0
Školství	8	2	8	2
Potravinářský průmysl	26	7	34	9
Strojírenství	57	15	91	24
Zemědělství	6	2	97	25
Stavebnictví	40	10	137	36
Výpočetní technika	9	2	146	38
Obchod	48	13	194	51
Veřejná správa	17	4	211	55
Bezpečnostní sbor	4	1	215	56
Jsem student/ka	77	20	292	76
Jsem nezaměstnaný/á	11	3	303	79
Jiné	81	21	384	100

Zdroj: Vlastní výzkum

3.3 Harmonogram výzkumu

Před zahájením výzkumu byl proveden v listopadu 2017 předvýzkum, kterého se zúčastnilo 10 osob, jež odpovídaly kvótnímu výběru. Jak uvádí Sedláková (2014), záměrem předvýzkumu je objevit případné nedostatky výzkumného nástroje. Distribuce dotazníku byla zajištěna elektronicky přes sociální síť. Protože nebyly shledány žádné nedostatky, byl spuštěn samotný výzkum. Respondenti, kteří byli součástí předvýzkumu, nebyli zařazeni do výzkumu.

Výzkum probíhal v období od 1. 12. 2017 do 28. 2. 2018. Dotazník byl nejprve distribuován přes jihlavské skupiny na sociální síti a následně byl prostřednictvím sociální sítě a e-mailu doplňován požadovaný počet respondentů dle stanovených kvót.

3.4 Etika výzkumu

Hlavička distribuovaného dotazníku obsahovala představení výzkumníka, záměr dotazníku a vysvětlení způsobu jeho vyplnění. Dotazník informoval rovněž o anonymitě. Anonymita respondentů byla zajištěna pomocí online dotazníku a hromadného zpracování získaných dat. Účast respondentů ve výzkumu byla dobrovolná, a proto se mohl každý rozhodnout, zda se bude podílet na dotazníkovém šetření, či nikoliv.

3.5 Zpracování a vyhodnocení získaných dat

Získaná data z dotazníkového šetření byla analyzována a znázorněna prostřednictvím popisné statistiky pomocí obrázků a tabulek. Výsledná data jsou zobrazena popisnou statistikou z důvodu přehlednější prezentace výsledků a přehlednější komparace s jinými výzkumy. V rámci zpracování dat byly nejprve určeny absolutní četnosti, na jejichž základě byly zjištěny relativní četnosti vyjádřené v procentech. Součástí vybraných tabulek jsou také kumulativní absolutní četnosti a kumulativní relativní četnosti vyjádřené v procentech. Při testování stanovených hypotéz byl použit Pearsonův chí-kvadrát test, Kruskalův-Wallisův test a korelační analýza. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Vztah proměnných zachycují kontingenční tabulky a příslušné obrázky. Všechna data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007 a SPSS.

Aby bylo možné zjistit míru informovanosti laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby, byla stanovena škála informovanosti, se kterou jsem se setkal na vysoké škole v podobě škály hodnocení testů (Tabulka 6).

Tabulka 6: Škála informovanosti

Škála hodnocení informovanosti	
Výborná informovanost	100–91 %
Velmi dobrá informovanost	90–81 %
Dobrá informovanost	80–71 %
Nedostatečná informovanost	70 % a méně

4 VÝSLEDKY

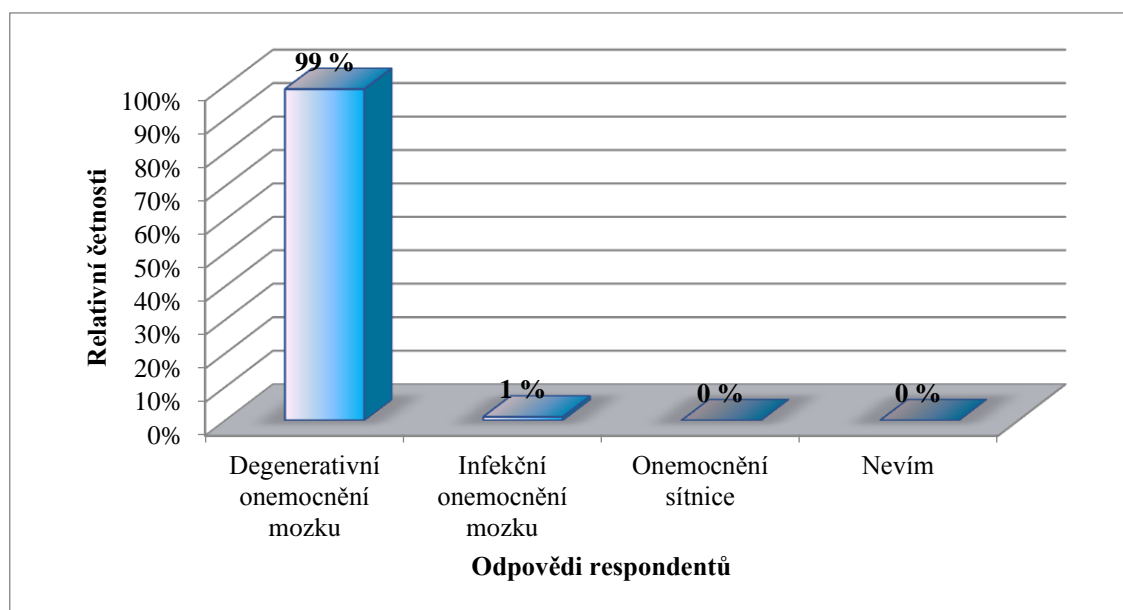
Obsahem této kapitoly je grafické zobrazení výsledků získaných na základě dotazníkového šetření. Výsledky jsou znázorněny prostřednictvím tabulek a obrázků, přičemž vodorovná osa obrázků udává varianty odpovědí a svislá osa je tvořena relativními četnostmi respondentů. Tabulky a obrázky obsahují rovněž slovní hodnocení. Varianty odpovědí, které jsou správné, jsou tučně zvýrazněny. Dotazníkové otázky č. 16–22 jsou součástí výzkumného souboru v kapitole Metodika.

4.1 Popisná statistika

Analýza otázky č. 1 – Co je Alzheimerova choroba?

- Degenerativní onemocnění mozku**
- Infekční onemocnění mozku
- Onemocnění sítnice
- Nevím

Téměř všichni respondenti vědí, co je Alzheimerova choroba. Správnou možnost, že Alzheimerova choroba je *Degenerativní onemocnění mozku*, označilo 380 (99 %) dotazovaných. Odpověď *Infekční onemocnění mozku* zvolili 4 (1 %) respondenti. Možnost *Onemocnění sítnice* a *Nevím* nevedl nikdo z dotazovaných (Obrázek 1).



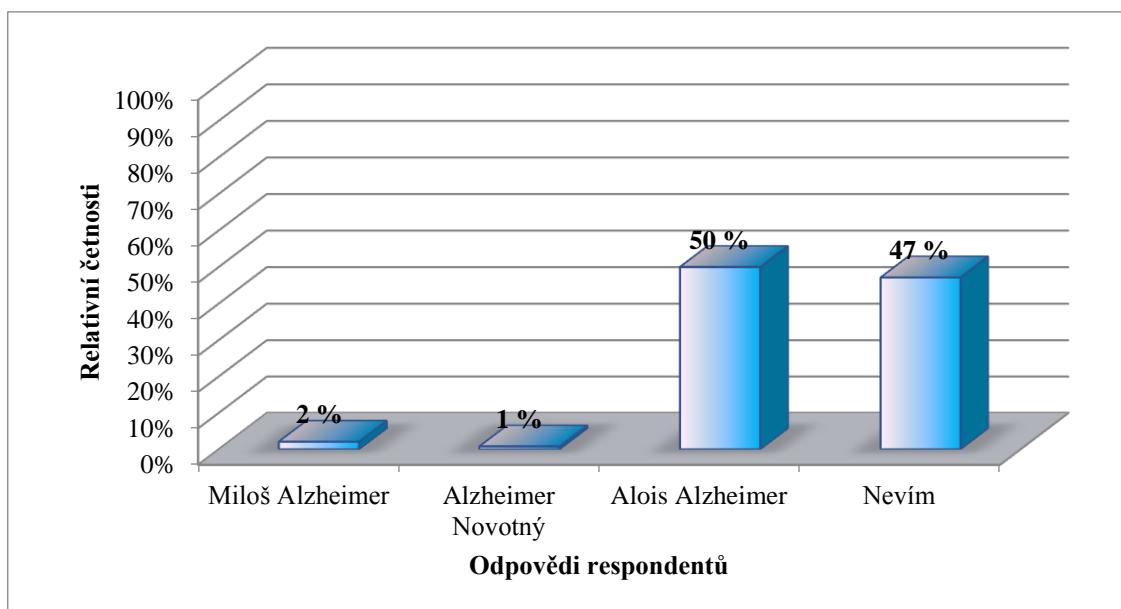
Obrázek 1: Vymezení Alzheimerovy choroby

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 2 – Kdo poprvé popsal Alzheimerovu chorobu?

- Miloš Alzheimer
- Alzheimer Novotný
- Alois Alzheimer**
- Nevím

Na otázku, která zjišťovala, kdo poprvé popsal Alzheimerovu chorobu, 192 (50 %) respondentů odpovědělo správně prostřednictvím možnosti *Alois Alzheimer*. S odpovědí *Nevím* se ztotožňovalo 181 (47 %) dotazovaných. Možnost *Miloš Alzheimer* zvolilo 8 (2 %) respondentů a možnost *Alzheimer Novotný* vybrali 3 (1 %) respondenti (Obrázek 2).



Obrázek 2: Historie Alzheimerovy choroby

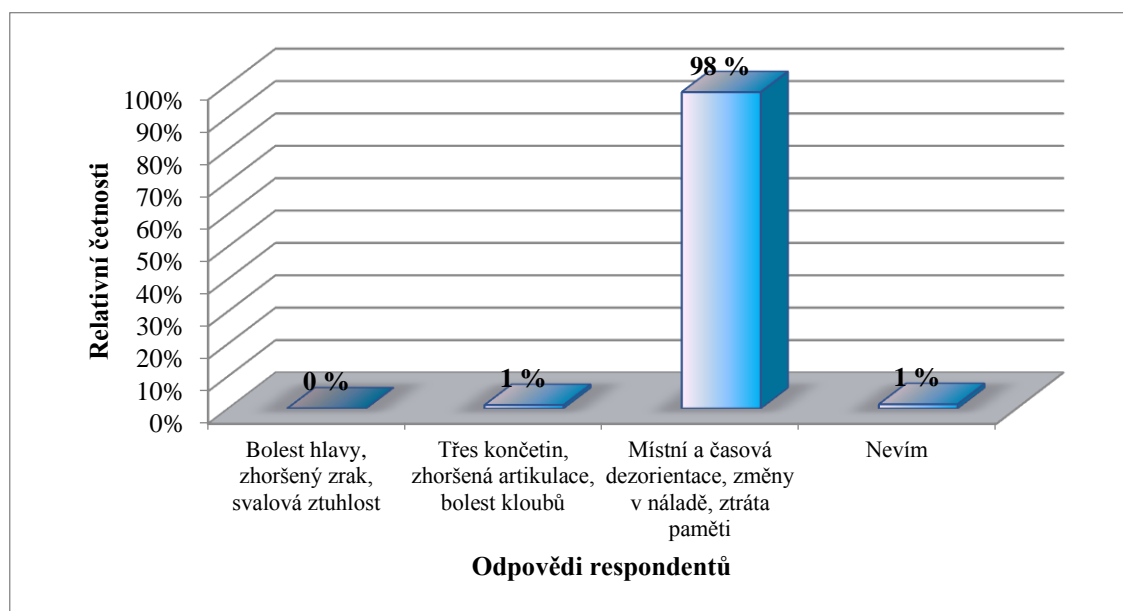
Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 3 – Jaké jsou hlavní příznaky Alzheimerovy choroby?

- Bolest hlavy, zhoršený zrak, svalová ztuhlost
- Třes končetin, zhoršená artikulace, bolest kloubů
- Místní a časová dezorientace, změny v náladě, ztráta paměti**
- Nevím

Otázka č. 3 se zaměřovala na hlavní příznaky Alzheimerovy choroby. Celkem 375 (98 %) dotazovaných zvolilo možnost *Místní a časová dezorientace, změny*

v náladě, ztráta paměti, která byla zároveň správnou odpovědí. Možnost *Nevím* označilo 5 (1 %) respondentů a možnost *Třes končetin, zhoršená artikulace, bolest kloubů* vybrali 4 (1 %) respondenti. Žádný z dotazovaných neoznačil odpověď *Bolest hlavy, zhoršený zrak, svalová ztuhlost* (Obrázek 3).



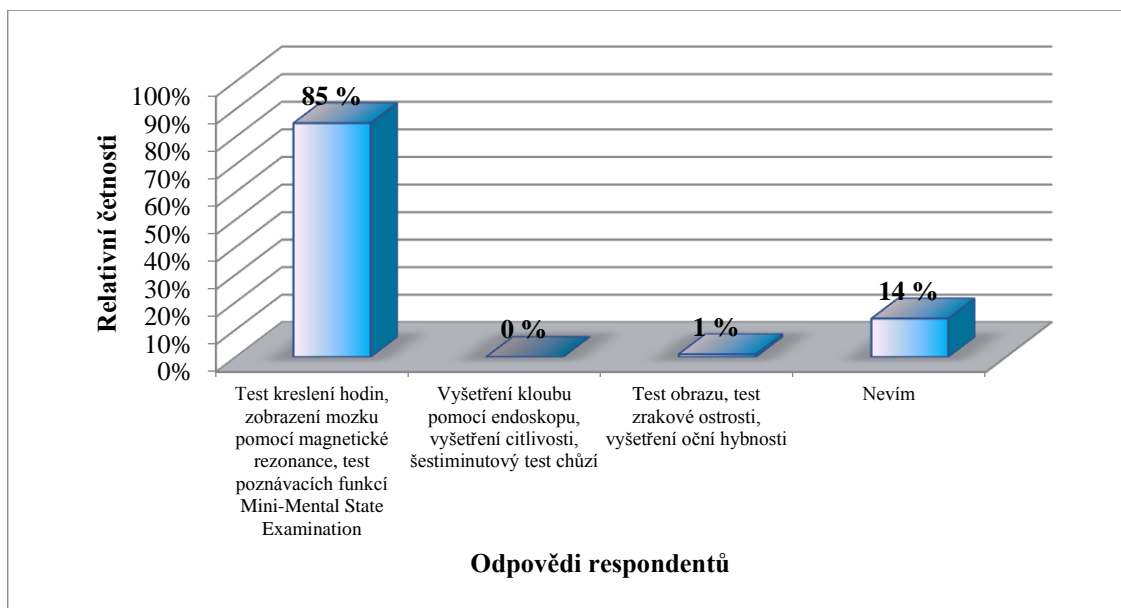
Obrázek 3: Příznaky Alzheimerovy choroby

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 4 – K vyšetřovacím metodám Alzheimerovy choroby patří:

- Test kreslení hodin, zobrazení mozku pomocí magnetické rezonance, test poznávacích funkcí Mini-Mental State Examination**
- Vyšetření kloubu pomocí endoskopu, vyšetření citlivosti, šestiminutový test chůze**
- Test obrazu, test zrakové ostrosti, vyšetření oční hybnosti**
- Nevím**

Z obrázku 4 je patrné, že většina respondentů zná vyšetřovací metody Alzheimerovy choroby. Správnou možnost *Test kreslení hodin, zobrazení mozku pomocí magnetické rezonance, test poznávacích funkcí Mini-Mental State Examination* zvolilo 326 (85 %) respondentů. Odpověď *Nevím* vybralo 54 (14 %) dotazovaných. Možnost *Test obrazu, test zrakové ostrosti, vyšetření oční hybnosti* zvolili 4 (1 %) respondenti a možnost *Vyšetření kloubu pomocí endoskopu, vyšetření citlivosti, šestiminutový test chůze* neoznačil nikdo z respondentů (Obrázek 4).



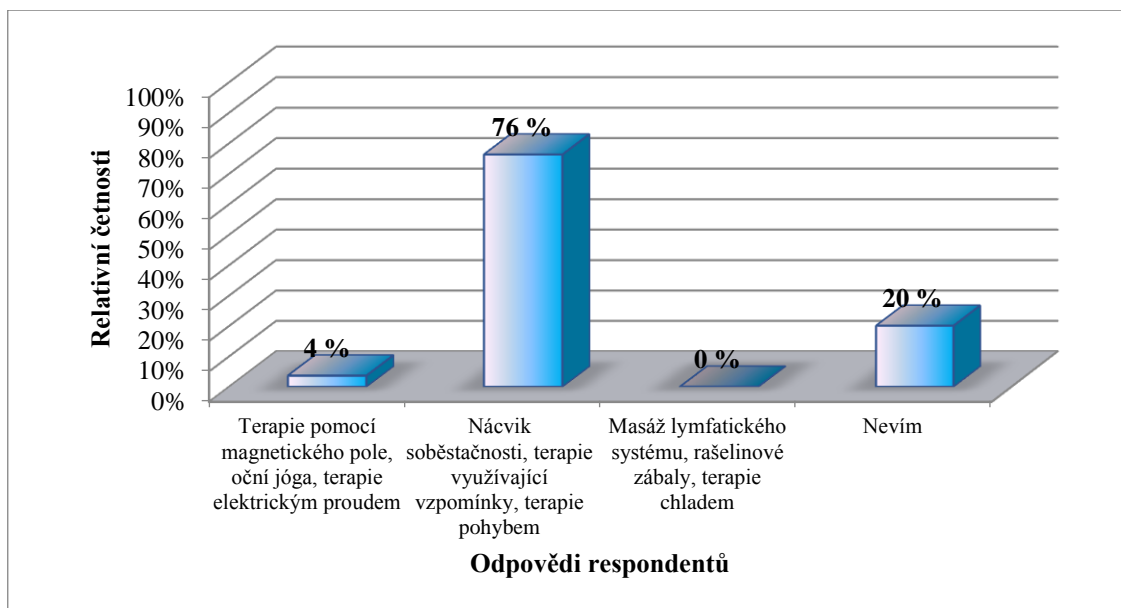
Obrázek 4: Vyšetřovací metody Alzheimerovy choroby

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 5 – K léčbě Alzheimerovy choroby bez užití léčivých přípravků se využívá:

- Terapie pomocí magnetického pole, oční jóga, terapie elektrickým proudem
- Nácvik soběstačnosti, terapie využívající vzpomínky, terapie pohybem**
- Masáž lymfatického systému, rašelinové zábaly, terapie chladem
- Nevím

Na otázku, jež se soustředila na léčbu Alzheimerovy choroby bez užití léčivých přípravků, správně odpovědělo 293 (76 %) dotazovaných, kteří označili možnost *Nácvik soběstačnosti, terapie využívající vzpomínky, terapie pohybem*. Možnost *Nevím* vybralo 77 (20 %) respondentů. Odpověď *Terapie pomocí magnetického pole, oční jóga, terapie elektrickým proudem* zvolilo 14 (4 %) dotazovaných. Žádný z respondentů neoznačil možnost *Masáž lymfatického systému, rašelinové zábaly, terapie chladem* (Obrázek 5).



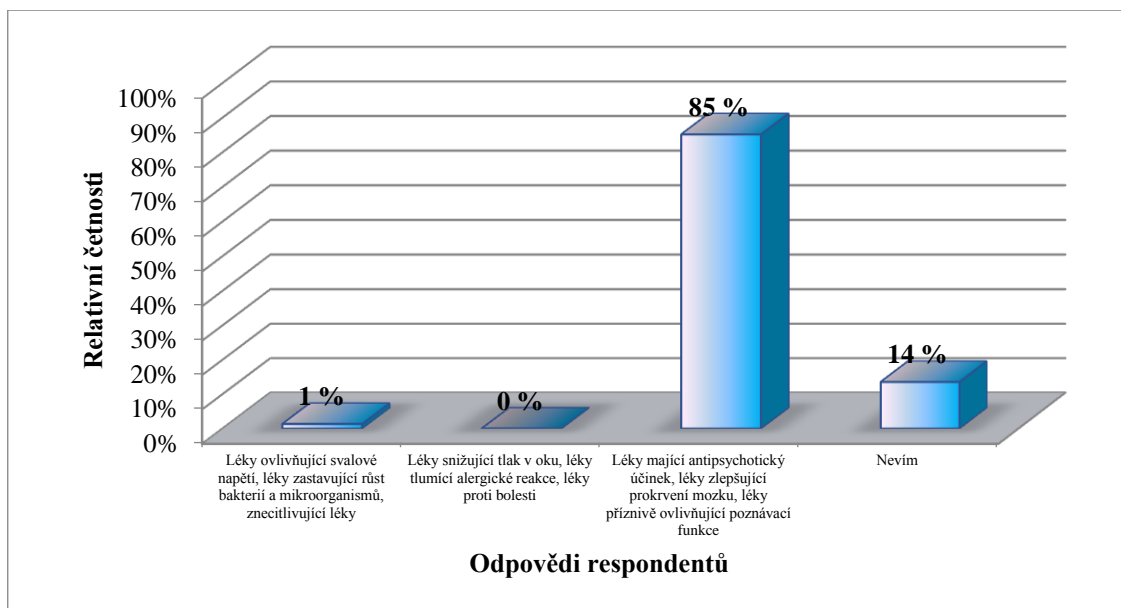
Obrázek 5: Léčba Alzheimerovy choroby bez užití léčivých přípravků

Zdroj: *Vlastní výzkum*

Analýza otázky č. 6 – K léčbě Alzheimerovy choroby pomocí léčivých přípravků náleží:

- Léky ovlivňující svalové napětí, léky zastavující růst bakterií a mikroorganismů, znecitlivující léky
- Léky snižující tlak v oku, léky tlumící alergické reakce, léky proti bolesti
- Léky mající antipsychotický účinek, léky zlepšující prokrvení mozku, léky příznivě ovlivňující poznávací funkce**
- Nevím

Celkem 327 (85 %) respondentů zvolilo možnost *Léky mající antipsychotický účinek, léky zlepšující prokrvení mozku, léky příznivě ovlivňující poznávací funkce*, která byla zároveň správnou odpovědí na otázku zaměřující se na léčbu Alzheimerovy choroby pomocí léčivých přípravků. Odpověď *Nevím* označilo 52 (14 %) dotazovaných a možnost *Léky ovlivňující svalové napětí, léky zastavující růst bakterií a mikroorganismů, znecitlivující léky* vybralo 5 (1 %) respondentů. Odpověď *Léky snižující tlak v oku, léky tlumící alergické reakce, léky proti bolesti* nezmínil žádný z dotazovaných (Obrázek 6).



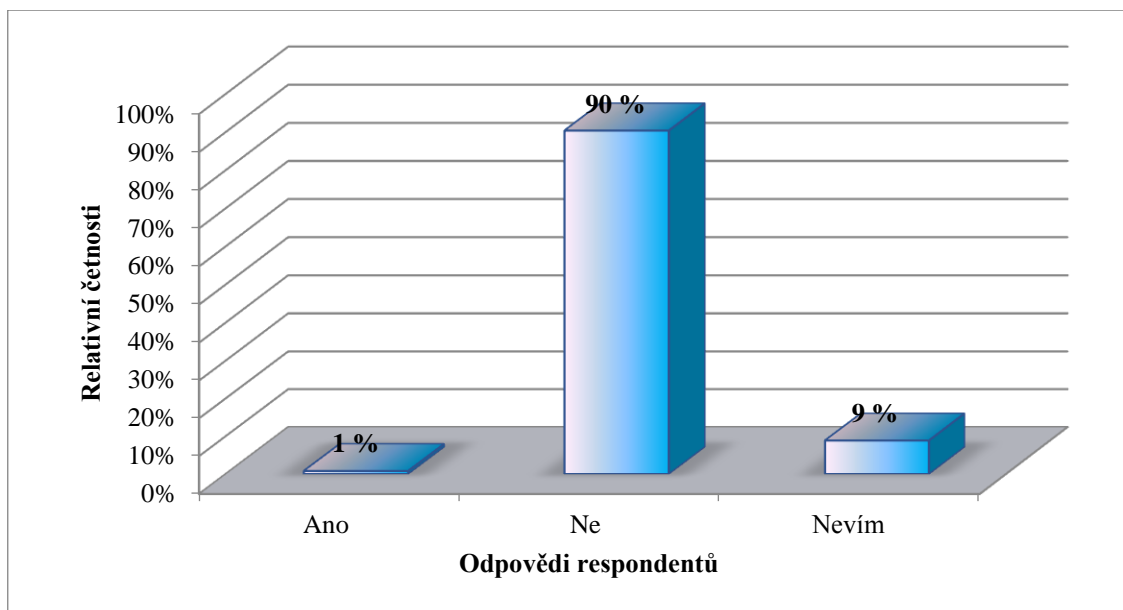
Obrázek 6: Léčba Alzheimerovy choroby pomocí léčivých přípravků

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 7 – Je možné Alzheimerovu chorobu zcela vyléčit?

- Ano
- Ne
- Nevím

Na otázku, která zjišťovala, zda je možné Alzheimerovu chorobu zcela vyléčit, odpovědělo 347 (90 %) respondentů správně, protože zvolili možnost *Ne*. Možnost *Nevím* označilo 34 (9 %) dotazovaných a odpověď *Ano* vybrali 3 (1 %) respondenti (Obrázek 7).



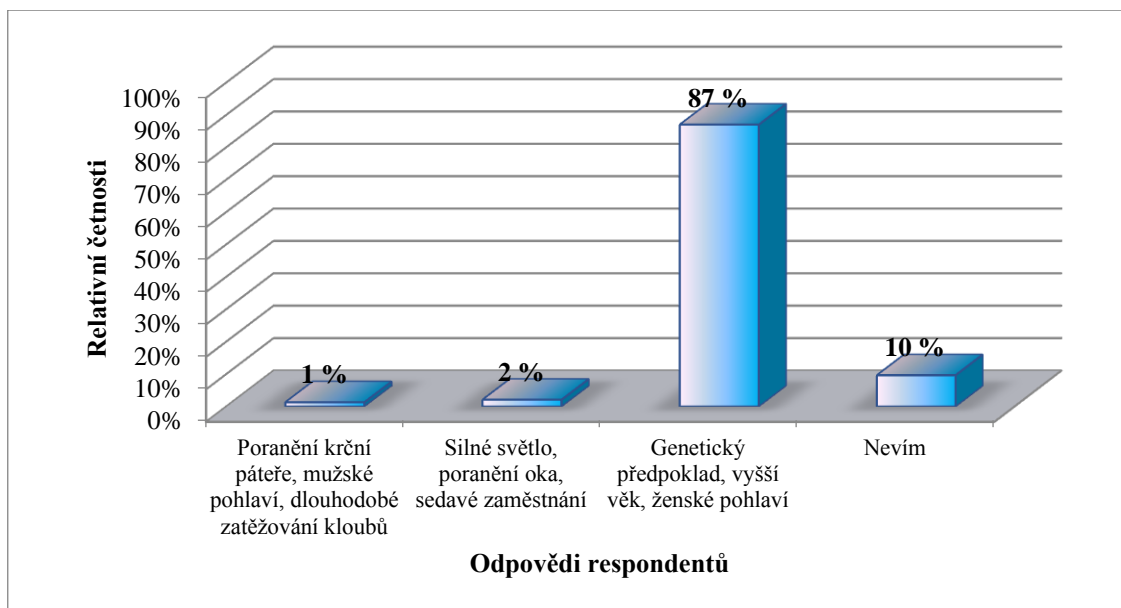
Obrázek 7: Vyléčení Alzheimerovy choroby

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 8 – Jaké jsou rizikové faktory podmiňující vznik Alzheimerovy choroby?

- Poranění krční páteře, mužské pohlaví, dlouhodobé zatěžování kloubů
- Silné světlo, poranění oka, sedavé zaměstnání
- Genetický předpoklad, vyšší věk, ženské pohlaví**
- Nevím

U otázky, jež se týkala rizikových faktorů podmiňujících vznik Alzheimerovy choroby, správně odpovědělo 334 (87 %) dotazovaných prostřednictvím možnosti *Genetický předpoklad, vyšší věk, ženské pohlaví*. S možností *Nevím* se ztotožňovalo 37 (10 %) respondentů. Odpověď *Silné světlo, poranění oka, sedavé zaměstnání* byla zastoupena 8 (2 %) respondenty. Možnost *Poranění krční páteře, mužské pohlaví, dlouhodobé zatěžování kloubů* označilo 5 (1 %) dotazovaných (Obrázek 8).



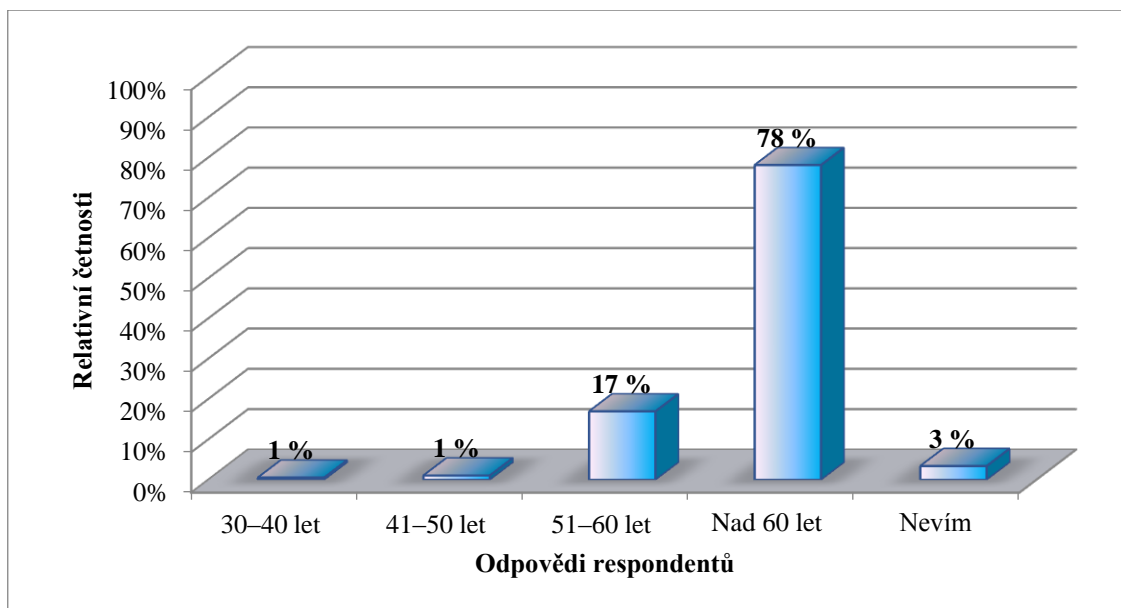
Obrázek 8: Rizikové faktory podmiňující vznik Alzheimerovy choroby

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 9 – Ve kterém věku je vyšší pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby?

- 30–40 let
- 41–50 let
- 51–60 let
- Nad 60 let**
- Nevím

Možnost, že vyšší pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby je ve věku *Nad 60 let*, správně uvedlo 300 (78 %) respondentů. Odpověď *51–60 let* vybralo 65 (17 %) dotazovaných, možnost *Nevím* označilo 13 (3 %) dotazovaných, možnost *41–50 let* zvolili 4 (1 %) respondenti a odpověď *30–40 let* byla zastoupena 2 (1 %) dotazovanými (Obrázek 9).



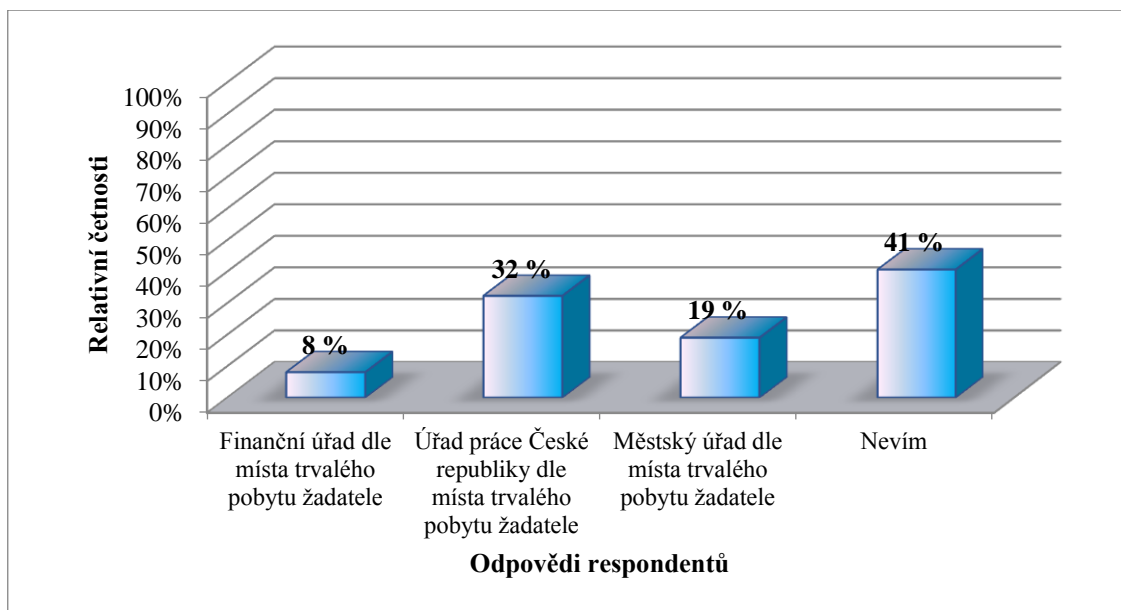
Obrázek 9: Věk s vyšší pravděpodobností výskytu Alzheimerovy choroby

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 10 – Kde může osoba s Alzheimerovou chorobou závislá na pomoci jiné fyzické osoby požádat o příspěvek na péči?

- Finanční úřad dle místa trvalého pobytu žadatele
- Úřad práce České republiky dle místa trvalého pobytu žadatele**
- Městský úřad dle místa trvalého pobytu žadatele
- Nevím

Otázka č. 10 zjišťovala, kde může osoba s Alzheimerovou chorobou závislá na pomoci jiné fyzické osoby požádat o příspěvek na péči. Nejčetnější odpovědí byla možnost *Nevím*, kterou označilo 156 (41 %) respondentů. Správnou možnost *Úřad práce České republiky dle místa trvalého pobytu žadatele* zvolilo 124 (32 %) dotazovaných. Odpověď *Městský úřad dle místa trvalého pobytu žadatele* vybralo 73 (19 %) respondentů a odpověď *Finanční úřad dle místa trvalého pobytu žadatele* uvedlo 31 (8 %) respondentů (Obrázek 10).



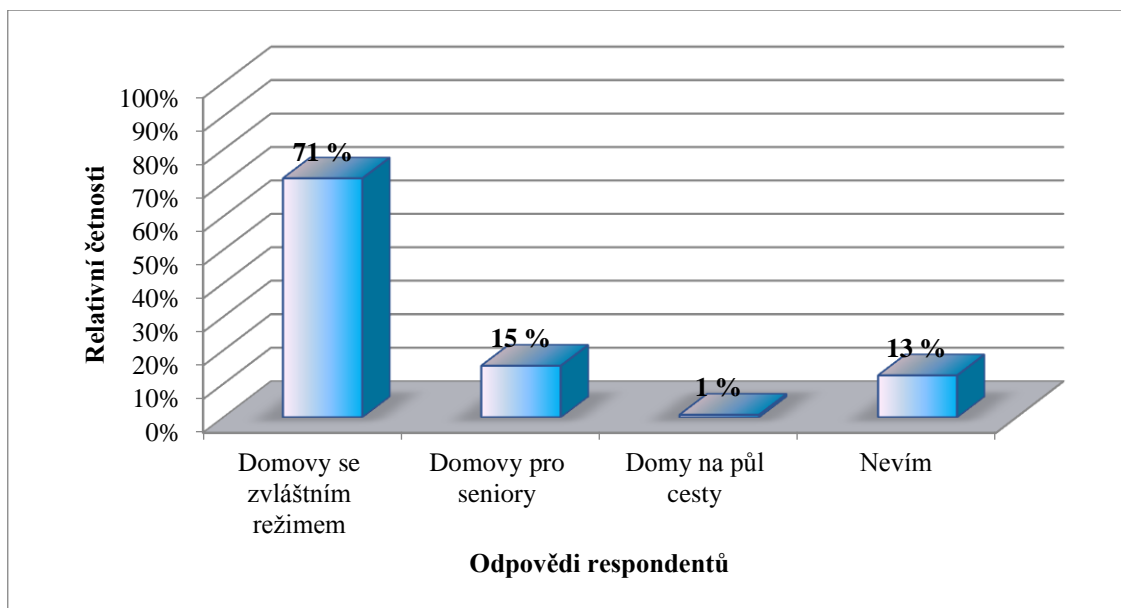
Obrázek 10: Místo, kde lze zažádat o příspěvek na péči

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 11 – Ve kterém zařízení je poskytování pobytových služeb přizpůsobeno osobám s Alzheimerovou chorobou?

- Domovy se zvláštním režimem**
- Domovy pro seniory
- Domy na půl cesty
- Nevím

Z obrázku 11 je patrné, že většina dotazovaných zná zařízení, kde je poskytování pobytových služeb přizpůsobeno osobám s Alzheimerovou chorobou. Správně odpovědělo 274 (71 %) respondentů, kteří zvolili možnost *Domovy se zvláštním režimem*. Možnost *Domovy pro seniory* vybralo 59 (15 %) dotazovaných. Možnost *Nevím* byla zastoupena 48 (13 %) respondenty a odpověď *Domy na půl cesty* označili 3 (1 %) respondenti (Obrázek 11).



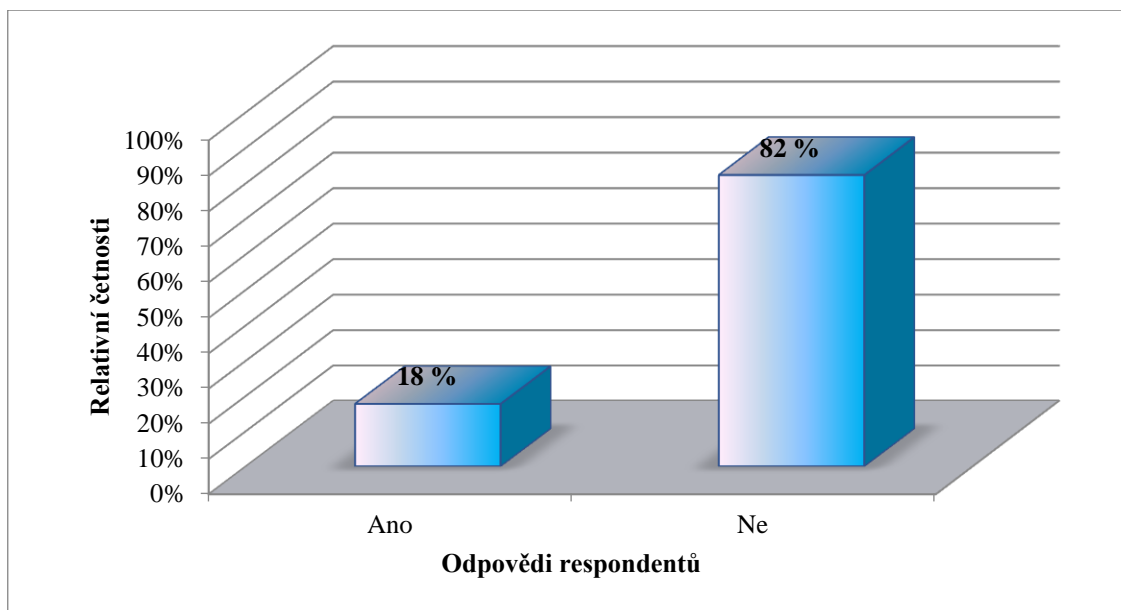
Obrázek 11: Zařízení přizpůsobené osobám s Alzheimerovou chorobou

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 12 – Znáte nějakou organizaci, na kterou je možné se obrátit v případě pomoci s Alzheimerovou chorobou? (Pokud odpovíte Ano, vypišete)

- Ano
- Ne

Na otázku, jež ověřovala, zda respondenti znají nějakou organizaci, na kterou je možné se obrátit v případě pomoci s Alzheimerovou chorobou, odpovědělo 316 (82 %) dotazovaných prostřednictvím možnosti *Ne*. Možnost *Ano* označilo 68 (18 %) respondentů, přičemž 45 z nich uvedlo Alzheimercentrum Jihlava a 23 Alzheimercentrum (Obrázek 12).



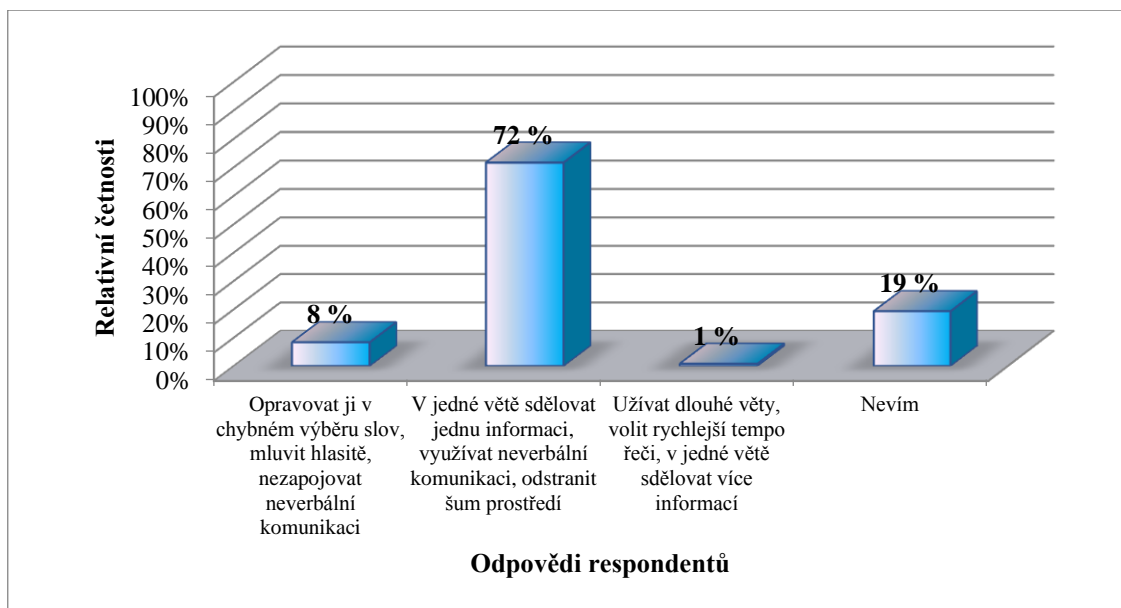
Obrázek 12: Alzheimerova choroba a organizace

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 13 – Jaké zásady jsou vhodné při komunikaci s osobou s Alzheimerovou chorobou?

- Opravovat ji v chybném výběru slov, mluvit hlasitě, nezapojovat neverbální komunikaci
- V jedné větě sdělovat jednu informaci, využívat neverbální komunikaci, odstranit šum prostředí**
- Užívat dlouhé věty, volit rychlejší tempo řeči, v jedné větě sdělovat více informací
- Nevím

Otázka č. 13 se věnovala vhodným zásadám při komunikaci s osobou s Alzheimerovou chorobou. Správnou možnost *V jedné větě sdělovat jednu informaci, využívat neverbální komunikaci, odstranit šum prostředí* vybralo 275 (72 %) dotazovaných. Odpověď *Nevím* označilo 74 (19 %) respondentů. Možnost *Opravovat ji v chybném výběru slov, mluvit hlasitě, nezapojovat neverbální komunikaci* byla zastoupena 32 (8 %) dotazovanými a odpověď *Užívat dlouhé věty, volit rychlejší tempo řeči, v jedné větě sdělovat více informací* zvolili 3 (1 %) respondenti (Obrázek 13).



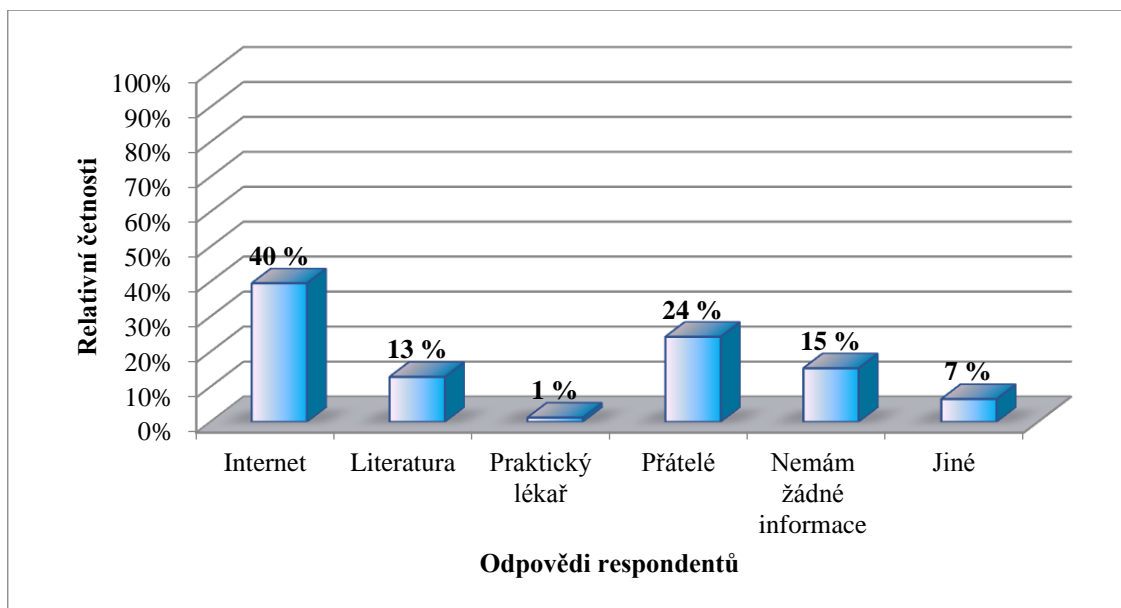
Obrázek 13: Zásady komunikace s osobami s Alzheimerovou chorobou

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 14 – Kde jste získal/a informace o Alzheimerově chorobě?

- Internet
- Literatura
- Praktický lékař
- Přátelé
- Nemám žádné informace
- Jiné (prosím vypište).....

Nejčastější odpověď na otázku, jež zjišťovala, kde respondenti získali informace o Alzheimerově chorobě, byla možnost *Internet*. Tuto možnost uvedlo 225 (40 %) respondentů. U otázky bylo zároveň možné zvolit více odpovědí. Další nejčastěji označenou možností byla odpověď *Přátelé*, kterou vybralo 138 (24 %) dotazovaných. Celkem 87 (15 %) respondentů určilo možnost *Nemám žádné informace*. Možnost *Literatura* byla zvolena 73 (13 %) respondenty. Odpověď *Jiné (prosím vypište)* označilo 37 (7 %) dotazovaných, z toho 14 z nich uvedlo jako zdroj informací televizi, 11 školu, 6 rodinu, 2 časopis a 1 filmy. Dále 1 respondent uvedl, že děda má tuto chorobu a další respondent získal informace na základě onemocnění v rodině. Poslední respondent, který označil možnost *Jiné (prosím vypište)*, získal informace z doslechu. Možnost *Praktický lékař* byla zastoupena 7 (1 %) dotazovanými (Obrázek 14).



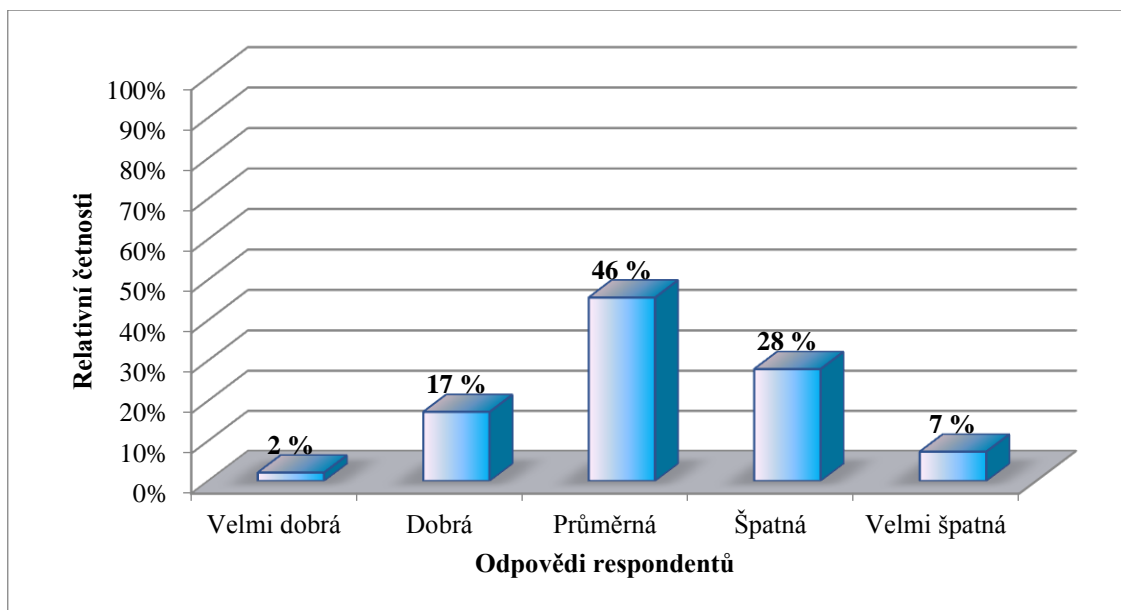
Obrázek 14: Zdroj informací o Alzheimerově chorobě

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza otázky č. 15 – Jaká si myslíte, že je Vaše informovanost o Alzheimerově chorobě?

1	2	3	4	5
Velmi dobrá	Dobrá	Průměrná	Špatná	Velmi špatná

Otázka č. 15 zkoumala, jaká je informovanost respondentů o Alzheimerově chorobě dle jejich vlastního mínění. Nejčetnější zastoupení měla odpověď *Průměrná*, kterou vybralo 175 (46 %) dotazovaných. Možnost *Špatná* označilo 107 (28 %) respondentů. Odpověď *Dobrá* zvolilo 66 (17 %) dotazovaných. Možnost *Velmi špatná* uvedlo 28 (7 %) dotazovaných a možnost *Velmi dobrá* označilo 8 (2 %) respondentů (Obrázek 15).



Obrázek 15: Informovanost o Alzheimerově chorobě

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Statistické testování hypotéz

Analýza hypotézy č. 1 – Ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži.

Cílem hypotézy bylo zjistit, zda má vliv pohlaví dotazovaných na jejich informovanost o Alzheimerově chorobě.

Nulová hypotéza: Informovanost o Alzheimerově chorobě je u žen i mužů stejná.

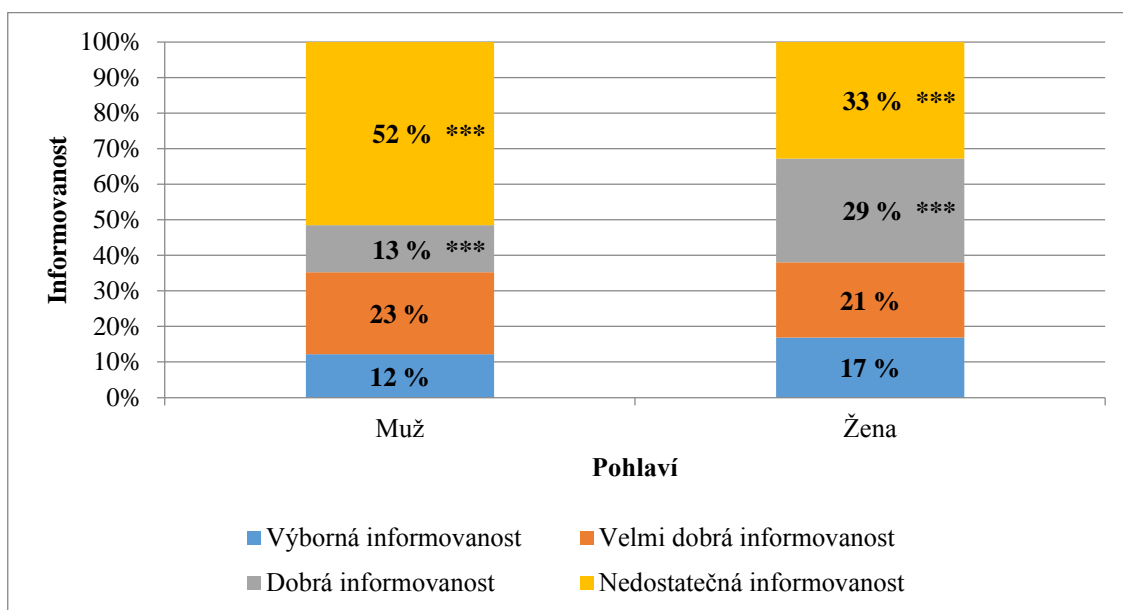
Alternativní hypotéza: Informovanost o Alzheimerově chorobě je u žen a mužů rozdílná.

Prostřednictvím Pearsonova chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že nulovou hypotézu je možné zamítnout ve prospěch hypotézy alternativní. Dosažená hladina významnosti je $p < 0,001$, tudíž lze konstatovat, že informovanost o Alzheimerově chorobě je u žen a mužů rozdílná (Tabulka 7). Na základě znaménkového schématu lze určit, že ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži (Obrázek 16).

Tabulka 7: Vztah mezi pohlavím a informovaností

Pohlaví	Informovanost				Celkem
	Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	
Muž	24	45	26	101	196
Žena	31	40	55	62	188
Celkem	55	85	81	163	384

Zdroj: Vlastní výzkum



Obrázek 16: Vztah mezi pohlavím a informovaností

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza hypotézy č. 2 – Oblast pracovního zaměření nemá vliv na míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě.

U této hypotézy byla pozornost věnována souvislosti mezi oblastí pracovního zaměření respondentů a jejich informovaností o Alzheimerově chorobě.

Nulová hypotéza: Informovanost respondentů o Alzheimerově chorobě se neliší v závislosti na oblasti pracovního zaměření.

Alternativní hypotéza: Informovanost respondentů o Alzheimerově chorobě se liší v závislosti na oblasti pracovního zaměření.

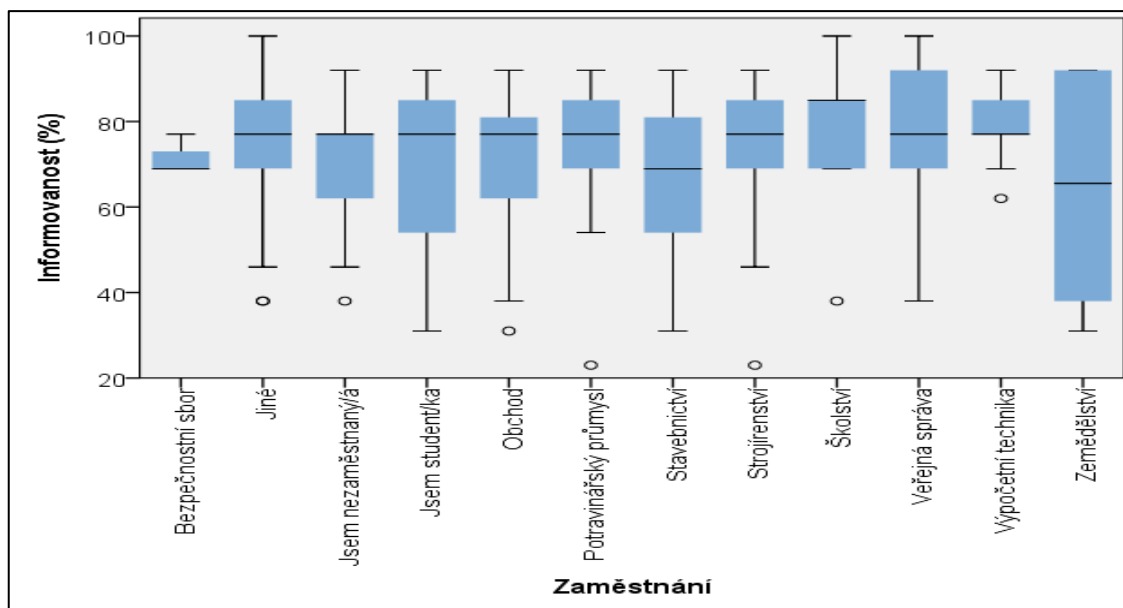
Při testování této hypotézy byl použit Kruskalův-Wallisův test, jehož výsledkem je přijetí nulové hypotézy. Dosažená hladina významnosti je $p = 0,241$, a proto je možné

konstatovat, že informovanost respondentů o Alzheimerově chorobě se neliší v závislosti na oblasti pracovního zaměření (Tabulka 8). Vztah mezi oblastí pracovního zaměření respondentů a informovaností o Alzheimerově chorobě zachycuje rovněž krabicový graf (Obrázek 17).

Tabulka 8: Vztah mezi zaměstnáním a informovaností

Zaměstnání	Informovanost				Celkem
	Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	
Školství	1	4	0	3	8
Potravinářský průmysl	2	8	6	10	26
Strojírenství	12	11	7	27	57
Zemědělství	2	0	0	4	6
Stavebnictví	5	5	9	21	40
Výpočetní technika	1	3	3	2	9
Obchod	6	6	13	23	48
Veřejná správa	5	1	6	5	17
Bezpečnostní sbor	0	0	1	3	4
Jsem student/ka	5	27	13	32	77
Jsem nezaměstnaný/á	1	1	4	5	11
Jiné	15	19	19	28	81
Celkem	55	85	81	163	384

Zdroj: Vlastní výzkum



Obrázek 17: Vztah mezi zaměstnáním a informovaností

Zdroj: Vlastní výzkum

Analýza hypotézy č. 3 – Úroveň vzdělání je statisticky významný faktor pro míru informovanosti o Alzheimerově chorobě.

Záměrem hypotézy bylo zjistit, zda je mezi vzděláním respondentů a jejich informovaností o Alzheimerově chorobě vztah.

Nulová hypotéza: Statisticky významný vliv vzdělání respondentů na informovanost o Alzheimerově chorobě neexistuje.

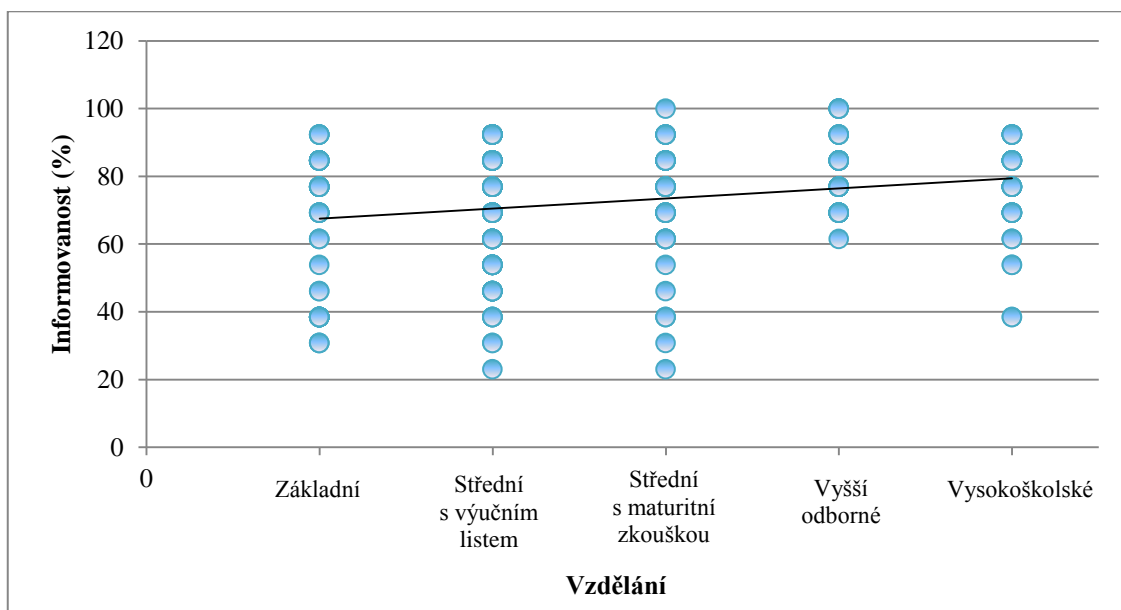
Alternativní hypotéza: Statisticky významný vliv vzdělání respondentů na informovanost o Alzheimerově chorobě existuje.

Korelační analýzou byl určen Pearsonův korelační koeficient $r = 0,229$, který značí pozitivní slabou korelaci. Výsledkem korelační analýzy je dosažená hladina významnosti $p < 0,001$, což znamená přijetí alternativní hypotézy. Alternativní hypotéza tvrdí, že statisticky významný vliv vzdělání respondentů na informovanost o Alzheimerově chorobě existuje (Tabulka 9). Na základě bodového grafu je možné konstatovat, že s rostoucím vzděláním roste informovanost o Alzheimerově chorobě (Obrázek 18).

Tabulka 9: Vztah mezi vzděláním a informovaností

Vzdělání	Informovanost				Celkem
	Výborná	Velmi dobrá	Dobrá	Nedostatečná	
Základní vzdělání	5	19	13	32	69
Střední vzdělání s výučním listem	26	27	18	75	146
Střední vzdělání s maturitní zkouškou	7	15	16	25	63
Vyšší odborné vzdělání	10	13	23	15	61
Vysokoškolské vzdělání	7	11	11	16	45
Celkem	55	85	81	163	384

Zdroj: Vlastní výzkum



Obrázek 18: Vztah mezi vzděláním a informovaností

Zdroj: Vlastní výzkum

5 DISKUZE

Mátl et al. (2016) uvádí, že mezi veřejností panuje nejen značná neinformovanost o Alzheimerově chorobě, ale také předsudky a mnohdy i obavy. Informovanost o Alzheimerově chorobě považují za velmi podstatnou vzhledem k demografickému stárnutí populace, a proto jsem se v diplomové práci zabýval právě informovaností laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby. Za laickou veřejnost byly považovány osoby, které nejsou vzdělané a nepracují v oboru sociální práce či zdravotnictví a osoby, jež nepečovaly o člověka s Alzheimerovou chorobou.

Jednoznačně se ztotožňuji s tvrzením Jiráka (2009), který řadí Alzheimerovu chorobu k nejzávažnějším onemocněním z hlediska prognózy, ovlivnění kvality života jak osob s Alzheimerovou chorobou, tak jejich pečujících a rovněž z hlediska ekonomické náročnosti.

Výskyt Alzheimerovy choroby se neustále zvyšuje, podle Alzheimer's Disease International (2015) byl v roce 2015 celosvětový výskyt demence u 46,8 milionu osob a Mátl et al. (2016) na základě zahraničních studií prevalence usuzují, že v roce 2015 v České republice žilo 155,9 tisíc osob s demencí, proto by se dle mého subjektivního hodnocení měly rozšiřovat i různé příležitosti a nástroje napomáhající zvýšení informovanosti o této problematice.

Jak uvádí Hort et al. (2014), Alzheimerova choroba je onemocnění degenerativního charakteru. Na otázku zjišťující, zda respondenti vědí, co je Alzheimerova choroba, téměř všichni respondenti (99 %) odpověděli správně. Podobných výsledků dosáhla ve své diplomové práci Gallasová (2007), jejíž práce nese název *Informovanost veřejnosti o problematice demencí*. Výzkumný soubor Gallasové (2007) tvořilo 195 respondentů, přičemž 97 % z nich zná pojem demence.

Jako první zpracoval popis Alzheimerovy choroby německý lékař Alois Alzheimer (Holmerová a Mátlová, 2015). Tuto skutečnost znalo pouze 50 % respondentů. Celkem 47 % respondentů nevědělo, kdo poprvé popsal Alzheimerovu chorobu a 3 % dotazovaných odpověděla chybně.

Celkem 98 % respondentů správně určilo, že k hlavním příznakům Alzheimerovy choroby patří místní a časová dezorientace, změny v náladě a ztráta paměti. Na otázku, která zjišťovala hlavní projevy Alzheimerovy choroby, odpovědělo 77 % respondentů

správně (Staňková, 2011). V diplomové práci Staňkové (2011) na téma *Alzheimerova choroba a míra informovanosti laické veřejnosti k problematice této nemoci* tvořilo výzkumný soubor celkem 217 respondentů. Při komparaci výsledků obou výzkumů lze pozorovat značnou odlišnost ve výsledcích.

Většina dotazovaných (85 %) zná vyšetřovací metody Alzheimerovy choroby, protože zvolila správnou možnost, kde byl zahrnut také test poznávacích funkcí Mini-Mental State Examination. Myslím si, že právě test poznávacích funkcí Mini-Mental State Examination byl pro respondenty rozhodující pro volbu této varianty. Jak uvádí Bartoš a Raisová (2015), Mini-Mental State Examination je v klinické praxi nejrozšířenějším testem kognitivních funkcí. Teprve na základě důkladného vyšetření může odborník určit diagnózu (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Na otázku, která se zaměřovala na léčbu Alzheimerovy choroby bez užití léčivých přípravků, správně odpovědělo 76 % respondentů. Hauke et al. (2017) se v dotazníkovém šetření zaměřovali na problematiku sociálních služeb v souvislosti s péčí o osoby s demencí. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 173 respondentů složených z pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a vedoucích pracovníků (Hauke et al., 2017). Na otázku, jež zjišťovala, jaké metody práce s klientem respondenti používají, pouze 33 % respondentů se přiklání k reminiscenci (Hauke et al., 2017). Z výzkumu Hauke et al. (2017) je patrné, že nejvíce respondentů (50 %) při práci s klientem využívá naučený postup.

V případě otázky, která se zabývala léčbou Alzheimerovy choroby pomocí léčivých přípravků, správně odpovědělo 85 % dotazovaných. Z výsledků je patrné, že respondenti znají lépe léčbu Alzheimerovy choroby pomocí léčivých přípravků, oproti léčbě bez užití léčivých přípravků. K rozdílnému závěru došla ve své diplomové práci *Komplexní péče o člověka s Alzheimerovou nemocí* Řehořová (2008), v jejímž výzkumném šetření bylo zahrnuto 230 respondentů. Řehořová (2008) uvádí, že 39 % dotazovaných zná některé formy léčby Alzheimerovy choroby. Domnívám se, že rozdílnost výsledků je zapříčiněna jiným typem otázky, který v práci Řehořové (2008) tvořila otázka otevřená.

Jak uvádí Holmerová a Mátlová (2015), v současné době neexistuje lék, jenž by Alzheimerovu chorobu dokázal vyléčit. Většina respondentů (90 %) ví, že Alzheimerovu chorobu nelze zcela vyléčit. Řehořová (2008) uvádí, že 87 %

dotazovaných ví, že se Alzheimerova choroba nedá vyléčit. Z výzkumného šetření Staňkové (2011) je patrné, že tuto skutečnost zná celkem 70 % respondentů.

Celkem 87 % respondentů zná rizikové faktory podmiňující vznik Alzheimerovy choroby. Staňková (2011) sděluje, že 44 % dotazovaných zná riziko dědičnosti u Alzheimerovy choroby. Řehořová (2008) uvádí, že 28 % respondentů připisuje častější výskyt Alzheimerovy choroby ženám. Gallasová (2007) zjišťovala výskyt Alzheimerovy choroby ve vztahu k pohlaví, přičemž pouze 16 % dotazovaných odpovědělo správně. Rozdílnost výsledků přisuzuji odlišné formulaci otázky a rovněž odlišné nabídce odpovědí.

U otázky týkající se věku, ve kterém je vyšší pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby, správně odpovědělo 78 % respondentů. Řehořová (2008) sděluje, že 86 % respondentů za rizikovou skupinu výskytu Alzheimerovy choroby považuje seniory nad 60 let. Při porovnání výsledků obou výzkumů je zřejmé, že rozdíl je minimální.

V roce 2015 činily podle Alzheimer's Disease International (2015) celosvětové náklady ve vztahu k problematice demencí odhadem 818 miliard amerických dolarů. Mátl et al. (2016) uvádí, že denní náklady na klienta v institucionálním zařízení se pohybují ve výši téměř tisíc korun. Značná část nákladů je financována přímo klienty nebo jejich rodinnými příslušníky, přičemž péči lze zajistit také právě z příspěvku na péči (Mátl et al., 2016). Pouze 32 % respondentů ví, že osoba s Alzheimerovou chorobou závislá na pomoci jiné fyzické osoby může požádat o příspěvek na péči na Úřadu práce České republiky dle místa trvalého pobytu žadatele.

Péče o osoby s demencí je realizována v oddělených sektorech, respektive jednu část péče provádí systém zdravotnictví, druhá část péče je poskytována pomocí sociálních služeb a hlavní část zabezpečují rodinní příslušníci a další pečující v domácím prostředí (Mátl et al., 2016). Celkem 71 % respondentů ví, že domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby přizpůsobené osobám s Alzheimerovou chorobou. Dle standardizovaných dat Mátl et al. (2016) sdělují, že necelých 9 % osob s demencí žije v domovech se zvláštním režimem a přes 16 % v domovech pro seniory. Ehrenfreuchter et al. (2014) uvádí, že novým směrem se vydalo Holandsko v roce 2008, když v novém bytovém komplexu Hogewey ve Weespnu vznikla podpůrná komunita pro přibližně 160 osob s demencí. Divadlo, restaurace, supermarket či kavárna dávají osobám

s demencí prostor, aby mohly svůj život trávit v běžných podmínkách (Ehrenfreuchter et al., 2014).

Na otázku, která zjišťovala, zda respondenti znají nějakou organizaci, na kterou je možné se obrátit v případě pomoci s Alzheimerovou chorobou, odpovědělo pouze 18 % respondentů kladně. Gallasová (2007) zjišťovala, zda dotazovaní vědí ve svém okolí o nějakém sociálním zařízení, jež se zaměřuje na osoby s demencí. Celkem 38 % respondentů odpovědělo kladně (Gallasová, 2007). V práci Staňkové (2011), která zjišťovala, zda respondenti znají nějakou organizaci věnující se problematice Alzheimerovy choroby, odpovědělo 9 % kladně. Společnost STEM/MARK (2014) realizovala internetové šetření orientované na problematiku Alzheimerovy choroby, přičemž se výzkumu zúčastnilo celkem 502 respondentů. STEM/MARK (2014) uvádí, že 5 % respondentů zná organizaci pomáhající osobám s Alzheimerovou chorobou včetně jejich rodiny.

Celkem 72 % dotazovaných zná vhodné zásady komunikace s osobou s Alzheimerovou chorobou. Jak uvádí Holmerová a Mátlová (2015), vhodně zvolená komunikace je klíčová a zároveň předchází řadě nepříjemností.

U otázky zjišťující, kde respondenti získali informace o Alzheimerově chorobě, bylo možné zvolit více odpovědí. Nejvíce respondentů (40 %) získalo informace o Alzheimerově chorobě prostřednictvím internetu. Řehořová (2008) zjišťovala, kde by respondenti získali informace o Alzheimerově chorobě, přičemž nejvíce dotazovaných (30 %) by informace získalo na internetu. Z výsledků Staňkové (2011) vyplývá, že nejvíce dotazovaných (39 %) by čerpalo informace o Alzheimerově chorobě od praktického lékaře, internet by využilo 31 % respondentů.

Nejvíce respondentů (46 %) považuje vlastní informovanost o Alzheimerově chorobě za průměrnou. Hauke et al. (2017) uvádí, že celkem 57 % respondentů považuje míru svých znalostí o problematice demencí za průměrnou. Přestože oba výzkumy se soustředily na odlišné respondenty, dosáhly podobných výsledků. Domnívám se, že tato varianta mohla na respondenty působit neutrálně, a proto byla nejčastěji volenou možností v obou výzkumech. Podle STEM/MARK (2014) si 71 % respondentů myslí, že se o Alzheimerově chorobě ve společnosti hovoří nedostatečně a také se o onemocnění nedostatečně informuje. Celkem 77 % dotazovaných si myslí, že stát by se měl podílet na problematice Alzheimerovy choroby více (STEM/MARK, 2014).

Cílem mého výzkumu bylo zjistit míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě v Jihlavě. Sběr dat byl proveden technikou dotazníkového šetření u 384 respondentů, kteří byli vybráni pomocí kvótního výběru. Dotazník obsahoval celkem 22 otázek, přičemž prvních 13 z nich bylo použito ke zjištění míry informovanosti. Další dotazníkové položky se týkaly informačních zdrojů respondentů, jejich subjektivního hodnocení vlastní informovanosti o Alzheimerově chorobě a jejich identifikačních údajů. Na základě výsledků dotazníkového šetření lze aritmetický průměr informovanosti určit na 72 %. Podle stanovené škály hodnocení informovanosti mohu tedy konstatovat, že informovanost respondentů o Alzheimerově chorobě je dobrá. Staňková (2011) sděluje, že informovanost veřejnosti Zlínského kraje o Alzheimerově chorobě je průměrná. Závěrem výzkumu Gallasové (2007) bylo, že obyvatelé města Písek nejsou dostatečně informováni o problematice demencí.

Během realizace výzkumu mohlo dojít ke zkreslení jeho výsledků. Ke zkreslení mohlo dojít například v případě, pokud respondenti odpovídali na otázku, na kterou neznali odpověď, místo toho, aby využili variantu Nevím. Také samotná skutečnost, že jsou respondenti účastníky výzkumu, mohla respondenty uvést do stresové situace, což mohlo vyvolat určité zkreslení. Disman (2011) uvádí, že nízká návratnost dotazníků způsobuje značné zkreslení. Domnívám se, že nízká návratnost dotazníků byla zapříčiněna zvoleným způsobem distribuce dotazníku. Přestože součástí popisku při distribuci dotazníku byly vždy také kvótní požadavky na respondenty, mohly dotazník otevřít i osoby, jež kvótním požadavkům neodpovídaly.

Dílčím cílem práce bylo na základě výsledků navrhnout opatření, které by pomohlo zvýšit informovanost jihlavské laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě. Opatření, které bylo společně s diplomovou prací vytvořeno, představuje informační materiál v podobě křížovky o Alzheimerově chorobě (Příloha 5). V rámci výzkumu jsem zjišťoval, kde je možné v Jihlavě narazit na informace o Alzheimerově chorobě, přičemž jsem se zaměřil na čekárny praktických lékařů. Závěrem mého zjištění je, že jsem ve vybraných čekárnách neshledal žádný informační materiál, který by se týkal problematiky Alzheimerovy choroby. Vytvořený informační materiál by tak mohl sloužit nejen ke zvýšení informovanosti o dané problematice, ale mohl by se rovněž podílet na konstruktivním využití času pacientů v čekárnách praktických lékařů.

Na začátku výzkumu byly stanoveny tři hypotézy. První hypotézou bylo tvrzení, že ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži. Na základě Pearsonova chí-kvadrát testu byla nulová hypotéza zamítnuta ve prospěch hypotézy alternativní, jež tvrdila, že informovanost o Alzheimerově chorobě je u žen a mužů rozdílná. Následně bylo znaménkovým schématem zjištěno, že ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži, tudíž byla stanovená hypotéza přijata. Z výsledků Staňkové (2011) vyplývá, že ženy byly o Alzheimerově chorobě informovanější než muži. Domnívám se, že ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější, protože je tato problematika zajímavá více než mužům.

Druhá hypotéza tvrdila, že oblast pracovního zaměření nemá vliv na míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě. Při testování hypotézy byl použit Kruskalův-Wallisův test, na jehož základě byla přijata nulová hypotéza, která tvrdila, že informovanost respondentů o Alzheimerově chorobě se neliší v závislosti na oblasti pracovního zaměření. Hypotéza, jejímž tvrzením bylo, že oblast pracovního zaměření nemá vliv na míru informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě, byla přijata.

Třetí hypotéza předpokládala, že úroveň vzdělání je statisticky významný faktor pro míru informovanosti o Alzheimerově chorobě. Korelační analýzou byla zjištěna pozitivní slabá korelace. Výsledkem korelační analýzy bylo přijetí alternativní hypotézy. Alternativní hypotéza tvrdila, že statisticky významný vliv vzdělání respondentů na informovanost o Alzheimerově chorobě existuje. Lze tedy konstatovat, že úroveň vzdělání je statisticky významný faktor pro míru informovanosti o Alzheimerově chorobě, proto byla přijata i stanovená hypotéza.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje informovanosti laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby. Práce byla realizována pomocí strategie kvantitativního výzkumu, přičemž sběr dat proběhl metodou dotazování s využitím techniky dotazníkového šetření. Výběrový soubor byl zvolen na základě kvótního výběru a tvořila jej jihlavská laická veřejnost ve věku 18–40 let. Za laickou veřejnost byly považovány osoby, které nejsou vzdělané a nepracují v oboru sociální práce nebo zdravotnictví a rovněž osoby, jež nepečovaly o člověka s Alzheimerovou chorobou.

Z vyhodnocených získaných dat lze konstatovat, že informovanost jihlavské laické veřejnosti ve věku 18–40 let, která byla součástí výzkumu, je dle stanovené škály hodnocení informovanosti dobrá. Výzkum dále poukazuje na skutečnost, že nejčastějším zdrojem informací o Alzheimerově chorobě je pro respondenty internet. Nejvíce respondentů považuje vlastní informovanost o Alzheimerově chorobě za průměrnou, což samotné výsledky výzkumu potvrzují. Výstupem diplomové práce je informační materiál vlastní tvorby, který vznikl na základě stanoveného dílčího cíle. Informační materiál byl vytvořen v podobě křížovky o Alzheimerově chorobě a jeho záměrem je nejen zvýšit informovanost o dané problematice, ale také konstruktivní využití času v čekárnách praktických lékařů. Je určen jak laické veřejnosti, tak veřejnosti odborné.

V rámci výzkumu jsem se zaměřil na přítomnost informačních materiálů o Alzheimerově chorobě v čekárnách praktických lékařů. Protože jsem ve vybraných čekárnách neshledal žádný informační materiál, navrhuji, aby byl informační materiál o problematice Alzheimerovy choroby zařazen mezi jiné informační materiály, které byly k dispozici. Domnívám se, že právě přítomnost informačních materiálů o Alzheimerově chorobě v čekárnách praktických lékařů by mohla přispět k vyšší míře informovanosti laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby. Na základě skutečnosti, že internet bývá nejčastějším zdrojem informací, navrhuji vytvořit graficky poutavé informační video o problematice Alzheimerovy choroby, které by mohlo být součástí výuky na základní škole.

První stanovená hypotéza, která tvrdila, že ženy jsou o Alzheimerově chorobě informovanější než muži, byla přijata. Druhou stanovenou hypotézu tvořilo tvrzení, že oblast pracovního zaměření nemá vliv na míru informovanosti laické veřejnosti

o Alzheimerově chorobě. Tato hypotéza byla přijata. Třetí hypotéza, jež předpokládala, že úroveň vzdělání je statisticky významný faktor pro míru informovanosti o Alzheimerově chorobě, byla přijata.

Práce poukazuje na významnost informovanosti o Alzheimerově chorobě, která se stává aktuálním tématem vzhledem k demografickému stárnutí populace. Práce dále poskytuje přehled informovanosti laické veřejnosti o Alzheimerově chorobě a zároveň může sloužit jako informační zdroj o tomto onemocnění. Dle mého subjektivního hodnocení vyšší míra informovanosti o problematice Alzheimerovy choroby přispívá časnější reakci na vzniklou situaci spojenou s Alzheimerovou chorobou a zlepšuje přístup k osobám, které jsou ovlivněny tímto onemocněním.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AIDOS, H., FRED, A., 2017. Discrimination of Alzheimer's Disease using longitudinal information. *Data Mining and Knowledge Discovery*. 31 (4), pp. 1006-1030. ISSN 1384-5810.
2. ANAND, A. et al., 2017. The present and future of pharmacotherapy of Alzheimer's disease: A comprehensive review. *European Journal of Pharmacology*. 815, pp. 364-375. ISSN 0014-2999.
3. BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M., 2010. *Poznejte demenci správně a včas: příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta. 181 s. ISBN 978-80-204-2282-8.
4. BARTOŠ, A., RAISOVÁ, M., 2015. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Praha: Mladá fronta. 150 s. ISBN 978-80-204-3491-3.
5. BĚHOUNEK, J., 2014. Vyšetřovací metody v psychiatrii. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, s. 78-92. ISBN 978-80-247-4236-6.
6. BORZOVÁ, C., 2009. Epidemiologie demencí. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 21. ISBN 978-80-247-2454-6.
7. BORZOVÁ, C., 2009. Vyšetřovací metody u demencí. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 25-28. ISBN 978-80-247-2454-6.
8. CALLONE, P. R. et al., 2008. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
9. ČAPEK, R., 2010. *Třídní klima a školní klima*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2742-4.
10. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
11. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. 367 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

12. EHRENFREUCHTER, C. et al., 2014. *Když se paměť vytrácí...: život s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence z pohledu pacientů i pečujících*. Překlad: HARANTOVÁ, E., DANKO, P. Praha: Tarsago Česká republika. 256 s. ISBN 978-80-7406-248-3.
13. FERRARI, C., NACMIAS, B., SORBI, S., 2017. The diagnosis of dementias: a practical tool not to miss rare causes. *Neurological Sciences*. pp. 1-13. ISSN 1590-1874.
14. FRANKOVÁ, V. et al., 2011. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta. 70 s. ISBN 978-80-204-2423-5.
15. GALLASOVÁ, M., 2007. *Informovanost veřejnosti o problematice demencí*. České Budějovice. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
16. GUPTA, J., KULSHRESHTHA, M., 2017. Memory Impairment with Reference to Alzheimer's Disease: An Update. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*. 7 (3), pp. 45-53. ISSN 2231-0738.
17. HABRCETLOVÁ, L., 2014. Sociální záležitosti. In: HOLMEROVÁ, I. et al. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, s. 177-197. ISBN 978-80-204-3119-6.
18. HAUKE, M. et al., 2017. Dotazníková šetření. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, s. 269-277. ISBN 978-80-906320-7-3.
19. HAUKE, M., 2017. Jak poznám demenci. In: HAUKE, M. et al. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, s. 45-56. ISBN 978-80-906320-7-3.
20. HOLCZEROVÁ, V., 2013. Muzikoterapie. In: HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, s. 40-43. ISBN 978-80-247-4697-5.
21. HOLMEROVÁ, I., 2009. Česká alzheimerovská společnost a její služby. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 101-104. ISBN 978-80-247-2454-6.

22. HOLMEROVÁ, I., 2009. Nefarmakologický management demence. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 91-100. ISBN 978-80-247-2454-6.
23. HOLMEROVÁ, I., 2011. Demence, mentální retardace a péče o lidi s tímto postižením. In: KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 298-303. ISBN 978-80-247-4026-3.
24. HOLMEROVÁ, I., 2011. Poruchy chování u pacientů s demencí. In: KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 303-306. ISBN 978-80-247-4026-3.
25. HOLMEROVÁ, I., 2014. Demence – Alzheimerova choroba. In: HOLMEROVÁ, I. et al. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, s. 63-79. ISBN 978-80-204-3119-6.
26. HOLMEROVÁ, I., 2014a. Psychosociální intervence. In: RUSINA, R., MATĚJ, R. et al. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta, s. 289-295. ISBN 978-80-204-3300-8.
27. HOLMEROVÁ, I., 2017. Demence z pohledu geriatra. In: HAUKE, M. et al. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, s. 27-41. ISBN 978-80-906320-7-3.
28. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., 2009. Jak komunikovat s člověkem trpícím demencí. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 108-115. ISBN 978-80-247-2454-6.
29. HOLMEROVÁ, I., MÁTLOVÁ, M. (eds.), 2015. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2., rozš. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 118 s. ISBN 978-80-86541-31-0.
30. HORT, J. et al., 2014. Alzheimerova nemoc. In: RUSINA, R., MATĚJ, R. et al. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta, s. 102-112. ISBN 978-80-204-3300-8.
31. İNAN, G., ÖZKÖSE ŞATIRLAR, Z., 2015. Alzheimer disease and anesthesia. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 45 (5), pp. 1026-1033. ISSN 1300-0144.
32. JIRÁK, R., 2008. Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti. In: KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, s. 230-242. ISBN 978-80-247-2490-4.

33. JIRÁK, R., 2009. Alzheimerova choroba. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 29-33. ISBN 978-80-247-2454-6.
34. JIRÁK, R., 2009. Kam směřuje výzkum Alzheimerovy choroby, co lze očekávat v nedaleké budoucnosti. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 157. ISBN 978-80-247-2454-6.
35. JIRÁK, R., 2009. Léčba a léčitelnost demencí – biologické přístupy. In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, s. 88-90. ISBN 978-80-247-2454-6.
36. JIRÁK, R., 2009a. Demence. In: FIŠAR, Z. et al. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 297-337. ISBN 978-80-247-2737-0.
37. KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5580-9.
38. KÖHLER, R., BAŽANT, J., 2015. Laboratorní a pomocné vyšetřovací metody v psychiatrii. In: HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 76-116. ISBN 978-80-246-2998-8.
39. LI, R., LIU, Y., 2016. Physical activity and prevention of Alzheimer's disease. *Journal of Sport and Health Science*. 5 (4), pp. 381-382. ISSN 2095-2546.
40. LISCIC, R. M. et al., 2014. Screening of dementia. *Scientific World Journal*. 2014, article number 529419. ISSN 2356-6140.
41. MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
42. MASOPUST, J., VALIŠ, M., 2015. Kognitiva. In: HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J. et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 457-460. ISBN 978-80-246-2998-8.
43. MASTNAK, W., KANTOR, J., 2014. Muzikoterapie. In: MÜLLER, O. et al. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, s. 269-333. ISBN 978-80-247-4172-7.
44. MÁTL, O. et al., 2016. *Zpráva o stavu demence 2016*. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 43 s. ISBN 978-80-86541-50-1.

45. *Města a obce*, 2017. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-10-09]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xj/mesta_a_obce
46. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
47. MONTOLIU-GAYA, L., VILLEGAS, S., 2015. Protein structures in Alzheimer's disease: The basis for rationale therapeutic design. *Archives of Biochemistry and Biophysics*. 588, pp. 1-14. ISSN 0003-9861.
48. MPSV, 2016. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. [cit. 2017-11-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/65>
49. MUSÍLEK, K., 2013. Léčiva Alzheimerovy nemoci. In: DOLEŽAL, M. et al. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Praha: Karolinum, s. 91-93. ISBN 978-80-246-2382-5.
50. *Naše zařízení*, 2017. [online]. Alzheimercentrum. [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/nase-zarizeni/>
51. NEHLS, M., 2017. *Alzheimer se dá léčit: návrat do zdravého života*. Překlad: STAŇKOVÁ, L. Praha: Euromedia. 312 s. ISBN 978-80-7549-257-9.
52. *Obecné informace*, 2017. [online]. Alzheimercentrum. [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/>
53. OREL, M., 2016. Biologicky zaměřená léčba v psychiatrii. In: OREL, M. et al. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 249-290. ISBN 978-80-247-5516-8.
54. PEKÁRKOVÁ, I., 2015. Fyziologie a patofyziologie mozkových hemisfér. In: ROKYTA, R. et al. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, s. 521-540. ISBN 978-80-247-4867-2.
55. PEŠLOVÁ, R., 2017. Ochrana práv osob s demencí. In: HAUKE, M. et al. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, s. 165-200. ISBN 978-80-906320-7-3.
56. POWELL, T., 2010 *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeutů, rodinné příslušníky a pacienty*. Překlad: WDOUYCZYNOVÁ, M. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-667-4.
57. PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-5232-7.

58. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
59. REGNAULT, M., 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Překlad: ŠIMKOVÁ, D. Praha: Portál. 120 s. ISBN 978-80-262-0010-9.
60. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
61. ŘEHOŘOVÁ, A., 2008. *Komplexní péče o člověka s Alzheimerovou nemocí*. České Budějovice. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
62. *Sample Size Calculator*, 2012. [online]. Creative Research Systems. [cit. 2017-10-09]. Dostupné z: <https://www.surveysystem.com/SSCALC.HTM>
63. SEDLÁKOVÁ, R., 2014. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada. 548 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
64. SHEN, Z. et al., 2017. Microglia-targeted stem cell therapies for Alzheimer disease: A preclinical data review. *Journal of Neuroscience Research*. 95 (12), pp. 2420-2429. ISSN 0360-4012.
65. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy I: interna*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3.
66. *Sociální péče*, 2017. [online]. Alzheimercentrum. [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/socialni-pece/>
67. *Sociální služby ČALS*, 2015. [online]. Česká alzheimerovská společnost. [cit. 2017-11-19]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/cals/socialni-sluzby-cals/>
68. *Sociální služby*, 2017. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. [cit. 2017-11-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>
69. STAŇKOVÁ, J., 2011. *Alzheimerova choroba a míra informovanosti laické veřejnosti k problematice této nemoci*. Olomouc. Diplomová práce. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.
70. *Stát by měl problematice Alzheimerovy choroby věnovat více pozornosti*, 2014. [online]. STEM/MARK. [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <http://www.stemmark.cz/stat-by-mel-problematice-alzheimerovy-choroby-venovat-vice-pozornosti/>
71. ŠAUEROVÁ, M., 2012. Způsoby práce s dětmi se specifickými poruchami učení a chování. In: ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi: komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada, s. 95-136. ISBN 978-80-247-4369-1.

72. *Toulky paměti a duší*, 2015. [online]. Česká alzheimerovská společnost. [cit. 2017-11-19]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/pro-lidi-s-demenci/toulky/>
73. ULEP, M. G., SARAON, S. K., MCLEA, S., 2017. Alzheimer Disease. *Journal for Nurse Practitioners*. pp. 1-7. ISSN 1555-4155.
74. VÁLKOVÁ, L., 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5571-7.
75. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
76. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2017-12-12]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
77. *Vzdělanostní struktura obyvatelstva v Kraji Vysočina*, 2014. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2017-10-09]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xj/vzdelanostni_struktura_obyvatelstva_v_kraji_vysocina
78. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-4423-0.
79. *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia*, 2015. [online]. Alzheimer's Disease International. [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
80. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2017-11-11]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
81. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, 1995. [online]. [cit. 2018-02-13]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
82. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, 2011. [online]. [cit. 2018-02-13]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
83. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012. [online]. [cit. 2018-04-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
84. *Zdravotní postižení*, 2017. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. [cit. 2017-12-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/8>
85. ZGOLA, J. M., 2013. *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří. 127 s. ISBN 978-80-254-9338-0.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Mini-Mental State Examination

Příloha 2 – Dotazník

Příloha 3 – Obyvatelstvo Kraje Vysočina podle vzdělání

Příloha 4 – Obyvatelstvo Jihlavy podle pohlaví a věku

Příloha 5 – Informační materiál

Příloha 1 – Mini-Mental State Examination

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Který je teď rok? ▪ Které je roční období? ▪ Můžete mi říci dnešní datum? ▪ Který je den v týdnu? ▪ Který je teď měsíc? ▪ Ve kterém jsme státě? ▪ Ve které jsme zemi? ▪ Ve kterém jsme městě? ▪ Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace)? ▪ Ve kterém jsme poschodí? 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Všípivost</p> <p>Vyšetrující jmenuje 3 předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny 3, opakujte je tak dlouho, dokud se je nenaučí.</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93-86-79-72-65). Skončete po 5 odečtech. Každou správnou odpověď hodnoťte 1 bodem. Alternativou počítání může být hláskování slova „pokrm“ pozpátku po jednotlivých hláskách.</p>	5
<p>4. Výbavnost</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu. ▪ Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval „Žádná ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnoťte jedním bodem. ▪ Dejte nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky), (přeložte ho napůl) a (položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod. ▪ Dejte nemocnému přečíst kartu s nápisem „Zavřete oči“. Započtete 1 bod za zavření očí. ▪ Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu. Jeden bod za větu obsahující podmět a přísudek, která dává smysl. ▪ Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazce podle předlohy. Jeden bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
Celkové skóre	Max. 30 bodů

Zdroj: Slezáková et al., 2012

Příloha 2 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martin Fuit, jsem studentem Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tento dotazník slouží jako podklad pro zpracování mé diplomové práce s názvem *Informovanost laické veřejnosti o problematice Alzheimerovy choroby*, a proto bych Vás chtěl požádat o jeho vyplnění. Dotazník je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, označte vždy jen jednu odpověď.

Děkuji za ochotu při spolupráci.

1) Co je Alzheimerova choroba?

- Degenerativní onemocnění mozku
- Infekční onemocnění mozku
- Onemocnění sítnice
- Nevím

2) Kdo poprvé popsal Alzheimerovu chorobu?

- Miloš Alzheimer
- Alzheimer Novotný
- Alois Alzheimer
- Nevím

3) Jaké jsou hlavní příznaky Alzheimerovy choroby?

- Bolest hlavy, zhoršený zrak, svalová ztuhlost
- Třes končetin, zhoršená artikulace, bolest kloubů
- Místní a časová dezorientace, změny v náladě, ztráta paměti
- Nevím

4) K vyšetřovacím metodám Alzheimerovy choroby patří:

- Test kreslení hodin, zobrazení mozku pomocí magnetické rezonance, test poznávacích funkcí Mini-Mental State Examination
- Vyšetření kloubu pomocí endoskopu, vyšetření citlivosti, šestiminutový test chůze
- Test obrazu, test zrakové ostrosti, vyšetření oční hybnosti

- Nevím

5) K léčbě Alzheimerovy choroby bez užití léčivých přípravků se využívá:

- Terapie pomocí magnetického pole, oční jóga, terapie elektrickým proudem
- Návlek soběstačnosti, terapie využívající vzpomínky, terapie pohybem
- Masáž lymfatického systému, rašelinové zábaly, terapie chladem
- Nevím

6) K léčbě Alzheimerovy choroby pomocí léčivých přípravků náleží:

- Léky ovlivňující svalové napětí, léky zastavující růst bakterií a mikroorganismů, znečitlivující léky
- Léky snižující tlak v oku, léky tlumící alergické reakce, léky proti bolesti
- Léky mající antipsychotický účinek, léky zlepšující prokrvení mozku, léky příznivě ovlivňující poznávací funkce
- Nevím

7) Je možné Alzheimerovu chorobu zcela vyléčit?

- Ano
- Ne
- Nevím

8) Jaké jsou rizikové faktory podmiňující vznik Alzheimerovy choroby?

- Poranění krční páteře, mužské pohlaví, dlouhodobé zatěžování kloubů
- Silné světlo, poranění oka, sedavé zaměstnání
- Genetický předpoklad, vyšší věk, ženské pohlaví
- Nevím

9) Ve kterém věku je vyšší pravděpodobnost výskytu Alzheimerovy choroby?

- 30–40 let
- 41–50 let
- 51–60 let
- Nad 60 let
- Nevím

10) Kde může osoba s Alzheimerovou chorobou závislá na pomoci jiné fyzické osoby požádat o příspěvek na péči?

- Finanční úřad dle místa trvalého pobytu žadatele
- Úřad práce České republiky dle místa trvalého pobytu žadatele
- Městský úřad dle místa trvalého pobytu žadatele
- Nevím

11) Ve kterém zařízení je poskytování pobytových služeb přizpůsobeno osobám s Alzheimerovou chorobou?

- Domovy se zvláštním režimem
- Domovy pro seniory
- Domy na půl cesty
- Nevím

12) Znáte nějakou organizaci, na kterou je možné se obrátit v případě pomoci s Alzheimerovou chorobou? (Pokud odpovíte Ano, vypište)

- Ano
- Ne

Prosím vypište:

.....
.....

13) Jaké zásady jsou vhodné při komunikaci s osobou s Alzheimerovou chorobou?

- Opravovat ji v chybném výběru slov, mluvit hlasitě, nezapojovat neverbální komunikaci
- V jedné větě sdělovat jednu informaci, využívat neverbální komunikaci, odstranit šum prostředí
- Užívat dlouhé věty, volit rychlejší tempo řeči, v jedné větě sdělovat více informací
- Nevím

14) Kde jste získal/a informace o Alzheimerově chorobě? (Možnost označit více odpovědí)

- Internet
- Literatura
- Praktický lékař
- Přátelé
- Nemám žádné informace
- Jiné (prosím vypište).....

15) Jaká si myslíte, že je Vaše informovanost o Alzheimerově chorobě?

1	2	3	4	5
Velmi dobrá	Dobrá	Průměrná	Špatná	Velmi špatná

16) Pečoval/a jste někdy o osobu s Alzheimerovou chorobou?

- Ano
- Ne

17) Vaše pohlaví:

- Muž
- Žena

18) Jaký je Váš věk?

- 18–25 let
- 26–33 let
- 34–40 let

19) Místo bydliště:

- Jihlava
- Jiné

20) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní vzdělání
- Střední vzdělání s výučním listem

- Střední vzdělání s maturitní zkouškou
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání

21) V jakém oboru jste vzdělaný/á?

- Zdravotnictví
- Sociální oblast
- Školství
- Potravinářský průmysl
- Ekonomika
- Strojírenství
- Zemědělství
- Stavebnictví
- Výpočetní technika
- Obchod
- Nejsem vzdělaný/á v žádném oboru
- Jiné (prosím vypište).....

22) V jakém oboru pracujete?

- Zdravotnictví
- Sociální oblast
- Školství
- Potravinářský průmysl
- Strojírenství
- Zemědělství
- Stavebnictví
- Výpočetní technika
- Obchod
- Veřejná správa
- Bezpečnostní sbor
- Jsem student/ka
- Jsem nezaměstnaný/á
- Jiné (prosím vypište).....

Příloha 3 – Obyvatelstvo Kraje Vysočina podle vzdělání

	Obyvatelstvo ve věku 15 a více let celkem	z toho nejvyšší ukončené vzdělání							nezjištěno
		bez vzdělání	základní vč. neukončeného	střední vč. vyučení (bez maturity)	úplné střední s maturitou a vyšší odborné vč. nástavbového	vysokoškolské	z toho		
							bakalářské	magisterské	
Kraj celkem	431 767	1 819	79 912	161 731	134 235	41 049	7 351	32 790	13 021
v tom SO ORP:									
Bystřice nad Pernštejnem	17 058	50	3 511	6 958	4 660	1 392	243	1 112	487
Havlíčkův Brod	44 153	228	7 343	15 755	15 119	4 347	858	3 371	1 361
Humpolec	14 887	38	2 669	5 696	4 748	1 285	241	1 025	451
Chotěboř	18 619	57	3 513	7 494	5 641	1 435	242	1 159	479
Jihlava	83 397	305	14 518	30 851	26 301	8 443	1 493	6 774	2 979
Moravské Budějovice	20 251	101	4 585	8 000	5 447	1 470	311	1 123	648
Náměšť nad Oslavou	11 840	40	2 361	4 596	3 371	1 088	203	853	384
Nové Město na Moravě	16 113	41	2 930	5 832	5 090	1 788	263	1 484	432
Pacov	8 440	91	1 828	3 252	2 389	618	125	483	262
Pelhřimov	38 458	263	6 971	14 284	12 261	3 514	585	2 873	1 165
Světlá nad Sázavou	17 577	104	3 342	6 945	5 462	1 277	245	1 011	447
Telč	11 160	38	2 382	4 426	3 063	897	145	727	354
Třebíč	63 503	189	11 953	23 287	19 701	6 504	1 184	5 185	1 869
Velké Meziříčí	29 801	187	5 743	11 412	8 855	2 847	544	2 226	757
Zďár nad Sázavou	36 510	87	6 263	12 943	12 127	4 144	669	3 384	946

Zdroj: Český statistický úřad, 2014

Příloha 4 – Obyvatelstvo Jihlavy podle pohlaví a věku

Obec	Okres	Pohlaví	Věk												
			18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
Jihlava	Jihlava	celkem	412	416	358	434	534	578	573	597	657	609	674	644	
Jihlava	Jihlava	muži	197	211	176	228	281	296	288	278	323	314	349	332	
Jihlava	Jihlava	ženy	215	205	182	206	253	282	285	319	334	295	325	312	
Obec	Okres	Pohlaví	Věk												
Jihlava	Jihlava	celkem	729	718	718	755	800	739	790	900	803	852	887		
Jihlava	Jihlava	muži	373	383	382	386	433	366	413	494	423	435	446		
Jihlava	Jihlava	ženy	356	335	336	369	367	373	377	406	380	417	441		

Zdroj: Český statistický úřad, 2017 (upraveno)

Alzheimerova choroba

Čekáte, až přijdete u lékaře na řadu?

Zkraťte si čekání křížovkou, která se zaměřuje na Alzheimerovu chorobu

Tajenka

Záměrem křížovky je procvičení či zlepšení _____ o Alzheimerově chorobě.

Instrukce

V následující tabulce najdete všechna klíčová slova, která lze vyškrtat vodorovně nebo svisle v obou směrech. Z nevyškrtaných písmen získáte tajenku.

E	C	N	E	M	E	D	D	S	E	G	E	R	I	A	T	R	P
K	E	Z	O	M	I	O	I	O	C	Í	N	E	L	Š	Y	M	S
E	S	V	É	P	O	M	O	C	N	É	S	K	U	P	I	N	Y
C	D	A	K	O	D	O	L	I	A	R				V	N	P	CH
A	E	R	I	M	L	V	Y	Á	N	E				Y	E	R	I
T	N	T	N	A	E	Y	M	L	O	M				Š	I	A	A
N	N	E	E	L	H	S	A	N	Z	I				Š	P	K	T
E	Í	T	Z	Ý	Č	E	A	Í	E	N				Í	A	T	R
I	S	E	I	R	O	Z	T	P	R	I				V	R	I	E
R	T	R	O	O	V	V	E	R	Á	S				Ě	E	C	M
O	A	A	T	Z	A	L	B	A	K	C			G	K	T	K	I
Á	C	P	E	V	C	Á	M	C	C	E			G	O	F	O	Ý
V	I	I	R	O	Í	Š	U	O	I	N				L	O	G	L
O	O	E	A	J	S	T	Z	V	T	C				O	A	R	É
R	N	E	P	R	L	N	I	N	E	E				R	C	E	K
O	Á	C	I	A	U	Í	K	Í	N	M				U	O	O	A
T	Ř	A	E	V	Ž	M	O	K	G	Ř	E	Č	E	M	V	Ř	S
S	E	R	C	I	B	R	T	A	A	N	A	M	N	É	Z	A	I
O	I	E	A	T	Y	E	E	N	M	M	S	E	G	E	E	O	O
R	F	N	D	I	Ť	Ž	R	E	C	Á	R	P	D	A	Ř	Ú	L
P	O	E	I	N	Ě	I	A	T	I	V	I	S	A	P	S	T	A
O	R	G	L	G	M	M	P	T	E	S	T	H	O	D	I	N	Č
S	T	E	A	O	A	E	I	P	A	R	E	T	O	M	I	N	A
A	A	D	V	K	P	M	E	C	A	K	I	N	U	M	O	K	L
Č	I	Č	É	P	A	N	K	E	V	Ě	P	S	Í	Ř	P	I	S

Klíčová slova

Charakteristika

1. Alois Alzheimer
2. Atrofie
3. Beta amyloid
4. Časoprostorová orientace
5. Degenerace
6. Demence
7. Komunikace
8. Mozek
9. Myšlení
10. Paměť

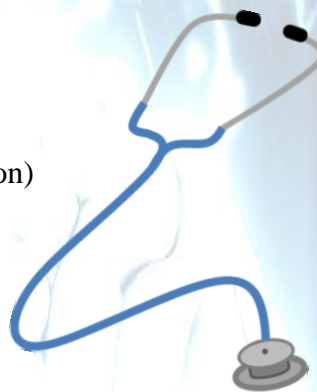
Charakteristika

- 11. Pasivita
- 12. Pomalý rozvoj

- 13. Řeč
- 14. Vyšší věk

Vyšetřovací metody

- 15. Anamnéza
- 16. EEG (Elektroencefalografie)
- 17. Magnetická rezonance
- 18. MMSE (Mini-Mental State Examination)
- 19. MOCA (Montrealský kognitivní test)
- 20. Test hodin



Kontaktní osoby

- 21. Geriatr
- 22. Neurolog
- 23. Praktický lékař
- 24. Psychiatr
- 25. Sociální pracovník

Léčba

- 26. Animoterapie
- 27. Arteterapie
- 28. Ergoterapie
- 29. Kinezioterapie
- 30. Kognitiva
- 31. Muzikoterapie
- 32. Reminiscence
- 33. Validace

Možnosti pomoci a podpory

- 34. ČALS (Česká alzheimerovská společnost)
- 35. Denní stacionáře
- 36. Domovy se zvláštním režimem
- 37. Odlehčovací služby
- 38. Příspěvek na péči
- 39. Svépomocné skupiny
- 40. Úřad práce



Zdroj obrázků: <https://pixabay.com/cs/>

Vytvořil: Martin Fuit

9 SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Vymezení Alzheimerovy choroby	50
Obrázek 2: Historie Alzheimerovy choroby	51
Obrázek 3: Příznaky Alzheimerovy choroby.....	52
Obrázek 4: Vyšetřovací metody Alzheimerovy choroby	53
Obrázek 5: Léčba Alzheimerovy choroby bez užití léčivých přípravků	54
Obrázek 6: Léčba Alzheimerovy choroby pomocí léčivých přípravků	55
Obrázek 7: Vyléčení Alzheimerovy choroby	56
Obrázek 8: Rizikové faktory podmiňující vznik Alzheimerovy choroby.....	57
Obrázek 9: Věk s vyšší pravděpodobností výskytu Alzheimerovy choroby	58
Obrázek 10: Místo, kde lze zažádat o příspěvek na péči	59
Obrázek 11: Zařízení přizpůsobené osobám s Alzheimerovou chorobou	60
Obrázek 12: Alzheimerova choroba a organizace	61
Obrázek 13: Zásady komunikace s osobami s Alzheimerovou chorobou	62
Obrázek 14: Zdroj informací o Alzheimerově chorobě.....	63
Obrázek 15: Informovanost o Alzheimerově chorobě.....	64
Obrázek 16: Vztah mezi pohlavím a informovaností	65
Obrázek 17: Vztah mezi zaměstnáním a informovaností	67
Obrázek 18: Vztah mezi vzděláním a informovaností.....	68
Tabulka 1: Pohlaví respondentů	44
Tabulka 2: Věk respondentů	45
Tabulka 3: Vzdělání respondentů	45
Tabulka 4: Obor vzdělání respondentů	46
Tabulka 5: Obor zaměstnání respondentů	47
Tabulka 6: Škála informovanosti	49
Tabulka 7: Vztah mezi pohlavím a informovaností.....	65
Tabulka 8: Vztah mezi zaměstnáním a informovaností.....	66
Tabulka 9: Vztah mezi vzděláním a informovaností	68

10 SEZNAM ZKRATEK

7MST	Seven-Minute Screening Test (Sedmiminutový screeningový test)
ACE	Addenbrooke's Cognitive Examination (Addenbrookský kognitivní test)
GDS	Geriatric Depression Scale (Geriatrická škála deprese)
MMSE	Mini-Mental State Examination (Krátké vyšetření mentálního stavu)
MoCa	Montreal Cognitive Assessment (Montrealský kognitivní test)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TP	Těžké postižení
ZTP	Zvlášť těžké postižení
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s průvodcem