

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

**Ústav speciálně pedagogických studií**

**Bc. Jana Staňková**

**Alzheimerova choroba a míra informovanosti laické veřejnosti  
k problematice této nemoci**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.**

**Olomouc 2011**

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci vypracovala samostatně uvedla v ní veškeré prameny a literaturu, ze kterých jsem při jejím zpracování vycházela.

V Olomouci, 8. dubna 2011

.....

Bc. Jana Staňková

## Poděkování

Děkuji vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## OBSAH

Úvod.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1. Stárnutí a stáří .....	8
1.1. Co je stáří .....	9
1.2. Stárnutí a osobnost.....	9
2. Vědy zkoumající člověka v seniorském období .....	10
2.1. Andragogika .....	10
2.2. Gerontagogika .....	10
2.3. Gerontologie .....	11
2.4. Gerontopedagogika .....	11
3. Kognitivní poruchy ve stáří .....	12
3.1. Mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment, MCI) .....	12
3.1.1. Profil poruch kognitivních funkcí u MCI .....	12
3.2. Demence .....	14
3.2.1 Klasifikace demence.....	15
3.2.2 Stadia demence- klinické příznaky v jednotlivém stádiu .....	17
4. Alzheimerova choroba (primárně degenerativní typ demence).....	18
4.1. Historie onemocnění.....	18
4.2. Obecná charakteristika Alzheimerovy choroby .....	19
4.3. Etiologie nemoci.....	20
4.4. Symptomatologie onemocnění.....	22
4.5. Jednotlivá stadia nemoci .....	23
4.5.1. Rané stádium .....	23
4.5.2. Mírné stádium nemoci .....	24
4.5.3. Pokročilé stádium nemoci .....	24
4.6. Diagnostika onemocnění .....	26
4.6.1. Využití testových metod při diagnostice Alzheimerovy choroby.....	27
4.6.2. Zobrazovací metody v diagnostice Alzheimerovy choroby .....	29
4.7. Rizikové faktory .....	31
4.8. Terapeutické přístupy v léčbě Alzheimerovy choroby .....	32
4.8.1. Farmakologický terapeutický přístup k léčbě demence .....	32
4.8.2. Nefarmakologický terapeutický přístup k léčbě demence .....	33
4.8.3. Přehled užívaných terapeutických technik při diagnóze Alzheimerovy choroby.....	35
4.8.3.1. Výtvarné práce.....	35
4.8.3.2. Arteterapie .....	35
4.8.3.3. Biblioterapie .....	37
4.8.3.4. Muzikoterapie .....	38
4.8.3.5. Dramaterapie .....	40
4.8.3.6. Teatroterapie.....	40
4.8.3.7. Taneční a pohybová terapie.....	41
4.8.3.8. Ergoterapie .....	42
4.8.3.9. Terapie zachování vlastního sebeobrazu ( SET) .....	43
4.8.3.10. Validační terapie .....	43
4.8.3.11. Trénink orientace v realitě.....	44
4.8.3.12. Rezoluční terapie .....	45
4.8.3.13. Videotrénink interakcí ( VTI).....	45
4.8.3.14. Reminiscenční terapie .....	46

4.8.3.15. Bazální stimulace.....	48
4.8.3.16. Kinezioterapie .....	49
4.8.3.17. Trénink paměti – trénink kognice.....	50
4.8.3.18. Zooterapie .....	51
5. Sociální služby.....	54
5.1. Sociální služba v zákoně 108/2006.....	54
5.2. Přehled sociálních služeb, které může využít senior s DAT .....	55
5.3. Přehled zdravotnických zařízení, která jsou určena pro seniory s DAT .....	58
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	63
6. Metodologie výzkumu.....	63
6.1. Kvantitativní výzkum.....	63
6.2. Cíle výzkumu.....	64
6.3. Výzkumné otázky .....	65
6.4. Metodika dotazníkového šetření.....	65
6.5. Charakteristika souboru respondentů.....	66
6.6. Užité metoda šetření .....	69
6.7. Zpracování dat .....	70
7. Analýza získaných dat.....	70
8. Vyhodnocení výzkumných otázek- závěrečné zhodnocení.....	116
9. Závěr.....	121
Summary.....	123
10. Seznam použité literatury a pramenů .....	125
Seznam tabulek a grafů .....	130
Seznam příloh .....	134
Anotace.....	135
Přílohy	

## Úvod

Demence patří mezi nejčastější choroby ve stáří. Fakta naznačují, že se zvyšuje počet nemocných s rostoucím věkovým průměrem populace. Proto je velmi důležité pootevřit problematiku demence a upozornit veřejnost na tuto plíživou chorobu. To je také hlavní důvod, proč jsem si toto gerontologické téma vybrala. Já osobně se aktivně podílím na péči nemocných seniorů už 8 let. Nejdříve v pozici jako zdravotní sestra, kdy jsem primárně zajišťovala ošetrovatelskou péči a po nástupu na vysokou školu jsem si do své práce také přibrala speciálně pedagogickou intervenci. Během těch 8 let jsem prošla řadou pobytových zařízení, kde jsem se starými a nemocnými lidmi pravidelně pracovala. Nyní pracuji již rok jako dobrovolník v Psychiatrické léčebně ve Šternberku na ženském gerontopsychiatrickém oddělení. Vedu zde každý pátek terapeutickou hodinu, která je zaměřena na kognitivní trénink. Pracuji se smíšenou skupinou seniorek, kde ovšem převažuje diagnóza demence. V největším zastoupení je zde pak Alzheimerova choroba. To, že se pravidelně setkávám s takto nemocnými lidmi, jejichž počet v zařízení stále stoupá, mohu velmi intenzivně vnímat probíhající symptomatologická hlediska nemoci, mne přivedlo na myšlenku položit si otázku, do jaké míry zná společnost zákeřnost této choroby? V dnešní době, která nabízí vysokou dostupnost informací, se zeptáte obvyčejného člověka co je to cukrovka? A ten Vám v zápětí povykládá sáhodlouze o problematice této nemoci. Nebo se zkuste zeptat, jestli ví o problémech vysokého cholesterolu? Každá druhá žena vám vyjmenuje patologické hodnoty. Ale co odpoví takový obvyčejný člověk, když se ho zeptáte co je to Alzheimerova choroba a jak by řešil situaci, kdyby měl někoho blízkého, kdo touto nemocí trpí? Já to zkusila a většina lidí mi odpověděla, pokud mi odpověděla, „že je to vlastně ta demence, jak neustále něco zapomínáte.“ Ovšem ve výsledném zjištění si nejsem jistá, zda tento výčet informací o nemoci je dostačující. Nehledě na to, že se jedná o natolik progresivní smrtelnou nemoc, která v budoucnu postihne snad každého člověka staršího 65 let. V dnešní době je Alzheimerova choroba odborníky často nazývána jako tichá epidemie, na kterou je nutno se alespoň orientačně připravit. Čím více informací se laické veřejnosti donese, tím bude lépe připravena a bude lépe čelit tomuto onemocnění. Touto prací volně navazuji na svou bakalářskou práci, kde jsem onemocnění demence a Alzheimerově chorobě věnovala pár kapitol. Dnes této problematice věnuji celou diplomovou práci. Mým hlavním cílem je touto prací zjistit, proč je Alzheimerova choroba u laické veřejnosti opomíjena a zároveň bych chtěla takové

veřejnosti základní informace o demenci a Alzheimerově chorobě alespoň touto cestou částečně předat. Práce je rozdělena na teoretickou část a část praktickou- výzkumnou. Teoretická je část tvořena pěti kapitolami. První kapitola se zabývá obecnou problematikou stáří a stárnutí. Zaměřuji se zde na základní definice stárnutí, rozdělení stáří a v neposlední řadě zmiňuje měnící se osobnost ve stáří. Druhou kapitolu věnuji vědám, které se gerontologickou problematikou zabývají. Ve třetí kapitole se podrobně rozepisují o kognitivních poruchách ohrožující jedince ve stáří. Konkrétně pak rozebírám mírnou kognitivní poruchu a onemocnění demence. Čtvrtá stěžejní kapitola popisuje problematiku Alzheimerovy choroby. Podrobně v ní rozebírám hlediska etiologie, symptomatologie diagnostiky a terapeutických postupů této nemoci. Jelikož studuji speciální pedagogiku, zaměřuji v této kapitole hlavně na nefarmakologické terapeutické přístupy využívané v práci speciálně pedagogické terapie. Poslední kapitola pojednává o možnostech sociální a zdravotní péče. Také se zde zmiňuji o možnostech domácí péče. V praktické části se věnuji kvantitativnímu šetření, jejímž cílem je zjistit míru informovanosti laické veřejnosti ve Zlínském kraji o problematice Alzheimerovy choroby. Zlínský kraj jako oblast šetření jsem vybrala z toho důvodu, že v jednom z měst sama bydlím. Jako metodu kvantitativního šetření jsem použila dotazník. Dotazníkové šetření proběhlo v 6 vybraných městech Zlínského kraje. Zaměřila jsem se na dospělou populaci v produktivním a postproduktivním věku. V závěrečné kapitole pak podrobně rozebírám zjištěná fakta.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Stárnutí a stáří

Stáří je poslední etapou v životě člověka, která bývá často spojována s moudrostí, nadhledem, ale také úbytkem energie, polymorbiditou a závislostí. S tímto biologickým procesem jsou konfrontováni všichni. Vlivem zlepšování životních podmínek se život člověka prodlužuje a s tím souvisí pomalé posouvání věku, které chronologicky ohraničuje stáří. Dnes je tímto konečným číslem 65 let. Podle jakých teorií odborníci určují stáří? Stárnutí a stáří, jak uvádí Pacovský (1990) je vždy současně problém a záležitost individuální stejně jako společenská. Každý jedinec se sám musí adaptovat na fakt svého stáří a zároveň společnost, jako celek musí reagovat na vzrůstající podíl osob ve vyšším věku a jejich potřeby. Pichaud a Thareauová (1998) definují stárnutí jako „*působení času na lidskou bytost.*“

Stuart-Hamilton (1999) uvádí proces stárnutí, jako sledování znaků mladé dospělosti, které se transformují ve znaky dospělosti pozdní. Stárnutí je pak závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba posuzovat ho jako součást kontinuální proměny.

Podle Roslowskeho (2006) je stárnutí proces, který způsobuje v těle mnoho degenerativních změn nejen ve strukturální oblasti, ale také v oblasti funkce organismu. Změny lze pozorovat v oblastech biologických, psychologických a sociálních. Snižuje se schopnost přizpůsobit se proměnlivým podmínkám prostředí. „**Teorie stárnutí lze rozdělit do tří základních skupin: 1. Teorie o působení zevních vlivů** (ekologické podmínky, vliv bakterií a virů aj.) 2. **Teorie o působení vnitřních vlivů** (genetický program, hromadění omylů při proteinové syntéze, specifické metabolické změny příčné vazby), 3. **Teorie porušení integrace a organizace.**“ (Krejčířová, Langmeier, 1998, s. 184)

Některé starší teorie o stárnutí viděly nejpodstatnější znak stáří v pozbývání sociální angažovanosti. Stáří pak zařazují do třetího období života. Jedná se o období, kdy se starý člověk společensky angažuje jen okrajově. Role, které jsou těmto lidem připisované, mají spíše expresivní (společensko- citový) než instrumentální (výkonový) charakter. Úspěšné stárnutí podle tohoto názoru spočívá v tom, že se starý člověk postupně zřekne sociální angažovanosti a dobrovolně se vzdává dřívějších náročných úkolů. Tak jsou tyto starší lidé nahrazeni mladšími a společnost se touto cestou obnovuje. Dnes jsou však tyto teorie



překonány a naopak aktivní účast starého člověka je ve společnosti stále více podporována (Krejčířová, Langmeier, 1998).

## 1.1. Co je stáří

*„Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů“ (Mühlpachr, 2004 s. 18).*

Stáří se často označuje také jako **třetí a čtvrtý věk**. Určit hranici stáří je velice těžké, jelikož každý člověk je individuální bytost. Nejčastěji používané měřítko je věk člověka, tedy chronologický nebo také **kalendářní věk**.

Ten představuje počet let, které uplynuly od narození konkrétního člověka. Kalendářní věk je mnohdy pouze orientačním měřítkem, jelikož nemusí vždy odpovídat celkovému bio- psycho-sociálnímu stavu.

Kromě kalendářního věku se hodnotí stáří člověka také podle věku **biologického**, jinak řečeno **somatického**, který značí fyzický (zdravotní) stav organismu člověka s ohledem na projevy stárnutí. Dále rozlišujeme i věk psychický, který je odrazem psychického stavu člověka v porovnání s průměrným stavem člověka stejného chronologického věku a také **věk sociální**. Ten představuje společností očekávané chování přiměřené určitému chronologickému věku jedince (Stuart – Hamilton 1999).

## 1.2. Stárnutí a osobnost

*„Neexistuje žádný typ osobnosti charakteristický pro stáří. Určité typy rysů osobnosti však mohou člověku akceptování faktu stárnutí a vyrovnání se s ním usnadnit nebo naopak zkomplikovat“ (Petřková, Čornaničová, 2004 s. 33).*

Nečastěji se typy osobností řadí do pěti základních skupin.

**Konstruktivní osobnost-** senior přijímá bez větších problémů fakt stárnutí, je aktivní, žije plnohodnotně

**Závislá osobnost-** senior již není tak aktivní jako u konstruktivní osobnosti, i když přijal fakt stárnutí, považuje ho spíše za dobu pasivity a odpočinku. Velmi často spoléhá na pomoc a péči svých blízkých. Není plně samostatný.

**Defenzivní osobnost-** v tomto případě se staří lidé proti nově vzniklé situaci obrňují. Zvyšují si své pracovní tempo a jsou až nezdravě aktivní. Jejich cílem je

dokázat okolí svou výkonnost a nezávislost. U této skupiny lidí se často vyskytují neurózy.

**Hostilní osobnost-** tato skupina lidí stáří nepřijala. Často obviňují sebe nebo své blízké z vlastního neštěstí.

**Nenávist k vlastní osobě-** tento typ osobnosti je svými vlastnostmi téměř totožný s hostilním typem. U této skupiny se navíc projevuje silná agrese, kterou staří lidé obrazejí proti sobě (Petřková, Čornaničová, 2004).

## 2. Vědy zkoumající člověka v seniorském období

### 2.1. Andragogika

*„Andragogikou rozumíme vědu o výchově dospělých, vzdělávání dospělých a péči o dospělé respektující všestranné zvláštnosti dospělé populace a zabývající se její personalizací, socializací a akulturací“ (Bednaříková, 2008, s. 12).*

Andragogika je vědou aplikovanou, primárně se zaměřuje na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko- formativní intervenci u osob s psychopedickou diagnózou, kde se také řadí staří lidé s diagnózou demence ( Müller, 2006).

### 2.2. Gerontagogika

*„Gerontagogika je hraniční vědní disciplína na pomezí andragogiky jako vědy o výchově a vzdělávání dospělých a gerontologie jako vědy o stárnutí a stáří. Název této disciplíny není dosud ustálen.“ (Čornaničová, Petřková, 2004, s. 18).* V některých literaturách se můžeme setkat s názvem geragogika nebo bývá popisována jako oblast gerontopedagogiky. Česká andragogická škola se jednotně přiklání k termínu gerontagogika (Čornaničová, Petřková, 2004).

Předmětem gerontagogiky je studium široce chápané edukace ve vztahu k seniorskému věku člověka. Můžeme zde zařadit oblast edukace **preseniorskou** (edukace zaměřena na přípravu na stáří) **vlastní seniorskou** a **proseniorskou**, která se zabývá společenskou a mezigenerační podporou. Mezi hlavní funkce pak obor řadí:

rozvoj kognitivní složky,

orientace ve společensko - kulturní oblasti,

stimulace k aktivizačním činnostem,

výzkum v oblasti prognostiky (Čornaničová, Petřková, 2004).

### 2.3. Gerontologie

Věda o stárnutí a stáří, která byla uznána jako samostatný vědní obor v roce 1939. V téže roce bylo založeno Mezinárodní sdružení pro výzkum stárnutí. Současnou gerontologii můžeme rozdělit do tří hlavních proudů

**experimentální** (biologická) gerontologie – zkoumá příčiny a mechanismy stárnutí živých organismů

**sociální gerontologie** – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti

**klinická gerontologie** - věnuje se zvláštnostem zdravotního stavu a nemocí ve stáří, specifickým aspektům jejich výskytu, klinickému obrazu, průběhu léčení a sociálním souvislostem.

Stáří je obrazem našeho života. Nezdravý životní styl, kouření, alkohol a stres, mají za následek, že s přibývajícím věkem narůstá počet nemocí. V dnešní době je spousta způsobů, jak částečně zamezit procesu stárnutí. Pokud víme, o jaké procesy se jedná a řídíme se jimi, lze stárnutí částečně oddálit. Jedná se především o aktivní život člověka, který již od mládí dbá o fyzickou-duševní a sociální stránku, během života se snaží eliminovat působení nežádoucích rizikových faktorů a i ve vyšším věku zůstává aktivní (Mühlpachr,2004).

### 2.4. Gerontopedagogika

Gerontopedagogika, někdy nazývána také jako agogika, patří do andragogických oborů. V širším slova smyslu je prezentována jako teoreticko- empirická disciplína, která zabezpečuje komplexní péči a pomoc seniorům při uspokojování jejich potřeb. Nejedná se o medicínskou pomoc, ale může s ní být paralelně spojena. V této vědě se prolínají poznatky ze sociální práce, psychologie, sociologie, andragogiky, lékařství a v neposlední řadě také práva ( Mühlpahr, 2004).

Z užšího hlediska je brána „jako pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. Jedná se o vzdělávání ve stáří a ke stáří. Výchova v jejím rámci i vzdělávání jsou dnes chápány jako proces celoživotní. Definujeme-li pedagogiku jako obecnou vědu o výchově a vzdělávání, pak pedagogika se zabývá dětmi a mládeží, andragogika dospělými a gerontopedagogika seniory. Pro všechny tři pedagogické subsystemy lze použít zastřešující pojem antropopedagogika. Lze v určitých momentech uvažovat o výchovném působení na staré lidi, o sebevýchově a vzdělávání, o celoživotním vzdělávání, o učícím se jedinci, o vzdělávaném jedinci v průběhu života, tedy v dimenzích

*andragogiky, jejíž součástí gerontopedagogika je, nelze však výchovně vzdělávací aktivity vyčleňovat z kontextu širšího pojetí“ (Muhlpachr, 2004, s. 11).*

Stáří je obrazem našeho života. Nezdravý životní styl, kouření, alkohol a stres, mají za následek, že s přibývajícím věkem narůstá počet nemocí. V dnešní době je spousta způsobů, jak částečně zamezit procesu stárnutí. Pokud víme, o jaké procesy se jedná, a řídíme se jimi, lze stárnutí částečně oddálit. Jedná se především o aktivní život člověka, který již od mládí dbá o fyzickou-duševní a sociální stránku. Během života se snaží eliminovat působení nežádoucích rizikových faktorů a i ve vyšším věku zůstává aktivní.

### **3. Kognitivní poruchy ve stáří**

#### **3.1. Mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment, MCI)**

Touto poruchou se rozumí heterogenní syndrom, který zahrnuje iniciační stádia různých demencí a je rizikovým faktorem pro jejich vznik. Asi u jedné třetiny postižených zůstává stacionární a nepřechází do demence. Klinicky jde jednoznačně o poruchu kognitivních funkcí, která je významná a je výsledkem patologického procesu CNS. Nejsou však splněna kritéria pro demenci (Pidrman, 2007).

Všechny somatické, neurologické nebo psychiatrické poruchy, které ovlivňují mozkové funkce, mohou způsobit vznik MCI. Z diagnostického hlediska mohou být rozděleny do tří skupin. **V první** skupině jsou zjevné příčiny MCI. Znamená to, že dostatečně vysvětlují přítomnost poruchy a mohou být snadno diagnostikovány klinickým vyšetřením a nebo pomocnými vyšetřeními (laboratorní testy, zobrazovací metody, genetické vyšetření apod.). **Ve druhé** skupině jsou příčiny, které jsou dostatečné pro vysvětlení MCI, ale nemohou být v současnosti s dostatečnou jistotou diagnostikovány klinickým vyšetřením nebo pomocnými vyšetřeními. **Ve třetí** skupině jsou příčiny, které obecně mohou způsobovat MCI, ale u konkrétních jednotlivců to nelze s jistotou ověřit (<http://www.solen.cz/pdfs/psy/pdf>, 1. 10. 2010).

##### **3.1.1. Profil poruch kognitivních funkcí u MCI**

Poruchy paměti jsou jak v oblasti subjektivní, tak objektivní. Většinou je více porušena krátkodobá paměť než paměť dlouhodobá. Výrazná porucha je v oblasti epizodické paměti. V některých případech mají staří lidé porušené i prostorové vnímání a prostorovou

paměť. Lidé často vnímají změnu své psychické výkonnosti, zvládají podstatně méně úkolů než dříve. V oblasti poruch nálady a vůle se objevuje depresivní ladění, apatie až hypobulie MCI je obecně rozdělena do základních subtypů (Jirák, Koukolík, 2004).

*„První subtyp - pouze mírná subjektivní i objektivní porucha krátkodobé a popř. dlouhodobé paměti bez poruchy běžných denních aktivit. Jedná se o amnestický typ MCI.*

*Druhý subtyp - Mírná subjektivní i objektivní porucha krátkodobé popř. dlouhodobé paměti s počínající intelektovou deteriorací bez poruchy běžných denních aktivit.*

*Třetí subtyp - Mírná subjektivní i objektivní porucha krátkodobé popř. dlouhodobé paměti s počínající intelektovou deteriorací a s počínající organickou poruchou osobnosti, ale bez poruch aktivit denního života“ (Jirák, Koukolík, 2004, s. 242).*

K diagnostikování se využívá testových metod. Mezi nejčastější testy patří **CDR- Clinical Dementia Rating Scale**. Tento test je založen na objektivním rozhovoru s pacientem a také na subjektivních údajích. „Test hodnotí 6 domén: paměť, soudnost orientace, koníčky, společenské aktivity, aktivity denního života. Intenzita obtíží je hodnocena stupni.

Stupeň 0- porucha není přítomna. 0,5- porucha jen velmi slabé intenzity, 1- porucha slabé intenzity, 2- porucha střední intenzity, 3- porucha velmi výrazná Aby mohla být diagnostikována mírná porucha kognitivních funkcí, musí celkové skóre odpovídat položce 0.5. Skóre paměti musí být 0,5 nebo 1, skóre aktivit denního života 0, skóre ostatních položek nesmí přesáhnout stupeň 2 (Jirák, Koukolík, 2004).

### **Změny v sociálně - emoční oblasti**

Zhoršuje se prostorová orientace

Řeč -zpomaluje se tempo řeči, latence odpovědí se prodlužuje.

Snížení samostatnosti a soběstačnosti

Ulpívání na tradičních zvycích- Nejedná se pouze o důsledek neschopnosti měnit navyklé způsoby chování, ale jde spíše o projev neuvědomělé snahy uchovat dosavadní jistoty a vyhnout se nutnosti experimentovat

Labilita emocí - sklon k depresím a úzkostem, hůře ovládají své emoční projevy. Změny a výkyvy emočního ladění ovlivňují všechny ostatní psychické funkce => omezují motivaci, zhoršení pozornosti a paměťových funkcí (<http://www.cmsps.cz>)

Citové vztahy se nemění. Stoupá význam rodiny

Zvyšuje se touha po soukromí a pohodlí

Zvýšení únavnosti- starší člověk při většině činností musí vynaložit daleko více úsilí a energie

Postupná proměna intelektových funkcí (Vágnerová, 2007).

Ovšem některé schopnosti ve stáří zůstávají beze změn, ba dokonce se zvyšují. U starých lidí se zvyšuje vytrvalost i trpělivost. V řadě činností pracují senioři s daleko větší přesností než mladší lidé. Staří lidé jsou většinou stálí ve svých vztazích i názorech.

### 3.2. Demence

Slovo demence pochází z latiského slova de- mens nerovnost, šílenost. Pojem demence se vyvíjel asi 2500 let. Tématem poruch paměti se zabývali už lékaři a filosofové antického období. Lékaři už tehdy n popisovali úpadek mentálních funkcí za doprovodný jev stáří. Název demence jako první použil v 1. století našeho letopočtu Aurelius Cornelius Celsus a to ve své knize „*De medicine*“ a to jako protiklad do té doby používaného termínu delirium (Růžička, 2003).

*„Právní obsah získal tento pojem až kolem 17 století. Lékařský obsah následoval o století později. Formální právní podobu získal ve francouzském občanském zákoníku, lépe známém pod jménem Code Napoleon ( 1804- 1807), který je i dnes základem právních norem mnoha zemí.“ ( Jirák, Koukolík 2004, s. 20).*

Ovšem ještě v průběhu 19. století nebylo přesné hraniční rozlišení presenilní demence od jiných poruch. Přesný klinický popis byl uveřejněn v roce 1864 Griesingerem. Ovšem přelomovým rokem pro přené diagnostikování senilní demence se stal rok 1906, kdy **Alois Alzheimer** popsal případ jednapadesátileté Auguste D trpící bludnou žárlivostí, poruchami paměti a halucinacemi. Tehdy diagnostikoval vzácnou demenci (Jirák, Koukolík, 2004).

O několik let později popsal **Emil Kraepelin** ve svém 8. vydání učebnice Psychiatrie senium praecox jako Alzheimerovu chorobu (Růžička, 2003).

Dnes je demence přesně diferencována a obecně definována jako skupina poruch charakterizovaných různým stupněm, ale také typem duševní zmatenosti a ztráty paměti.

Toto duševní onemocnění diagnostikované jako demence vzniká až po 2. roce života (Darlingtonová, Stone 2003).

V praktickém slovníku medicíny je demence diagnostikována jako „*Chronický trvalý úbytek duševních funkcí a schopností*“ (Hugo, Vokurka, 2000, s. 76).

Hraniční věk, kdy je tato porucha schopností diagnostikována, jako demence není zmíněn. Dle Vladimíra Pidrmána je „*demence syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Zhoršení funkcí je doprovázeno nebo někdy i předcházeno zhoršením kontroly emocí, sociálního chování a motivace*“ (Pidrman, 2007, s. 9).

Velmi podrobně specifikuje poruchu Roman Jiráček ve své knize Alzheimerova choroba. Definiuje ji jako „*chorobu, u nichž dochází k významnému snížení paměti, intelektu a jiných tzv. poznávacích (kognitivních funkcí) od jejich původní úrovně a k druhotnému úpadku všech dalších psychických funkcí. Demence vzniká kdykoli po vytvoření základů poznávacích funkcí, tj. po 2.- 4. roce života. Výskyt demence výrazně stoupá s věkem*“ (Jiráček, Obenberger, Prreiss, 1998, s. 8).

Stuart- Hamilton popisuje demenci jako „*celkový úpadek psychických funkcí způsobený atrofií centrálního nervového systému*“ (Stuart- Hamilton 1999, s. 177).

Dále poukazuje na to, že bývá demence mnohdy nepravdivě spojována se stářím. Ve skutečnosti demence může vzniknout během dospělého života a ve stáří se pouze riziko vzniku zvyšuje. Například Parkinsonova choroba bývá diagnostikována často už ve střední dospělosti kolem 40. roku života (Stuart- Hamilton, 1999).

Jak již bylo výše popsáno, demence není jen porucha paměti a myšlení z důvodu atrofie centrální nervové soustavy dochází k poruchám všech kognitivních funkcí a také se přidružuje problematika psychiatrických příznaků a poruch chování (zejména deprese u začínajícího syndromu demence, neklid, bloudění, agresivita a podobně ve fázích rozvinuté demence). Konstantní součástí a důsledkem syndromu demence jsou také poruchy soběstačnosti nejprve v instrumentálních později také základních sebeobslužných aktivitách (Buijssen, 2006).

### **3.2.1. Klasifikace demence**

V odborných literaturách se klasifikuje demence dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize):

- F00.0 Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem.
- F00.1 Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem.
- F00.2 Demence u Alzheimerovy choroby, atypický nebo smíšený typ.
- F00.9 Demence u Alzheimerovy choroby nespecifikovaná
- F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem
- F01.1 Multifaktorová demence
- F01.2 Subkortikální vaskulární demence
- F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- F01.8 Jiná vaskulární demence
- F01.9 Vaskulární demence nespecifikovaná
- F02.0 Demence u Pickovy choroby
- F02.1 Demence u Creutzfeldtovy - Jakobovy choroby
- F02.2 Demence u Huntingtonovy choroby
- F02.3 Demence u Parkinsonovy choroby
- F02.4 Demence u infekce HIV
- F02.8 Demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde
- F03 .0 Nespecifikovaná demence

Pro potřeby nelékařské odborné komunity je velmi praktické užívat Švédské schéma (Swedish Consensus on Dementia and Dementia diseases), které rozděluje demence podle příčiny do tří základních skupin:

**Primárně degenerativní (atroficko-degenerativní) demence**

- Alzheimerova choroba (nejčastější typ demence)
- Korová nemoc s Lewyho tělísky (je pokládána za variantu Alzheimerovy choroby)
- Demence při Parkinsonově chorobě
- Huntingtonova choroba (geneticky podmíněné onemocnění, projevující se kromě demence také neurologickými příznaky)
- Pickova choroba

**Ischemicko-vaskulární demence**, které jsou způsobeny kombinací faktorů, které vedou k nedostatečnému prokrvení a okysličování mozkové tkáně a ke snížení mozkové látkové přeměny. Do této skupiny demencí řadíme:

- Multiinfarktová demence (vzniklá na podkladě mnohočetných infarktů mozkové kůry)



Vaskulární demence s náhlým začátkem (vzniká na podkladě infarktu mozku v mozkových oblastech strategicky významných pro paměť), jinak má stejný obraz a další průběh jako multiinfarktová demence.

*Binswangerova choroba* (jsou postiženy hlavně podkorové mozkové oblasti – vzniká především na podkladě vysokého krevního tlaku).

Další vzácné typy vaskulárních demencí.

**Symptomatické** (sekundární demence, které jsou způsobeny řadou různých nemocí, úrazů, intoxikací a lze sem zařadit následující demence:

*Demence infekčního původu.*

*Demence působené nekonvenčními infekčními činiteli – priony.*

*Poúrazové demence.*

*Demence při mozkových nádorech.*

*Tzv. paraneoplastické demence.*

*Demence na podkladě intoxikací, většinou chronických.*

*Metabolicky podmíněné demence.*

*Demence při poruchách žláz s vnitřní sekrecí*

*Demence při nedostatku některých vitamínů.*

*Některé další vzácné demence (Mühlpachr, 2004, s. 51-52).*

### **3.2.2. Stadia demence- klinické příznaky v jednotlivém stádiu**

**1. stádium -bez postižení kognitivních funkcí** - odpovídá asymptomatickému období a tedy normálnímu stáří.

**2. stádium- počínající postižení kognitivních funkcí** - benigní stařecká zapomnětlivost, věkově podmíněný pokles kognitivních funkcí

**3. stádium- lehké postižení kognitivních funkcí** - fáze časně zmatenosti, dnes označována jako mírná kognitivní porucha (MCI - Mild Cognitiv Impairment). V tomto stádiu se objevují potíže při vykonávání pracovních povinností. Přečtený text nedokáže úplně reprodukovat; špatně si pamatuje jména lidí, ztrácí cenné věci, nebo zapomíná, kam je uložil nevypravnost při řeči, obtížná orientace v neznámém prostředí, potíže při řízení motorového vozidla, konstrukční apraxie.

**4. stádium- středně těžké postižení kognitivních funkcí** - fáze pozdní trvalejší zmatenosti. Odpovídá zčásti ještě mírné kognitivní poruše, ale postupně spíše přechází do demence. Objevují se výrazné poruchy řeči, porucha krátkodobé paměti, je postiženo abstraktní myšlení, rozhodování, plánování a řízení složitějších činností. Zde se objevují také behaviorální a psychologické poruchy.

**5. stádium- pokročilé postižení kognitivních funkcí** - fáze časně či mírné demence. Projevuje se výraznější zpomalenost, apraxie, agnosie, pokročilá porucha paměti. Staří lidé ztrácí a zapomínají věci a jména i události, nevybavuje si slova pro pojmenování různých předmětů, používá spíše jednoduché věty, řeč je méně plynulá. Dále dezorientace časem, místem. Ztráta soběstačnosti). V oblasti chování dochází k větší pasivitě, ztrátě zájmů v činnostech, které dříve přinášely uspokojení a radost, dále se projevuje paranoidní chování (občasné obviňování okolí z krádeží peněz, věcí ...).

**6. stádium- těžké postižení kognitivních funkcí** - střední až pokročilá fáze demence. Těžké postižení paměti, myšlení je nevypravné, neschopnost plynulejší konverzace. Dezorientace je v podstatě kompletní, pacient je dezorientován i vlastní osobou. Prohlubují se poruchy chování, nesnášenlivosti, nemocný člověk je častěji podrážděný. Projevuje se verbální agrese. Také dochází ke spánkové inverze. Jsou přítomny psychotické příznaky, jako bludy a halucinace.

**7. stádium- velmi těžké postižení kognitivních funkcí** - fáze pozdní či těžké demence. Rozvíjí se úplná amnézie, globální fatická porucha, v konečném stadiu neschopnost chůze, neschopnost vstát z lůžka. Nemocný člověk se sám ani nenakrmí ani nenapije, je trvale inkontinentní. Je ohrožen podvýživou kachexii, je náchylný k různým infekčním chorobám a je tudíž trvale závislý na odborné ošetrovatelské péči (<http://www.sanatorium-topas.cz/sec-demence>, 28. 9. 2010 ).

## **4. Alzheimerova choroba (primárně degenerativní typ demence)**

### **4.1. Historie onemocnění**

Nemoc nese jméno Aloise Alzheimer, německého psychiatra a neuropatologa Ten v roce 1906 referoval na 37. schůzi jihoněmeckých psychiatrů v Tübingenu, o paní Auguste D., která byla přijata do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem se známkami

demence. Případ byl publikován v roce 1907 a tato publikace je základním kamenem pojmu Alzheimerovy nemoci. Alzheimer při vyšetřování mozku paní Auguste D., která zemřela ve věku 51 let s diagnózou těžké demence, zjistil, že „miliární ohniska“ neboli senilní plaky masivně prostupují horní vrstvy kůry. Jeho vlastním objevem byly „Alzheimerovy změny neurofibril“, neuronální klubka, která našel ve třetině až čtvrtině neuronů. Oficiálně pojmenoval presenilní demenci s nálezem klubek a senilních plaků po Alzheimerovi Kraepelin v učebnici psychiatrie z roku 1910. Odlišil Alzheimerovu chorobu od běžné senilní demence. Kraepelin viděl jako jeden z hlavních odlišujících faktorů rozdílný věk, kdy presenilní demence u nemocných začínala.

V následujících osmdesáti letech, byla terminologie velmi různorodá a nejednotná, až v roce 1976 navrhl Katzman sloučení pojmu presenilní a senilní demence Alzheimerova typu v jednu nozologickou jednotku (Koukolík, 1998).

#### 4.2. Obecná charakteristika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova nemoc je progredientní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Je to nejčastěji vyskytující se demence tvoří **60%** všech demencí a také u **10%** smíšených demencí, tvoří Alzheimerova choroba velkou část. Co se týče prevalence nemoci, středním až těžkým stupněm demence trpí 5% populace ve věku 65 let z toho je asi **50% a 60%** zastoupena Alzheimerova choroba. Četnost onemocnění se poté přibližně každých pět let zdvojnásobuje (Jiráček, Obernberger, Preiss 1998).

V 70 letech trpí Alzheimerovou chorobou **6%** populace v 75 letech se počet zvýší na **12%** (Vágnerová, 2008).

Alzheimerova choroba se arbitrálně dělí podle doby manifestace prvních klinických příznaků na formu s časným začátkem, čili **presenilní**, kdy se příznaky rozvinou do 65. roku života. Další formou, která se vyskytuje častěji je **senilní**, začátek demence přichází až po 65. roce. Další dělení je zaměřeno na oblast **familiární**, kdy se Alzheimerova demence vyskytuje u větší části blízkých pokrevních příbuzných, a kde bývají zjišťovány genetické abnormality. Familiární forma Alzheimerovy choroby je velmi vzácná. Názory vědců na její výskyt se velmi liší. Podle některých studií má na svědomí **5%**, podle jiných pouze **1%** všech případů. Druhá forma onemocnění vzniká bez familiárního výskytu. Tato forma je označována jako sporadická a má na svědomí až **80%** všech případů onemocnění (Růžička, 2003).

### 4.3. Etiologie nemoci

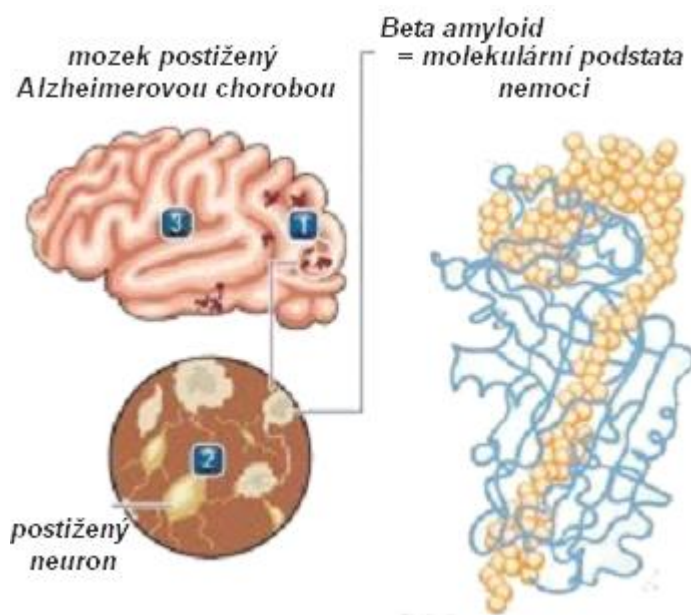
Přesné příčiny Alzheimerovy choroby zůstávají doposud neznámé. V mozkové tkáni nemocných se ukládá min nervové buňky chorobně vzniklá bílkovina beta- amyloid. Tento druh amyloidu vzniká z bílkoviny, která je při plně zdravě tělu vlastní a taky pro využití nezbytná Tato bílkovina se nazývá amyloidový prekuzorový protein. Ten je štěpe enzymem, který se nazývá alfa-sekretáza, na krátké rozpustné fragmenty, ty mají svůj fyziologický význam (přesná funkce však není dodnes zcela jasná)- zřejmě se podílí na plasticitě nervových buněk. Při patologickém procesu je amyloidový- prekuzorový protein štěpen enzymy beta- gama- sekretázami, ty vytváří patologické dlouhé fragmenty. Tyto fragmenty neplní svou funkci, přestávají být rozpustnými, začnou se srážet a polymerovat (spojení v navzájem dlouhé řetězce). Tak vzniká beta- amyloid. Tato bílkovina tvoří patologické krystalky, kolem nich dochází k řadě dalších neurogenerativních dějů. Postupně začnou vznikat neurotické plaky. Pokud se plaky nahromadí, dojde v lokální oblasti k narušení funkce ( Borzová, Holmerová, Jirák, 2009).

Hlavní intraneuronální změnou je degenerace **tau-proteinu**, spojeného s tvorbou tzv. neurofibrilárních tangles (klubíček, uzlíčků). Neurony postižené degenerací tau-proteinu zanikají. Z neurotransmitterových systémů je nejvíce, především v počátečním stadiu, porušen systém acetylcholinergní (Jirák, Koukolík 1998).

Výrazně je zvýšena tvorba a sníženo odbourávání volných kyslíkových radikálů, které se po větším nahromadění mají tendenci poškozovat různé tělesné tkáně, mozkové buňky a řadu dalších enzymů. Ve velké míře se uvolňuje skupina neurotransmiterů exitační kyseliny, hlavně tedy glutamát, asparát. Tato situace způsobí nadměrný vstup iontů vápníku do nervových buněk a díky tomu dochází k postupnému rozvratu vnitřního prostředí na poruše látkové výměny v těchto buňkách. Postupně začne vznikat apoptóza, programovaná buněčná smrt (Borzová, Holmerová, Jirák 2009).

Přímé vlastní příčiny této závažné choroby nejsou stále zcela jasné. Jisté je, že jde o chorobu multifaktoriální, na jejímž vzniku se podílí řada faktorů (obecně faktorů dědičných i nedědičných). Choroba postihuje muže i ženy stejně často, celkově může být více pacientů ženského pohlaví, neboť jedním z rizikových faktorů Alzheimerovy choroby je i věk - a právě ženy se průměrně dožívají vyššího věku než muži. Z nedědičných faktorů se dále uvádí za vysoké rizikové faktory například obezita, hypertenze a některé infekce (<http://www.gate2biotech.cz/novy-objev-v-genetice-alzheimerovychoro-by/> 2.10.2010)

**Obr. 1** Průběh vzniku Alzheimerovy choroby



*Iniciátor (genetický faktor - 1) způsobuje nadprodukcí beta-amyloidu (protein). Tento protein atakuje mozkové buňky a naruší je - 2. Mozkové buňky odumírají a některé části mozku se zmenšují - 3. (Zdroj: Dostupné na [www <http://img.cas.sk/img/4/gallery/225267\\_alzheimer-alzheimerova-choroba-michal-novak.jpg>](http://img.cas.sk/img/4/gallery/225267_alzheimer-alzheimerova-choroba-michal-novak.jpg), 2. 10. 2010)*

### **Rodinný výskyt a genetické faktory**

Pokud se demence vyskytne před 60. rokem věku, jedná se velmi často o dědičně podmíněné onemocnění. Také většina lidí s Downovým syndromem, kteří se dožijí dospělosti, onemocní Alzheimerovou chorobou pravděpodobně právě v důsledku genetických změn. Role genetických faktorů u demence vyššího věku je dlouho méně zřejmá. Blízcí příbuzní (děti, bratři, sestry) lidí s Alzheimerovou chorobou mají tři až čtyřikrát větší pravděpodobnost tohoto onemocnění než lidé bez této zátěže ([www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz), 2. 10. 2010).

Bylo nalezeno několik genových mutací na chromozomech 1, 14 a 21, které vedou ke spuštění tvorby a ukládání bílkoviny beta-amyloidu. Také existují genetické faktory, jako rizikové faktory pro vznik Alzheimerovy poruchy. Vznikají tzv. genetické polymorfizmy. Jeden z genů je apolipoprotein E epsilon 4. Tato bílkovina přenáší cholesterol. Forma epsilon 4 může riziko Alzheimerovy choroby významně ovlivnit, není sice nezbytná pro vznik Alzheimerovy choroby, ale u nemocné populace byl zjištěn větší výskyt, než u populace zdravé (Borzová, Holmerová, Jiráček 2009).

#### 4.4. Symptomatologie onemocnění

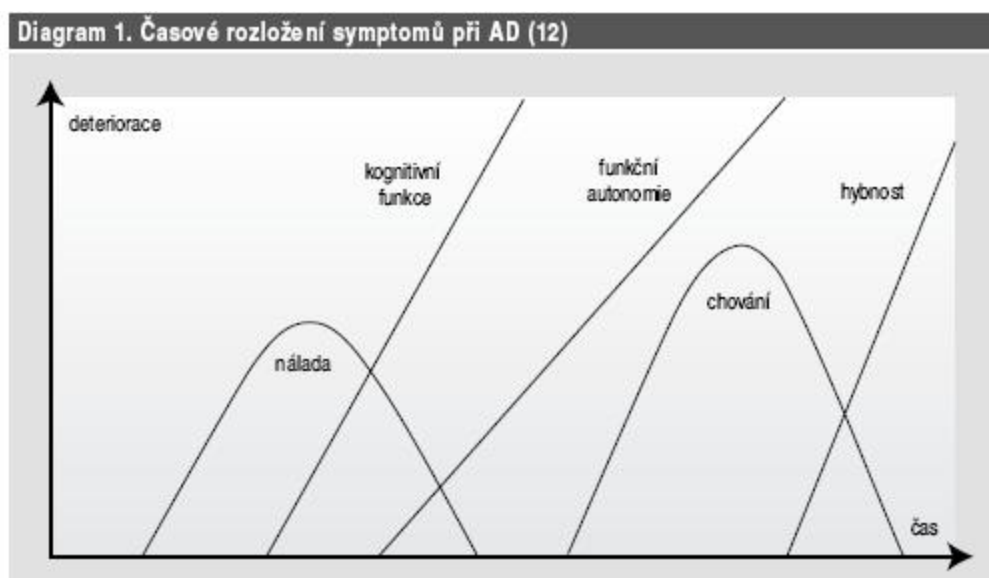
Pro Alzheimerovu chorobu je typický pomalý, plíživý začátek. U mírné formy onemocnění si člověk na první pohled ani nemusí všimnout, že se jedná o člověka s demencí. Co se týče společenského chování, v počátku nemoci jsou sociální dovednosti nedotčeny. Jediným známkami jsou strnulý pohled během projevu a neurčitá prázdnota v očích. V prvních fázích nemoci si klienti často ztěžují na problémy s pamětí, stěžují si na časté bloudění v jinak známém okolí. Nejen, že se ztrácí prostorová orientace, ale také dochází k poruše prostorové představivosti. Významně se snižuje schopnost zapamatovat si nové informace a udržet je po dobu několika minut. Dochází k poklesu schopnosti krátkodobé paměti. Při prohlubování nemoci začíná postupně zapomínat i starší paměťové obsahy. Dalším příznakem a to hlavně ve vyšším stupni onemocnění se objevuje apraxie (chorobná neschopnost účelných pohybů, porucha hybnosti, neobratnost, nemotornost projevující se v oblasti již nabytých schopností). V oblasti smyslů se mohou vykazovat známky vizuální agnózie, tj. neschopnost identifikovat vnímané objekty zrakem (Stuart-Hamilton, 1999).

Velmi brzy se začínají objevovat poruchy soudnosti. Oproti ostatním typům demencí, nemocní s Alzheimerovou chorobou ztrácí poměrně časně náhled, uvědomění si choroby. Velmi brzo dochází k degradaci etickoestetických schopností, může se objevit zvýšený stupeň sobeckosti a tvrdohlavosti. Změna nastává i v emoční rovině. Člověk není schopen projevit své city, stává se tak emočně oploštělým. Přechodně dochází k výskytu apatické nálady, kde se řadí deprese, úzkost a někdy i mánie. Další komplikací této nemoci, je produkce bludů, halucinací a iluzí. Dalším z příznaků nemoci je porucha spánku. Lidé trpí noční nespavostí nebo spánkovou inverzí. Často dochází k poruchám v sexuální oblasti. Výrazně klesá potence i libido. Ovšem nezdá se, že je situace opačná a zájem o sexualitu je až nadměrně zvýšen. DO oblasti příznaků jsou také zařazeny různé patologické změny, které se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Tyto příznaky vznikají jako důsledek zasažení mozkové kůry. Do této skupiny jsou zařazeny fatické poruchy- sensorická a motorická afázie.

Při vyšších stádiích demence se objevují problémy ve fyziologické oblasti. Dostavuje se inkontinence moči i stolice (Jirák, Obenberger, Preiss, 1998).

Průměrná délka přežití je **3-7** let od objevení se od prvních příznaků. Ovšem většina nemocných umírá na interkurentní (zároveň se vyskytující) onemocnění (Vágnerová 2007).

Obr. č. 2. Diagram rozložení symptomů Alzheimerovy choroby



(<http://www.zdravcentra.sk/cps/rde/xbcr/zcsk/NEU.pdf>, 1. 3. 2011)

#### 4.5. Jednotlivá stádia nemoci

Onemocnění lze rozdělit do základních tří stádií. Stádia jsou rozdělena na rané, mírné, pokročilé. Toto dělení připomíná jednotlivé životní fáze vývoje člověka. Jak nemoc postupuje, dochází k tomu, že člověk postupně přichází o jednotlivé mozkové funkce a pomalu se začíná měnit celá osobnost člověka. Některé příznaky se vyskytují ve všech stádiích onemocnění. Přejít mezi jednotlivými stádii může trvat i několik let

##### 4.5.1. Rané stádium

Mezi první symptomy, které se projevují už v začátcích onemocnění, jsou výpadky paměti. Zbytek mozku, ovšem pracuje normálně. Oblast úsudku, logického myšlení a sociální schopnosti jsou ve fyziologické normě. Jedinec v tomto raném onemocnění je schopen si vytvořit náhradní způsoby, jak se s občasnou ztrátou paměti vyrovnat. Proto si většina lidí i z blízkého okolí této progredující choroby nevšimne a občasnou ztrátu paměti omlouvají celkovým stářím. Ovšem nemoc dále postupuje a narušuje nejen hypocampus, ale zasahuje také spánkový lalok. U jedince se projeví snížená schopnost porozumět slovu nebo najít správný výraz. Jak již bylo výše zmíněno narušena je také řečová oblast. Člověk má problém najít správná slova pro vyjádření pocitů. V řešení komplexních úkolů je nemocný jedinec obvykle ještě schopen se o sebe postarat, dodržuje hygienické a společenské návyky, je schopen řídit auto, hrát stolní hry...Ovšem začíná daleko více lpět

na každodenní rutině. Rutinní činnost, člověku ulehčuje práci. Práce je tímto způsobem fixována a nemocný se tak lépe orientuje

(Brumback, Callone, Kudlaček, Vasilov Manternach, 2008).

#### **4.5.2 Mírné stádium nemoci**

V mírném stádiu nemoci dochází již k mnoha ztrátám. Poškození mozku se šíří do temenních laloků. Tím pádem se zhoršuje schopnost integrovat zvuky a zrakové vjemy, mění se práh bolesti. Zachována zůstává schopnost úsudku. V tomto stádiu nemoci je člověk často dezorientovaný v sebeobslužné činnosti. Například si zapomene obléci spodní prádlo, neví, kam si uložil některé svršky. Problém může nastat i při řízení vozidla. Reakce nemocného člověka jsou zpomaleny a nemocný obtížně integruje vjemy z okolí. Narušena bývá i složka verbální, tedy jazyk a řeč. V této fázi nemoci se stává, že nemocný člověk často není schopen přesně dekodovat, co mu ostatní říkají. Má velký problém verbálně vyjádřit své myšlenky (Callone a kol., 2008). V rozhovoru s jiným člověkem se někdy zcela ztratí. Často se také stává, a to hlavně v případech, že chce nemocný rychle něco sdělit a nemůže si vzpomenout, že si začne vypomáhat opisem. („Bylo to takové malé chlupaté a mňoukalo.“) Stává se také, že nemocný začne vkládat do vět nevhodná slova, například: „Chci namočit psa.“ namísto věty: „Chci vyvenčit psa.“ Důsledkem vznikající verbální bariéry u nemocného dochází k častým frustracím, může se projevit i vztek. Už i v mírné fázi nemoci se u člověka mohou objevit známky deprese. V oblasti motoriky nedochází k větším propadům. Osoba v mírném stádiu nemoci je schopna se samostatně pohybovat a riziko pádu není vysoké. Mírné stádium demence se stává nejčtenějším obdobím, kdy se nemocný nebo jeho blízcí obražejí na odbornou lékařskou pomoc.

#### **4.5.3. Pokročilé stádium nemoci**

V pokročilém stádiu nemoci dochází k poškození čelního laloku. To má za následek stav, kdy nemocný není schopen přiměřeně jednat. Dochází ke ztrátám úsudku, logického uvažování a sociálních dovedností. Často se objevují i poruchy nekognitivních funkcí, především behaviorální změny. Jedinec ztrácí schopnost „civilizovaného chování.“ V pokročilém stádiu nemoci se projevy nemocného stávají čím dál častěji nepředvídatelnými. Poruchy chování mají často vzestupnou tendenci. Autoři, kteří se zabývají problematikou poruch chování u onemocnění demence (Zgola, Tošnerová) zařazují poruchy do tří základních odvětví.



**Teorie nenaplněných potřeb:** základní potřeby utváří rámec problémů v chování. Nemocný často svým neadekvátním behaviorálním projevem dává svému okolí najevo, že není uspokojována některá z jeho potřeb. Proto časté teorie, které upozorňují na to, že porucha chování je pouze jeden ze symptomů onemocnění, jsou často mylné (Venglářová, 2007).

**Chování posilované reakcemi okolí (Behavioral learning model):** teorie vychází z toho předpokladu, že člověk opakuje své chování, které se mu v minulosti osvědčilo. Člověk nemocný Alzheimerovou chorobou upoutá svým problematickým chováním pozornost. Tento proces neprobíhá cíleně. Tím, že nemocný obtížně vyjadřuje svá přání, využívá jednodušší cestu pro efektivní přivolání pozornosti a péče (Venglářová, 2007).

**Vliv faktorů z okolí:** obydlí, či zařízení, kde nemocný tráví většinu svého času, může působit i přes veškerou snahu pečovatelů až přesyceně. Jindy je prostředí naopak chudé a nepodnětné. I tyto faktory ovlivňují silně behaviorální složku (Venglářová, 2007).

Co se týče forem projevů nevhodného chování je zařazeno do základních čtyř kategorií. **Slovně neagresivní chování:** jedná se projevy ve verbální komunikaci. Většinou se projevuje stálým dotazováním, zdlouhavým opisováním. Důvodem takového chování je snaha přelstít zamaskovat onemocnění.

**Fyzicky neagresivní chování:** souvisí s psychomotorickým neklidem. Patří sem toulání, závislé chování, noční neklid apod. (Callone a kol., 2008). Následující tabulka poukazuje na možné důvody takového chování

**Tab. č 1. Přehled projevů fyzického neagresivního chování**

Projevy	Možné cíle chování
bloudivění po domově, toulání	- hledání něčeho zajímavého - přebytek energie - snaha chovat se jako jindy (např. ráno jde nemocný do práce)
závislé chování	potřeba kontaktu nejistota, hledání ujištění
noční neklid	dezorientace časem nedostatek fyzické aktivity spánková inverze

(Venglářová, 2007 s.42)

**Slovně a fyzicky agresivní chování:** mezi slovní agresi se řadí křik, vulgarismy, stížnosti dokonce i výhrůžky. Takové jednání má ovšem opět vyvolávající příčinu. Někdy se nemocný projevuje agresivně, protože je to pro něj nejefektivnější způsob dosažení cíle. V řadě případů se agrese projeví po silné kumulaci emocí, které není nemocný jedinec schopen vstřebat. Ovšem také se může jednat o zvýrazněný povahový rys a v neposledním případě je agrese odpovědí na stávající stav a péči o nemocného (Venglářová, 2007).

#### 4.6. Diagnostika onemocnění

Ve vztahu k diagnostickému procesu a obtížnosti stanovení stoprocentně správné diagnózy u této nemoci, se považuje za zajímavé uvést na tomto místě tři typy diagnózy Alzheimerovy nemoci:

**Definitivní diagnóza** Alzheimerovy nemoci je diagnóza histologická; je však možná až po smrti nemocného.

**Pravděpodobná diagnóza** se uvádí u onemocnění s typickými klinickými příznaky.

**Možná diagnóza** Alzheimerovy nemoci se uvádí v případech s atypickými příznaky nebo v případech kombinovaných s dalšími současně probíhajícími systémovými chorobami.

Podle diagnostických kritérií je DSM-IV i MKN 10 je porucha paměti dominantní příznak. Podle MKN- 10 porucha odpovídající kritériím demence má trvat alespoň 6 měsíců. Pokud je doba trvání kratší, diagnóza demence je považována za prozatímní.

#### Diagnostická vodítka podle MKN-10

*Přítomnost demence*

*Plíživý začátek s pomalou deteriorací*

*Odborné vyšetření musí prokázat, že duševní stav nevyplývá z jiného systémového onemocnění nebo onemocnění mozku, které by mohlo vyvolat demenci*

*V raném stádiu onemocnění se nevyskytl ani náhlý apoplektický záchvat a ani se neobjevily neurologické příznaky ložiskového poškození mozku, jako například hemiparéza, sensorická porucha, poruchy zorného pole a koordinace pohyb (Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize s 56, 2006)*

## **Diagnostická kritéria pro Alzheimerovu nemoc (DSM-IV)**

V tomto komplexním pojetí Alzheimerovy demence, se ukazuje jako praktická koncepce „ABC“, kde je v souhrnu příznaků a potíží vnímána triáda:

A activities of daily living (aktivita denního života) B behavioural changes (změny chování) C cognition (kognitivní funkce).

Rozvoj vícečetných kognitivních defektů, které se projevují poruchou paměti a alespoň jedním z následujících: afázie, apraxie, agnózie, porucha výkonných funkcí

Kognitivní deficit, který se projevuje jako zhoršení dřívějšího fungování a významné narušení v sociální a pracovní sféře.

Průběh je charakterizován pozvolným nástupem a přetrvávajícím deficitem Kognitivní deficit není důsledkem jiného onemocnění centrálního nervového systému, systémového onemocnění a není vyvolán jinými látkami, které bývají příčinou progresivního deficitu paměti a rozpoznávání

Postižení není lépe popsatelné jinou psychiatrickou patologií

(<http://www.mudr.org/web/alzheimer>, 6. 10. 2010)

### **4.6.1. Využití testových metod při diagnostice Alzheimerovy choroby**

#### **Mini mental test**

Celková paměťová úroveň klientů je diagnostikována několika testy paměti, a také dotazníkem zjišťující jeho chování. U nás zřejmě nejrozšířenějším testem psychických a paměťových schopností je Minitest psychického stavu (Mini- Mental State Examination). Jedná se zde o testovou formu dotazníku, který zjišťuje klientovo chování a následně kontrolu paměťových schopností. Dotazník spolu s klientem vyplňuje také osoba, která o klienta pečuje pro případ, kdyby si klient nevzpomněl na činnosti z předešlých dní. Test kromě paměťových schopností kontroluje také schopnost orientace, pozornosti a schopnost porozumění mluvené i písemné řeči. MMSE se stává ze 30 otázek a činností, jejichž správné provedení se hodnotí vždy jedním bodem ( Stuart- Hamilton, 1999). Celkové bodové skóre MMSE se pohybuje v rozmezí 0 až 30 bodů, kdy hodnota 30 bodů znamená bezchybné provedení všech úkolů a 0 bodů neschopnost provést kterýkoli z nich. Kognitivně intaktní dospělí obvykle dosahují 29–30 bodů. Staří lidé nad 75 let pak v

průměru 27– 28 bodů. Za abnormální se považuje skóre 24 a méně bodů. Při dosažení 23 bodů se diagnostikuje střední až těžká Alzheimerova choroba (Topinková, 2005).

### **Test hodin ( Clock Test)**

Bývá často součástí MMSE. Jeho hlavní zaměření směřuje ke komplexnímu rozlišení kognitivních funkcí v oblastech:

- a) paměti,
- b) vizuálně konstrukční schopnosti,
- c) výkonné funkce (představivost)

Klient je vyzván, aby namaloval ciferník hodin a vepsal číslice na správná místa. Poté co namaluje kruh a umístí číslice, musí zaznamenat pomocí ručiček jednotlivé časové údaje (např. 11 hodin 10 minut nebo 8 hodin 20 minut). Hodnotí se základní vlastnosti hodin: ciferník, správnost umístění číslic v jednotlivých kvadrantech a umístění ručiček. Pro lehké formy demencí jsou typické chyby v umístění a délce ručiček. U závažnějších poruch dochází k rozpadu kresby, číslice jsou v nesprávných kvadrantech, v chybném pořadí, až po chybění kresby odpovídající hodinám. Pro hodnocení se používá jednoduché bodové skóre: 1 bod (bezchybné provedení) až 6 bodů (hodiny nejsou zakresleny).

Skóre 3 a více bodů, poukazuje obvykle na poruchu demence

(<http://www.gerontologie.cz/files/mmse.pdf>, 5.10 2010)

### **TYM Test**

Jedná se o nový inovační test, který by měl v budoucnu doplnit nebo dokonce nahradit stávající Mini mental test. Ten detekoval v průřezové studii onemocnění demence u 93 % pacientů, zatímco široce používaný diagnostický test kognitivních funkcí Mini Mental State Exam (MMSE) odhalil jen 52 % případů. Test jako jeden z mála splňuje všechny tři zásadní požadavky pro široké využití lékaři. Jedná se o splnění minimální doby ke zpracování, dostatečného rozsahu testovaných kognitivních funkcí a senzitivitě k mírně závažné formě Alzheimerovy choroby. Test obsahuje deset úkolů, včetně prověření orientačních schopností, schopností reprodukovat věty, verbální dovednosti a kalkulační. Test prošel validací a měl by být v blízké době využíván k diagnostice i v České republice. (<http://googleusercontent.com>, 10. 10. 2010)

## **Barthetův test**

U klientů, kde vzniklo podezření na demenci, se také testuje schopnost samostatného života. Jedním z nejpoužívanějších testů je Barthelův test všedních činností. Tento test zkoumá dovednosti z oblastí stravování, hygieny, sebeobsluhy a celkové mobility ([http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/3141\\_2298.html](http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zcsk/xsl/3141_2298.html) 5.10. 2010)

## **Test funkční úrovně**

Další obdobnou, ale mnohem detailnější metodou, která popisuje funkční úroveň klienta, je metoda, která byla původně vytvořena pro diagnostiku funkčního stavu u klientů s Alzheimerovou chorobou. Jedná se metodu Hodnocení funkční úrovně (Functional Assessment Stages). Při této metodě je klient zařazen do jedné ze sedmi kategorií, kdy kategorie 7 poukazuje na plně imobilního jedince. (Stuart- Hamilton, 1999)

## **Škála deprese**

Demence bývá doprovázena změnou nálad. Velmi často se hlavně v počátečních stádiích vyskytuje agresivita a také deprese. Ta bývá často diagnostikována škálovým testem na zjištění deprese. Test je orientační a zjišťuje základní příznaky deprese, jako jsou: ztráta smyslu života, sklíčenost nebo smutná nálada bez vědomé příčiny (Křivohlavý, 2003).

### **4.6.2. Zobrazovací metody v diagnostice Alzheimerovy choroby**

V diagnostice demencí je vedle psychologického vyšetření s využitím diagnostických kognitivních a behaviorálních stupnic a dalších neuropsychologických škál nutné i vyšetření laboratorní a v poslední době i zobrazovací metody.

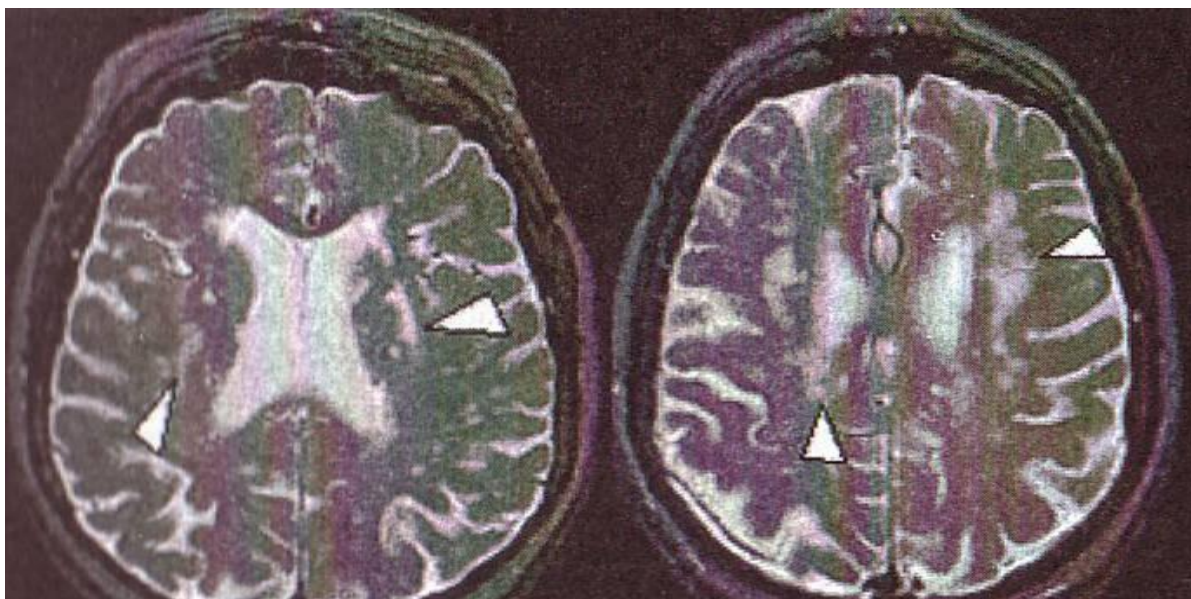
#### **Morfologické zobrazovací metody**

Nejčastěji se využívá transmisní výpočetní tomografie (CT)- pomocí RTG záření jsou zobrazeny určité části těla ve vrstvách (1cm řezy) a pomocí počítače vyhodnoceny rozdíly v pohlcování RTG záření mezi jednotlivými částmi tkání a orgánů. Informuje nás o morfologické (týkající se tvaru) stavbě vyšetřované lokality.

Zobrazení nukleárně magnetickou rezonancí (MRI)- **Rezonance** je založena na působení silného magnetického pole a radiových vln na protony (jádra kladně nabitého vodíku) – jejich uchýlení a časový průběh jsou zachyceny a vyhodnoceny pomocí počítače.

Při MRI mozku lze nalézt atrofii mediálního temporálního laloku. Tento nález nerelativně specifický pro onemocnění Alzheimerovy choroby (Pidrman, 2007).

**Obr. č. 3.** MR mozku u počínající Alzheimerovy choroby



(Ambler, 2002, s. 271)

### **Funkční vyšetřovací metody**

Pozitronová emisní tomografie (PET)- Tato metoda zjišťuje, kde je v mozku porušen krevní průtok a metabolismus (látková výměna). U Alzheimerovy choroby jsou největší ložiska hypometabolismu v oblastech, které jsou nejvíce postiženy funkčně. To znamená tam, kde je největší akumulace plaků a tangles.

Jednofotonová emisní tomografie (SPECT)- informuje nás o funkčnosti vyšetřovaného orgánu – průtoku krve a zásobení jednotlivých oddílů. Pomocí metody lze detekovat oboustrannou temporoparietální hypoperfúzi (snížené prokrvení), která je také jedna z časných ale bohužel vysoce nespecifických příznaků Alzheimerovy nemoci.

### **Elektrofyzilogické vyšetřovací metody**

EEG, Evokované potenciály mají spíše pomocný význam.

### **Vyšetření mozkomíšního moku (liquor cerebrospinalis)**

Tato forma vyšetření odhaluje zvýšení obsahu tau- proteinu a snížení beta- amyloidů

#### 4.7. Rizikové faktory

Rizikové faktory u Alzheimerovy choroby nejsou podle Jiráka dosud dostatečně prozkoumány. Vznik nemoci je často udává jako multietilogický, jako interakce více koexistujících příčin. Nemoc tak vzniká komplikovanou souhrou mnoha okolností (Fišar Jirák, 2001).

##### Mezi nejčastější rizikové faktory patří:

**Familiární predispozice-** pokud nemocí trpí blízcí příbuzní, je riziko vzniku onemocnění 4x vyšší.

**Výskyt apolipoproteinu E-** jedná se o látku, kterou potřebujeme k přenosu tuků krví. Studie zjistily, že právě (ApoE<sup>ε4</sup>) pravděpodobně může zvyšovat riziko Alzheimerovy choroby.

**Ženské pohlaví** - ženy jsou Alzheimerovou chorobou postiženy častěji než muži. U mužů se naopak častěji vyskytuje demence cévního typu.

**Věk-** u lidí před 60. rokem věku se demence vyskytuje jen vzácně, u lidí nad 85 let trpí chorobou každý pátý.

**Vzdělání-** člověk, který je ve vzdělávacím procesu více než 10 let, má 4× nižší pravděpodobnost výskytu nemoci.

**Poranění hlavy (craniocerebrální poranění)** – v anamnéze pacientů s touto nemocí se poranění hlavy vyskytuje 2× častěji.

**Deprese-** starší lidé s depresí mají 3–4× větší riziko propuknutí choroby. Podle současných klinických studií trpí depresivním syndromem 20–40 % nemocných Alzheimerovou chorobou.

**Polymorbidita-** vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, vysoké hladiny lipidů, diabetes mellitus I. i II. stupně, sklon k chronickým zánětům a infekcím

( Fišar Jirák, 2001)

Všechna uvedená rizika zřejmě jen připravují vhodnou půdu pro zatím neznámý "spouštěč" choroby. Ten teprve způsobuje poruchy odpovědné za změny v mozku. Tímto spouštěčem, který nastartuje vznik nemoci, mohou být virové infekce, toxické vlivy prostředí a poruchy imunity (<http://www.ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba/>, 6.10. 2010).

## **4.8. Terapeutické přístupy v léčbě Alzheimerovy choroby**

Alzheimerova choroba bohužel není v dnešní době vyléčitelnou nemocí. Jedinou možností, zůstává alespoň zmírnění projevů a progresu choroby. Pokrok ve zdravotnické péči se snaží všemi dostupnými prostředky co nejvíce zkvalitnit život nemocnému s demencí. Přístup k takovému člověku je většinou souhrnný. Využívá se jak farmakologické terapie, rehabilitace, tak i nefarmakologických přístupů. Komplexní péče o nemocného zajišťuje léčbu narušených kognitivních funkcí, emoční reaktivity, jednání a chování nemocného a v neposlední řadě koriguje patologické změny osobnosti člověka. Dalším cílem péče je oddálení progresu nemoci, udržení dosavadního stavu, a pokud už dojde k progresi zmírnit její dopad na nemocného (Pidrman 2007). Tato kapitola se snaží přiblížit souhrnnou terapeutickou péči. Jelikož je práce zaměřena speciálně pedagogicky, snaží se blížeji popsat nefarmakologické přístupy vhodné pro léčbu tohoto onemocnění.

### **4.8.1. Farmakologický terapeutický přístup k léčbě demence**

V dnešní době je stále neúčinnější terapeutický přístup k onemocnění. V oblasti farmakologie se terapie rozděluje do dvou základních oblastí, jimiž jsou:

1. kognitivní farmakoterapie
2. nekognitivní farmakoterapie

U kognitivní farmakoterapie je hlavním cílem obnovit v mozku potřebnou koncentraci neuropřenašeče- acetylcholinu. Zlepšuje funkci kognitivních schopností. K léčbě se užívají převážně inhibitory acetylcholinesterázy. U nekognitivní farmakoterapie se využívá přímého vlivu antipsychotik v oblasti poruch myšlení, vnímání a emocí. Sekundárně má vliv také na motorické zklidnění. Mezi nejčastější antipsychotika se řadí neuroleptika, antidepressiva. Hlavními účinky antipsychotik jsou: korekce poruch myšlení (bludů), poruch vnímání ( halucinací), mají pozitivní účinky na poruchy nálady (depresivní stavy) (Zimulová Milena Demence, nejčastější porucha ve stáří práce).

Seniorská klientela je pro farmakologickou terapii velmi specifická. Hlavní příčinu specifikace hraje věk a celková polymorbidita. Z problému pak vyvstává nevodné medikamentózní užívání nemocnými seniory.

**Mezi základní dvě oblasti problému se řadí:**

1. nedostatečná nebo nadměrná preskripce léků,
2. compliance seniorů.
3. kumulace léků



Za nedostatečnou preskripci se uvádí podávání farmak, které nejsou pro nemocného s demencí prokazatelně přínosné. Nadměrnou preskripcí se rozumí užívání neindikovaných léků nemocnými seniory. Druhým problémem, se kterým se u nemocných seniorů lze setkat je tzv.farmakologická compliance. Jedná se o sníženou ochotu spolupracovat. Snížená compliance je dána tím, kolik léků má nemocný užívat. Důležitou roli hraje soběstačnost a závislá péče na okolí. Třetím problémem je kumulace léků podávaných seniorovi. Starý člověk má vyšší riziko nežádoucích projevů při medikamentózním užití. Konzumace většího množství léků zapříčiňuje snížení účinnosti některých lékových skupin. Mnohdy dochází k imitaci obrazu některých nemocí. Proto je důležitým faktorem v komplexní terapii i péči o nemocného dohlížet nad dodržováním indikací již v počátečních stádiích nemoci. Farmakologická léčba může nemocnému prodloužit život, ovšem pokud se nedodrží zásady užívání, mohou život nemocnému s demencí i ohrozit (Pidrman, 2007).

#### **4.8.2. Nefarmakologický terapeutický přístup k léčbě demence**

Zkoumání nefarmakologických přístupů k nemocnému s demencí nemá zatím takovou dlouhou historii jako výše popsany přístup farmakologický. Dříve vládl názor, že aktivizační složka, vhodné podnětné prostředí a speciálně pedagogická péče jsou pouze podpurnými pilíři primární medikamentózní léčby. Ovšem dnes je účinnost těchto přístupů prokázána a indikována jako jedna z hlavních terapeutických možností. Důležitou oblast v nefarmakologickém přístupu zastávají speciálně pedagogické aktivizační postupy terapeutické povahy. Tyto terapeutické přístupy lze obecně vymežit jako *„způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují k odstranění či zmírnění nežádoucích obtíží, nebo odstranění příčin k jisté prospěné změně“* (Kozáková, Müller, 2006 s. 41).

Terapeutem se stává specialista v oboru speciální pedagogika. Ovšem v praxi tuto činnost často vykonávají také sociální nebo zdravotničtí pracovníci. Speciálně pedagogická terapie je realizována za určitých podmínek, mezi které se řadí dodržování zákonitostí souvisejících s průběhem a zajištěním terapeutického procesu a také prostředí, kde proces probíhá. Nedílnou složkou je kladná spolupráce terapeuta a klienta a efektivní realizace terapeutického plánu. Terapeutický proces se skládá ze základních fází. Z hlediska krátkodobého jde o fázi, která se zaměřuje na navázání kontaktů, oblast motivace a vytvoření individuálního terapeutického plánu řešící aktuální problém. Z hlediska dlouhodobého jde o fázi, která se zaměřuje na indikace určených obtíží, formování

terapeutického vztahu, naplnění terapeutických cílů, ukončení terapie a následné nabídky dalších možností. Aby se terapeutický proces stal úspěšným, měly by být dodrženy níže popsané **základní principy**:

speciálně pedagogická terapie se opírá o řádnou diagnostiku zastřešující všechny důležité oblasti šetření,

zvolená činnost by měla odpovídat diagnostikované znalosti patofyziologického stavu nemocného, ale měla by být také činností vyhovující i terapeutovi,

speciální pedagog musí umět pracovat s motivací a aktuálním naladěním nemocného,

aplikovaný terapeutický proces vychází z důkladných znalostí a zkušeností pedagoga,

pro aplikaci speciálně pedagogické intervence je důležitý terapeutický vztah, který vyhovuje oběma stranám,

při jakékoliv činnosti je zachována a podporována důstojnost nemocného,

terapie je prováděna v klidném, bezpečném prostředí, kde se klient cítí spokojeně.

(Kozáková, Müller, 2006)

Speciálně terapeutický proces musí splňovat základní cíle. Jejich důležitost se mění podle individuálních potřeb nemocného. MUDr. Iva Holmerová definuje následné cíle takto:

zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností (hrubá, jemná motorika, chůze, soběstačnost ve všedních denních činnostech, kognitivních funkcí),

tvůrčí vyplnění volného času,

eliminace, zmírnění nežádoucích projevů v behaviorální oblasti,

pozitivní vliv na emoční stav člověka s demencí,

dodržování pravidelného režimu, který dává nemocnému pocit jistoty a zlepšuje orientaci při denních činnostech,

zlepšení verbální i neverbální složky komunikace, při komunikačních obtížích pomoci augmentativní či alternativní cestou,

zabránit sociální exkluzi a rozvoji deprese. (Pidrman, 2005)

Terapeut jakož to hlavní činitel terapeutického procesu by měl disponovat určitými předpoklady, které si tato specifická skupina vyžaduje. Kromě již výše zmíněných

dostatečných znalostí, by měl být obohacen jistou dávkou empatie- porozumění, vcítění. Empatií se v tomto případě rozumí vcítit se do problému člověka, pochopit jeho mnohdy absurdní projevy chování a progresivní zvraty. Speciální pedagog zajišťující jakoukoliv terapeutickou činnost by měl přistupovat ke klientovi s demencí bez předsudků (Šicková-Fabrici, 2005).

Terapeut by měl být také pro klienta jakýmsi facilitátorem, průvodcem, který je sám schopen vyjadřovat své pocity a odhalovat své nedostatky. I přes ukázanou stránku lidskosti, musí v určitých situacích vystupovat direktivním způsobem a neměl by ve svém přístupu ztrácet svou profesionalitu. Starý člověk s demencí se totiž často obrací na terapeuta také jako na odborníka, který se v problematice plně orientuje a je schopen nemocného v průběhu nemoci odborně vést a pomáhat. Důležitým faktorem pro terapeutický proces je vytvoření kvalitního terapeutického vztahu a vhodné oboustranné komunikace. Jelikož je verbální projev často vyššími stádii demence u nemocného pozmeněn, je nutné, aby terapeut vnímal v komunikaci také všechny neverbální složky nemocného včetně změn projevu v behaviorální oblasti. Vytvoření zdravého kongruentního terapeutického vztahu je základní bod pro účelnou terapeutickou aktivitu (Kozáková, Müller, 2006).

### **4.8.3. Přehled užívaných terapeutických technik při diagnóze Alzheimerovy choroby**

#### **4.8.3.1. Výtvarné práce**

Jedná se o jednu z nejrozšířenějších činností, jejichž prostřednictvím lze odhadnout současný psychický stav jedince. Výtvarné práce se osvědčují i při orientování se v realitě. Vytvoří-li člověk něco, co je v očích ostatních hezké a hodnotné, cítí se uvolněný a spokojený. Svou tvorbou může vyjádřit své pocity, období roku, které právě prožívá, a to vše shrnuje do výtvarných námětů. Kromě psychického uspokojení si senior při výtvarné činnosti může procvičit jemnou motoriku, představivost (Walsh, 2005). Výtvarné činnosti nejen k určení diagnostiky využívá arteterapie.

#### **4.8.3.2. Arteterapie**

Jedná se o léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Právě arteterapie bývá velmi často používána při práci se starými lidmi. Pracuje s jejich psychikou a využívá

se hojně u lidí, u kterých byla diagnostikována demence. Terapii dělíme do základních tří skupin:

**volná zájmová** - tato část se zaměřuje hlavně na vylepšení motorické funkce. Terapie je zde spíše využívána jako prostředek k aktivizaci.

**volná interpretující** - tvorba seniora je použita k diagnostice. Terapeut do činností nezasahuje, pouze její průběh sleduje a případně s klientem o výtvoru hovoří

**vedená interpretace** – zde se střídá zadání volné tvorby a vedení terapeuta. Ten do činnosti zasahuje a terapeuticky jedince vede. (Liebmann, 2005)

Z pohledu historie se výtvarná technika jako forma terapeutické metody začala cíleně využívat ve 30. až 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Průkopníky arteterapie byli většinou výtvarníci, kteří prošli psychoterapií a hledali možnosti propojení výtvarného působení s psychoterapeutickými postupy a jejich uplatnění v léčbě (např. M. Naumburgová, C. Lewis) ([www.arteterapie.cz](http://www.arteterapie.cz), 7. 1. 2011). U nás se arteterapie využívala od 50. let v různých léčebných a psychoterapeutických zařízeních jako součást psychoterapie. V 70. letech vznikla na půdě Psychoterapeutické společnosti ČLS J. E. Purkyně arteterapeutická sekce, založená a vedená PhDr. D. Kocábovou. Sdružovali se v ní zájemci o danou problematiku z různorodých oborů a byly pořádány speciální semináře a dílny. Dnes je tato terapeutická technika vyhledávaným psychoterapeutickým směrem, který se velmi pozitivně osvědčil.

Arteterapie je využívána v domovech pro seniory, v psychiatrických léčebnách, v denních i týdenních stacionářích, v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením aj. (<http://www.arteterapie.cz/>, 7. 1. 2011)

Mezi obecné cíle arteterapie u seniorů s onemocněním demence se řadí:

- redukace psychické tenze,
- uvolnění a podpora kreativního myšlení,
- celková relaxace
- možná technika vyjádření,
- celková socializace osobnosti,
- upevňování volných procesů.

Pro arteterapii je důležitý proces tvorby. Sleduje se, jak nemocný k činnosti přistupuje, jaké výtvarné prostředky ke svému vyjádření využívá. Jestli pracuje raději sám nebo na společných kolážích, jakou preferuje barevnou škálu, které motivy se často opakují, apod. (Valenta, Müller, 2007).

Mezi užívané techniky se řadí:

Prstomalba – tato technika je vhodná u vyššího stupně choroby. V činnosti se terapeut primárně zaměřuje na kreativní složku, jedná se o využití barev jiným způsobem. Často se touto formou pracuje na větších plochách, při kolážích.

Skupinová výtvarná činnost- zde se může zařadit společná práce na tématu ve dvojicích nebo u seniorů velmi oblíbená štafetová kresba

Kolektivní interpretace prací- skupina se snaží uhodnout, co chtěl jedinec vyjádřit, tím napomáhá takovému jedinci k verbalizaci vlastní práce, k jejímu pojmenování nebo pomáhá hledat smysl.

Arteterapií seniorů se dlouhodobě zabývá Langartenová. Upozorňuje hlavně na fakt, že arteterapie působí na procvičení krátkodobé paměti pro posílení vlastní osoby a je to jedna z hlavních pomůcek pro rehabilitaci jemné motoriky.

#### 4.8.3.3. Biblioterapie

U seniorů je kniha obecně velmi vyhledávanou formou odpočinku. Proto je tato technika úspěšnou formou terapie u lidí s demencí. Kniha nabízí pro terapii řadu možností, které se dají u této skupiny využít. Terapie je nenáročná, ale zároveň efektivní. Jedná se o jednu z nejmladších expresivních terapií. Čížková (1981) vymezuje biblioterapii jako *„prostředek personálně- sociálního růstu jedince a klinický proces využívající vybranou literaturu, tvořivé psaní a film s diskuzí řízenou terapeutem s cílem integrace citové a rozumové sféry osobnosti za účelem dosažení sebeuvědomění či nápravy.“*

(Valenta, Müller, 2007, s. 147)

Biblioterapie se používá jako psychohygienický prostředek při dlouhodobé hospitalizaci na geriatrických odděleních, při pobytech v sociálních zařízeních pro seniory. Biblioterapie lze rozdělit do dvou základních typů:

1. **Receptivní biblioterapie:** tento typ se primárně využívá u vyššího stupně onemocnění Alzheimerovy choroby. Zařazuje se zde čtení na pokračování, štafetové čtení, individuální čtení s následující diskusí.

2. **Aktivní biblioterapie (někdy označována jako poetoterapie):** tato forma využívá aktivní a tvořivé účasti jedince. Je vhodná pro seniora v začátku nemoci. Úkoly se zaměřují na autorskou práci, dokončování textu....

(Valenta, Müller, 2007)

*Mezi nejčastěji formulované cíle patří:*

*odvrácení pozornosti od vlastního problému,*

*aktivní či pasivní doplnění slovní zásoby*

*procvičení kognitivních funkcí*

*překonání depresivních období*

*pozitivní emocionální stimulace“ (Valenta, Müller, 2007 s. 148).*

V poslední době se člověk může setkat v různých zdravotních či sociálních zařízeních pro seniory s demencí s novou terapeutickou metodou, která byla primárně určena pro dětskou klientelu, ale osvědčila se i zde a to je **pohádkoterapie**. Lidé vidí v pohádkách možnost úniku ze všedních problémů. Dobro vítězí nad zlem. Padouchové a loupežníci končí v šatlavách a hladomornách, popřípadě rovnou na šibenici. Krásný princ si vezme ještě krásnější princeznu a všechno končí vesele. Podle ruských terapeutů, kde tento biblioterapeutický směr vznikl, se každodenní společenské problémy s pohádkami prolínají a jedinec své potíže do příběhů nebo rovnou na jejich hlavní hrdiny přenáší. Podle interpretace pohádky se pak dá odvodit, co ho ve skutečnosti trápí, a popřípadě určit řešení... Tím, že pohádky člověka doprovází celým životem a nemocní lidé s demencí si je i ve vysokém stupni nemoci dokáží vybavit, začala se tato terapie využívat jako forma relaxace nebo jako podpůrný diagnostický prostředek ([www.pohadkoterapie-aneb-Zivot-je-pohadka.html](http://www.pohadkoterapie-aneb-Zivot-je-pohadka.html), 11. 1. 2011).

#### **4.8.3.4. Muzikoterapie**

Tato forma expresní terapie se obecně definuje jako pragmaticky a empiricky orientovaná vědecká disciplína, která stojí v systému, hudebních věd na hranici s hudební psychologií, pedagogikou, sociologií, etnologií hudební akustikou a filosofií. Díky této interdisciplinaritě se člověk může setkat s více variantami definic. Nejpresnější definicí je definice podle Světové federace muzikoterapie z roku 1996. *"Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné*

*relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby."* (<http://www.muzikohrani.cz/muzikoterapie>, 7.1.2011).

Muzikoterapie má silnou základnu historii. Už v Bibli je popsán příběh Davida, který svou hrou na harfu léčil údajnou depresi krále Saula. Muzika jako terapeutický prostředek byla hojně využívána v antickém období, ve středověku. V 17. Století nesla název iatromusica, pomocí ní se z nemocného těla vypuzovaly jedovaté látky. Terapii se vedlo až do 19. Století, kdy téměř vymizela. Ovšem po válce se začala opět využívat a dnes je aplikovaná na širokou škálu klientů, s různým typem onemocnění. Stala se velikým přínosem pro podpůrnou léčbu demence. Muzikoterapie má jako i jiné terapeutické formy složku receptivní (pasivní vnímání hudby a složku aktivní (kdy je jedinec aktivně zapojen do činnosti). Muzikoterapie je vedena

direktivním způsobem- kdy terapeut vytváří program a se seniory pracuje podle určitých regulí. Lekce mají naplánované cíle.

nedirektivním způsobem- kdy terapeut nechá řízení lekce na seniorech, ovšem sám se může aktivně zapojit či zůstane v pozici pozorovatele

Hudba jedince motivuje, díky známé melodii si dokáže vybavit celé situace, na které by si díky své nemoci vůbec nevzpomněl. Kromě výše zmíněných cílů je účelem muzikoterapie

působit proti depresivním stavům projevujícím se u Alzheimerovy choroby,

nemocného emočně pozitivně naladit,

napomáhat při kognitivním cvičení,

relaxační metodou,

proces možného vyjádření (Zelevá, 2007)

Přehled základních technik, které se využívají v terapii se seniory s Alzheimerovou chorobou.

**Hudební improvizace-** neřízená hra na jakýkoliv předmět. Hrou jedinec vyjádří své pocity, které je obtížné sdělit verbálně.

**Zpěv písní-** zpěv má pozitivní účinky na artikulaci, rytmus, slovní zásobu. Seniorovi písně připomínají důležité okamžiky jeho života

**Poslech hudby-** hudba působí na emoce člověka. Při klidné melodické hudbě se může rozvíjet představivost.

**Pohybové aktivity při hudbě-** hudba podněcuje pohyb starého člověka, který jím vyjadřuje svou náladu a zároveň procvičuje hrubou i jemnou motoriku.

**Dechová cvičení při hudbě-** neméně důležitým aspektem je správné dýchání, které můžeme hudbou, zpěvem i pohybem podpořit.

(Zelevá, 2007)

#### **4.8.3.5. Dramaterapie**

*„Dramaterapie je léčebně výchovná (terapeuticko – formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“*

(Valenta, 2007, s. 23)

Ve světě existují dva přístupy k systémovému pojetí dramaterapie. První forma nesoucí název Drama as Therapy ( dramaterapie jako svébytný psychoterapeutický postup) a Drama in Therapy (využití dramaterapeutických postupů v rámci „velkých“ psychoterapeutických škol) (Valenta In Müller, 2005).

Dramaterapie není prioritně zaměřena na reálná psychická traumata. Primárně se zaměřuje na jednotlivé symptomy choroby a dává možnost jejímu vyjádření jinou formou než verbální.

#### **4.8.3.6. Teatroterapie**

Tato terapie dosahuje svých cílů prostřednictvím přípravy a realizace divadelního tvaru. U klientů s demencí se hodně pracuje s improvizací na divadle. Často se propojuje s prvky muzikoterapeutickými a arteterapeutickými (Valenta, 2007). Výsledný výstup bývá většinou ve formě scének, vztahující se k určitým tématům (Velikonoce, Vánoce, oslava narozenin, státní svátky aj.)

Cíle teatroterapie:

- Skupinová spolupráce,
- Orientace v daném tématu,
- Oživení vzpomínek děje,



Trénink kognitivních funkcí,  
Trénink paměti,  
Relaxace,  
Motivace k pozitivnímu myšlení (radost z výsledku).

Pozitivní vliv teatroterapie lze sledovat i u jedinců, kteří se aktivně nezapojují, ovšem stávají se diváky. Výsledný výstup této pasivní skupiny může mít motivační charakter pro následné zapojení do činnosti. Teatroterapie se využívá v sociálních zařízeních a stacionářích. Z pohledu historie se teatroterapie začala objevovat až koncem 70. let 20. století. Primárně takové divadlo bylo výlučně určeno pro herce s různým typem postižení. Mezi největší divadelní soubor, kde účinkují profesionální handicapovaní herci je proslulý Maatwerk, který byl založen v roce 19787 umělcem Koertem Dekerem. U nás podobný útvar nenalezneme, ovšem na Slovensku v Banské Bystrici s Maatwerkem inspirovali a vzniklo Divadlo z pasáže, které je opět primárně určené pro handicapované herce.

#### **4.8.3.7. Taneční a pohybová terapie**

V taneční terapii není vůbec nutné ani důležité, zda umí jedinec, či nikoli. Senior nemusí mít přirozený vztah k rytmu nebo k tanci...Je důležité zdůraznit, že v tanečně-pohybové terapii se cení každý pohyb, každá jeho kvalita, není zde kladen důraz na estetičnost pohybu, ale na výpověď, kterou o sobě každý člověk svým pohybem činí...Důležitý je vnitřní prožitek a vyjádření. (Čížková, 2005) Je to terapie kolektivní, která využívá interpersonálních reakcí. Můžeme v ní objevit terapeutické prvky, vhodné pro terapii demence. Kratochvíl (1978) je seřazuje takto:

1. členství ve skupině
2. emoční podpora
3. pomáhání jiným
4. sebeexplorace a sebeexploze
5. odreagování
6. zpětná vazba
7. náhled
8. korektivní emoční zkušenost
9. zkoušení a nácvik nového chování
10. získání nových zkušeností, informací a sociálních dovedností

Hlavním cílem je umožnit člověku jasnější vnímání a orientaci ve vztazích, vztah k sobě samému ve smyslu porozumění a přijetí sama sebe (Čížková, 2005).

#### **4.8.3.8. Ergoterapie**

Ergoterapie je stará léčebná metoda. Již ve starověku byl znám příznivý účinek práce a sportu na lidské zdraví. Jako léčebnou cílevědomou metodu ji poprvé použil dr. Ph. Pinel (1745 - 1826) ve Francii. V psychiatrických léčebnách důsledně prosazoval zlidštění poměrů. Mezi průkopníky zavádění ergoterapie u nás patří rovněž profesor MUDr. R. Jedlička. Ergoterapie se nasazuje u dětí a dospělých, kteří jsou postiženi poruchami psychotickými, neurotickými a psychomotorickými, závislostmi (na drogách), rozpadem funkcí, který byl způsoben stářím. Častými klienty se právě stávají senioři s demencí.

Terapii lze definovat jako lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně nebo smyslově postižené osoby, která je odborně vedena. Jde o využití práce nebo různých jiných, např. výtvarných činností přiměřeným způsobem, podle onemocnění a stavu jedince (Doubravová, 2000).

Ergoterapie u těchto klientů s Alzheimerovou chorobou sleduje následující směrové cíle:

- odstranění deficitu v oblasti afektivní, kognitivní a senzomotorické,
- podporu schopnosti individuálního vnímání,
- zlepšení schopnosti komunikace a navazování kontaktu,
- získání sociálních kompetencí,
- zlepšení schopnosti se vyjadřovat.

Těchto cílů ergoterapie dosahuje pomocí rozmanitého výběru rukodělných a výtvarných prostředků a postupů, ale také výcvikem v oblasti praktického života, výcvikem náplně v oblasti volného času a při přípravě pro pracovní začlenění. Zpravidla je ergoterapie prováděna ve skupinách (kolektivní zařazení do ergoterapie). Individuální potřeby psychicky nemocného jsou zohledněny diferencovanou tvorbou rámcových podmínek, kladením úkolů a terapeutického postupu. ([www.ergoterapie.cz](http://www.ergoterapie.cz), 8. 1. 2011)

#### **Hlavní oblasti ergoterapie:**

- kondiční ergoterapie
- ergoterapie cílená na postiženou oblast (funkční)
- ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění
- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti (Doubravová, 2000)

### **Přehled pracovních činností - pracovní postupy**

**Práce z papíru** - skládání, vystřihovánky, tzv. origami (= japonské hračky z papíru, vzniklé kombinací skládání, vystřihování a lepení), koláž, kartonáž.

**Kreslení, malování, grafické techniky** - kresba suchým pastelem, kombinace voskových pastelů s černou tuší, odkrývací technika (sgrafito), kresba na vlhký podklad, kombinovaná technika, malba temperami, tisk temperou z lepenkové matrice, monotyp kresbou a malbou, tisk z linorytu, tisk z různých struktur (přírodní materiály, textil), neobvyklé techniky - hry s barvami, benzínové papíry.

**Modelování** - modurit, těsto (lidové vizovické pečivo, perník), hmota z dřevěných pilin, plastelína, hlína, sádra.

**Tradiční ruční práce** - pletení, háčkování, vyšívání, ruční šití, šití na stroji, síťování.

**Práce s textilem** - tkaní na stavu, tkaní na rámu, síťový obraz („nitřák“), tkaní pomocí kartiček, tkaní do kruhu („tenerifa“), koláž, drhání (macramé).

**Práce s přírodními materiály a lidové výtvarné techniky** - práce s květinami, využití lesních plodů a semen, využití orobince, slámy, kukuřičného šustí a vrbového proutí, kraslice (velikonoční vajíčka), batikování, práce s kůží.

**Práce se dřevem** - výběr, řezání a příprava materiálu, opracování dřeva, dokončovací práce (povrchová úprava).

**Práce s kovem** (drátem, plechem).

**Práce s umělými hmotami** - organické sklo (Akrylon, Umaplex, Perlplex), novodur (polyvinylchlorid), dentakryl, termoplastická profilová dlaha (Doubravová, 2000).

#### **4.8.3.9. Terapie zachování vlastního sebeobrazu ( SET)**

Tento postup se zaměřuje na zachování osobnostní identity. Cílem je posílení self, které zakládá identitu, a které je při tomto onemocnění ohrožováno. Hlavním cílem je pokus udržet vědění o sobě samému. Vztah k současné realitě má sekundární význam. Pro aktivní zacházení se sebou samým jsou využívány hlavně vzpomínky. Člověk s demencí prochází změnami v oblasti patofyziologie, kdy se oslabují mnestické schopnosti vedoucí ke ztrátě sebepotvrzujících informací. Také se mění sociální podmínky. Nemocný se potýká s výměnou rolí, které vedou ke snížení sebehodnocení (Rahn, Mahnkopf, 2000).

#### **4.8.3.10. Validační terapie**

Validovat znamená potvrzovat, vzít na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé (Kalvach a kol., 2004). Metodu rozvinula Nail Feilová, sociální pracovnice, která žije

v USA. Její filozofie vychází z metod humanistické psychologie. Používá se u klientů, kteří již nejsou schopni se orientovat v realitě. Terapie se aplikuje při postupující demenci, kdy už jakékoliv obnovování, orientace v realitě je nemožné a zcela neúčinné. V tomto stadiu by klienty obtěžovalo a zbytečně frustrovalo. Proto se terapie zaměřuje na minulost nemocného jedince. V pozdějších stádiích demence, kdy člověk ztrácí kontrolu nad realitou i nad sebou samým, ztrácí vlastně představu sebe sama. K validačním technikám patří v této fázi dotek, zrcadlení (napodobování druhého jako v zrcadle), hudba, empatické naslouchání verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování, intuice. Lidé v pokročilém stadiu demence vyjadřují své city často neverbální cestou pomocí pohybů, výrazu očí, zabarvením hlasu, mimikou (Kalvach a kol., 2004).

#### **4.8.3.11. Trénink orientace v realitě**

Trénink se zaměřuje na vztah k přítomnosti u nemocného s demencí. Používá se u klientů, kteří jsou schopni se v realitě orientovat. Tento terapeutický postup vznikl v USA v padesátých letech minulého století a do Evropy se rozšířil na počátku osmdesátých let. Orientace v realitě se snaží zlepšit celkovou orientaci, zmenšit zmatenost a maximalizovat nezávislost a sociální interakci

. Využívá se různých symbolů a formulací jako pomůcek pro zlepšení orientace. Pro udržení vztahu nemocného s okolím se využívá informačních pramenů.

(Rahn, Mahnkopf, 2000)

Jedná se o jeden z nejstarších psychologických přístupů k demenci, jeden z mála, jehož efektivnost potvrzuje dostatek vědeckých důkazů svědčících pro to, že se jedná o účinný nástroj ke zvládnutí kognitivních i behaviorálních změn při demenci, hlavně u nižších stupňů nemoci. Tuto formu tréninku nemusí provádět jen terapeut, mohou zapojit všechny osoby, které s nemocným přijdou do styku jak v domácí, tak v institucionální péči. Nemělo by se ovšem zapomínat na základní pravidla, kterými se trénink řídí.

Nemocnému by se měly sdělovat jen ty informace, které sám využije a jsou pro něj účelné. Při nadměrném zasycení bezvýznamnými informacemi dochází k informačnímu přesytení a chaosu.

Seniora informujeme po celý den průběžně. Při každé vhodné příležitosti, zopakujeme základní údaje (kolik je hodin, jaký je den v týdnu...)

Nemocnému se podávají informace způsobem, jakým by se vedl běžný rozhovor

Kromě předání informací, se se seniorem probírá nácvik sociálních dovedností a konkrétní situace např. nákup v obchodě, příprava jídla...( Vaculová, 2006)

#### **4.8.3.12. Rezoluční terapie**

Rezoluční terapie, kterou rozvíjí Stokes a Goudie, využívá základních pocitů člověka, které právě prožívá. Rezoluce předpokládá, že cokoli řekne jedinec TEĎ, je to pro něj realitou. Terapeut dále tuto realitu rozvádí a pracuje s ní. Nemocnému vchází do takové „reality“ většinou minulé děje nebo vzpomínky. Úkolem terapeuta je, aby v této „realitě“ s nemocným zůstal, pomohl řešit jeho problémy, snažit se zodpovědět otázky. Ovšem rezoluční terapie nedovoluje, aby terapeut měnil a opravoval realitu klienta. Pro něj totiž zůstává plnohodnotnou skutečností. Nemocný se vrací do své minulosti a znovu ji prožívá se všemi emočními doprovody. Terapeut takové situace s nemocným prožívá a nabízí pomoc při řešení (Walsh, 2005).

#### **4.8.3.13. Videotrénink interakcí ( VTI)**

Jedná se o formu terapie, která se centrálně zabývá intervencí a podporou v komunikační oblasti. Primárním médiem je videozáznam běžných situací, které senior s demencí provádí nebo se zaznamenávají důležité okamžiky v životě nemocného. Po shlédnutí natočeného materiálu, dochází k rozhovoru nemocného s terapeutem nad jednotlivými úseky záznamu. Tato metoda vznikla v Nizozemsku v polovině 80. let 20. Století, kdy pracovníci touto metodou zkoumali skupinu dětí z domova pro narušenou mládež. Zakladatelem této metody je Harrie Biemans holandský terapeut a psycholog. Technika slaví úspěchy i v České republice Metoda se zaměřuje primárně na výchovné problémy dětí jak v různých výchovných a školských zařízeních, tak i v rodině (Matoušek, 2008).

V České republice je zavedena od roku 1995 díky občanskému sdružení SPIN. Protože se metoda ukázala jako velmi účinná, přesahuje v dnešní době již rámec rodiny a školy. Je také využívána jako velmi efektivní nástroj pro rozvoj komunikačních dovedností u seniorské populace mající komunikační problémy, z důvodů různých organických poruch či psychických onemocnění. Videotrénink interakcí je tak přínosnou podpůrnou terapií u seniorů s onemocněním Alzheimerovy choroby.

(<http://www.spin-vti.cz/metod.html>, 15.1. 2011)

Základní průběh práce VTI:

### **1. Mapování oblasti návštěva v rodině (v sociálním zařízení)**

První návštěva slouží k základnímu zhodnocení situace jak z hlediska porozumění problému, tak z hlediska možné analýzy zdrojů. Na základě první návštěvy vytvoří videotrenér pracovní plán a plán intervence. Ten pak dá ke zhodnocení pečovateli, kteří se o nemocného seniora starají. (Matoušek, 2008)

### **2. Natáčení**

Videotrenér pořizuje přibližně 10-15 minutový záznam interakce v prostředí. Natáčí se úspěšné momenty interakce. Ty jsou „vstupenkou“ ke změně. Pokud ovšem opravdu chybí dobrý kontakt, úspěšná interakce, můžeme opatrně takovou situaci navodit. (Matoušek, 2008)

### **3. Analýza videonahrávky**

Videotrenér provede analýzu a editaci videonahrávky. Vybírá takové ukázky, které ukazují pozitivní momenty a mohou pomáhat klientům rozvíjet své možnosti. Videotréning nikdy neupozorňuje na selhání. Analýza je často doprovázená mikroanalýzou, tedy krok za krokem zastavovaných užitečných momentů interakce.

### **4. Zpětnovazební rozhovor**

Videotrenér a klient společně diskutují nad vybranými momenty s cílem hledání nových významů úspěšných interakčních momentů a často i s cílem najít možnosti pro změnu. Společné sledování těchto prvků je pouze startovním bodem pro diskusi s klienty. Ta se pak týká rozboru specifických oblastí vyvstávajících z nahraných úryvků. VTI je považován za krátkodobou formu terapie. Trvá od 1 do 6 měsíců. Intenzita a délka trvání pak záleží především na závažnosti problematiky a přítomnosti podpůrných i rizikových faktorů (<http://www.spin-vti.cz/metod.html>, 15. 1. 2011).

#### **4.8.3.14. Reminiscenční terapie**

Tato forma terapie se užívá u seniorů s demencí velmi často. Jedná se o jednu z mála terapií, která je primárně vytvořena pro tuto skupinu nemocných. Reminiscenční terapie je aktivizační metoda, která využívá vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím osobních předmětů. Tato technika slouží jako druh technik oživení paměti v závislosti na dávno minulých událostech. Využití této terapie je vhodné jak v domácím prostředí, tak i v sociálních zařízeních. Práce se vzpomínkami zlepšuje psychický, funkční a zdravotní stav seniora. Vzpomínky jsou zdrojem příjemných pocitů, s prožíváním situací tak, jak proběhly kdysi dávno, včetně smyslových vjemů a emocí. K oživení vzpomínek

nám slouží dobové fotografie, hudba, předměty, oblečení a třeba i vůně. Nemocný s demencí ve vzpomínkách nachází sám sebe, má pocit spokojenosti, bezpečí a lépe komunikuje. Pečovatel by ho však měl vždy nenásilnou formou vrátit zpět do reality (Holmerová, Janečková in Jirák, Kalvach, 2004).

Reminiscenční terapii, lze provádět skupinově nebo individuální cestou. V dnešní době funguje řada sociálních zařízení, která reminiscenční terapii pravidelně využívají a pro skupinová sezení je vymezena společenská místnost vyzdobená různými předměty, ke kterým se váže minulost klientů, které pomáhají oživit příjemné vzpomínky. Místnost je mnohdy vybavena starodávným nábytkem, gramofonem aj. Touto cestou se pečovatelé snaží přiblížit do dob mládí nemocných klientů. V reminiscenční terapii se uvádí dva základní modely podporující vzpomínání. Prvním modelem je využití verbální metody. Jak již název podhaluje, primárně se zde využívají ke vzpomínání slova, a to v ústní nebo písemné podobě. Lidé si povídají ve dvojici, ve skupině, vyprávět může také jeden člověk před větším počtem posluchačů. **K verbálním technikám** s reminiscenčními prvky patří i společný zpěv známých písní, recitace básní naučených ve škole, hlasité předčítání z pamětnické literatury nebo dobových tiskovin, hraní rolí, přehrávání obřadů a rituálů, komických situací ze života (např. škola, svatba) a hraní divadla nacvičeného podle scénáře připraveného na základě vyprávěných vzpomínek (příběhy z naší vesnice, naše první lásky). Svě vzpomínky mohou klienti zapisovat do vytvořených deníků (life book), ozdobených fotografiemi a výstřižky starých článků, nebo vlastní kresbou. **Neverbální (kreativní) metody** umožňují vyjádřit vzpomínky pomocí těla či výtvarných prostředků např.: výtvarná tvorba - koláže, kresba, modelování) nebo pantomimou, kdy nemocní mohou přehrávat zajímavé životní situace beze slov. Také se v zařízeních pořádají různé akce s tímto tématem spojené např. módní přehlídka v dobových kostýmech, pořádání filmového promítání starých filmů na plátno, Den vaření.... (Janečková a kol., 2008)

Ne všem klientům vyhovují skupinová sezení, a proto se terapie také často využívá individuálně se seniorem v průběhu péče, při odpočinku na pokoji, apod. Terapeut vede například rozhovor nad fotografiemi, nemocnému se pouští oblíbená hudba z mládí. Soukromé materiály nemocného jsou uloženy ve vzpomínkových krabicích, kufřících. Tyto pomůcky jsou vhodným prostředkem k navázání smysluplné komunikace se starým člověkem, pomohou k vytvoření atmosféry důvěry a blízkosti mezi pečovatelem a uživatelem služby. Využití vzpomínek v práci se seniory v institucích napomáhá zlepšení jejich celkového psychického, funkčního a zdravotního stavu. Je prostředkem, který může usnadnit přechod z původního bydliště do nového domova. Reminiscenční terapie se dá

využít také v domácí péči. Domácí prostředí je právě pro tuto terapii velmi podnětné a umožňuje přirozenější cestu ke vzpomínání. Velkou výhodou je i to, že se do vzpomínání může zapojit i rodinní příslušníci, na rozdíl od institucionální péče, kdy tato spolupráce s rodinou není mnohdy možná.

#### **4.8.3.15. Bazální stimulace**

Koncept **bazální stimulace vychází z nejnovějších poznatků** pedagogiky, fyziologie, anatomie, neurologie, vývojové psychologie a ošetřovatelství. Základním principem konceptu je **zprostředkovat člověku vjemy** z vlastního těla a **stimulací vnímání organismu** mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat **komunikaci** (<http://www.pecovatelstvi-dotek.cz/bazalni-stimulace.php>, 10. 1. 2011).

Za autora konceptu se považuje Andreas Fröhl, který v sedmdesátých letech minulého století začal pracovat na konceptu podporujícím rozvoj schopností u dětí s těžkým mentálním i tělesným postižením. U nás se touto problematikou jako jedna z prvních zabývala Mgr. Karolína Friedlová, která v roce 2003 lektorovala první kurz na lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. O dva roky později vznikl Institut Bazální stimulace, který garantuje kvalitu poskytovaných supervizí a různých tematických seminářů (Plisková, 2007).

Bazální stimulace umožňuje lidem se silným postiženým vnímáním a poruchou hybnosti zlepšovat svůj stav, a to cílenou stimulací smyslových orgánů. U hluboké demence, kdy člověk verbálně téměř není schopen komunikace a možnost celkového vnímání je nulová, tehdy přichází komunikace pomocí doteku. Celé tělo se stává komunikačním nástrojem. Nesmíme ovšem zapomenout, že nemocný je rovnocenným partnerem. Nabízíme klientovi takové vjemy, o nich může sám rozhodnout, zda je přijme, či nikoliv. Somatické vestibulární a vibrační stimulace tvoří základní trivium metody.

##### **Somatické podněty**

Využívají poznání povrchu těla jako orgánu vnímání. Mezi tyto somatické stimulace je využívána celková masáž, která může být zklidňující, osvěžující a pomáhá stimulovat dýchání. Somatickou stimulaci lze aplikovat různými materiály. (písek, peří, kožešina)

##### **Vestibulární podněty**

Senior se díky změně polohy může uvědomit své postavení, učí se vnímat různé směry, pohyb nahoru dolů dokola. Cílem je, aby senior nepocítoval své tělo jako podložku, ale obnovil si odpovídající svalový tonus a orientoval se v prostoru.



### **Vibrační stimulace**

Stimulaci je možno aplikovat hlasem, rytmickým klepáním dupáním, drobnými elektrickými přístroji (masážní strojek).

Všechny stimulace lze doplnit některými z následujících terapií. Aromaterapie, doteková terapie, muzikoterapie, jídelní terapie aj. (Friedlová, 2007)

#### **4.8.3.16. Kinezioterapie**

Lidé, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, jsou většinou i ve vyšším stádiu nemoci v dobrém fyzickém stavu. Kinezioterapie využívá tohoto stavu na podporu celkového zlepšení organismu. Jedná se o aktivní provádění pohybového programu, který využívá prvků tělesných cvičení, sportů a pohybových her. *„Hlavním cílem je spolupůsobení na zmírnění, odstranění nebo schopnost ovlivňování psychických a psychosomatických obtíží nebo jejich příčin“* (Hátlová, Suchá, 2005, s. 30). Nemocný je veden k uvědomování vlastního těla. U lehčích forem demence se využívá gymnastických a tanečních prvků. Demence Alzheimerova typu se projevuje:

##### **a) Snížení paměťových funkcí**

Cvičení se v této oblasti zaměřuje na procvičování a znovu vybavení si dovedností spojených s pohybem, které vedou k soběstačnosti. Patří sem drobné manipulační dovednosti, koordinace pohybu končetin, chůze, správné držení těla.

##### **b) Snížená schopnost myšlení**

U jedince s demencí se stává myšlení rigidní, nevýbavné, bradypsychické. Nemocný jedinec se neorientuje v běžných situacích, nedokáže plánovat nebo se rozhodovat. Cvičení se proto zaměřuje na jednoduché herní situace, kde je nemocný vystaven jednoduchým konfliktům, které musí řešit jako individuálně, tak i ve skupině. Klade důraz na posílení motivace a na kladné hodnocení při dalším cvičení.

##### **c) Poruchy vnímání**

Při cvičení se využívá předmětů z různých typů materiálu, kdy účelem je rozpoznávání takového předmětu, zvuků, které vydává a nadále se s ním pracuje ve cvičebním programu.

##### **d) Apraxie**

Cvičení se primárně zaměřuje na vnímání vlastního těla. Využívá se forem koncentračního a dechového cvičení. Při cvičení se střídají jednotlivé polohy těla. Pro nemocné seniory se vytváří sestavy složené z harmonizačního cvičení a jógy.

### e) Poruchy řeči

Verbální projev je často u nemocných demencí stereotypní, ulpívavý, snižuje se slovní zásoba a dochází ke zhoršení vyjadřovací složky. Proto i kinezioterapie zařazuje do svých programů herní motivy stimulující ke komunikaci ve variabilních situacích.

(Hátlová, Suchá, 2005)

### f) Poruchy emotivity- depresivní projevy

U Alzheimerovy choroby dochází k emoční disbalanci s náchylností k depresivním projevům. Při vyšším stupni choroby se depresivním stavům přidává tělesný neklid, agrese či naopak úplná apatie. Při pravidelných lekcích cvičení se u nemocných začnou vylučovat v určité míře endorfiny (hormony štěstí), které pozitivně ovlivní emoční změny. Cvičení je dle schopností nemocného vždy odstupňováno přes relaxační cvičení, mírnou až střední fyzickou zátěž.

Kinezioterapie pozitivně působí s dalšími obtížemi, které Alzheimerova choroba přináší, jsou jimi například, poruchy spánku, motivace, aj. (Hátlová, Suchá, 2005)

#### 4.8.3.17. Trénink paměti – trénink kognice

Trénink paměti je jedna z nejdůležitějších složek, na kterou by se měl jedinec zaměřit. Jelikož nemoc demence nenarušuje jen paměťovou stránku, ale ubírá i na slovní zásobě, je důležité, aby pečovatel, který se o takto nemocného jedince stará, s ním každý den pravidelně procvičoval paměť i vyjadřování. K tomuto účelu aktivit jsou velmi vhodné hry se slovy, zvláště opatří-li si na pomoc velká a zřetelná zobrazení. Pečovatel nemůže dělat něco, co je mimo chápání člověka trpící demencí, poněvadž v jeho mysli vyvolá zmatek a následně i pocit zklamání, že tato hra je k ničemu. Hry bez humoru a vhodného lidského přístupu se mohou stát nudnou záležitostí. Mezi základní cíle patří:

Procvičit funkce jednotlivých poznávacích úrovní

Trénink pozornosti

Procvičení složky vnímání

Udržení informací v krátkodobé paměti

Trénink verbální i písemné oblasti

.Nejlepším způsobem jak zaujmout a zapojit do těchto her je přichystání co nejvíce obrázků, rekvizit a pomůcek, které samotné techniky ožíví a usnadní (Walsh, 2005).

#### 4.8.3.18. Zooterapie

Neboli terapie za podpory a přítomnosti zvířete. Zvíře má na člověka určitý terapeutický vliv, který se často využívá pro podpůrnou terapii. Obecně lze tuto terapii definovat jako komplexní využití vztahu člověk-zvíře k lékařským (psychologickým) a duševním (emocionálním) účelům. 70. léta 20. století byla průkopovým obdobím pro rozvoj této pomocné péče jako cílené terapie. Zvíře se stává prostředníkem kooterapeutem, pomocí něho nemocný lépe zpracovává informace. Tato terapie zastřešuje různé druhy zvířat, ať už se jedná o nejznámější canisterapii, felinoterapii nebo méně známé terapie plazy, lamaterapie. Pomocí tohoto druhu terapie je možné u nemocného zlepšit citové i kognitivní schopnosti. Blízkost zvířete zlepšuje depresivní stavy, podněcuje chuť k činnosti. Člověk s Alzheimerovou chorobou se často cítí nepochopen a osamocen a zvíře se pak stává mnohdy jediným dobrým společníkem. Zooterapii lze uplatnit v domovech pro seniory, psychiatrických léčebnách, léčebnách dlouhodobě nemocných a nemocnicích. Pro zooterapii používají zvířata pečlivě vybíraná podle živočišného druhu, ale i podle povahy jedince. Pracuje se pouze s takovými zvířaty, kterým je kontakt s člověkem příjemný. (<http://zooterapie.webnode.cz/zooterapie/>, 10.1. 2011)

#### Canisterapie

Název canisterapie vznikl složením slov canis (pes) a terapie (léčba). Canisterapie je definována jako podpůrná, alternativní terapie využívající psa. Canisterapeutickým týmem se pak rozumí spolupráce psovoda a psa, kteří absolvovali canisterapeutické testování. Tento tým pracuje s klientem a jeho asistentem. Jedná se o formu psychoterapie. (Pipeková, Vitková 2001).

Tato metoda se vyvinula na podkladě zkušenosti prověřených staletími. Jeden z hlavních průkopníků této metody se stal psychiatr Boris Levinson, který své zkušenosti přenesl do písemné podoby a v roce 1982 vytvořil první metodiku. V České republice se canisterapie začala ojedinele objevovat na počátku 90. let 20. století. Průkopníkem u nás se stala **Jiřina Lacinová**. V roce 2003 vznikla první asociace s nesoucí název Česka canisterapeutická asociace, která zastřešovala občanská zájmová sdružení, jež vznikala během předchozích let (srov. Galajdova 1999, Müller a kol. 2005). V canisterapii se užívá mnoha forem, které lze rozdělit do následujícího členění:

#### AAA ( Animal Asistent Activites)

Tato metoda nemá specifické cíle. Činnost vyplývá spontánně z přítomnosti psa a požadavků nemocného. Výsledky takovéto terapie jsou jen těžko měřitelné, hodnotí se jen

podle toho, jak byl senior spokojen, jak se do činnosti zapojoval, zda se zvýšila aktivita apod. AAA se dále člení na specifické formy a to na: AAA pasivní- jde o nejjednodušší formu. Pes působí pozitivně jen svou přítomností. Nemocný se o něj nestará.

AAA interaktivní- kdy je pes v zařízení trvale nebo kdy dochází v pravidelnou dobu vyhraněnou pro terapii.

### **AAT ( Animal Assited Therapy)**

Metoda se vyznačuje záměrnou, plánovitou a cílenou intervencí. Pes je součástí cílené terapie, kde dochází k průběžné evaluaci a diagnostikování. Výsledky jsou na rozdíl od AAA měřitelné. (Guth, 2005)

## **Cíle canisterapie**

### **Rozvoj citových schopností**

Hlazení psa, mazlení se s ním, tj. uspokojování potřeby něžnosti.

Povídání klienta s terapeutem, při němž zjišťuje, že i pes může být smutný, veselý, nemocný a pokud se o něj bude dobře starat a bude ho mít rád, bude mu pes dobrým kamarádem.

Terapeut se snaží navázat komunikaci klienta se psem, aby snížil jeho nesmělost a uzavřenost a podpořil spontánnost projevu ve vztahu k jiným osobám

V případě použití malého psa se rozvíjí člověka ochranné a pečovatelské postoje, použije-li se velký pes, získá pocit bezpečí.

Při poznávání nových věcí ve společnosti zvířete, dochází k odbourávání neopodstatněného strachu a odvedení pozornosti od vlastních potíží klienta.

Při použití skupinové terapie má klient ve „svém“ psovi spojence pro zvládnutí komunikace a chování v kolektivu.

### **Rozvoj rozumových schopností**

Nemocný získává zájem o určité aktivity prostřednictvím cílené hry a plněním úkolů, čímž se zvyšuje doba soustředění na danou činnost.

Prostřednictvím různých pomůcek a zadávání úkolů klientovi se zlepšují komunikační dovednosti, rozšiřuje se slovní zásoba a vyjadřovací schopnosti.

Krmení psa či jiné situace, kdy je potřeba psa nevyrušovat, se využívají k nácviku sebeovládání. Pro lidi s Alzheimerovou chorobou, kde je silně narušena komunikační stránka, je srozumitelný kontakt se zvířetem, které komunikuje

jednoduše a jednoznačně a proto zde pes plní roli prostředníka v komunikaci s lidmi.

### **Rozvoj pohybových schopností**

Formou různých společných her se zvyšuje u klientů motivace k pohybu i jejich pohybové schopnosti, rozvíjí se hrubá i jemná motorika, ve společnosti psa se klienti učí vhodně relaxovat (<http://www.canisterapie.info>, 24. 1. 2011)

### **Felinoterapie**

Felinoterapie staví na podobných principech jako canisterapie, ale zatím u nás nemá tak dlouhou tradici. Lze ji definovat jako „léčebný kontakt mezi člověkem a kočkou, neboli psychosociální a rehabilitační metodu podpory zdraví využívající pozitivního působení kontaktu člověka s kočkou, poskytující motivační podněty k uzdravení, odpočinku či stabilizaci organismu (<http://felinoterapie-aneb-kocka-jako-lek>). Felinoterapii se u nás začala intenzivněji věnovat paní Daniela Hypšová z Nezávislého chovatelského klubu v Mladé Boleslavi a formulovala kritéria, která by měla splňovat každá kočka. Co se týče klientely, za nejvhodnější se považují právě senioři s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence. Základem felinoterapie je využití vrozeného daru empatie, intuice a léčivé energie kočky schopné odnímat bolest a utrpení, schopnost navozovat duševní harmonii a napomáhat najít ztracenou životní rovnováhu, vytvářet pocit jistoty a bezpečí. Klidná povaha a rozvážnost koček velmi pozitivně působí na staré lidi. Živé zvíře je často nejspolehlivějším a někdy jediným přítelem člověka. Nahrazuje často chybějící rodinné vztahy a to při nedostatečné citové vřelosti v rodinách nebo v případě, že člověk žije sám. Felinoterapie výrazně přispívá k úspěchu ostatních léčebných postupů. Účinkem této terapie může dojít ke snížení krevního tlaku a ke zvolnění srdeční činnosti. Kontakt se zvířaty napomáhá regeneraci sil, psychickému uvolnění, projevení citů a navozuje kladné emoce, má úlohu katalyzátoru mezilidských vztahů. Tak jako canisterapie i felinoterapii můžeme rozdělit do dvou základních forem

Pasivní- již pouhá přítomnost kočky pozitivně působí při odbourávání pocitu samoty

Aktivní- kdy senior o zvíře pomáhá pečovat, vztah je posunut do roviny vzájemného obohacení a sounáležitosti

( <http://cs.wikipedia.org/wiki/felinoterapie>, 13. 1. 2011)

## **Výhody felinoterapie ve srovnání s canisterapií.**

Léčebné působení kočky může probíhat i v omezeném prostoru, kočka nevyžaduje pravidelné venčení a výcvik

Kočka si vystačí, postará se o sebe sama, a přitom dokáže vyzařovat velice silnou pozitivní energii. Je tedy ideálním "terapeutem" a společníkem pro osoby s omezenou hybností. Čili seniory s onemocněním demence.

Rozdíl lze také sledovat v povahách obou zvířat. Zatímco pes, extrovert, předurčen k družnosti a oddané poslušnosti kočka je introvertní povahy s vyhraněnou individualitou (<http://felinoterapie-aneb-kocka-jako-lek>, 13. 1. 2011)

## **5. Sociální služby**

Termín sociální služba znamená činnost, zabezpečení osobních potřeb a snahu o eliminaci těžkostí, zatěžujících, nepříznivých situací. V průběhu 90 let minulého století zaznamenává model poskytování sociálních služeb v České republice škálu pozitivních změn, především přerod velkých rezidenčních zařízení na menší, která mohou mnohem lépe respektovat moderní trendy, rovné přístupy v právech. Stěžejním dokumentem se stal zákon o sociálních službách č.108/2006. Sb. Do té doby neexistoval jednotný zákon, který by se sociální oblastí zabýval. Také se daleko více zkvalitnila oblast kontroly sociálních zařízení a služeb. Dne 1.1. 2007 totiž vyšly v platnost, Standardy kvality sociálních služeb, které se staly obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

### **5.1. Sociální služba v zákoně 108/2006**

Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří jsou ohrožená sociální okluzí.(zákon 108/2006 Sb.)

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné,

vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanoven zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1. 2007, obsah je uveden ve vyhlášce č.505/2006 Sb.,

### **Sociální služby zahrnují oblasti**

**sociálního poradenství** - které je rozděleno na základní a odborné sociální poradenství. Smyslem sociálního poradenství je poskytování potřebných informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace.

**Služby sociální péče**- které jsou zaměřeny na to, aby napomáhaly lidem zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost. Nabízejí pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu a v soběstačnosti.

**Služby sociální prevence**- které se zaměřují na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení, zaměřují se především na oblast tzv. „sociálně negativních jevů

([http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky\\_odpovedi\\_22-rev3.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev3.pdf), 13. 2. 2011).

### **Mezi formy sociálních služeb můžeme zařadit následující:**

Terénní - jedná se o služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Pobytové- jedná se o služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Ambulantní- těmito službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

## **5.2. Přehled sociálních služeb, které může využít senior s DAT**

### **Osobní asistence**

Terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

### **Pečovatelská služba**

Lze ji rozdělit na **terénní** nebo **ambulantní** formu. Poskytuje se osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

### **Průvodcovská a předčitatelská služba**

Opět se jedná o formy terénních nebo ambulantních služeb, které se poskytují osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace. Napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb. ( Burešová, 2009)

### **Odlehčovací služby**

Jsou službami terénními, ambulantními nebo pobytovými. Často jsou také nazývány jako sdílené či respitní služby. Jedná se o různou kombinaci činností péče. Posláním odlehčovacích služeb je zastoupit pečujícího člena rodiny, který se stará o nemocného seniora a vytvořit mu tak čas pro vlastní odpočinek, regeneraci sil nebo vyřízení si osobních záležitostí. Hlavním posláním je rozšiřovat svým uživatelům sociální kontakty, předcházet sociální izolaci a nabízet podnětné prostředí. Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu

pomoc při osobní hygieně

pomoc při zajištění stravy

sociálně terapeutické činnosti

výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon 108/2006 Sb.).

### **Centra denních služeb**

Poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. **Uživatelům jsou ve službě zajišťovány tyto základní činnosti:**

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,



- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání záležitostí (Zákon 108/2006 Sb.).

### **Denní stacionáře**

Poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Je formou poloinstitucionální péče, jejímž principem je pobyt v zařízení v rozsahu 6-12 hodin. (Burešová, 2009)

### **Týdenní stacionáře**

Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Posláním týdenního stacionáře je podporovat uživatele v soběstačnosti a samostatnosti podporovat je při běžných každodenních činnostech a denních aktivitách. Cílem je rozšiřovat a zlepšovat sociální návyky a dovednosti uživatelů

(<http://www.centrum83.cz/t%C3%BDdenn%C3%AD.htm>, 14. 2. 2011).

### **Domovy pro seniory**

Před vznikem zákona o sociálních službách, tedy do konce roku 2006, byla v platnosti vyhláška č. 182/1991 Sb. Tato vyhláška definovala dnešní zařízení sociálních služeb jako tzv. ústavy sociální péče a rozlišovala dva typy pobytových zařízení sociální péče pro seniory, kterými byly **domovy důchodců** a **domovy-penziony pro důchodce**.

**Domovy důchodců** byly primárně určeny pro staré občany, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu, a kteří ze zdravotních důvodů potřebovali komplexní péči.

**Domovy-penziony pro důchodce** byly také určeny pro staré občany, pobírající starobní důchod, ale jejich zdravotní stav komplexní péči nevyžadoval. V tomto zařízení byly poskytovány pouze ty služby, které vzhledem k věku uživatelů byly potřebné

Ovšem, když od 1.1.2007 vyšel v platnost zákon o sociálních službách a názvy těchto zařízení byly změněny. Název obou typů zařízení se sloučil v domov pro seniory a domovy

důchodců, které měly specializované oddělení pro seniory s demencí, jsou dnes označovány jako domovy se zvláštním režimem.

Dle Zákona o sociálních službách jsou v **domovech pro seniory** poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. v domovech pro seniory se poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, zdravotní péče, poskytování stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Prostředí domova pro seniory by mělo být podobné běžnému domácímu prostředí. Personál by se měl přizpůsobit klientům, aby se klienti cítili v domově jako v domácím prostředí (Burešová, 2009).

**V domovech se zvláštním režimem** se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo z důvodu závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim je v těchto zařízeních přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Zákon 108/2006 Sb.).

Do této skupiny zařízení ještě spadají také penziony pro seniory a domy s pečovatelskou službou. Ty poskytují také pobytové služby, ovšem jsou primárně určeny pro soběstačné seniory, kteří nevyžadují takovou péči jako v domovech pro seniory. V domově je seniorům poskytována pečovatelská služba, jejíž rozsah si uživatelé určí sami.

### **5.3. Přehled zdravotnických zařízení, která jsou určena pro seniory s DAT**

#### **Geriatrická oddělení nemocnic**

Vznikají v nemocnicích od roku 1990, slouží jako akutní oddělení pro nemocné starší 70 let se specifickým režimem, jsou zabezpečeny geriatricky vyškolenými pracovníky. Hlavní činností geriatrické péče je provádění ošetrovatelské a rehabilitační péče. Nemocní senioři jsou na oddělení přijímáni z terénu nebo z akutních lůžkových oddělení.

#### **Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)**

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči u dlouhodobě nemocných, kteří jsou bráni díky holistickému přístupu jak po stránce fyzické a psychické, tak po stránce sociální a duchovní. Tyto dimenze je nutno integrovat do ošetrovatelské praxe (vyhláška č. 121/1974 Sb., §16, 18. 2. 2011).

LDN **mají rozmanitý statut:** státní, nestátní zařízení, samostatná zařízení zřízená orgánem státní či místní správy, součást nemocnice, soukromé LDN.

### **Zařízení komunitní péče**

Tento typ se nejvíce rozvíjí ve vyspělých zemích, v ČR již také začíná (např. Gerontologické centrum ve Zlíně.) Tato zařízení se snaží umožnit starým lidem zůstat v prostředí, na něž jsou zvyklí a snaží se reagovat na měnící se životní situace Gerontologické centrum je tvořeno z části lůžkové pro krátkodobé umístění starých lidí, jejichž stav se zhoršil, dále zahrnuje služby pracovníků centra, kteří navštěvují minimálně 1x denně seniory v jejich bytech (Horehled, 2008).

### **Hospic**

Hospic je součástí širšího konceptu medicínské péče známé jako paliativní medicína. **Jedná se o** specializované zařízení, které využívá nekurativního principu léčby. Hospic je určen pro terminálně nemocné. Paliativní přístup hospicové péče přichází na řadu až když byly u nemocného vyčerpány všechny ostatní možnosti. Základní myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomni sociální pracovník, psycholog, teolog (<http://www.asociacehospicu.cz>, 20. 2. 2011).

### **Výhody hospicové péče**

Hospic je specializované zařízení pro zvládání, tlumení a tišení projevů nevyléčitelných onemocnění v terminální fázi - bolesti, dušnosti, zvracení a dalších zažívacích obtíží, krvácení, nespavosti, úzkosti, strachu.

Pacienti jsou zpravidla v jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro blízkou osobu.

Mohou mít v pokoji věci, které mají rádi, např. televizi, rádio, vlastní hrníček, obrázek, ale i mikrovlnnou troubu, varnou konvici.

Příbuzní a přátelé mohou nemocného navštěvovat bez omezení, podle jeho přání a potřeb, mohou ho doprovázet ve dne v noci.

Na návštěvy mohou přicházet také děti, pokud si to nemocný přeje.

O nemocného se stará a pečuje personál hospice, nemocný a jeho blízcí mají čas a prostor pro sebe a na sebe.

Nemocný může podle svého přání pobyt v hospici kdykoliv ukončit a znovu požádat o přijetí do hospice. (<http://www.asociacehospicu.cz>, 20. 2. 2011)

## **Formy hospicové péče**

### **Domácí hospicová péče**

Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. V Čechách a na Slovensku zatím není moc rozvinutá. Dobrý systém je praktikován v Rakousku. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky.

### **Stacionáře- denní pobyty**

Nemocný je v tomto případě přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.

### **Lůžková péče**

Je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče (<http://www.hospice.cz>, 17. 2. 2011).

### **Domácí péče u seniorů s Alzheimerovou chorobou**

Dobře fungující rodina je základ společnosti, tak že rodina a společnost jsou neoddělitelné. Je více než jisté, že člověk, který je nemocný, ale i zdravý se nejlépe cítí doma v rodinném kruhu. Rodina je důležitou institucí v péči o nemocného, kterou můžeme definovat jako společnost pomáhající svým blízkým rozvíjet kulturní, společenské, citové hodnoty a samozřejmě uspokojovat základní fyzické a psychické potřeby. (Šelner, 2004) Důležitost rodiny se potvrdí až tehdy, když se starý člen rodiny z důvodu nemoci nemůže sám o sebe postarat. Pokud se rodina rozhodne, že se o nemocného s demencí Alzheimerovy choroby bude starat, musí brát v úvahu, jaký podíl péče bude senior potřebovat. Náročnost takové péče se přímo odvíjí od níže uvedených stupňů soběstačnosti.

Nemocný senior je zcela soběstačný

Nemocný senior je částečně soběstačný

Nemocný senior je částečně soběstačný, avšak upoutaný na lůžko

Nemocný senior je nesoběstačný, upoutaný na lůžko, zcela závislý na péči jiné osoby

Jen zcela dobře fungující rodina a její sociální soudržnost, může pomoci v péči o nemocného seniora. Největší požadavky zabezpečit vhodnou péči, jsou u nesoběstačného seniora. Velkou roli zde hrají následující aspekty:

- generační vztahy, solidarita,
- postoj k poskytování péče, tradice,
- potřeba ekonomické aktivity,
- potřeba podpory, zejména státu.

Když už se rodina rozhodne o seniora pečovat, je pro ni důležitým krokem rozdělit si tuto péči. Nejčastěji zajišťuje péči, pokud je to možné, manželský partner, partnerka. Pokud ne, jsou to děti a jejich partneři. Z větší části jsou to ženy, zajišťující přímou osobní péči. Muži pak vykonávají péči podpurnou, finanční a zajišťují dopravu k lékaři. ( Jeřábek, 2005)

Péče o takto nemocného člověka je složitá a někdy vyžaduje i 24 hodinový dohled. Pro efektivní péči musí pečovatel dodržovat **základní zásady**:

1. Konzultace o péči a stavu nemocného s ošetřujícím lékařem.
2. Nenásilná úprava prostředí, vedoucí ke zkvalitnění orientace v bytě.
3. Dodržování pravidelného denního rytmu.
4. Zajistit klid a dostatek odpočinku.
5. Zabezpečit strukturu programu dne.
6. Zajistit pravidelný kontakt s ostatními členy rodiny
7. Aktivním přístupem k nemocnému eliminovat riziko depresivních projevů
8. Zajistit vhodnou ošetřovatelskou péči
9. Použít vhodná bezpečnostní opatření zajišťující ochranu proti úrazům (Callone, 2008)

Pečovatelé musí myslet také na svoji osobu. Potřebují podporu od ostatních členů rodiny, přátel a příbuzných. I přes náročnost této péče, by neměli pečovatel zapomínat na vlastní psychohygienu ( Callone, 2008).

Pokud se o nemocného dlouhodobě stará a cítí potřebu tuto péči na krátký čas přerušit, může využít odlehčovacích služeb.

Nezanedbatelnou součástí pečujícím rodinám je finanční podpora státu. V současné době je poskytována státní dávka, příspěvek na péči. Výše příspěvku je vyplácena podle stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Dávka je poskytována nikoliv pečujícím, ale přímo osobě, která je na pomoci závislá. Na této osobě pak je, zda příspěvek dá pečující rodině či poskytovateli sociálních služeb a nebo si vyplacený příspěvek ponechá, poněvadž žádné služby nevyužívá ( Zákon 108/2006 Sb.)

Pokud nikdo ze členů rodiny není z různých důvodů schopen se o nemocného seniora osobně postarat a nepřichází v úvahu ani umístění do sociálního či zdravotního zařízení, mohou se obrátit na odborné agentury zajišťující **profesionální domácí péči**.

Takovou domácí péčí rozumíme zdravotní péči poskytovanou uživatelů na základě doporučení registrujícího praktického lékaře. Domácí péče je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti ([www.domovinka.cz](http://www.domovinka.cz), 23. 2. 2011).

### **Činnost profesionální péče v domácím prostředí**

Sestra v domácí péči zabezpečuje ošetrovatelskou péči o pacienty ve vlastním sociálním prostředí. Domácí zdravotní péče vychází z aktuálního bio – psycho – sociálního stavu uživatele. Kromě ošetrovatelské činnosti, získávají sestry nemocné i rodinné příslušníky ke spolupráci při léčení – edukace klienta a rodinných příslušníků. Sestra navštěvuje nemocného dle doporučení ošetrujícího lékaře ([www.domovinka.cz](http://www.domovinka.cz), 23. 2. 2011).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 6. Metodologie výzkumu

V teoretické části textu jsme vymezili základní pojmy a problematiku Alzheimerovy choroby. Předně jsme se zaměřili na hledisko symptomatologie, diagnostiky a následné speciálně- pedagogické terapie. Dále jsme poukázali na úskalí nemoci uvedli základní možnosti péče a sociální podpory. Vycházeli jsme především z literatury a vlastních zkušeností.

V praktické části této práce jsme se zaměřili na míru informovanosti a orientaci v problematice Alzheimerovy choroby u běžné populace ve Zlínském kraji. Dále jsme chtěli přiblížit cíl výzkumu, výzkumný problém a celkovou metodologii výzkumu, kterou jsme zvolili pro naplnění diplomové práce, metodický postup, zvolené metody a techniky sběru dat, popsat výzkumnou jednotku a kritéria jejího výběru.

#### 6.1. Kvantitativní výzkum

Lidské poznávání je složitý proces, který probíhá často velmi rozmanitými metodami a postupy. Informace člověk získává cestami tradice, autority, a priority, ale také metodami vědeckými. Kvantitativní výzkum je jedna ze základních metod získávání a ověřování dat v pedagogické problematice (Chráška, 2007).

Takový výzkum lze potom definovat, jako systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují či vyvracejí dosavadní poznatky, anebo se získávají poznatky nové. (Gavora, 2000).

Metody výzkumu mohou být kvantitativní nebo kvalitativní. U kvantitativního šetření, které jsme pro výzkumné šetření vybrali, je charakteristické ověřování hypotéz nebo výzkumných otázek, vytvořených na základě existující teorie i zkušeností autora diplomové práce. Méně často se využívá výzkum kvalitativní, který se rozšířil v pedagogice a psychologii v posledním čtvrtstoletí dvacátého století. (Chráška, 2007).

Tabulka č. 1: Kvalitativní a kvantitativní šetření

Výhody kvantitativního a kvalitativního šetření	
Kvantitativní šetření:	Kvalitativní šetření:
zkoumání skupin,	zaměření na jedince,
silná standardizace,	získání mnoha informací od mála respondentů,
snadná generalizace,	slabá standardizace,
měřitelná validita.	problematická generalizace.

(Zdroj: Keith F. Punch, 2008)

## 6.2. Cíle výzkumu

Cílem praktické části diplomové práce je ve vybraném vzorku zjistit, popsat a porovnat obecné povědomí o Alzheimerově chorobě u laické veřejnosti v produktivním a post- produktivním věku ve Zlínském kraji. Praktická část diplomové práce by měla zobrazit úroveň informovanosti veřejnosti o této chorobě a podhalit případné nedostatky

### Výzkum jsme zaměřili na zvolené dílčí cíle:

**Cíl č. 1** Zjistit, zda míra informovanosti ve Zlínském kraji o problematice onemocnění demence je stejná u mužů i žen

**Cíl č. 2** Zjistit, zda veřejnost ve Zlínském kraji zná organický typ demence – Alzheimerovou chorobu.

**Cíl č. 3** Zjistit, zda veřejnost ve Zlínském kraji zná služby, zařízení a organizace, které může nemocný s Alzheimerovou chorobou využít

**Cíl č. 4** Zjistit, zda veřejnost ve Zlínském kraji zná nefarmakologické terapeutické přístupy, které se v praxi aplikují.



### **6.3. Výzkumné otázky**

1. Mají ženy větší povědomí o demenci než muži?
2. Jaké mají respondenti obecné povědomí o organickém typu demence Alzheimerově chorobě?
3. Liší se míra informovanosti u onemocnění Alzheimerovy choroby u mužů a žen ve věkovém rozmezí 30 až 40 let?
4. Jaké zná veřejnost služby, zařízení a organizace, které mohou využít lidé nemocní Alzheimerovou chorobou?
5. Znají ženy větší počet služeb a zařízení, které mohou lidé s onemocněním Alzheimerovy choroby využít?
6. Jaké zná veřejnost nefarmakologické přístupy využívané při léčbě Alzheimerovy choroby?
7. Znají dotazovaní respondenti starší 41 let dramaterapii a reminiscenční terapii, jako speciálně pedagogický terapeutický přístup?

### **6.4. Metodika dotazníkového šetření**

Podle výše uvedených cílů a výzkumných otázek jsme sestavili dotazník.

Předcházelo tomu:

Nastudování odborné literatury, časopisů, přednášek, příspěvků z konferencí, diplomových prací týkající se etiologie, symptomatologie a diagnostických postupů u onemocnění demence a konkrétně pak u Alzheimerovy choroby, viz kapitoly 3 a 4 uvedené v teoretické části.

- a) Prostudování nefarmakologických terapeutických přístupů, které využívají v terapii speciální pedagogové, viz od kapitoly 4.8.2. uvedené v teoretické části.
- b) Nastudování vyhlášky 505/2006 a zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách viz kapitola 5 uvedená v teoretické části.

- c) Zpracování dat – metodou analýzy, syntézy, indukci a dedukcí byl sestaven dotazník.

## **6.5. Charakteristika souboru respondentů**

Anonymního výzkumu se zúčastnili lidé v produktivním věku 30 let a více a lidé ve věku postproduktivním. Dotazovaní respondenti byli náhodně vybráni ve městech Zlínského kraje. Snažili jsme se oslovit přibližně stejný počet žen i mužů. Abychom zajistili, co nejvíce informací, výzkum jsme provedli na různých nezávislých místech, vybraných větších měst ve Zlínském kraji.

### **Průzkum proběhl v následujících městech:**

Bystřice pod Hostýnem - MŠ Palackého, firma Reisenhel s.r.o.,

Holešov - supermarket Tesco,

Hulín - firma Karym,

Kroměříž - autosalon Kromexim, autosalon Škoda,

Zlín - hypermarket Čepkov, autobusové nádraží ČSAD,

Fryšták – kadeřnický salon.

**Tabulka č. 2: Popis výzkumného vzorku**

Město	Místo proveden šetření	Počet rozdaných dotazníků	Počet vrácených dotazníků	Relativní četnost (v %)
Bystřice p.H.	MŠ Palackého	40	15	38
Bystřice p.H.	Reisenthel s. r. o.	30	15	50
Holešov	Supermarket Tesco	80	39	49
Hulín	Karym	30	15	50
Kroměříž	Autosalon Kromexim	80	30	38
Kroměříž	Autosalon Škoda	80	15	19
Zlín	Hypermarket Čepkov	80	50	63
Zlín	autobusové nádraží	40	20	50
Fryšták	Kadeřnický salón	40	18	45
Celkový počet		500	217	43

Celkově se nám z 500 rozdaných dotazníků vrátilo 217 vyplněných. V relativní četnosti můžeme říci, že se nám vrátilo 43% z celkového počtu dotazníků.

### **Charakteristika výzkumného šetření**

Před zahájením samotného výzkumného dotazníkového šetření byl proveden pilotní výzkum (šetření). Dotazník byl rozdan třem mužům a třem ženám v Bystřici pod Hostýnem a v Holešově. Vlastní výzkum proběhl v lednu a únoru roku 2011.

### **Popis místa realizace výzkumného šetření**

**Mateřská škola Palackého v Bystřici pod Hostýnem-** Jedná se o zařízení pro děti od tří let do předškolního věku, kde jsem rok pracovala, jako asistent pedagoga. Dotazníky jsme rozdali učitelům, rodičům a rodinným příslušníkům, kteří přicházeli pro děti. Spolupráce s respondenty byla přiměřená. Ochota vyplnit dotazník se odrazila v počtu vrácených dotazníků.

**Firma Reisenhel s.r.o.** - Jedná se o německou pobočku sídlící v Bystřici pod Hostýnem. Tázali jsme se jak pracovníků administrativy, tak pracovníků na pozici dělník. Většina dotazovaných respondentů byla ochotna dotazník vyplnit.

**Supermarket Tesco v Holešově** - Dotazník jsme rozdali náhodným kolemjdoucím. Lidé nebyli příliš ochotni dotazníky vyplňovat. Ukázalo se, že největší ochota dotazníky vyplnit byla u respondentů ve věkovém rozmezí 30- 41 let. Za nejčastější důvod proč dotazníky nechtěli potencionální respondenti vyplňovat, byl udáván nedostatek času, nedůvěra a nezájem k danému tématu šetření. Co se týče pracovníků supermarketu, také ty jsme požádali o vyplnění, ovšem setkali jsme se s neochotou. Dotazníkového šetření se neúčastnil ani jeden pracovník.

**Firma Karym Hulín** - Firmu jsme vybrali z toho důvodu, že zaměstnává vysoký počet zaměstnanců, kteří jsou v produktivním i postproduktivním věku. Je jednou z největších v Hulíně. Lidé v důchodovém věku zde pracují většinou jako brigádníci. Dotazníky byly vyplněny, jak zaměstnanci administrativy, tak zaměstnanci na pozici dělník. Ochota dotazníky vyplnit byla přiměřená. Návratnost vyplněných dotazníků byla přesně poloviční.

**Autosalony Kromexim s. r. o. a Škoda v Kroměříži** - Dotazníky jsme rozdali, jak pracovníkům autosalonů, kteří byli velmi ochotni dotazníky vyplnit, tak jejím zákazníkům. Ochota účastnit se anonymního šetření byla u zákazníků velmi nízká. Ze 160 dotazníků rozdaných v obou autosalonech se vrátilo pouze 45 vyplněných (a to v převážné většině pracovníky autosalonů).

**Hypermarket Čepkov Zlín**- Dotazníky jsme rozdali náhodným kolemjdoucím. Ochota potencionálních respondentů účastnit se anonymního šetření byla mnohem vyšší než ve výše zmiňovaném supermarketu Tesco. Návratnost byla vysoká. Z 80 rozdaných dotazníků se vrátilo 50 vyplněných.

**Autobusové nádraží Zlín**- Dotazníky jsme rozdávali v odpoledních hodinách, kdy se většina lidí vracela z práce domů. Většina dotazovaných nebyla ochotna se šetření účastnit. Ovšem nakonec k našemu překvapení, byla návratnost vyplněných dotazníků poloviční.

**Kadeřnický salón Fryšták**- Dotazník jsme rozdali zákazníkům kadeřnického salónu. Ochota účastnit se kvantitativního šetření nebyla příliš vysoká. Návratnost vyplněných dotazníků byla pouze 45%.

## 6.6. Užitá metoda šetření

Při získávání požadovaných dat jsme použili anonymní výzkumné dotazníkové šetření, které je jednou z metod kvantitativního šetření. Dotazník jsme zvolili z důvodu rychlého a ekonomicky výhodného získávání informací u většího počtu respondentů zároveň, což je pro šetření velkou výhodou. Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů. Kladené otázky se mohou vztahovat buď k jevům vnějším, nebo k jevům vnitřním (Chráška, 2008).

„I když se dotazníkového šetření využívá v kvantitativní metodě výzkumu nejvíce, je mu často vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti (pedagogická realita) skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe (pedagogickou realitu) vidí. (Chráška, 2008, s. 163).“ Dotazník byl sestaven s pomocí MUDr. Moniky Hošťálkové a podle stanovených cílů práce a výzkumných otázek. Konečná podoba dotazníku je uvedena v příloze 1. Položky dotazníku jsme rozdělili dle sledovaných jevů, které mají vést k cíli, do 5 částí. První část, část A, je zaměřena na získání identifikačních údajů, které charakterizují respondenty. Dále následují 4 hlavních částí dotazníku, části B – E.

Použili jsme položky uzavřené dichotomické ( žena- muž, ano- ne), uzavřené s výběrem odpovědi (respondenti volili jednu odpověď z nabídnuté škály). Také jsme vytvořili otázky otevřené (nestrukturované), kdy respondenti uváděli vlastní volné odpovědi (otázka č. 18, 19, 23 a 24). Vyhodnocování otevřených položek bylo obtížnější, byl kladen důraz na poznání sledovaných jevů. Vlastní dotazník obsahuje 24 položek, které byly rozděleny podle toho, aby směřovaly k jednotlivým výzkumným otázkám.

V úvodu dotazníku je průvodní pasáž, která informuje oslovené o anonymitě, účelu výzkumného šetření a žádá o upřímné odpovědi, které jsou zárukou kvalitního výzkumu. Oslovení pro respondenty jsme zvolili vykání (Vážený pane, vážená paní,...), protože jsme oslovili pouze dospělé. Plné znění dotazníku je v příloze č. 1.

- I. Část dotazníku, *část A*, viz výše.
- II. Část dotazníku, *část B*, obsahuje 2 položky vztahující se k 1. cíli a k 1. výzkumné otázce (v dotazníku položky č. 5 – 6), které mapují základní údaje směřující k onemocnění demence a zjišťují rozdílnost informovanosti u mužů a žen.

III. Část dotazníku, *část C*, tvoří 5 položek vztahujících se k cíli č. 2 a k výzkumným otázkám č. 2 a 3 (v dotazníku položky č. 7,9,10,11,12), které nám zjišťují, jak dalece respondenti znají onemocnění Alzheimerovou chorobou. Dále zjišťují, zda je míra informovanosti o této nemoci rozdílná u mladších respondentů ve věku od 30- 40 let a u respondentů starších 41 let

IV. Část dotazníku, *část D*, je tvořena 2 položkami patřícími k cíli č. 3, a k výzkumným otázkám č. 4 a 5 (v dotazníku položky č. 18, 19,24) mapující vědomosti respondentů o možných zařízeních, organizacích a službách, které nemocný s Alzheimerovou chorobou využívá. Také jsme zjišťovali rozdíl informovanosti u mužů a žen.

V. Část dotazníku, *část* označená písmenem *E*, je tvořena 3 položkami vztahující se k cíli č. 4 a k výzkumným otázkám č.6 a 7 (v dotazníku položky č. 20, 21, 22), které zjišťují informace, zda respondenti znají nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy choroby, dále pak jak dalece jsou informováni o dramaterapeutickém a reminiscenčním přístupu respondenti starší 41 let.

## 6.7. Zpracování dat

Sběr dat probíhal v průběhu dvou měsíců. Získaná data byla zpracována ručně do velké četnostní tabulky, pomocí daných kódů. Získané výsledky byly přehledně upraveny do četnostních tabulek a doplněny relativní četností. Pro výpočty, konstrukci tabulek a grafů bylo použito MS EXCEL a MS WORLD. Relativní četnost byla získána matematickou řadou:  $f_i = n_i/N$

$f_i$ .....relativní četnost (vyjádřena v %),  $n_i$ .....absolutní četnost,  $N$ .....celková četnost

## 7. Analýza získaných dat

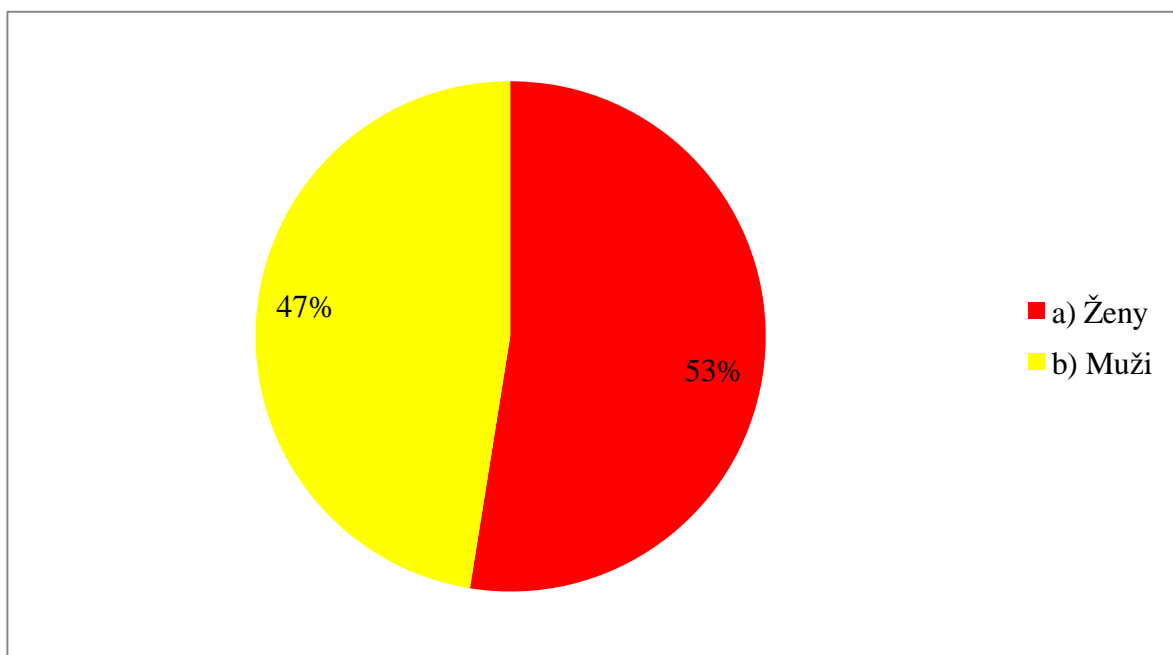
### Analýza otázky č. 1 – Pohlaví respondentů

V této otázce jsme zjišťovali, pohlaví respondentů. Z celkového počtu respondentů odpovídalo 103 (tj. 47%) mužů a 114 (tj. 53%) žen.

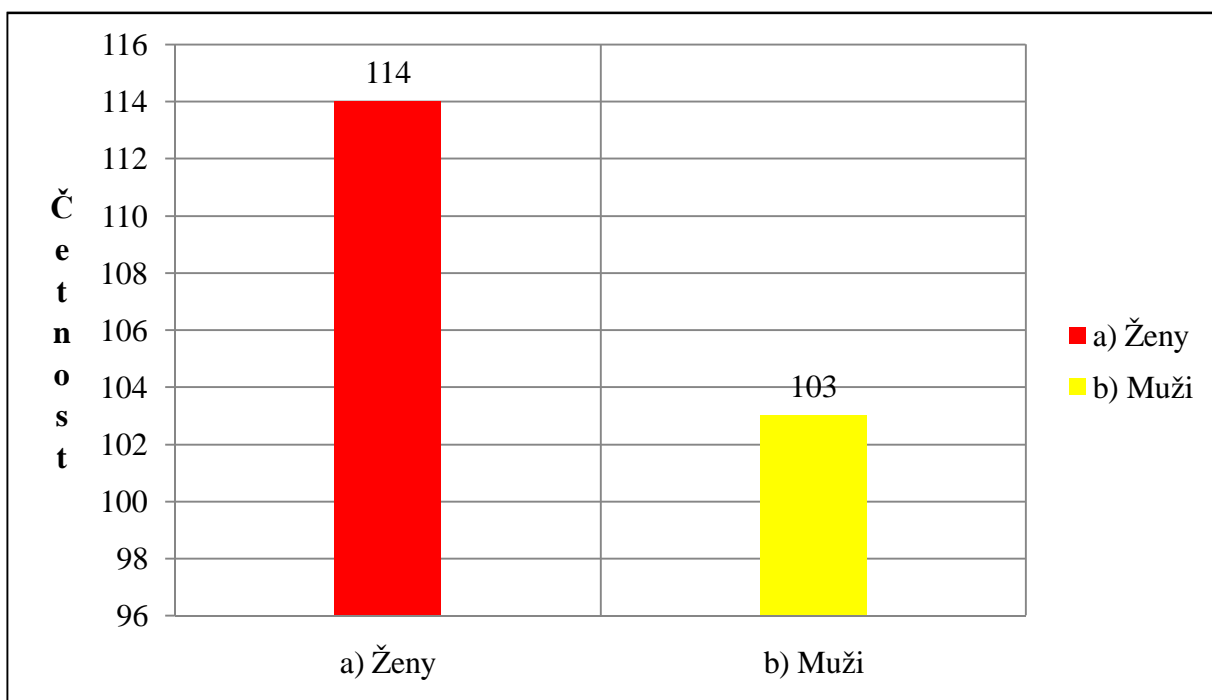
**Tabulka č. 3: Pohlaví respondentů**

Pohlaví respondentů			
Muži		Ženy	
Četnost	Relativní četnost (v %)	Četnost	Relativní četnost (v %)
103	47	114	53

**Graf č. 1: Pohlaví respondentů - relativní četnost (v %)**



**Graf č. 2: Rozdělení pohlaví dle četnosti**



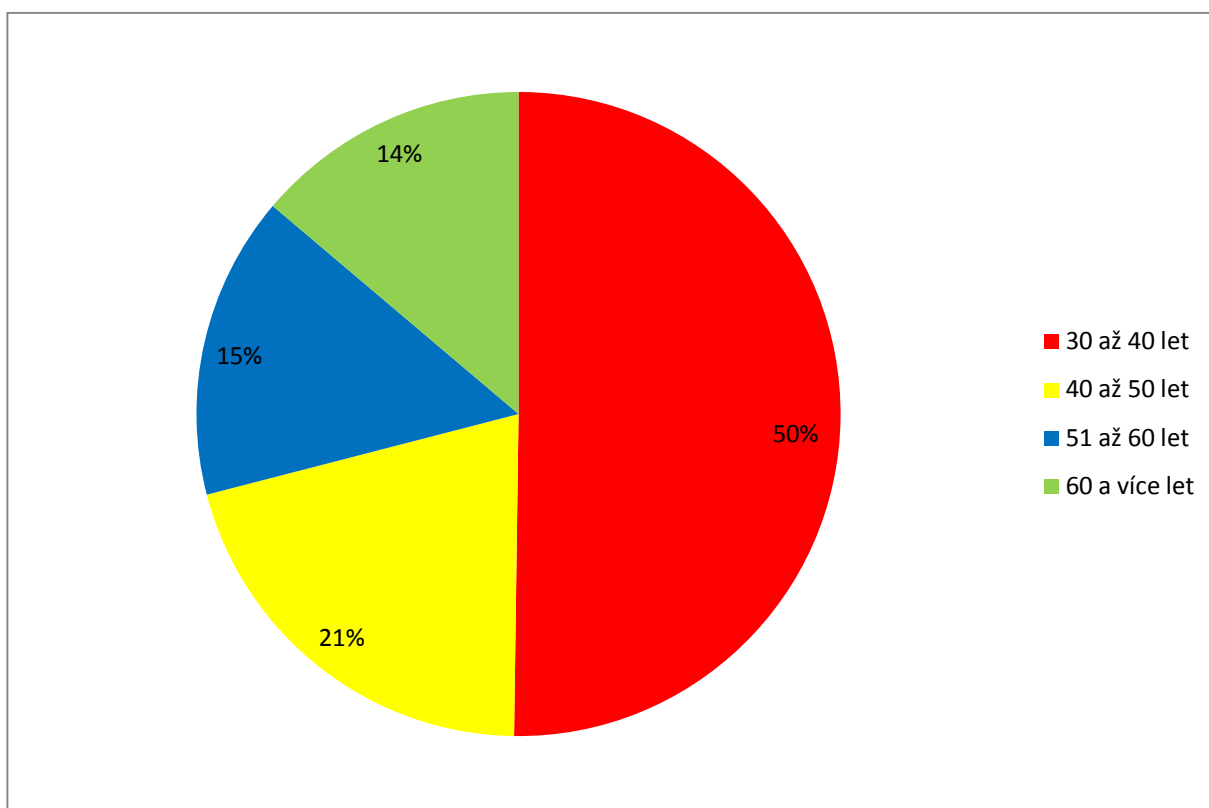
### Analýza otázky č. 2 - Kolik je Vám let?

Touto otázkou jsme zjišťovali věk respondentů. Z celkového počtu dotazovaných, jsme zjistili, že ve věku 30-40 let odpovědělo 109 (tj. 50%) respondentů, ve věku 40-50 let odpovědělo 45 (tj. 21%) respondentů, ve věku 51-60 let odpovědělo 33 (tj. 15%) respondentů a ve věku 60 let a více odpovědělo 30 (tj. 14%) respondentů.

**Tabulka č. 4: Věkové rozdělení respondentů**

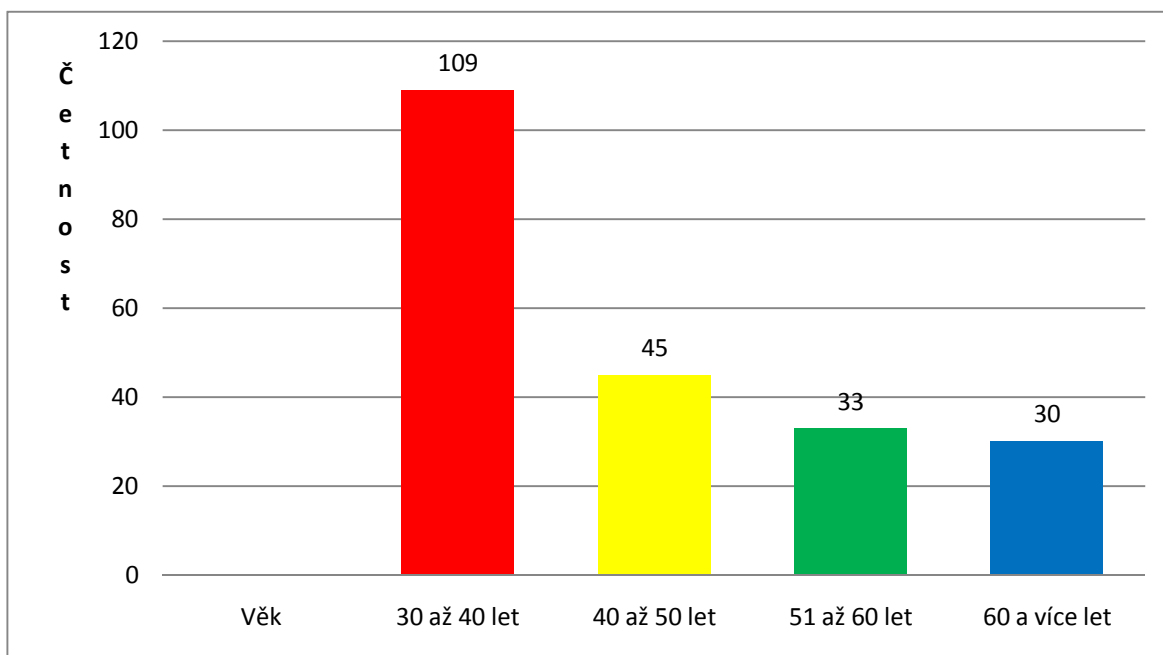
Věk respondentů		
Věk	Četnost	Relativní četnost (v%)
30 až 40 let	109	50
40 až 50 let	45	21
51 až 60 let	33	15
60 a více let	30	14

**Graf č. 3: Věk respondentů - relativní četnost (v%)**





**Graf č. 4: Věk respondentů dle četnosti**



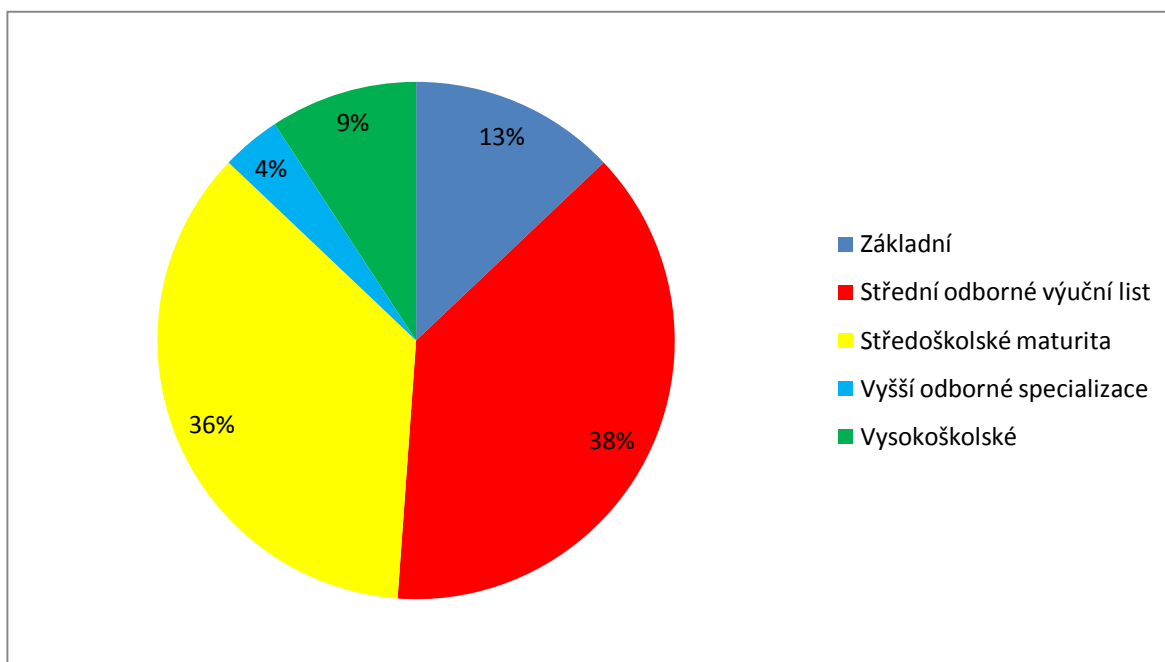
**Analýza otázky č. 3 - Jaký je nejvyšší stupeň Vašeho dosaženého vzdělání?**

Touto otázkou jsme u respondentů zjišťovali, nejvyšší dosažený stupeň vzdělání. Z nabízených možností respondenti odpovídali následovně. Základní stupeň vzdělání uvedlo 28 respondentů (tj. 13%). Do středně odborného stupně vzdělání se zařadil největší počet respondentů a to 83 (tj. 38%). Do středoškolského stupně vzdělání se zařadilo 78 respondentů (tj. 36%). Do Vyššího odborného stupně vzdělání se zařadilo 8 respondentů (tj. 4%) a kolonku dosažené vysokoškolské vzdělání vyplnilo 20 respondentů (tj. 9%).

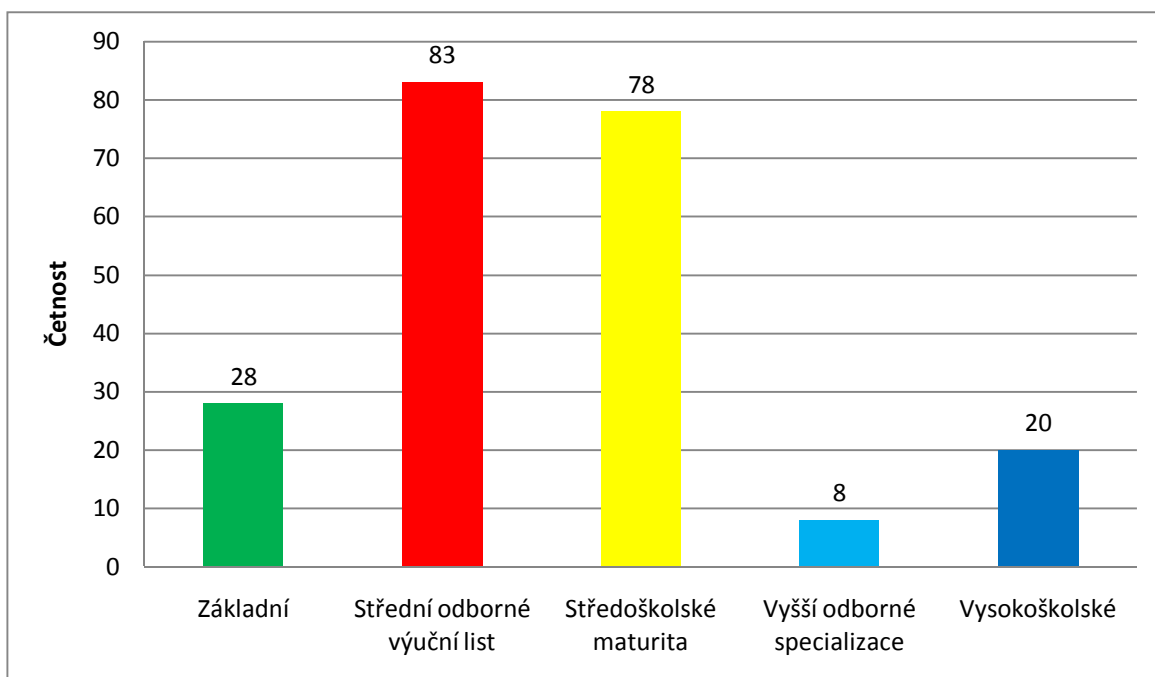
**Tabulka č. 5: Dosažené vzdělání respondentů**

Dosažené vzdělání respondentů		
Stupeň vzdělání	Četnost	Relativní četnost (v%)
Základní	28	13
Střední odborné (výuční list)	83	38
Středoškolské (maturita)	78	36
Vyšší odborné (specializace)	8	4
Vysokoškolské	20	9

**Graf č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů - relativní četnost (v %)**



**Graf č. 6: Dosažené vzdělání respondentů dle četnosti**



#### **Analýza otázky č. 4 - Co respondenti dělají?**

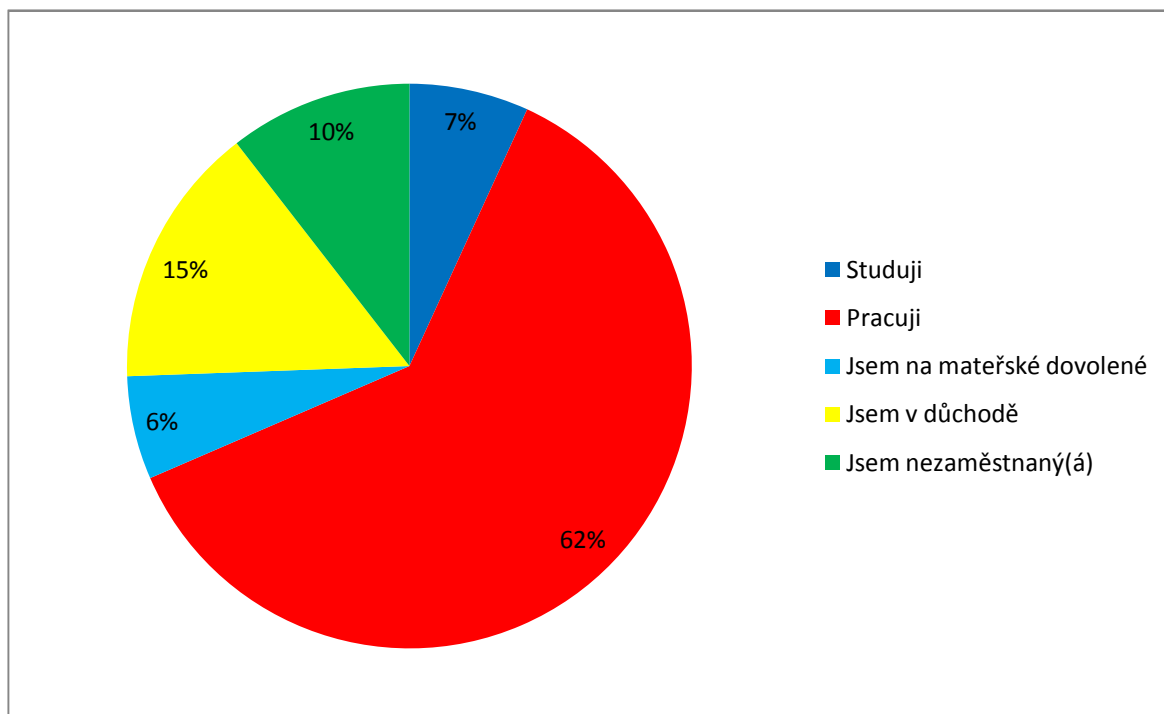
Touto otázkou jsme u respondentů zjišťovali aktuální sociální status. Z nabízených možností se nám nejvíce respondentů přihlásilo do skupiny pracujících a to 135 (tj. 62%),

dále pak do skupiny pobírající starobní či invalidní důchod 33 respondentů (tj. 15%). Do skupiny nezaměstnaných se zařadilo 23 respondentů (tj. 10%). Do skupiny studujících se zařadilo 15 (tj. 7%) respondentů a do poslední skupiny nesoucí název „mateřská dovolená“ se zařadilo 13 respondentů (tj. 6%)

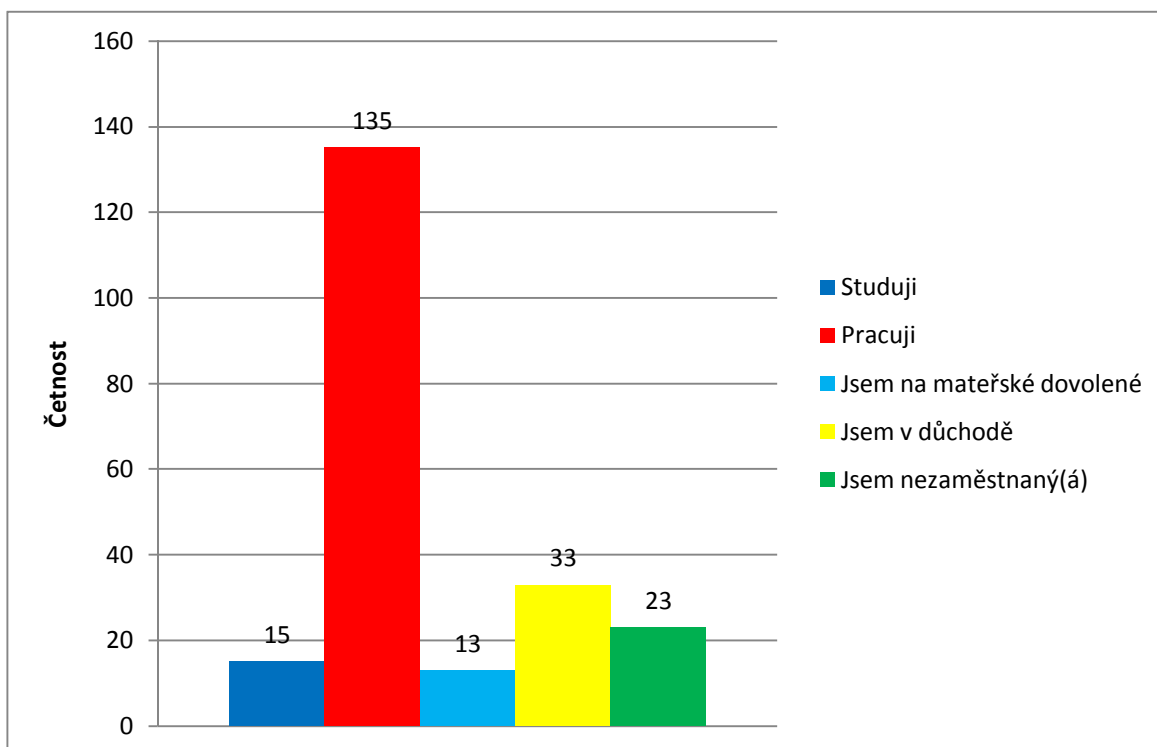
**Tabulka č. 5: Sociální status respondentů**

Co dělají dotázaní respondenti		
Status	Četnost	Relativní četnost (v%)
Studuji	15	7
Pracuji	135	62
Jsem na mateřské dovolené	13	6
Jsem v důchodě	33	15
Jsem nezaměstnaný (á)	23	10

**Graf č. 7: Co respondenti dělají - relativní četnost (v%)**



**Graf č. 8: Co respondenti dělají, rozdělení dle četnosti**



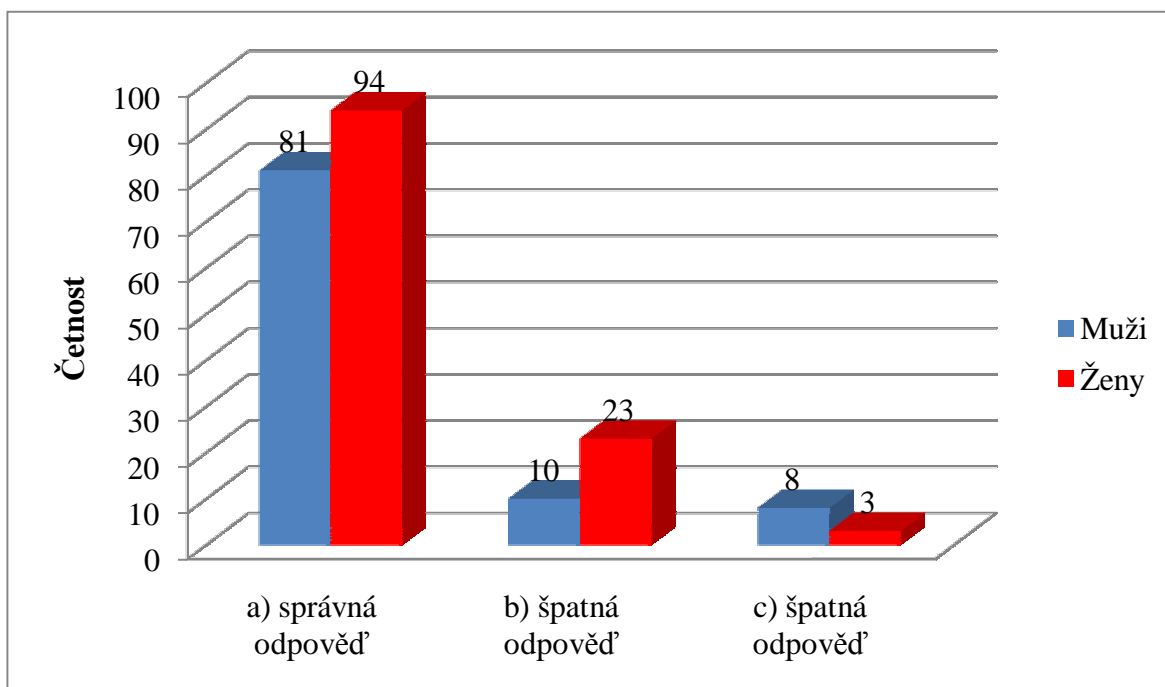
### **Analýza otázky č. 5- Jak byste definovali demenci?**

V této otázce jsme se zaměřili na zjištění, zda respondenti znají správnou definici demence. Výsledné hodnocení jsme porovnávali mezi odpovědi mužů a žen. Správně odpovědělo u skupiny mužů 81 (tj. 37%) dotazovaných. Ve skupině ženy správně odpovědělo 94 (tj. 43%) dotazovaných. Z výsledků lze vyvodit, že ženy odpovídaly o 6% lépe než muži. Odkaz viz. výzkumná otázka č 1.

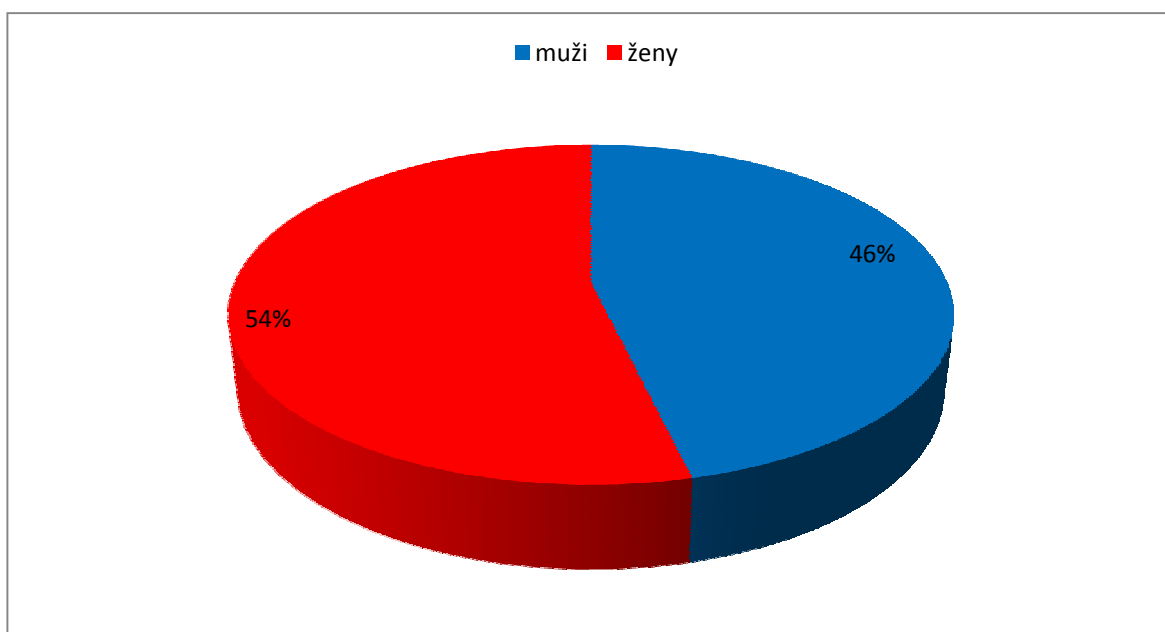
**Tabulka č. 7: Jak respondenti definovali demenci**

Definice demence				
Odpovědi	Muži		Ženy	
	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) správná odpověď	81	37	94	43
b) špatná odpověď	10	5	23	11
c) špatná odpověď	8	4	3	1

**Graf č. 9: Definice demence dle četnosti**



**Graf č. 10: Poměr správných odpovědí u mužů a žen dle relativní četnosti (v%)**



#### **Analýza otázky č. 6 - Která skupina lidí je nejčastěji ohrožena demencí?**

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda budou respondenti znát správnou věkovou skupinu, která je nejvíce ohrožena demencí. Ve výsledných faktech jsme odpovědi

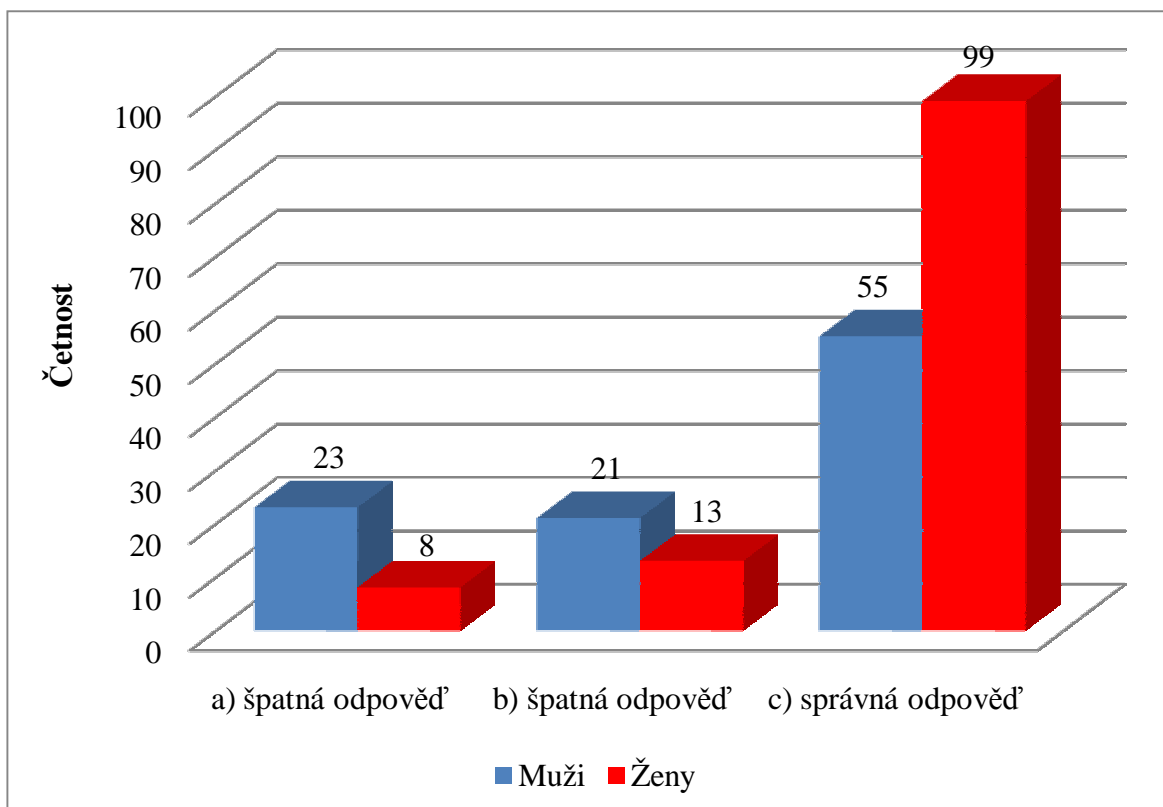
rozdělili zvláště na skupinu mužů a žen, kteří odpovídali na otázku, která věková skupina je nejčastěji ohrožena demencí?

Muži uvedli odpověď **skupina dětí a adolescentů** v počtu 23 (tj. 23%) a ženy v počtu 8 (tj. 6%). Odpověď **skupina lidí ve věku 30- 50 let** odpovídali muži v počtu 21 (tj. 21%) a ženy v počtu 13 (tj. 11%). Správnou odpověď **skupina lidí ve věku 65 let a více** označili muži v počtu 55 (tj. 56%) a ženy v počtu 99 (tj. 83%). Ve výsledném zjištění lze konstatovat, že ženy odpovídaly lépe o 27%. Odkaz viz výzkumná otázka č. 1.

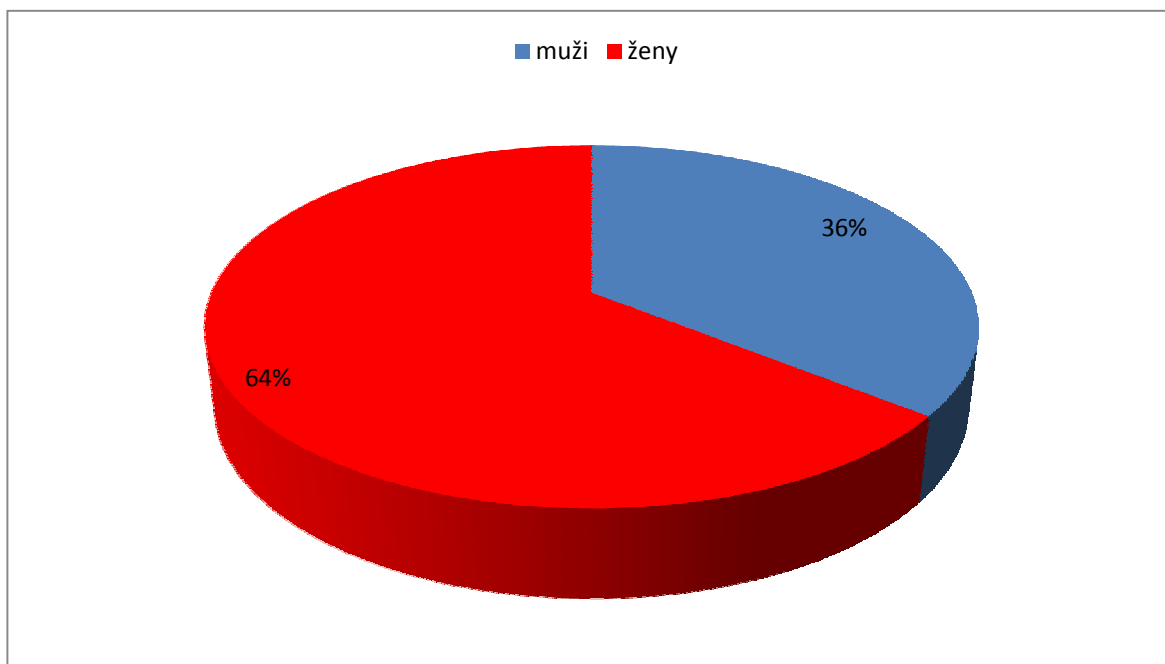
**Tabulka č. 8: Kterou věkovou skupinu považují respondenti za nejvíce ohroženou demencí**

Věková skupina ohrožená nejčastěji demencí				
Otázka	Muži		Ženy	
	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) špatná odpověď	23	23	8	6
b) špatná odpověď	21	21	13	11
c) správná odpověď	55	56	99	83

**Graf č. 11: Skupina nejčastěji ohrožená demencí dle četnosti**



**Graf č. 12: Správnost výběru ohrožené věkové skupiny onemocněním demence v relativní četnosti (v%)**



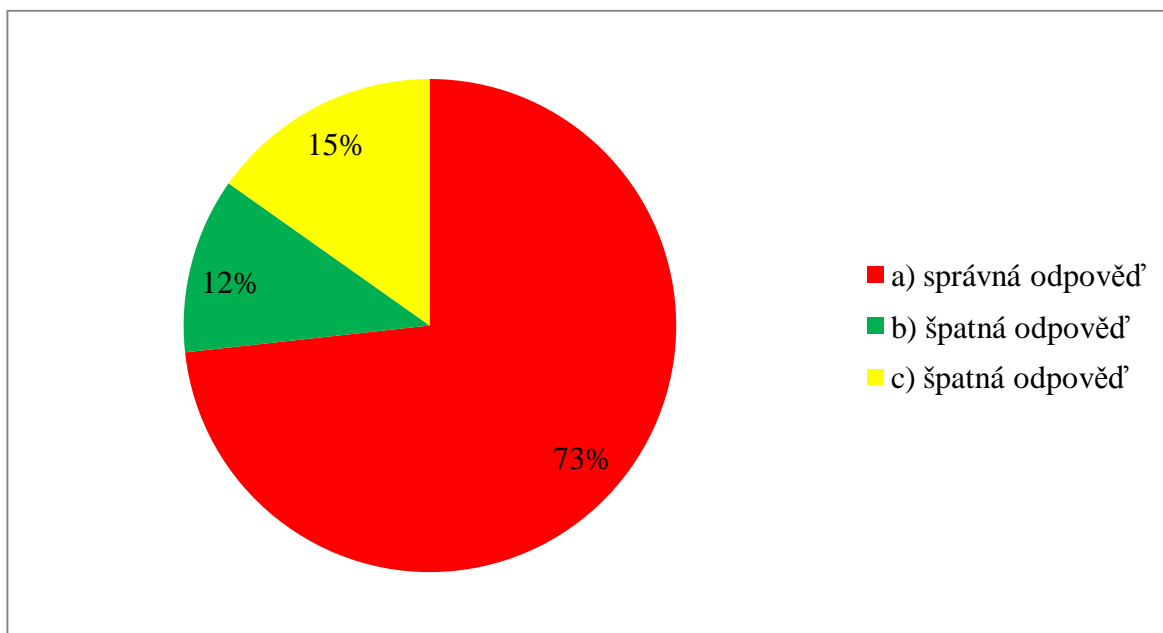
#### **Analýza otázky č. 7- Je Alzheimerova choroba typ demence?**

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda respondenti vědí, že je Alzheimerova choroba typ demence. Z níže uvedených výsledků můžeme vyvodit, že správně odpovědělo z celkového počtu 159 (tj. 73%) respondentů. Odpověď, že se jedná o onemocnění, které vzniká jako následek nevhodné léčby demence, uvedlo 25 respondentů (tj. 12%). Poslední odpověď, že se o typ demence nejedná, označilo 33 respondentů (tj. 15%). V konečném zjištění můžeme konstatovat, že většina dotazovaných respondentů ví, že Alzheimerova choroba je typem demence. Odkaz viz výzkumná otázka č. 2.

**Tabulka č. 9: Odpovědi respondentů na otázku jestli je Alzheimerova choroba typ demence**

Je Alzheimerova choroba typ demence		
Odpověď	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) správná odpověď	159	73
b) špatná odpověď	25	12
c) špatná odpověď	33	15

**Graf č. 13: Je Alzheimerova choroba typ demence? Rozdělení dle relativní četnosti (v%)**



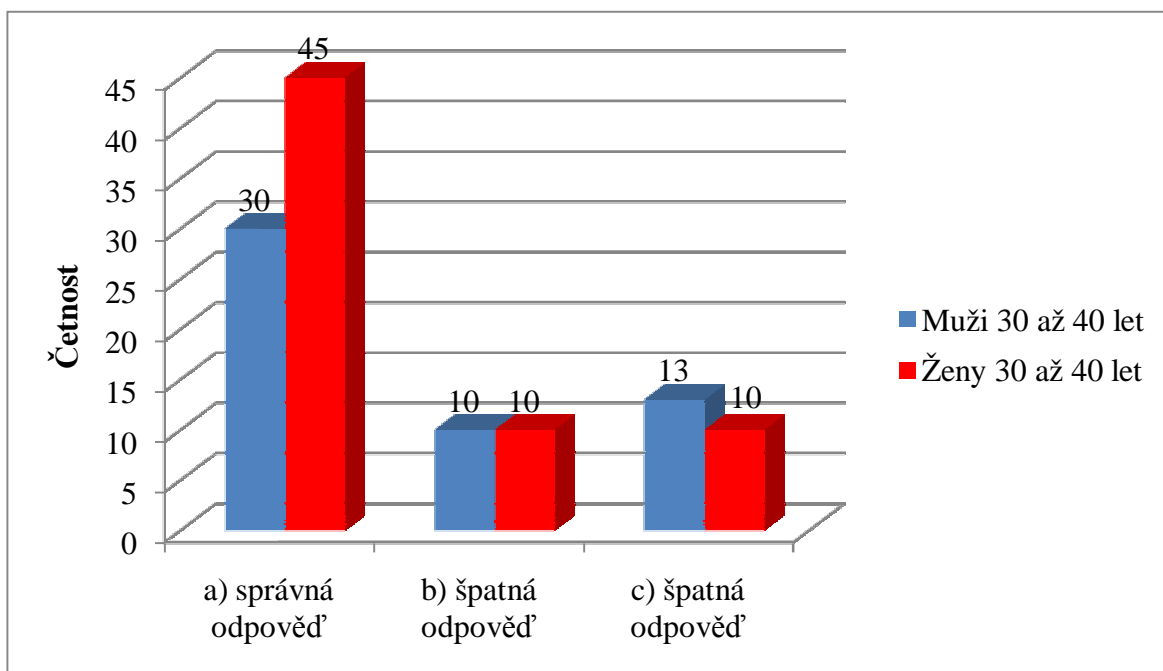
Z analýzy odpovědí respondentů ve věkové kategorii 30-40 let vyplývá, že správně na tuto otázku odpovědělo o 12% více žen než mužů.

**Tabulka č. 10: Rozdělení správných odpovědí podle pohlaví ve věkové skupině 30- 40 let**

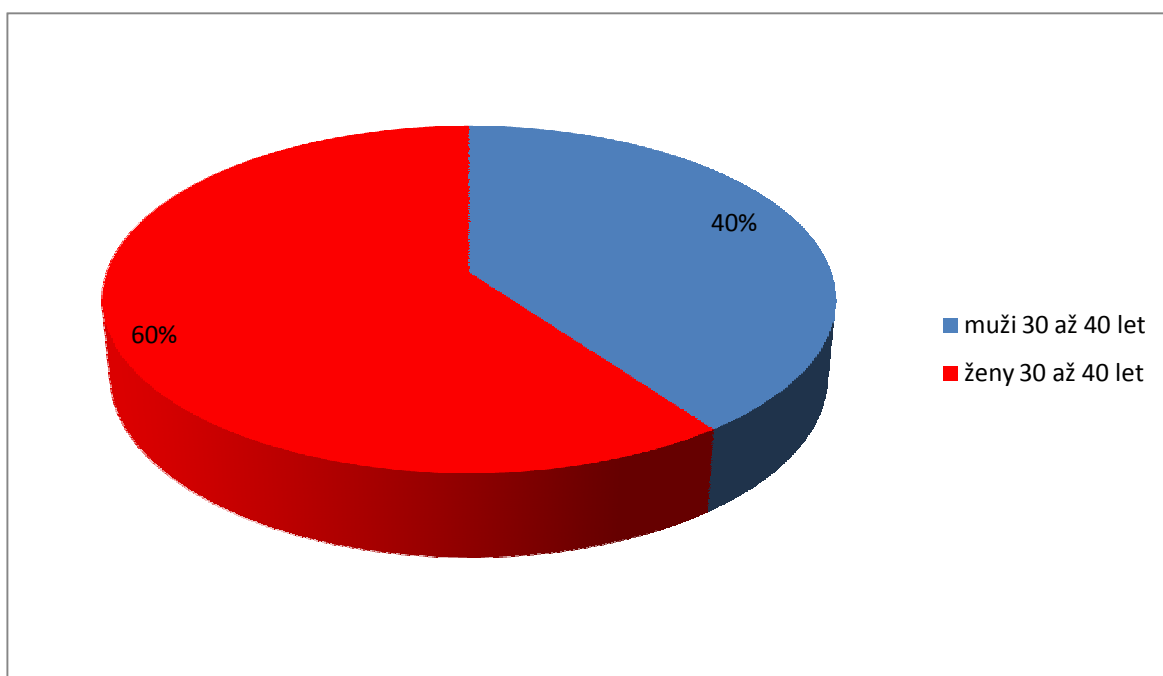
Je Alzheimerova choroba typ demence?				
Odpověď	Muži 30 až 40 let		Ženy 30 až 40 let	
	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) správná odpověď	30	57	45	69
b) špatná odpověď	10	19	10	15,5
c) špatná odpověď	13	24	10	15,5



**Graf č. 14: Je Alzheimerova choroba typ demence? Rozdělení dle četnosti .**



**Graf č. 15: Je Alzheimerova choroba typ demence? Rozdělení dle relativní četnosti (v %).**



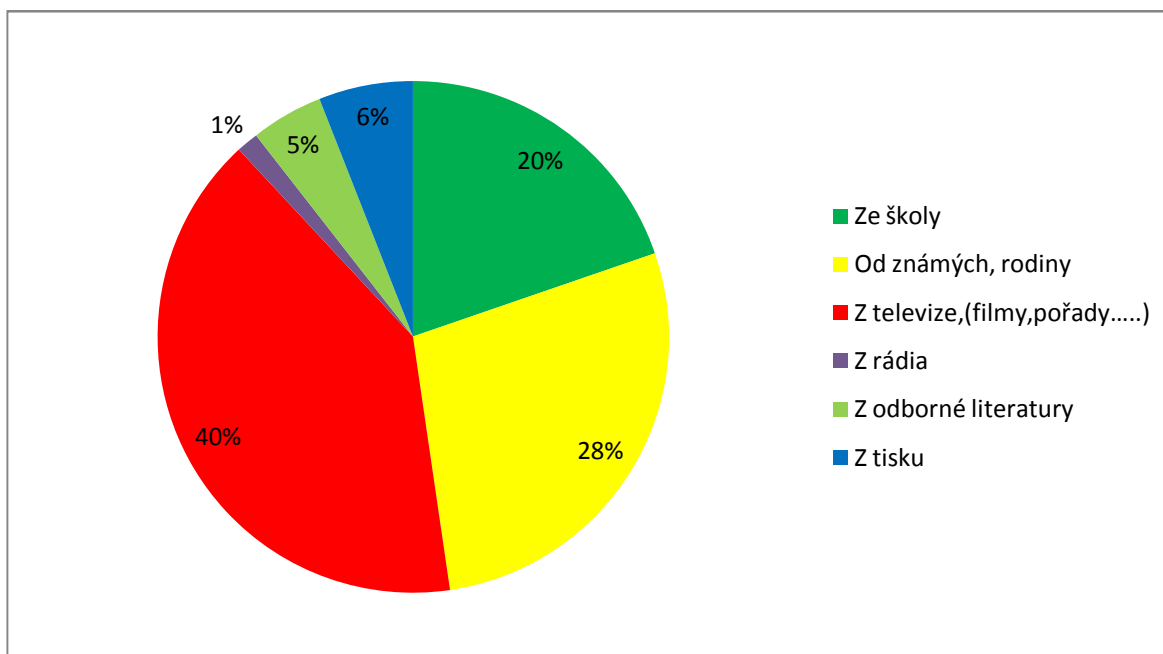
### Analýza otázky č. 8 - Kde jste poprvé slyšeli o Alzheimerově chorobě?

V této otázce jsme chtěli zjistit, z jakých zdrojů se poprvé respondenti dozvěděli o existenci Alzheimerovy choroby. Nejvíce respondentů (88) označilo, jako zdroj informací televizi (tj. 40%), 61 respondentů (tj. 28%) hledalo informace u známých a rodiny. Dále uvedlo 43 respondentů školu (tj. 20%), 13 respondentů tisk (tj. 6%) a odbornou literaturu uvedlo 10 respondentů (tj. 5%). Jen 3 respondenti (tj. 1%) označili rádio.

**Tabulka č. 11: Kde jste poprvé slyšeli o Alzheimerově chorobě?**

Kde jste poprvé slyšeli o Alzheimerově chorobě		
Informační kanál	Četnost	Relativní četnost (v%)
Ze školy	43	20
Od známých, rodiny	61	28
Z televize,(filmy, pořady.....)	88	40
Z rádia	3	1
Z odborné literatury	10	5
Z tisku	13	6

**Graf č. 16: Ze kterých zdrojů respondenti poprvé slyšeli o Alzheimerově chorobě – relativní četnost (v%)**



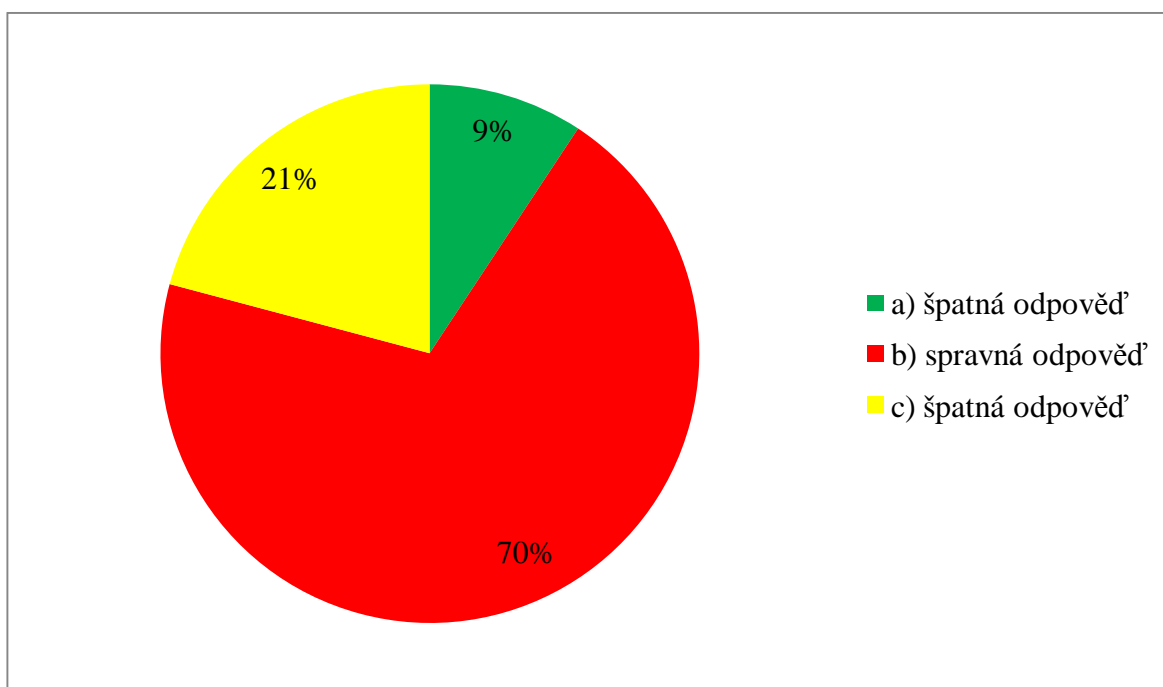
### Analýza otázky č. 9- Dá se Alzheimerova choroba vyléčit?

V této otázce bylo naším cílem zjistit, zda respondenti vědí, jestli je Alzheimerova choroba vyléčitelná. Výsledné šetření vyšlo následovně. Kladnou odpověď označilo ze všech dotazovaných 20 respondentů (tj. 9%). Správnou odpověď, která zněla: „ne, nedá se vyléčit“ označilo 151 respondentů (tj. 70%). Odpověď: „nevím“ označilo 45 dotazovaných respondentů (tj. 21%). Ve výsledném zjištění můžeme uvést, že správně odpověděla většina dotazovaných respondentů. Odkaz viz výzkumná otázka č. 2.

**Tabulka č. 12: Odpovědi respondentů na otázku, zda se dá Alzheimerova choroba vyléčit.**

Dá se Alzheimerova choroba vyléčit?		
Odpovědi respondentů	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Ano, dá	20	9
b) Ne, nedá - správná odpověď	151	70
c) Nevím	45	21

**Graf č. 17: Názor respondentů, zda lze nemoc vyléčit - relativní četnost (v%)**



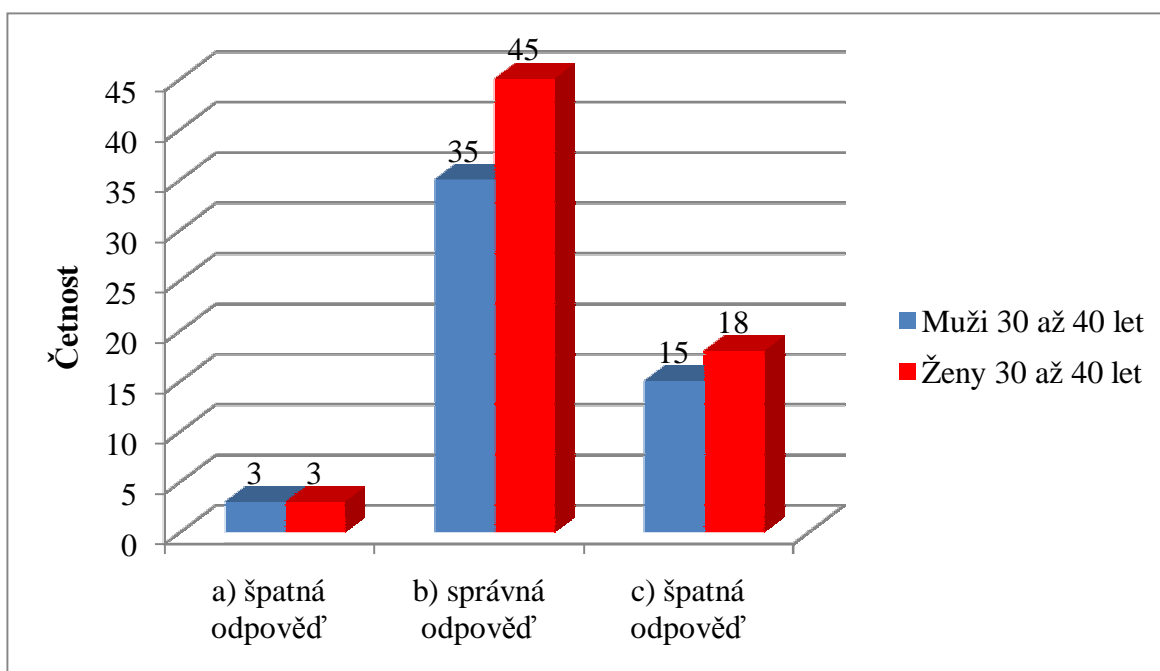
U této otázky se opět zaměřujeme na pohlaví respondentů a věkovou skupinu 30- 40 let. Správnou odpověď u žen označilo 45 (tj. 68%). Muži označili tuto správnou odpověď

v počtu 35 (tj. 66%). Závěrem můžeme hodnotit, že správně odpovědělo na tuto otázku o 2% více žen než mužů. Odkaz viz výzkumná otázka č. 3.

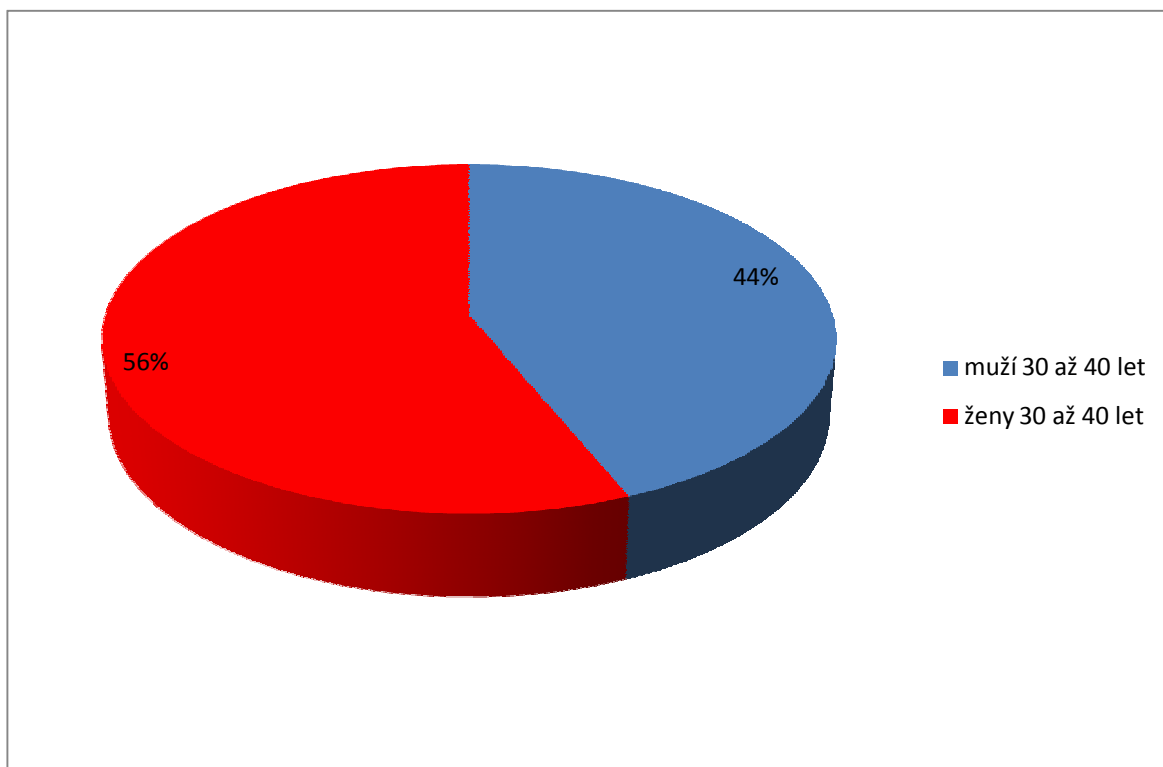
**Tabulka č. 13: Rozdělení odpovědí v daném věkovém rozmezí 30 až 40 let u mužů a žen**

Dá se Alzheimerova choroba vyléčit?				
Odpověď	Muži 30 až 40 let		Ženy 30 až 40 let	
	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) špatná odpověď	3	6	3	5
b) správná odpověď	35	66	45	68
c) špatná odpověď	15	28	18	27

**Graf č. 18: Odpovědi na otázku, zda lze nemoc vyléčit. Rozdělení dle četnosti (v%)**



**Graf č. 19: Odpovědi na otázku, zda lze nemoc vyléčit - relativní četnost správných odpovědí (v%)**



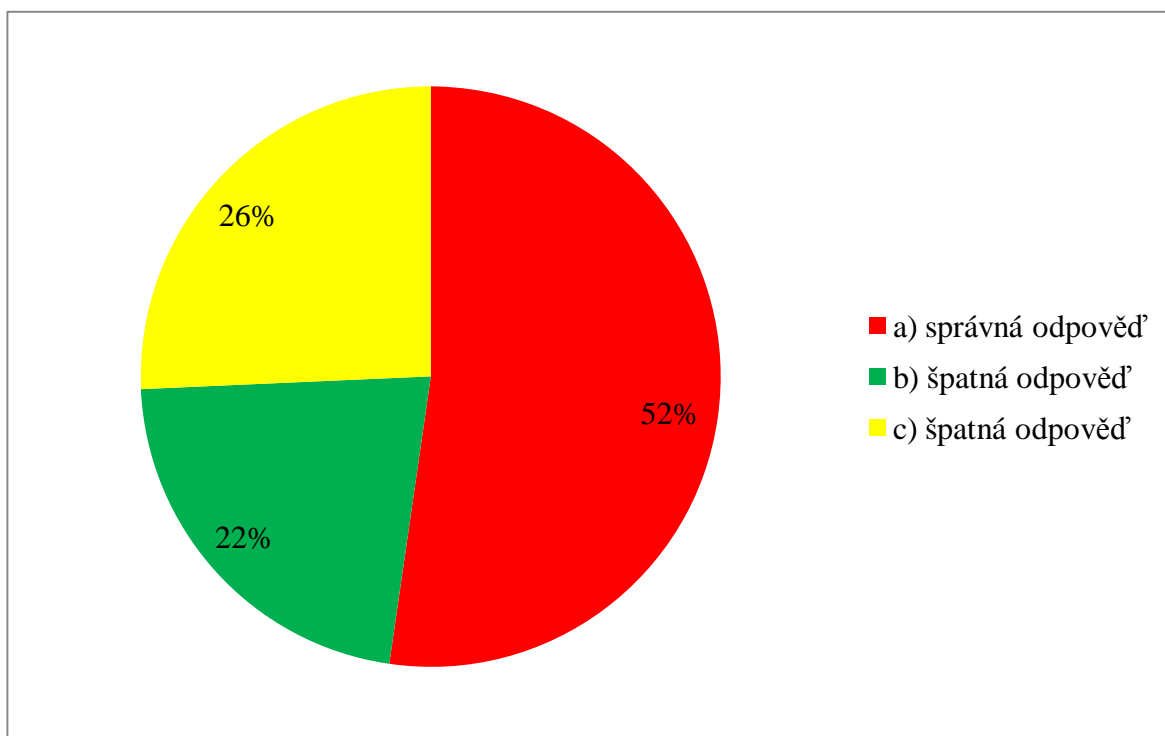
**Analýza otázky č. 10- Může projevy této nemoci rozpoznat laik?**

Pomocí této otázky jsme chtěli zjistit, zda veřejnost ví, že projevy nemoci může rozpoznat i laik. Alzheimerovu chorobu za vyléčitelnou ji považuje 114 respondentů (tj. 52%). V tomto případě odpovědělo nejvíce dotazovaných. Nevědělo 56 respondentů (tj. 26%). Za nevyléčitelnou ji považuje 48 respondentů (tj. 22%). Závěrem můžeme říci, že většina dotazovaných odpověděla správně. Odkaz viz výzkumná otázka č. 2.

**Tabulka č. 14: Odpovědi respondentů na otázku, zda toto onemocnění může rozpoznat laik**

Může projevy této nemoci rozpoznat i laik?		
Odpovědi	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Ano - správná odpověď	114	52
b) Ne	48	22
c) Nevím	56	26

**Graf č. 20: Výběr odpovědí v zastoupení relativní četnosti (v%)**

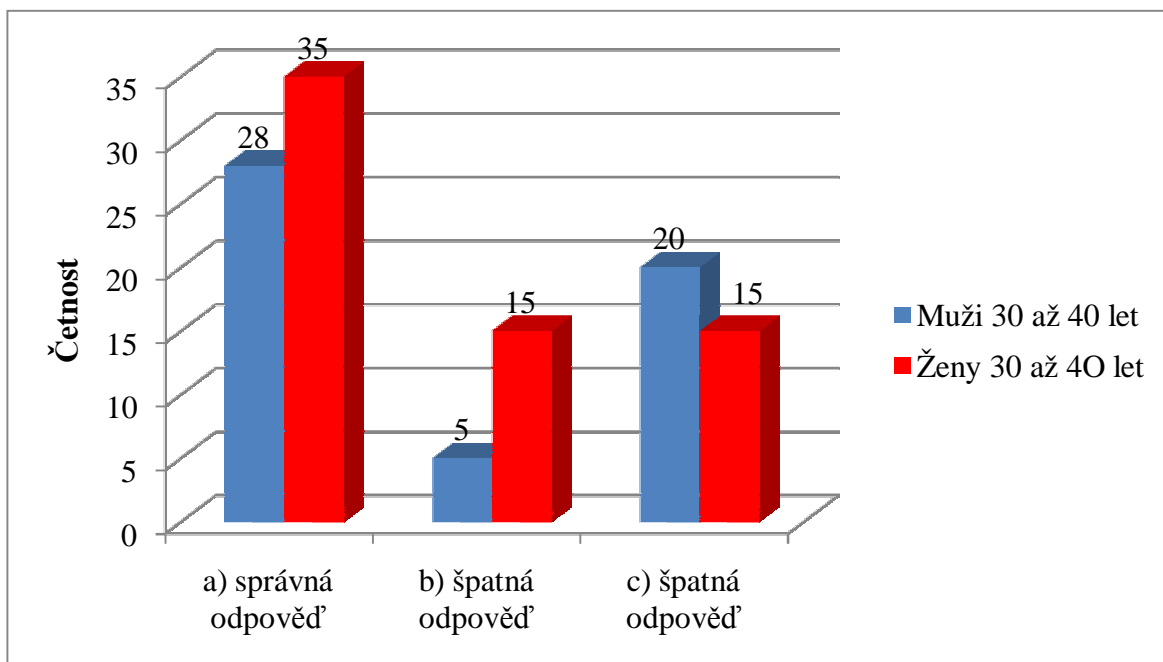


Tato otázka nás také zajímala z pohledu rozdělení věku a pohlaví. I zde jsme se zaměřili na věkovou skupinu 30-40 let a výsledné odpovědi také rozdělili dle pohlaví. I v této otázce lépe odpovídaly ženy. Správnou odpověď označilo 35 žen (tj. 54%). Muži správně odpověděli v počtu 28 (tj. 53%). U žen špatně odpovědělo 30 dotazovaných (tj. 46%) a u mužů se jednalo o 25 dotazovaných (tj. 47%). Závěrem můžeme podotknout, že ženy odpovídaly o 1% lépe. Odkaz viz výzkumná otázka č. 3.

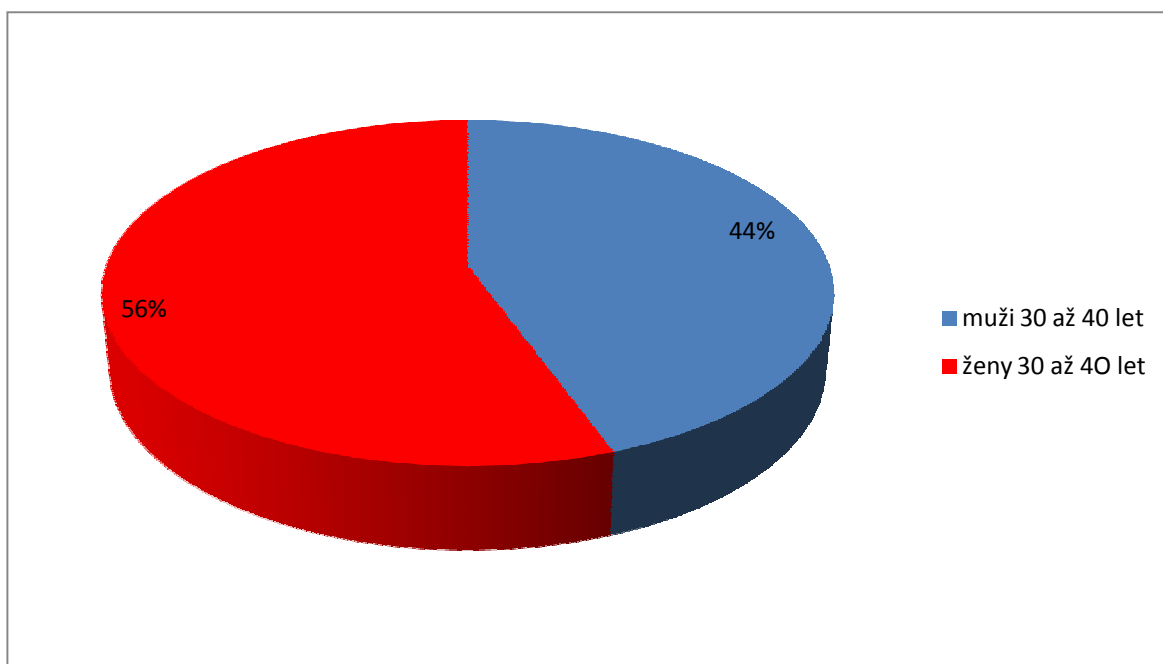
**Tabulka č. 15: Rozdělení možných odpovědí dle věkové skupiny 30 až 40 let a pohlaví.**

Může projevy této nemoci rozpoznat i laik?				
Odpovědi	Muži 30 až 40 let		Ženy 30 až 40 let	
	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Ano	28	53	35	54
b) Ne	5	9	15	23
c) Nevím	20	38	15	23

**Graf č. 21: Odpovědi, zda může projevy této nemoci rozpoznat i laik? Rozdělení dle četnosti**



**Graf č. 22: Odpovědi, zda může projevy této nemoci rozpoznat i laik? Rozdělení dle relativní četnosti správných odpovědí (v%)**



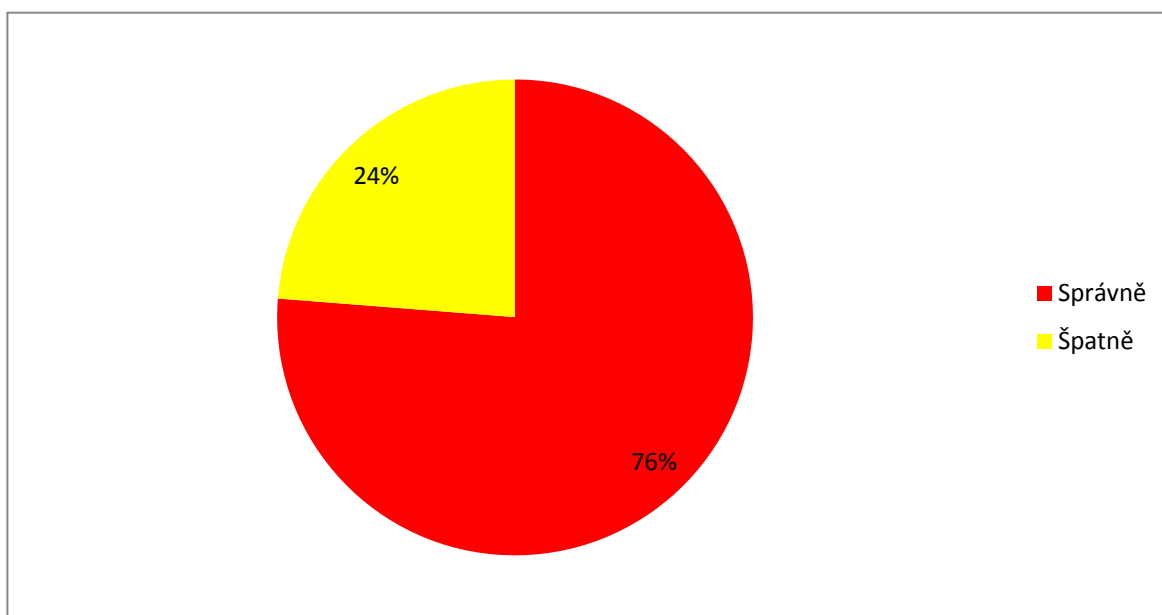
### Analýza otázky č. 11 - Jaké jsou základní projevy Alzheimerovy choroby?

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda laická veřejnost ví, jaké základní projevy nemoci Alzheimerova choroba může mít. Z níže zmíněných výsledků můžeme říci, že správnou odpověď označilo největší počet respondentů, a to v četnosti 167 dotazovaných (tj. 77%). Špatnou odpověď označilo 51 respondentů (tj. 23%). Z blíže zjištěného, můžeme vyvodit, že z větší části, dokáže veřejnost správně definovat základní projevy nemoci. Odkaz viz výzkumná otázka č. 2.

**Tabulka č. 16: Základní projevy choroby.**

Základní projevy choroby		
Odpověď	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) špatná odpověď	33	15
b) špatná odpověď	18	8
c) správná odpověď	167	77
d) špatná odpověď	0	0
e) špatná odpověď	0	0

**Graf č. 23: Relativní četnost správných odpovědí u otázky zjišťující základní projevy Alzheimerovy choroby (v%)**



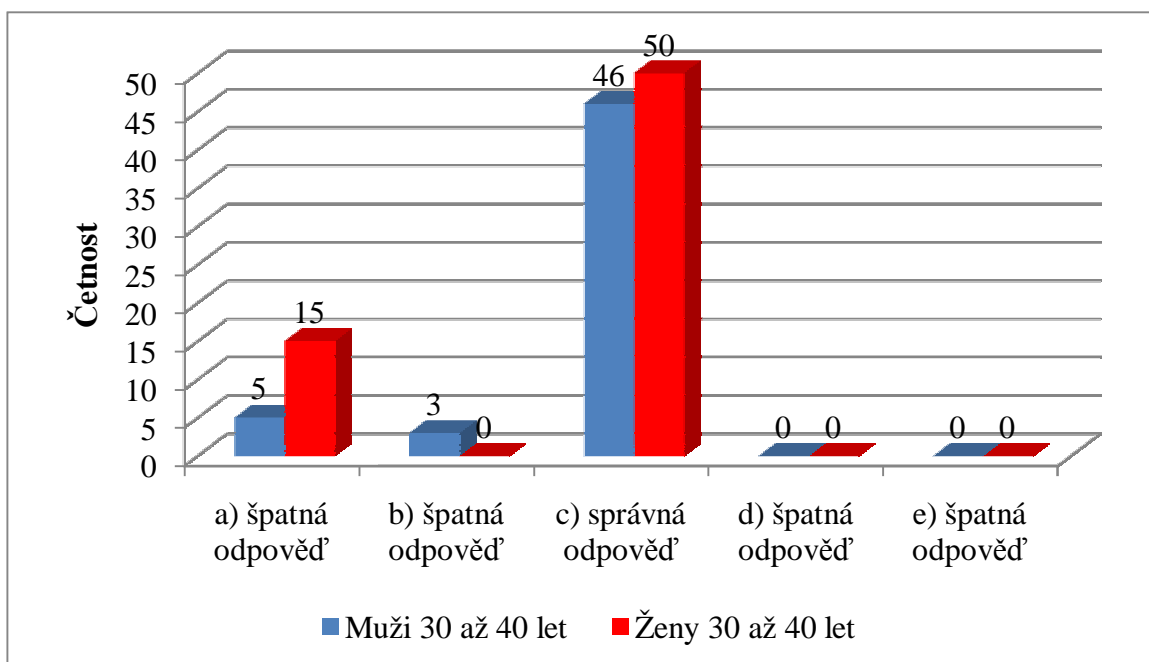


U této otázky jsme se také rozdělili zvlášť odpovědi mužů a žen, a to ve věkové kategorii 30- 40 let. U skupiny mužů správně odpovědělo 46 dotazovaných (tj. 86%) a u skupiny žen odpovědělo 50 dotazovaných (tj. 77%). Můžeme tedy konstatovat, že na tuto otázku opět odpověděly lépe ženy než muži, a to o 9%. Špatnou odpověď ve skupině označilo 15 dotazovaných žen (tj. 23%). U mužů se jednalo o 8 (tj. 14%) špatně uvedených odpovědí. Odkaz viz výzkumná otázka č. 3.

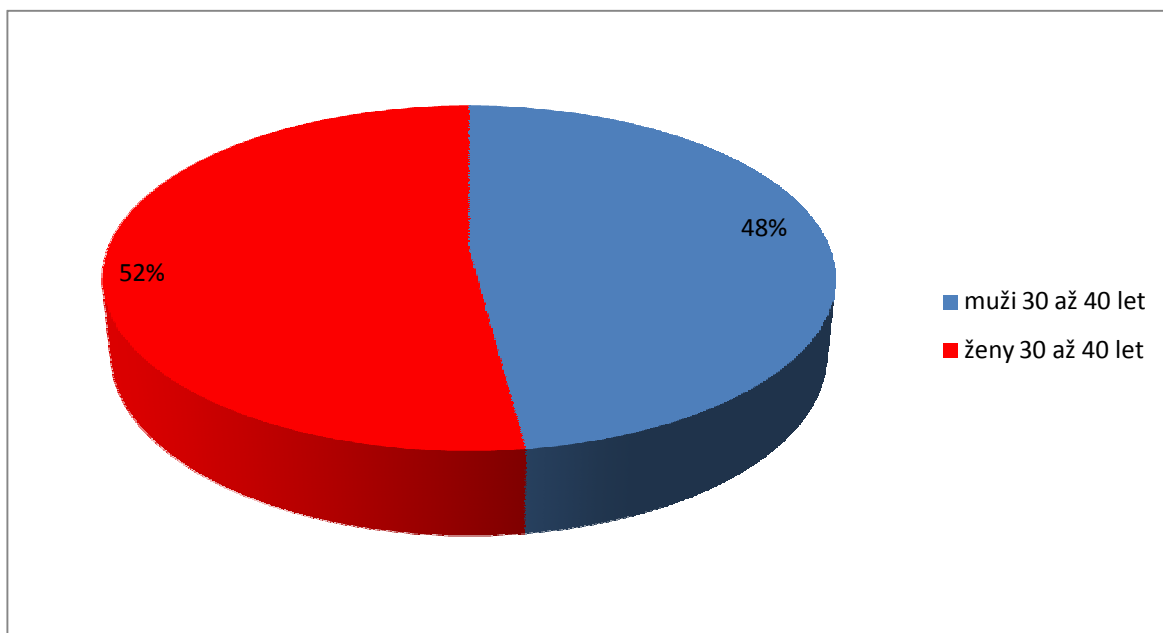
**Tabulka č. 17: Odpovědi k základním projevům nemoci. Rozdělení dle pohlaví a věku 30 až 40 let**

Odpovědi k základním projevům nemoci				
Odpověď	Muži 30 až 40 let		Ženy 30 až 40 let	
	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) špatná odpověď	5	9	15	23
b) špatná odpověď	3	5	0	0
c) správná odpověď	46	86	50	77
d) špatná odpověď	0	0	0	0
e) špatná odpověď	0	0	0	0

**Graf č. 24: Četnost odpovědí mužů a žen ve věkovém rozmezí 30 až 40 let.**



**Graf č. 25: Počet správných odpovědí u mužů a žen ve věkové skupině 30 až 40 let - relativní četnost (v%)**



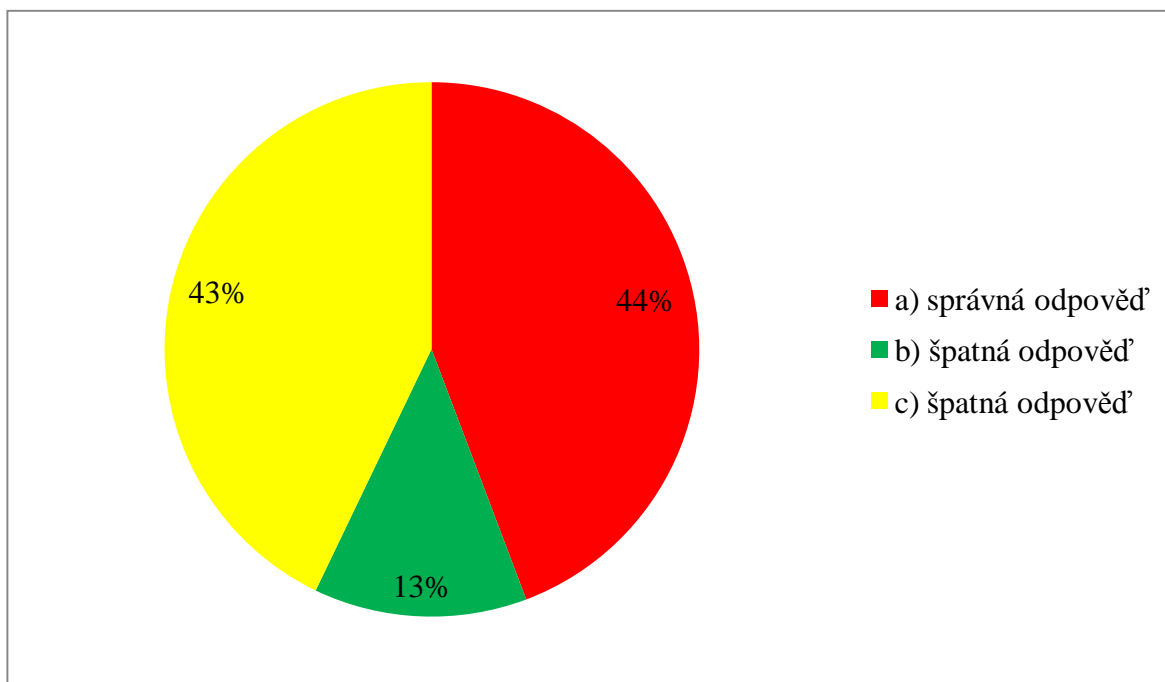
**Analýza otázky č. 12 - Je u Alzheimerovy choroby zvýšené riziko dědičnosti?**

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jestli dotazovaní respondenti vědí o možném riziku dědičnosti. Správnou odpověď uvedlo 96 respondentů (tj. 44%). Jen 28 dotazovaných (tj. 13%) si myslí, že riziko dědičnosti u Alzheimerovy choroby nehrozí. Bohužel 93 respondentů (tj. 43%) nevědělo, zda je riziko dědičnosti u Alzheimerovy choroby zvýšené. Z výsledků můžeme vyvodit, že pouze 44% respondentů z celkového počtu dotazovaných odpovědělo správně. Odkaz viz výzkumná otázka č. 2.

**Tabulka č. 18: Rozdělení odpovědí k otázce. Je u Alzheimerovy choroby zvýšené riziko dědičnosti?**

Je u Alzheimerovy choroby zvýšené riziko dědičnosti?		
Odpověď	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Ano- správná odpověď	96	44
b) Ne - špatná odpověď	28	13
c) Nevím	93	43

**Graf č. 26: Relativní četnost odpovědí u otázky rizika dědičnosti u Alzheimerovy choroby (v%)**



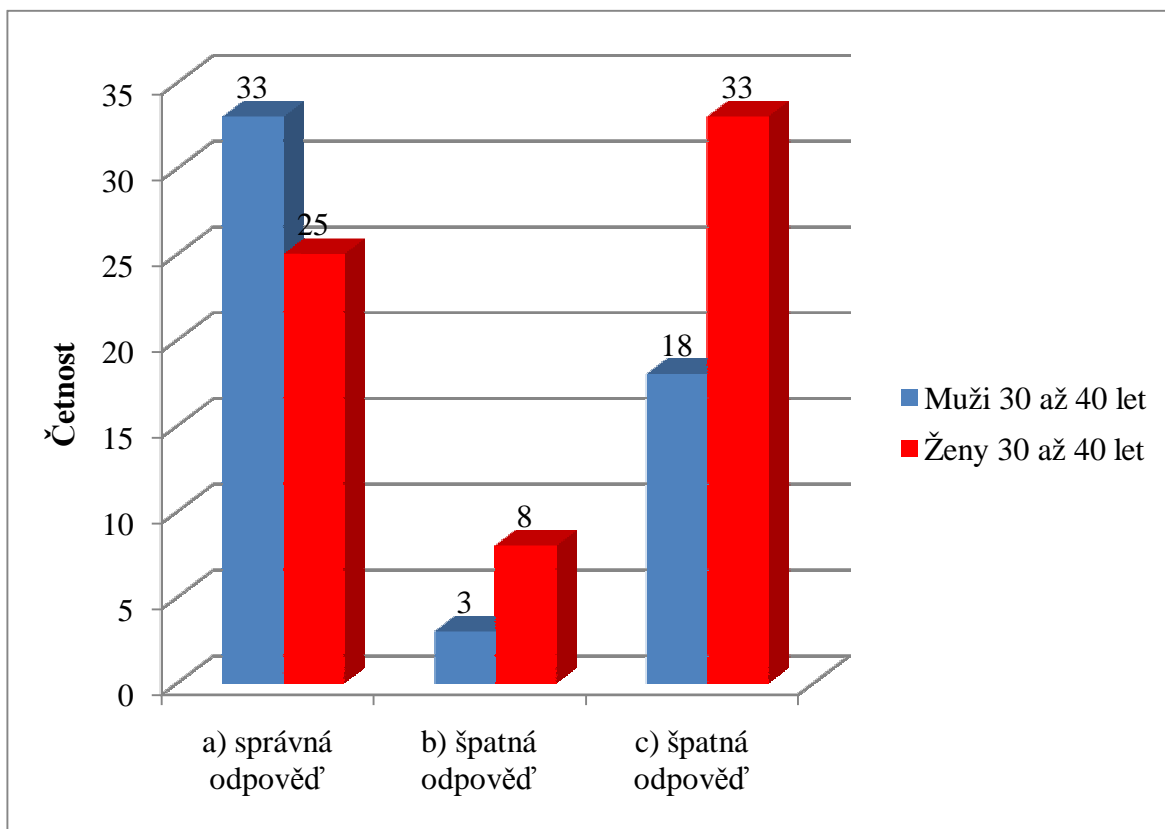
V otázce jsme posuzovali také zvlášť věkovou skupinu 30-40 let a také pohlaví respondentů. Výsledné zjištění nám ukázalo, že správnou odpověď uvedlo ve skupině muži 33 dotazovaných (tj. 62%).

Ve skupině ženy, odpovědělo správně 25 dotazovaných (tj. 38%). V této otázce odpovídali muži o 24% lépe než ženy. Odkaz viz výzkumná otázka č. 3.

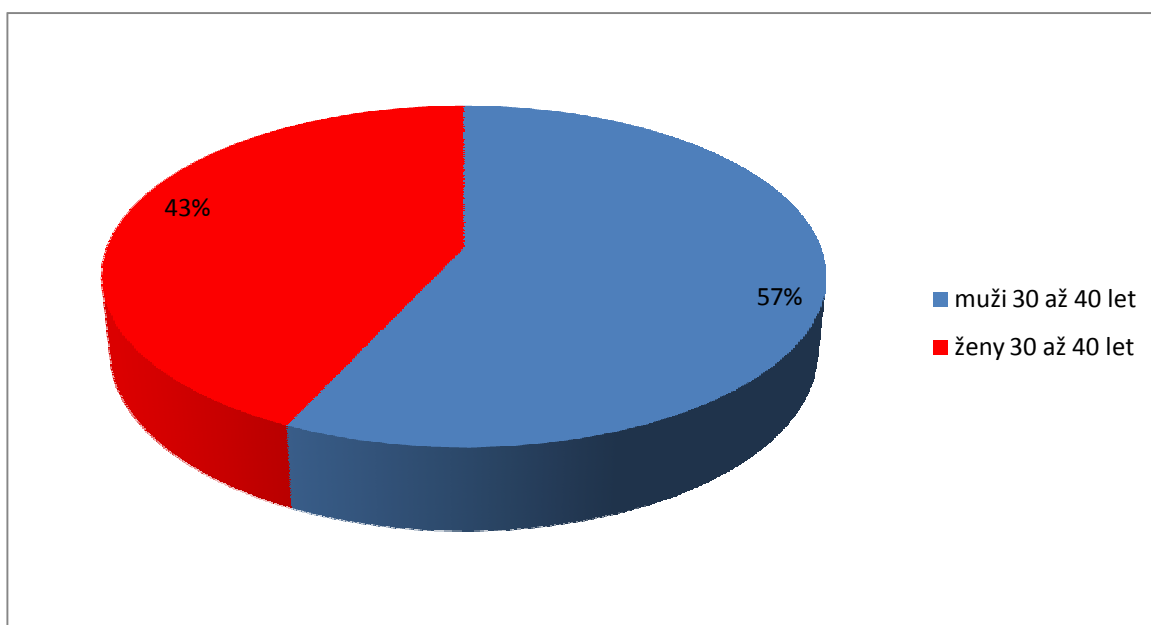
**Tabulka č. 19: Rozdělení odpovědí dle pohlaví a věkové skupiny 30 až 40 let, otázce vztahující se k problematice dědičnosti.**

Odpovědi k možnému riziku dědičnosti choroby				
Odpověď	Muži 30 až 40 let		Ženy 30 až 40 let	
	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Ano	33	62	25	38
b) Ne	3	5	8	12
c) Nevím	18	33	33	50

**Graf č. 27: Četnost odpovědí mužů a žen ve věkové kategorii 30 až 40 let, k otázce týkající se dědičnosti Alzheimerovy choroby.**



**Graf č. 28: Relativní četnost správných odpovědí u mužů a žen ve věkové kategorii 30 až 40 let, k otázce týkající se dědičnosti Alzheimerovy choroby (v%)**



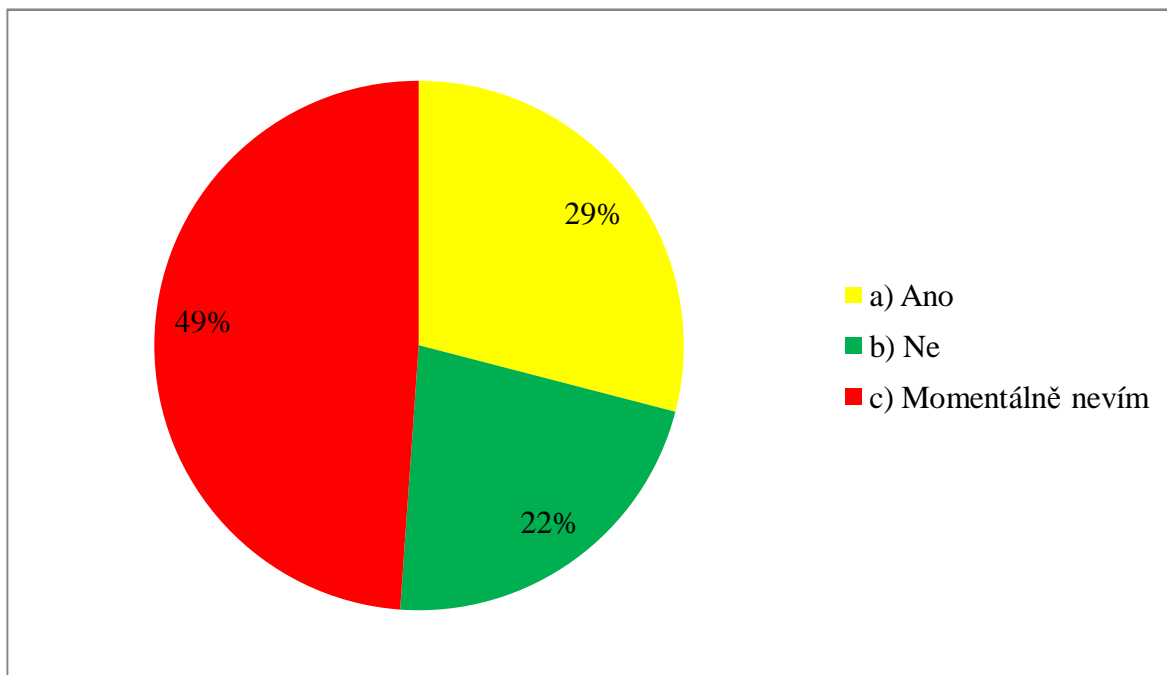
### **Analýza otázky č. 13 - Byl(a) byste schopen(a) se postarat o rodinného příslušníka, u kterého by byla diagnostikována Alzheimerova choroba?**

Touto otázkou jsme si chtěli ověřit, kolik respondentů by bylo ochotno pečovat o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Nejvíce lidí s celkovým počtem 106 dotazovaných (tj. 49%) momentálně nevědělo, zda by o nemocného bylo schopno pečovat. K aktivní možnosti péče se přiklonilo 63 dotazovaných (tj. 29%) Zbytek respondentů a to 48 (tj. 22%) uvedlo, že by se o nemocného nepostaralo. Závěrem pak můžeme konstatovat, že vysoké procento dotazovaných nevědělo, zda by byli schopni se o nemocného postarat.

**Tabulka č. 20: Ochota péče o nemocného Alzheimerovou chorobou**

Byli byste schopni se postarat o člověka postiženého touto chorobou?		
Možnosti	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Ano	63	29
b) Ne	48	22
c) Momentálně nevím	106	49

**Graf č. 29: Relativní četnost k počtu odpovědí na ochotu péče o nemocného (v%)**



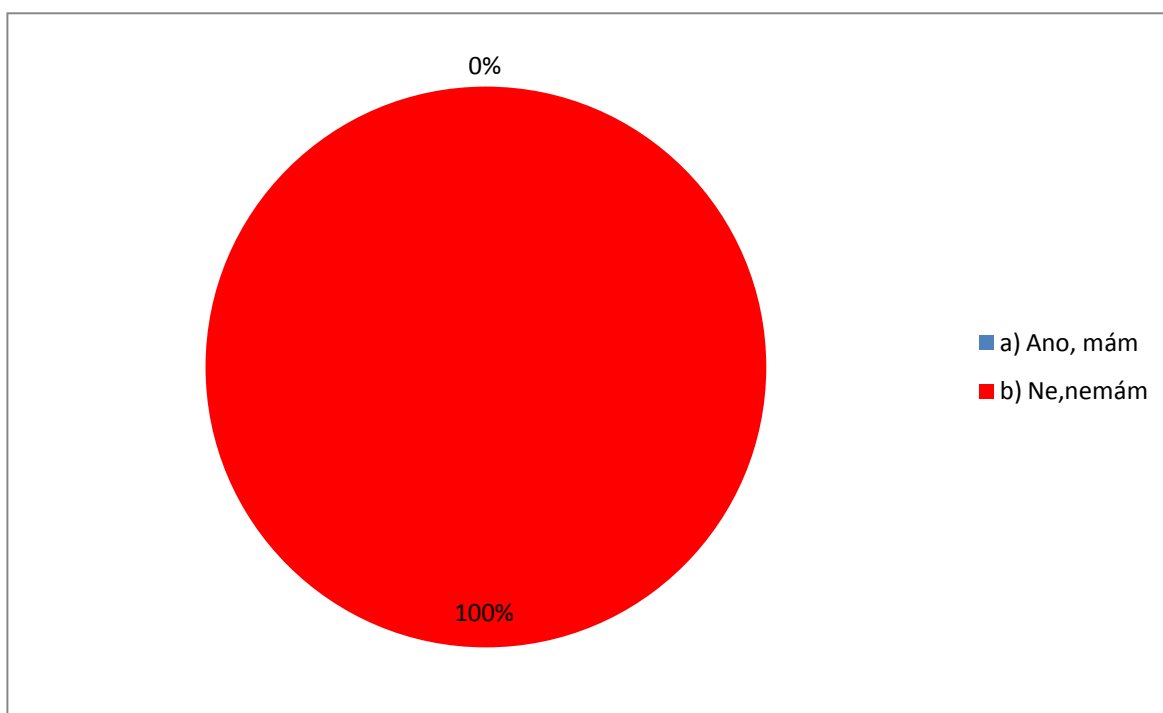
### **Analýza otázky č. 14 - Máte zkušenost s péčí o nemocného člověka Alzheimerovou chorobou?**

Jak lze z níže uvedených výsledků šetření vyvodit, nenašel se bohužel ani jeden respondent, který by měl osobní zkušenost s péčí o nemocného člověka Alzheimerovou chorobou.

**Tabulka č. 21: Zkušeností respondentů s péčí o nemocného**

Máte zkušenosti s péčí o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou?	
a) Ano, mám	0
b) Ne, nemám	217

**Graf č. 30: Relativní četnost odpovědí vztahující se k problematice zkušenosti péče o nemocného (v%)**



### **Analýza otázky č. 15 - Myslíte si, že lze skloubit domácí péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou s osobním životem pečovatele?**

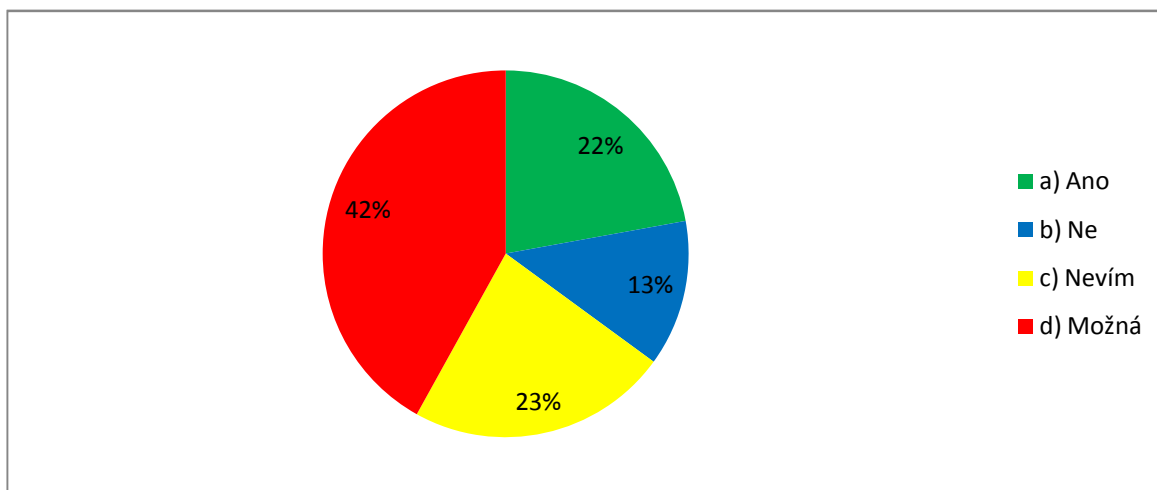
Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jaký názor mají respondenti na spojení domácí péče s osobním životem pečovatele. Jen 48 dotazovaných (tj. 22%) odpovědělo, že péči o nemocného s osobním životem pečovatele lze skloubit a 28 dotazovaných (tj. 13%)

odpovědělo, že péči s osobním životem skloubit nelze. V tomto případě nevědělo 50 respondentů (tj. 23%) a 91 respondentů (tj. 42%) si toto propojení dokázalo představit. Z výše uvedených odpovědí nám vyplývá, že největší počet respondentů uvedlo, že je možné skloubit osobní život pečovatele s péčí o nemocného.

**Tabulka č. 22: Názor na možnost skloubit péči o nemocného s osobním životem pečovatele**

Lze skloubit péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou s osobním životem?		
Možnosti	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Ano	48	22
b) Ne	28	13
c) Nevím	50	23
d) Možná	91	42

**Graf č. 31: Relativní četnost názorů na skloubení péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou s osobním životem (v%)**



**Analýza otázky č. 16 - Z jakých zdrojů byste čerpal(a) informace o onemocnění?**

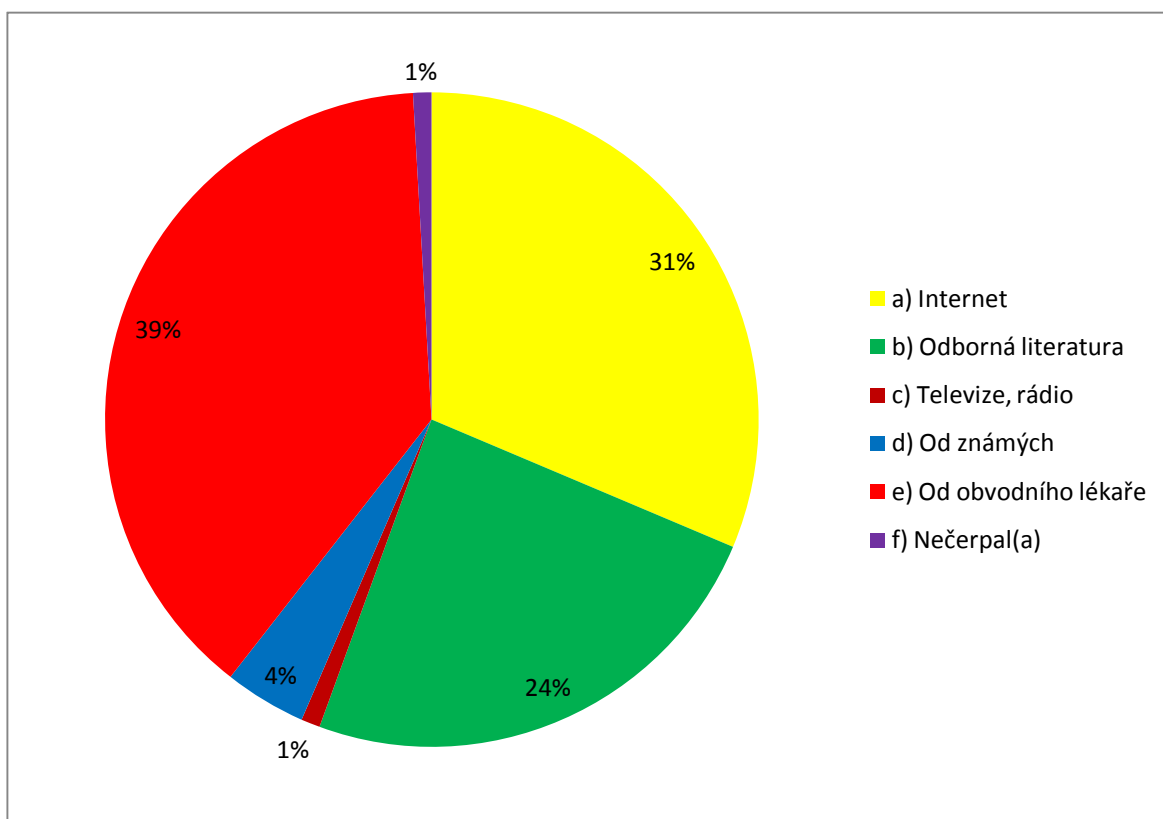
Touto otázkou jsme chtěli zjistit, které zdroje by respondenti upřednostnili, při získávání informací o Alzheimerově chorobě. Nejvíce respondentů by žádalo informace u svého lékaře. Jedná o 124 dotazovaných (tj. 39%). Jako druhý, nejčastěji udávaný informační zdroj byl respondenty vybrán internet a to v počtu 101 dotazovaných (tj. 31%). Z odborné literatury by čerpal(a) informace 78 respondentů (tj. 24%) Jako informační zdroj televize, rádio uvedli pouze 3 (tj. 1%) respondenti. Od svých známých by čerpal(a) informace 13

dotazovaných (tj. 4%). Pouze 3 (tj. 1%) respondenti žádný zdroj nevedli. Podle zjištěných výsledků je patrné, že pro informace by se nejčastěji respondenti obrátili na svého lékaře.

**Tabulka č. 23: Zdroje, ze kterých by respondenti čerpali informace o nemoci.**

Z jakých zdrojů byste čerpali(a) informace o onemocnění?		
Možnosti	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Internet	101	31
b) Odborná literatura	78	24
c) Televize, rádio	3	1
d) Od známých	13	4
e) Od obvodního lékaře	124	39
f) Nečerpali(a)	3	1

**Graf č. 32: Relativní četnost vypsaných informačních zdrojů (v%)**





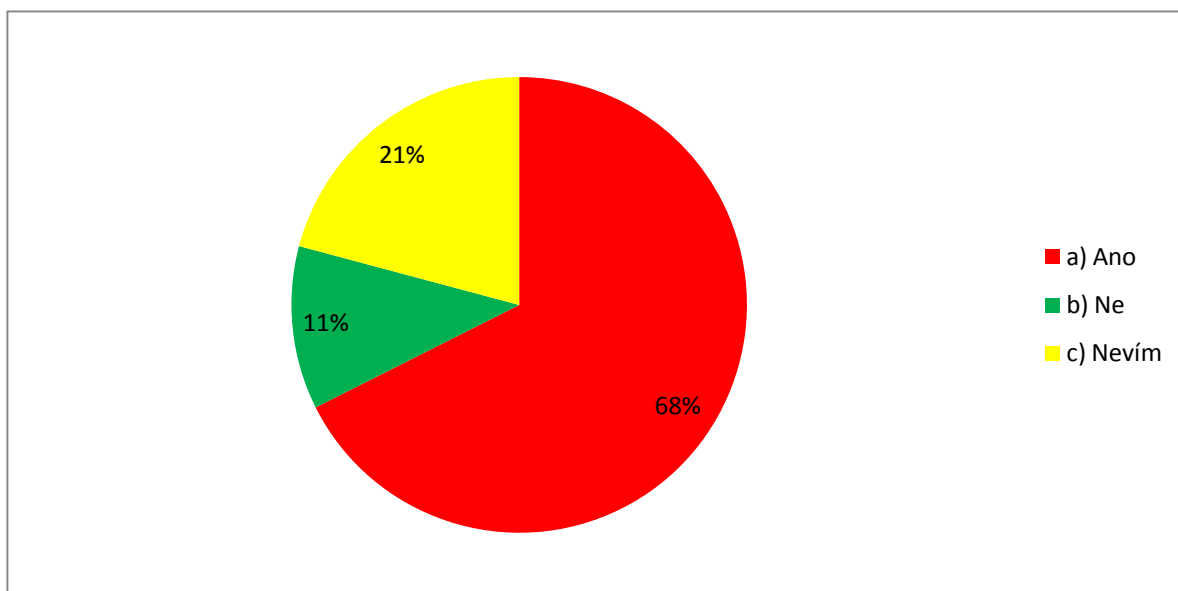
**Analýza otázky č. 17- Myslíte si že člověk bez lékařského vzdělání může pečovat o osobu s Alzheimerovou chorobou?**

Touto otázkou jsme zjišťovali, jaký názor mají respondenti na péči o nemocného nekvalifikovanou osobou (rodinný příslušník). Kladně odpovědělo 146 dotazovaných (tj. 68%), nesouhlasilo 25 respondentů (tj. 11%). Neutrální odpověď „nevím“ uvedlo 45 dotazovaných (tj. 21%) z celkového počtu. Většina respondentů se domnívá, že péči o nemocného může zvládnout i člověk bez lékařského vzdělání.

**Tabulka č. 24: Názor na možnou péči o nemocného pečovatelem bez patřičného vzdělání.**

Může pečovat o osobu s touto nemocí i laik		
Možnosti	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) Ano	146	68
b) Ne	25	11
c) Nevím	45	21

**Graf č. 33: Relativní četnost názorů na péči o nemocného pečovatelem bez patřičného vzdělání (v%)**



### **Analýza otázky č. 18 - Víte, jaké služby a zařízení mohou nemocní s Alzheimerovou chorobou využít?**

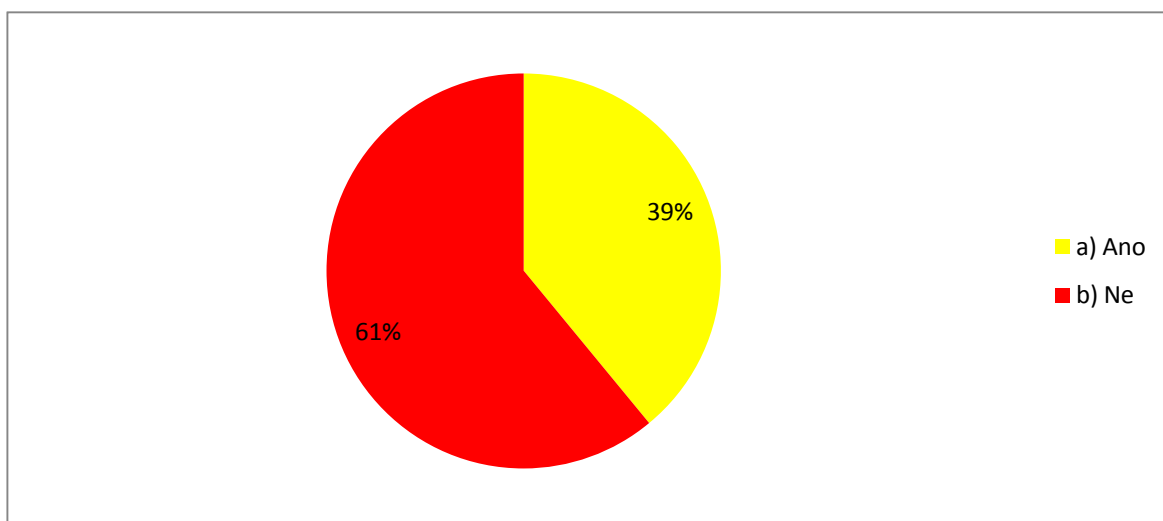
Tato otázka zjišťuje, jaké povědomí o službách a zařízeních mají dotazovaní respondenti. Ve výsledném zjištění nám 20 respondentů (tj. 28%) uvedlo zařízení domov pro seniory. Charitu uvedlo 18 dotazovaných (tj. 24%) a 8 (tj. 10%) respondentů napsalo pečovatelskou službu a psychiatrické zařízení. Dalším zařízením, kde mohou být nemocní s Alzheimerovou chorobou umístěni, jsou podle respondentů nemocnice, které uvedlo 5 dotazovaných (tj. 7%). Blíže nespecifikovaná zařízení uvedlo také 5 respondentů (tj. 7%). Nejméně a to 3 dotazovaní (tj. 3,5%) udávali MR, která ovšem nepatří do oblasti služeb a zařízení, ale využívá se v lékařské diagnostice. Z celkového výčtu udaných odpovědí, můžeme konstatovat, že respondenti mají obecné povědomí o možných službách a zařízeních, které mohou nemocní využít. Odkaz viz výzkumná otázka č. 4.

Bohužel ne všichni dotazovaní respondenti dokázali zodpovědět tuto otázku. Z celkového počtu dotazovaných si na službu či zařízení vzpomnělo pouze 76 respondentů (tj. 39%). Zbylých 114 dotazovaných (tj. 61%) na otázku neodpovědělo.

**Tabulka č. 25: Počet respondentů, kteří vyjmenovali službu či zařízení (v%)**

Odpovědi respondentů		
Odpovědi	Četnost	Relativní četnost (v%)
Vyjmenovali	76	39
Nevyjmenovali	114	61

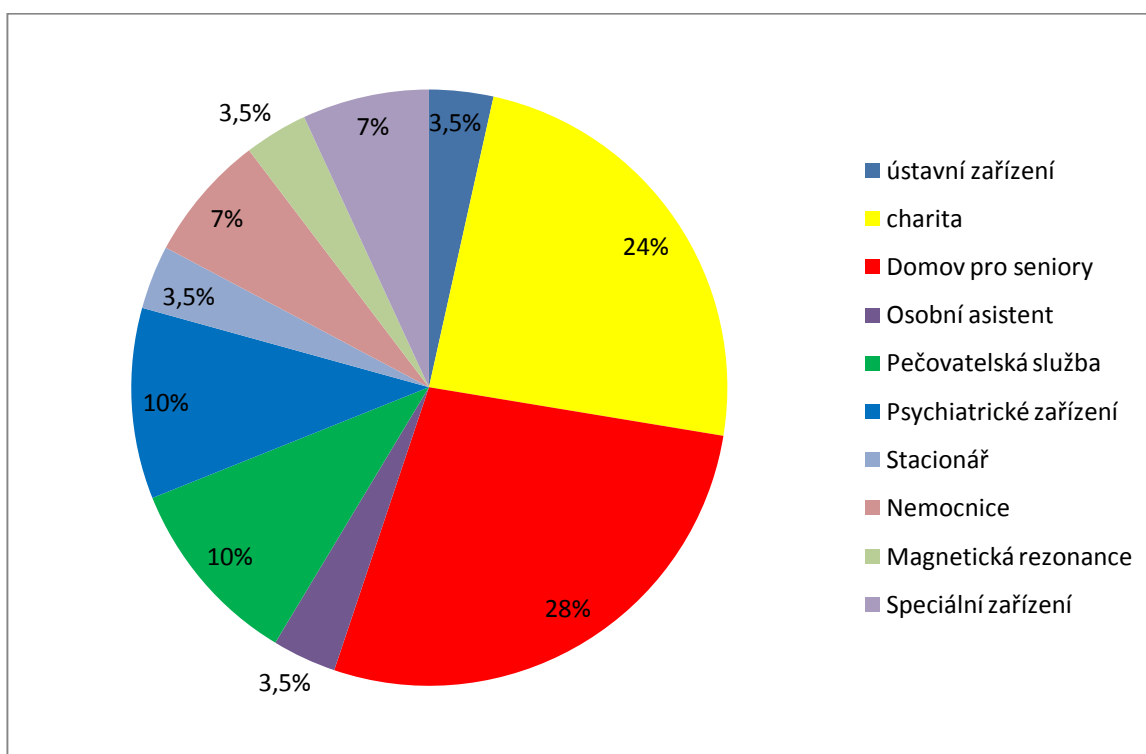
**Graf č. 34: Relativní četnost odpovědí respondentů (v%)**



**Tabulka č. 26: Jednotlivý výčet služeb a zařízení, které respondenti uvedli**

Uvedená zařízení a služby		
Zařízení a služby	Četnost	Relativní četnost (v%)
Ústavní zařízení	3	3,5
Charita	18	24
Domov pro seniory	20	28
Osobní asistent	3	3,5
Pečovatelská služba	8	10
Psychiatrické zařízení	8	10
Stacionář	3	3,5
Nemocnice	5	7
Magnetická rezonance	3	3,5
Speciální zařízení	5	7

**Graf č. 35: Jednotlivý výčet zařízení a služeb, které respondenti vypsalí v relativní četnosti (v%)**



**Výčet vypsaných zařízení a služeb, rozdělení podle pohlaví respondentů.....**

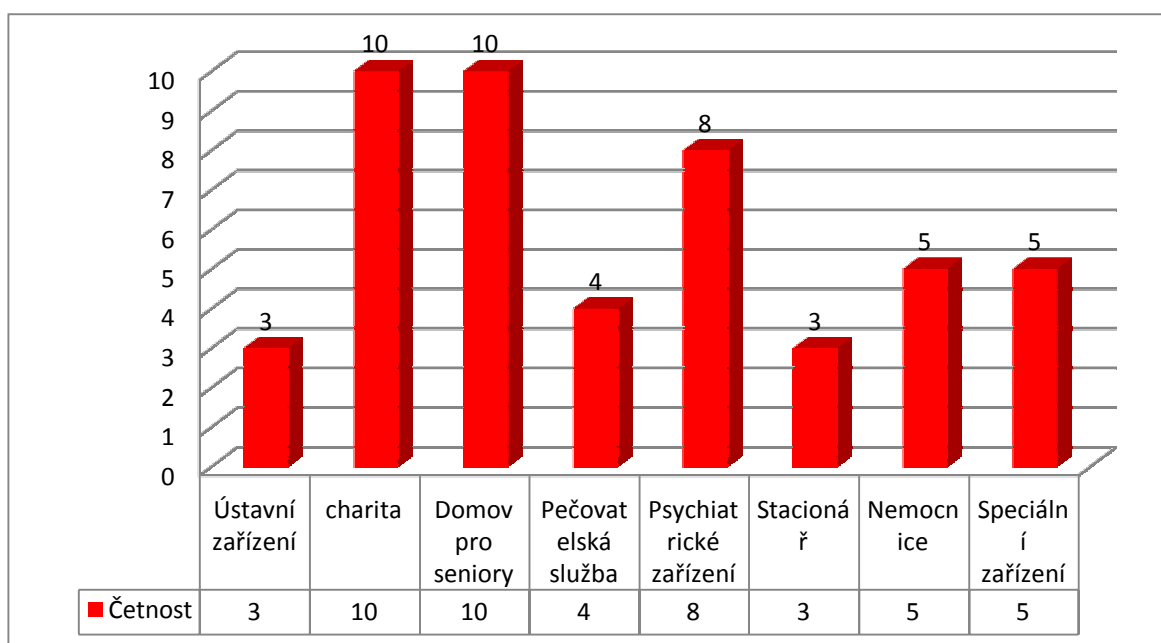
Otázku jsme analyzovali také zvlášť pro obě pohlaví. Z níže uvedené tabulky můžeme vyčíst, že ženy vyjmenovaly 8 různých zařízení. Odpověď pak znalo 48 dotazovaných. Na prvním místě s největší četností byla uvedena charita a domov pro

seniory, a to 10x (tj. 22%). Dále pak 8 žen uvedlo psychiatrickou léčebnu (tj. 17%), 4 ženy (tj. 9%) domy s pečovatelskou službou a 5 žen (tj. 10%) blíže nespecifikované speciální ústavy. Nemocnici, jako možné zařízení péče, uvedly 2 ženy (tj. 4%). Sanatorium a stacionář uvedly 4 ženy (tj. 8%) 2 ženy (tj. 4%). Z uvedených odpovědí je jasné, že ženy, které tuto otázku zodpověděly, mají obecný přehled o možných zařízeních určených pro nemocné Alzheimerovou chorobou. Odkaz viz výzkumná otázka č. 5.

**Tabulka č. 27: Výčet služeb a zařízení, dělení dle odpovědí, které vypsalý ženy**

Služby a zařízení- odpovědi ženy		
Typ zařízení	Četnost	Relativní četnost (v%)
Ústavní zařízení	3	6
Charita	10	21
Domov pro seniory	10	21
Pečovatelská služba	4	9
Psychiatrické zařízení	8	17
Stacionář	3	6
Nemocnice	5	10
Speciální zařízení	5	10

**Graf č. 36: Služby a zařízení- odpovědi ženy dle četnosti.**

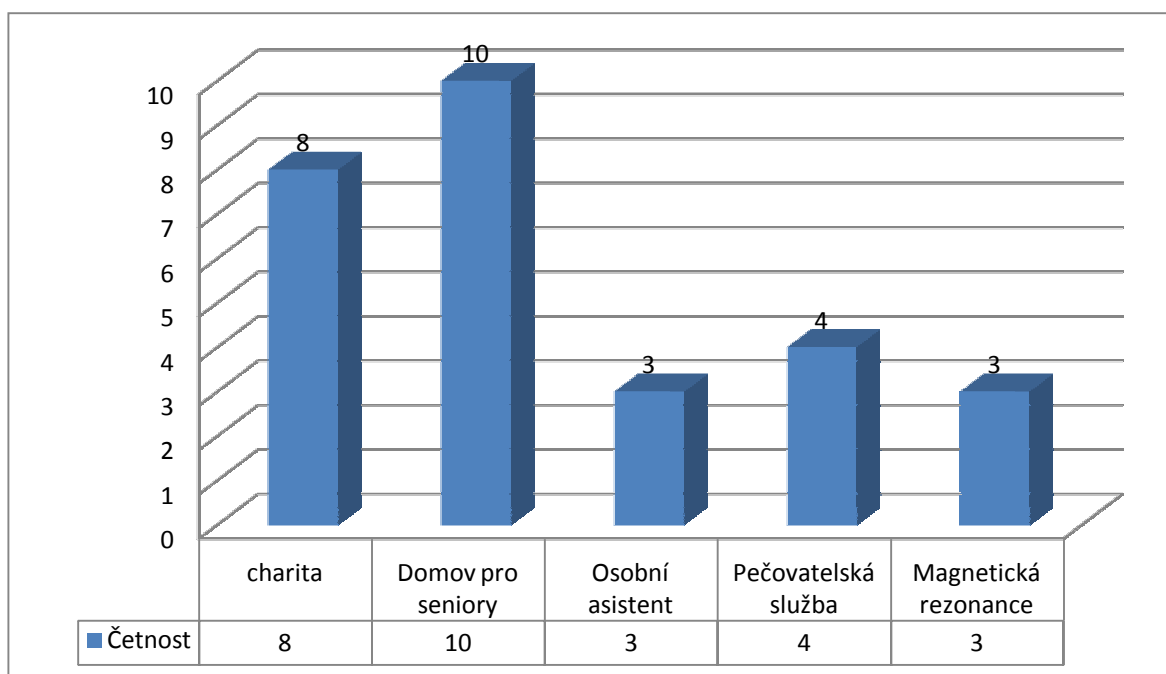


Také u mužů jsme zjišťovali míru informovanosti k této otázce. Na rozdíl od žen si na možné služby a zařízení vzpomnělo pouze 28 mužů, což je při celkově podobném počtu respondentů obou pohlaví o 20 odpovědí méně. V největší četnosti byl napsán domov pro seniory, který uvedlo 10 dotazovaných (tj. 36%), na druhém místě skončila charita, tu vypsal 8 respondentů (tj. 28%). Respondenti také vypsal několik služeb. Osobní asistenci vypsal 3 muži (tj. 11%) a pečovatelskou službu, 4 respondenti (tj. 14%). Dále pak 3 respondenti (tj. 11%) uvedli magnetickou rezonanci. Ta ovšem do služeb a zařízení nepatří. Odkaz viz výzkumná otázka č. 5.

**Tabulka č. 28: Výčet služeb a zařízení, dělení dle odpovědí, které vypsal muži**

Služby a zařízení- odpovědi muži		
Typ zařízení	Četnost	Relativní četnost (v%)
charita	8	28
Domov pro seniory	10	36
Osobní asistent	3	11
Pečovatelská služba	4	14
Magnetická rezonance	3	11

**Graf č. 37: Služby a zařízení- odpovědi muži dle četnosti.**



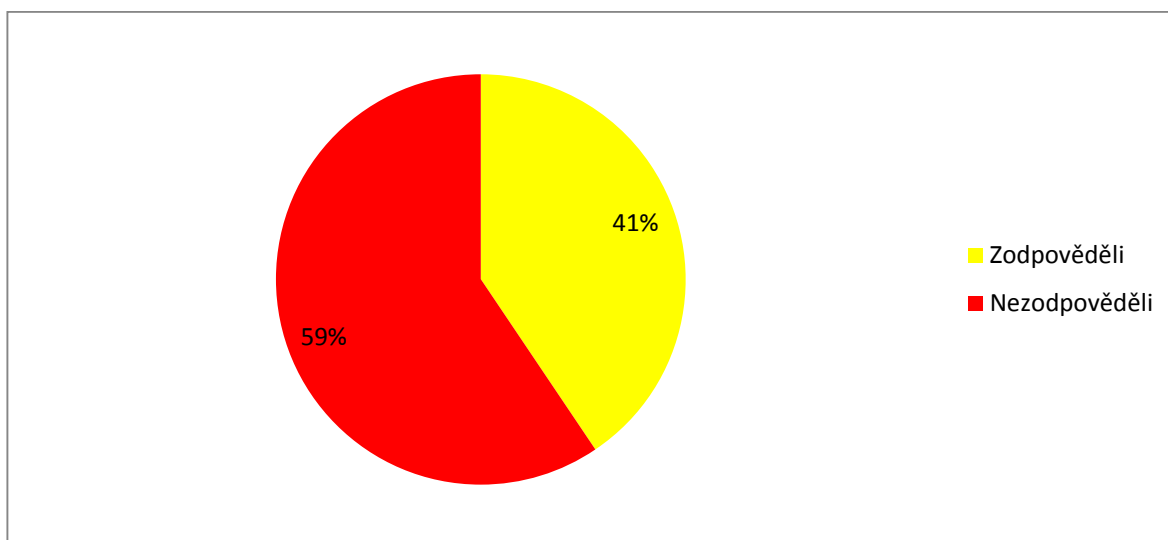
**Analýza otázky č. 19- Napište alespoň jednu službu, kterou může nemocný s Alzheimerovou chorobou využít.**

V této otázce jsme se více zaměřili na možnosti služeb, které jsou nabízeny nemocným s Alzheimerovou chorobou. Respondenti měli vypsát nejméně jednu službu, která je určena pro takto nemocné. Na jednotlivé služby si dokázalo vzpomenout 88 dotazovaných (tj. 41%). Ovšem je zvláštní, že 129 respondentů otázku nevyplnilo (tj. 59%), i když v předešlé, podobné otázce, některé ze služeb uvedli.

**Tabulka č. 29: Počet respondentů, kteří vyjmenovali službu**

Odpovědi respondentů		
Odpovědi	Četnost	Relativní četnost (v%)
Zodpovědělo	88	41
Nezodpovědělo	129	59

**Graf č. 38: Výčet služeb, které respondenti napsali dle relativní četnosti (v%)**



### Výčet služeb, rozdělení podle pohlaví respondentů....

V této otázce nás také zajímalo, jaké druhy služeb budou zvlášť uvádět muži a ženy. Chtěli jsme zjistit, jestli větší počet služeb uvedou ženy nebo muži. Níže uvedená tabulka nám ukazuje odpovědi u 58 žen, které vypsaly 8 různých služeb. Nejvíce žen 27 si vzpomnělo na služby charity (tj. 37%), dále zmínily službu domácí péče a to v počtu 16 žen (tj. 22%). Ve výčtu odpovědí se nám také 11x objevila institucionální péče (tj. 15%). Zde měly zřejmě dotazované na mysli péči v nemocničních a sociálních zařízeních, tedy péči zdravotní- ošetrovatelskou, terapeutickou a péči sociálních pracovníků. Jen 5 žen si vzpomnělo na pečovatelskou službu a službu asistenční. V relativní četnosti se jedná u obou zmíněných služeb o 7% u každé. Dále pak 3 ženy napsaly služby terapeutické a služby sociální péče. V relativní četnosti se jedná o 4% u každé. Jako možnou službu uvedly 3 ženy (tj. 3%) sport, zřejmě měly na mysli kluby a sdružení, které pořádají pohybové aktivity a sportovní klání pro seniory.

**Tabulka č. 30: Výčet služeb, dělení dle odpovědí, které vypsaly ženy**

Vyjmenované služby a jejich počet- ženy		
Typ služby	Četnost	Relativní četnost (v%)
Charita	27	37
Terapie	3	4
Domácí péče	16	22
Sociální péče	3	4
Pečovatelská služba	5	7
Institucionální péče	11	15
Asistenční služba	5	7
Sport	3	4

Muži na tuto otázku opět odpovídali v menším počtu než ženy. K této otázce vyjmenovalo různé služby pouze 29 mužů. Muži si vzpomněli pouze na 5 různých služeb vhodných pro nemocné Alzheimerovou chorobou. Muži nejčastěji uváděli služby v institucionální péči. Domníváme se, že měli na mysli zdravotní- ošetrovatelskou, terapeutickou a sociální péči ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Dále pak, a to v četnosti po 4 dotazovaných (tj. 14%) uváděli služby osobní asistence, služby doprovodu jiné osoby, kterou můžeme

zahrnout do výčtu, již zmiňované osobní asistence. Dále pak sociální dávky, jako pomoc od státu a službu ošetrovatelskou. Z celkových odpovědí je zřejmé, že muži se méně orientují v poskytování služeb pro nemocné seniory, než ženy. Odkaz viz výzkumná otázka č. 5.

**Tabulka č. 31: Výčet služeb, které vypsali muži**

Vyjmenované služby a jejich počet- muži		
Typ služby	Četnost	Relativní četnost (v%)
Osobní asistence	4	14
Institucionální péče	13	44
Doprovod druhé osoby	4	14
Sociální dávky	4	14
Ošetrovatelská péče	4	14

**Analýza otázky č. 20 - Znáte některé metody, z níže popsaných, které by se daly využít u Alzheimerovy choroby?**

V léčbě Alzheimerovy choroby je důležitý nefarmakologický terapeutický přístup, a proto jsme chtěli touto otázkou zjistit, zda respondenti znají, alespoň pár takových metod. Výsledky nás mile překvapily. Řada dotazovaných označila více, jak jednu odpověď. Největší počet respondentů udával, jako vhodnou nefarmakologickou terapeutickou metodu, trénink paměti. Označilo ji 119 dotazovaných (tj. 27%). Druhými nejčastěji uváděnými metodami s celkovým počtem 93 odpovědí (tj. 21%) byly expresivní terapie. Na třetí místo nejčastějších odpovědí a to s 66 (tj. 15%) jsme zařadili zooterapii. Řada respondentů také označila metodu orientace v realitě, konkrétně pak 56 respondentů (tj. 12%). Video trénink a reminiscenční terapii, označili respondenti skoro ve stejném počtu, konkrétně pak video trénink s 30 (tj. 7%) a reminiscenční terapii s 28 (tj. 6%). Zajímavé je, že reminiscenční terapie, která je ve světě velmi často užívanou efektivní nefarmakologickou metodou, není tak v obecném povědomí respondentů, jako ostatní terapie s vyšší označenou četností. Důvodem může být fakt, že v České republice se tato technika, ještě zcela nevyužívá ve všech zařízeních, určených pro nemocné Alzheimerovou chorobou. Jako další metodu dotazovaní označili bazální stimulaci a to v počtu 25 respondentů (tj. 5%). Také metodu ergoterapie respondenti označili v počtu 13 (tj. 3%), jako vhodnou metodu nefarmakologického terapeutického přístupu. Na posledním místě s nejmenší četností vyznačených odpovědí, byla uvedena validační terapie (tj. 2%). Žádnou z nabízených metod neznalo 8 respondentů (tj. 2%). Z výše uvedených výsledků jsme

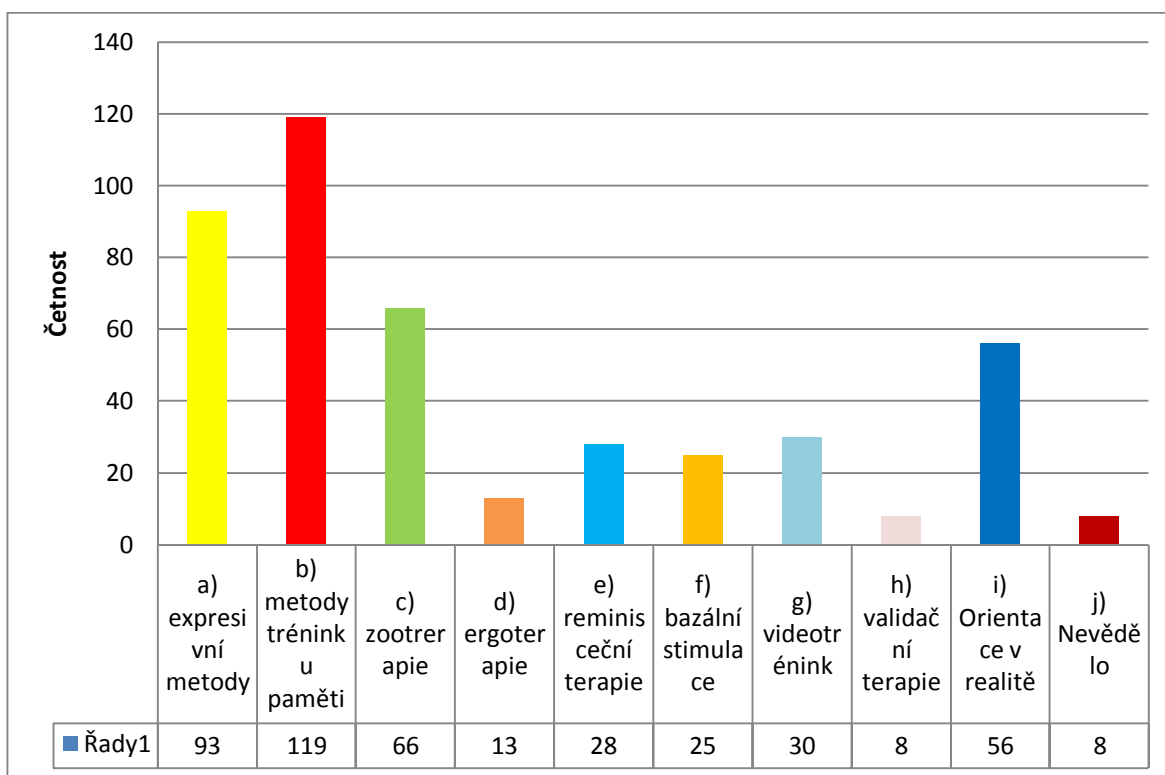


zjistili, že míra informovanosti o nefarmakologických terapeutických přístupech je u laické veřejnosti poměrně vysoká. Odkaz viz výzkumná otázka č. 6.

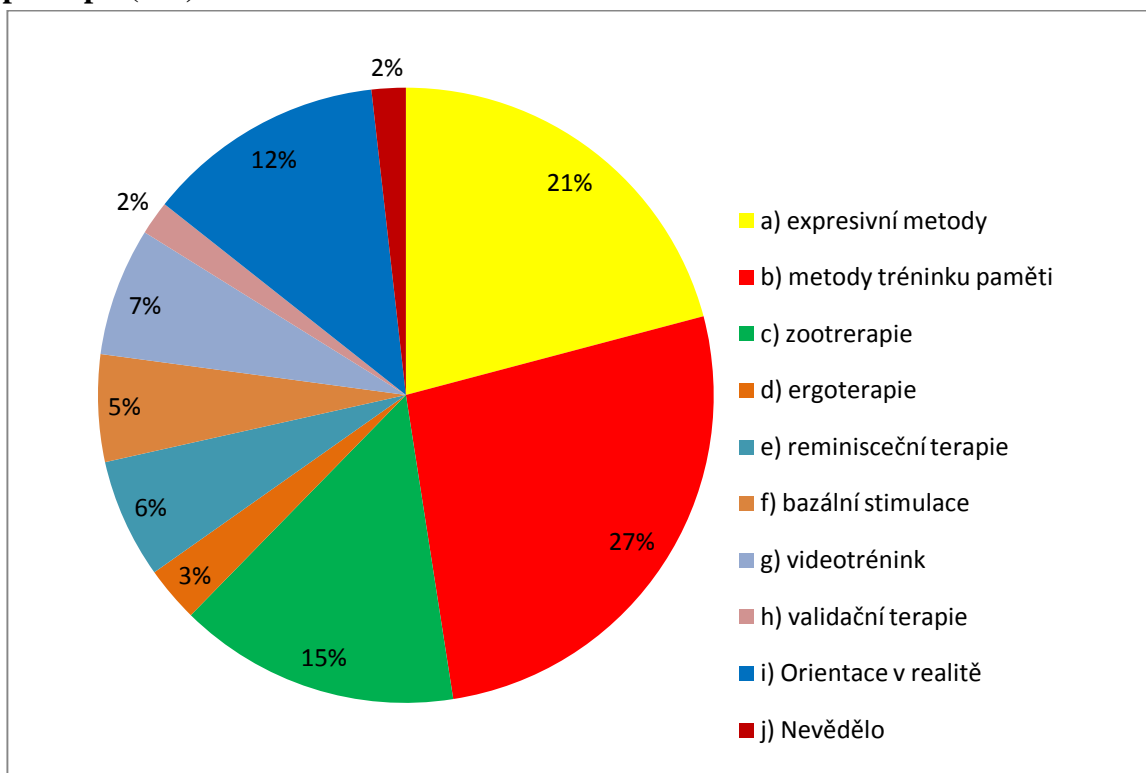
**Tabulka č. 32: Výčet nefarmakologický terapeutických metod, které respondenti označili (v%)**

Druhy terapií, které respondenti znají		
Výčet terapií	Četnost	Relativní četnost (v%)
Expresivní metody	93	21
Metody tréninku paměti	119	27
Zooterapie	66	15
Ergoterapie	13	3
Reminiscenční terapie	28	6
Bazální stimulace	25	5
Video trénink	30	7
Validační terapie	8	2
Orientace v realitě	56	12
Nevědělo	8	2

**Graf č. 39: Četnost výčtu označených nefarmakologických terapeutických přístupů.**



**Graf č. 40: Relativní četnost výčtu označených nefarmakologických terapeutických přístupů (v%)**



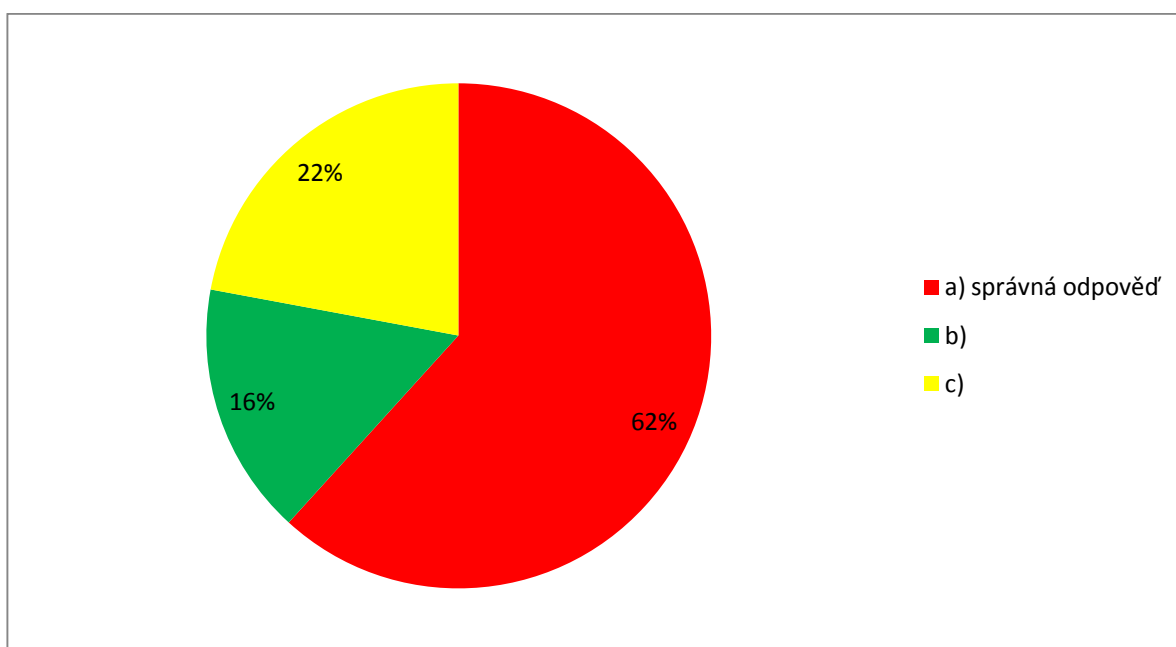
#### **Analýza otázky č. 21- Víte, co je dramaterapie?**

Jelikož studuji obor, který je na dramaterapii zaměřen, přirozeně nás zajímalo, jestli laická veřejnost zná tuto expresivní terapeutickou techniku, která se také u nemocných Alzheimerovou chorobou často využívá. Překvapilo nás, že z celkové četnosti 217 respondentů, označilo správnou odpověď 126 dotazovaných (tj. 62%). Špatnou definici tohoto terapeutického přístupu označilo 78 respondentů (tj. 38%). Žádnou odpověď neoznačilo 13, zřejmě dramaterapii neznali.

**Tabulka č. 33: Definice dramaterapie - odpovědi respondentů**

Víte, co je dramaterapie?		
Odpověď	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) správná odpověď	126	62
b) špatná odpověď	33	16
c) špatná odpověď	45	22

**Graf č. 41: Definice dramaterapie- odpovědi respondentů uvedené v relativní četnosti (v%)**



### **Jak definovali dramaterapii ženy a muži starší 41 let?**

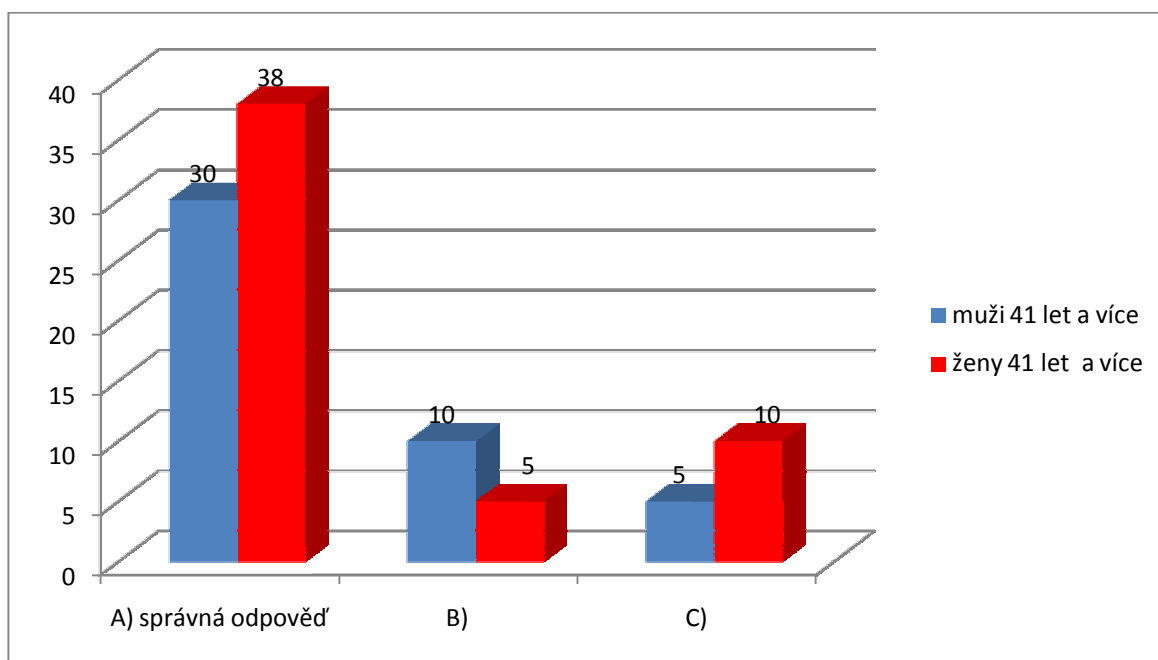
V této otázce nás dále zajímalo, jaké má povědomí o dramaterapii, jako podpůrné metodě v léčbě Alzheimerově choroby, laická veřejnost starší 41 let. Tuto věkovou skupinu jsme vybrali cíleně. Jedná ve větší míře o respondenty v produktivním a postproduktivním věku, kteří se už většinou méně zajímají o novinky, nemají takovou dostupnost informací, jako mladí dospělí, kteří jsou v této sféře aktivnější i z toho důvodu, že řada z nich měla možnost, tento obor studovat. Nás proto zajímalo, zda dotazovaní vyššího věku znají tuto novou terapeutickou metodu. Podle výsledků šetření znalo správnou definici dramaterapie 30 mužů (tj. 67%) a 38 žen (tj. 71%).

Můžeme tedy konstatovat, že více, jak polovina dotazovaných, starších 41 let, zná tuto terapeutickou metodu. Navíc jsme zjistili, že ženy odpověděly o 4% lépe než muži. Výsledné hodnoty nám ukazují, že i respondenti staršího věku vědí, co je to dramaterapie  
 Odkaz viz výzkumná otázka č. 7

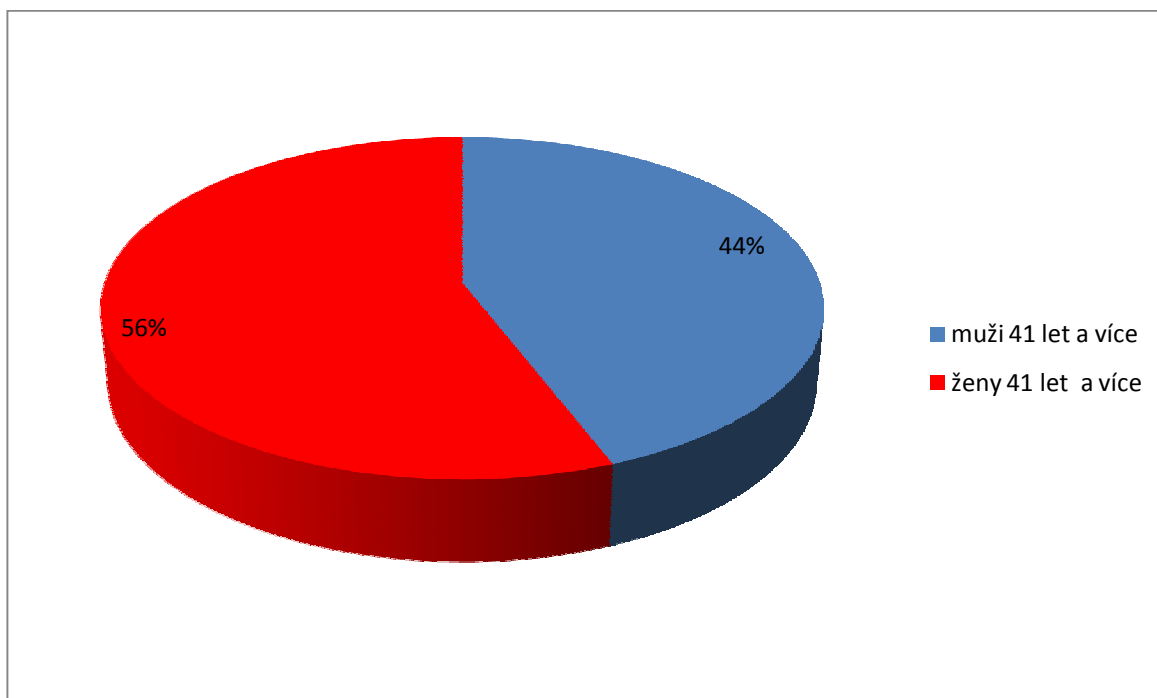
**Tabulka č. 34: Definice dramaterapie u mužů a žen starších 41 let**

Víte, co je dramaterapie?				
Muži 41 let a více			Ženy 41 let a více	
Odpověď	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) správná odpověď	30	67	38	71
b) špatná odpověď	10	22	5	10
c) špatná odpověď	5	11	10	19

**Graf č. 42: Definice dramaterapie u mužů a žen starších 41 let uvedené v četnosti.**



**Graf č. 43: Správná definice dramaterapie u mužů a žen starších 41 let uvedené v relativní četnosti (v%)**



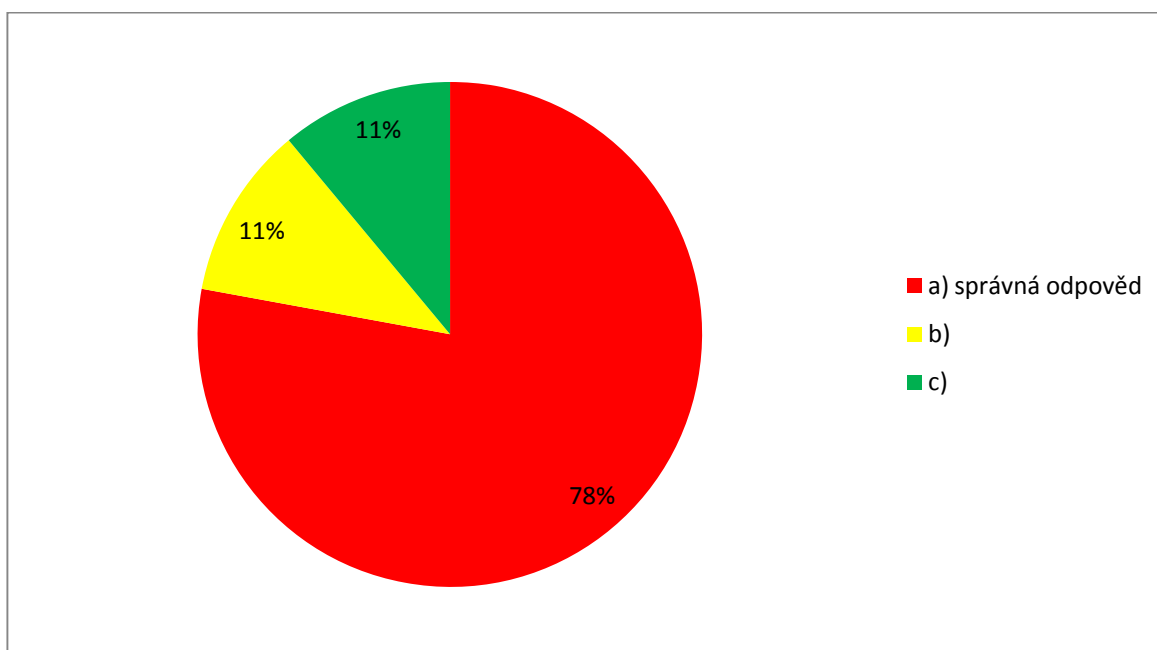
#### **Analýza otázky č. 22 - Co je reminiscenční terapie?**

Tato forma terapie je velmi efektivní u nemocných Alzheimerovou chorobou. Byla vytvořena primárně pro tuto skupinu seniorů, proto v dotazníku nesměla chybět otázka, vztahující se k této terapeutické metodě. Podle níže uvedených odpovědí, znalo reminiscenční terapii 141 (tj. 78%) dotazovaných, což je o 15 respondentů více, než u dramaterapie. Opět ne všichni respondenti na tuto otázku odpovídali. Jen 36 dotazovaných nechalo otázku nevyplněnou. Domníváme se, že tito respondenti vůbec nevědí co je reminiscenční terapie, a proto neoznámili žádnou z nabízených definic. Nesprávné definice označilo 40 respondentů (tj. 22%).

**Tabulka č. 35: Definice reminiscenční terapie**

Víte, co je reminiscenční terapie?		
Odpověď	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) správná odpověď	141	78
b) špatná odpověď	20	11
c) špatná odpověď	20	11

**Graf č. 44: Definice reminiscenční terapie- odpovědi uvedené v relativní četnosti (v%)**



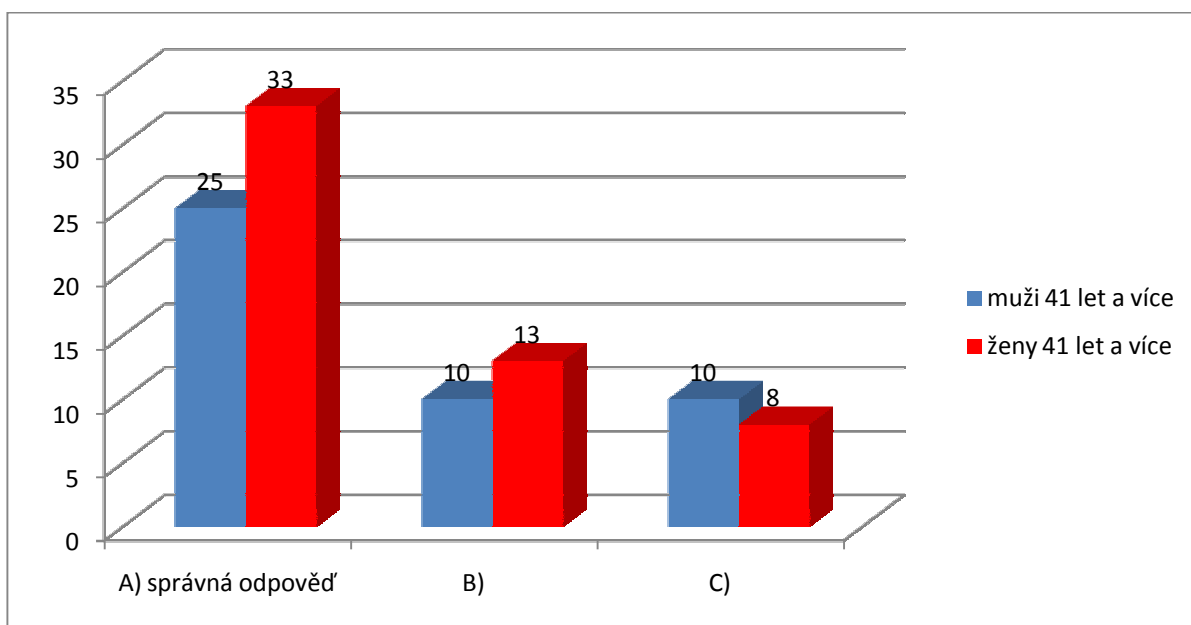
**Jak definovali reminiscenční terapii ženy a muži starší 41 let?**

Stejně jako u předešlé otázky, bychom rádi věděli, zda respondenti starší 41 let znají reminiscenční terapii. Výzkum jsme prováděli zvláště u žen a mužů této věkové skupiny. Z níže uvedených údajů je zřejmé, že počet žen, které tuto terapii znají je o 8 více (tj. 6%) než mužů. Ženy totiž odpověděly správně v počtu 33 (tj. 62%) a muži jen v počtu 25 (tj. 56%). U obou pohlaví byla tedy více než polovina odpovědí správných. Nesprávné odpovědi označilo 21 žen (tj. 38%) a 20 mužů (tj. 44%). Závěrem můžeme konstatovat, že správně odpovědělo 58 respondentů starších 41 let, tedy více, jak polovina dotazovaných, zná reminiscenční terapii. Odkaz viz výzkumná otázka č. 7

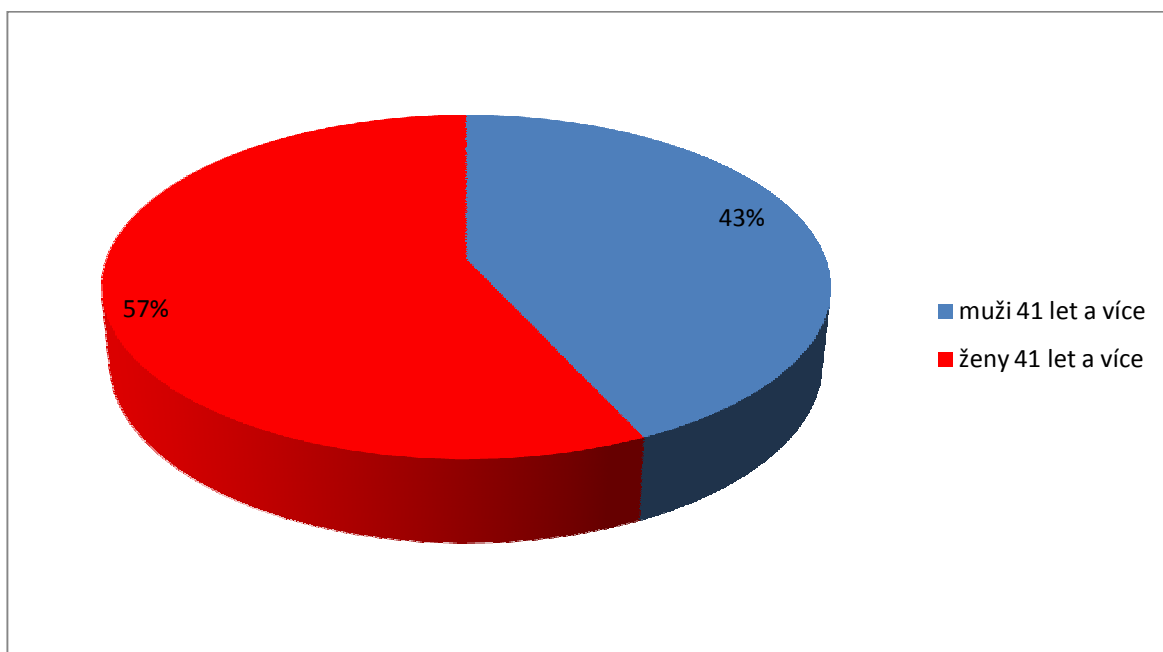
**Tabulka č. 36: Definice reminiscenční terapie u mužů a žen starších 41 let**

Víte, co je reminiscenční terapie?				
Odpověď	Muži 41 let a více		Ženy 41 let a více	
	Četnost	Relativní četnost (v%)	Četnost	Relativní četnost (v%)
a) správná odpověď	25	56	33	62
b) špatná odpověď	10	22	13	24
c) špatná odpověď	10	22	8	14

**Graf č. 45: Definice reminiscenční terapie-odpovědi mužů a žen starších 41 v četnosti**



**Graf č. 46: Definice reminiscenční terapie- odpovědi mužů a žen starších 41 let v relativní četnosti (v%)**



### **Analýza otázky č. 23- Znáte slavnou osobu, která trpí nebo trpěla Alzheimerovou chorobou?**

Toto otázkou jsme chtěli zjistit, zda si respondenti vzpomenou na některou ze slavných osobností, u kterých se Alzheimerova choroba vyskytla. Většina 167 dotazovaných (tj. 77%) nikoho známého neuvedla. Nejvíce respondentů, kteří odpověděli, si vzpomnělo na francouzskou herečku 70. 80. let Annie Girardotovou, kterou uvedlo 23 dotazovaných (tj. 45%). Amerického prezidenta Ronalda Regana, který zemřel v roce 2004, napsalo 20 respondentů (tj. 40%). Dále pak dotazovaní uvedli Jaroslava Kvapila (libretista, básník), v počtu 3 (tj. 5%), Pavla Vondrušku (herec), v počtu 3 (tj. 5%) a Muhammada Aliho (boxer), v počtu 3 (tj. 5%). Z výše zjištěných údajů znalo jen 50 respondentů (tj. 23%) slavnou osobnost, která trpěla touto nevyléčitelnou nemocí.

**Tabulka č. 37: Znáte slavnou osobnost, která trpěla nebo trpí Alzheimerovou chorobou?**

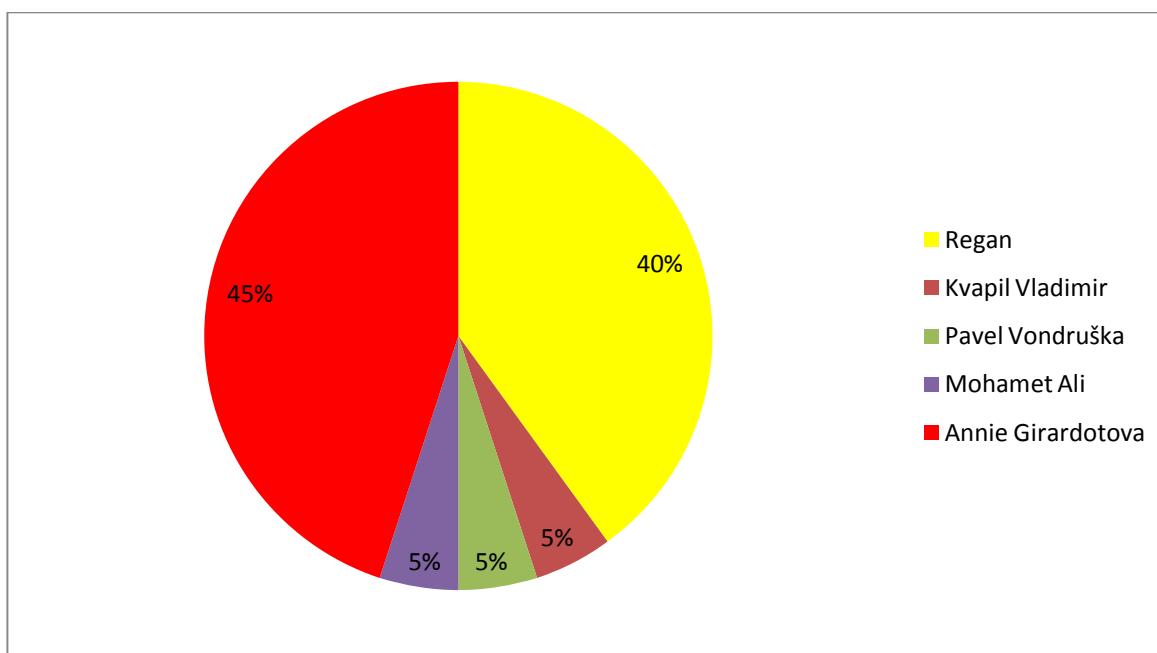
Znáte slavnou osobu trpící Alzheimerovou chorobou?		
Odpověď	Četnost	Relativní četnost (v%)
Ano	50	23
Ne	167	77

**Tabulka č. 38: Výčet slavných osobností, které respondenti napsali**

Jakou slavnou osobnost trpící Alzheimerovou chorobou respondenti znají		
Výčet jmen	Četnost	Relativní četnost (v%)
Regan	20	40
Kvapil Jaroslav	3	5
Pavel Vondruška	3	5
Muhammed Ali	3	5
Annie Girardotova	23	45



**Graf č. 47: Slavné osobnosti, trpící Alzheimerovou chorobou (v%)**



**Analýza otázky č. 24 - Znáte nějakou organizaci, která se zabývá problematikou seniorů postižených Alzheimerovou chorobou?**

V poslední otázce dotazníkového šetření, jsme se zaměřili na organizace, zabývající se problematikou onemocnění Alzheimerovy choroby. Chtěli jsme zjistit, kolik respondentů bude znát nějakou z organizací, ať už by byla speciálně vytvořená pro toto onemocnění, nebo její zájem spadá mimo jiné i k onemocnění Alzheimerovy choroby. Z níže uvedených výsledků jsme byli překvapeni, protože 197 respondentů nám otázku vůbec nevyplnilo. Můžeme se tedy domnívat, že 91% dotazovaných nezná žádnou takovou organizaci. Pouze 20 respondentů si na organizaci vzpomnělo (tj. 9%). V níže uvedeném grafu si můžeme všimnout, že v největším počtu uváděli respondenti jako organizace Červený kříž a Alzheimerovu společnost. V obou případech se jedná o 25%. Respondenti dále uváděli a to ve 13% zdravotnické organizace. Zřejmě měli na mysli organizace, které jsou zaměřeny na ošetrovatelskou péči např. organizace zaštiťující domácí péči. Procentuálně stejně uváděli také domov se specializací na Alzheimerovu chorobu. V takovém případě se však přímo nejedná o organizaci, ale o typ speciálního zařízení takto nemocným určený (např. rezidenční zařízení). Jako organizaci G- Help uvedlo 12%. Respondenti měli zřejmě na mysli společnost G-HELP o.p.s. která je obecně prospěšnou společností a je zřízena za

účelem, poskytování sociálních služeb seniorů postižených demencí. Odkaz viz výzkumná otázka č. 4

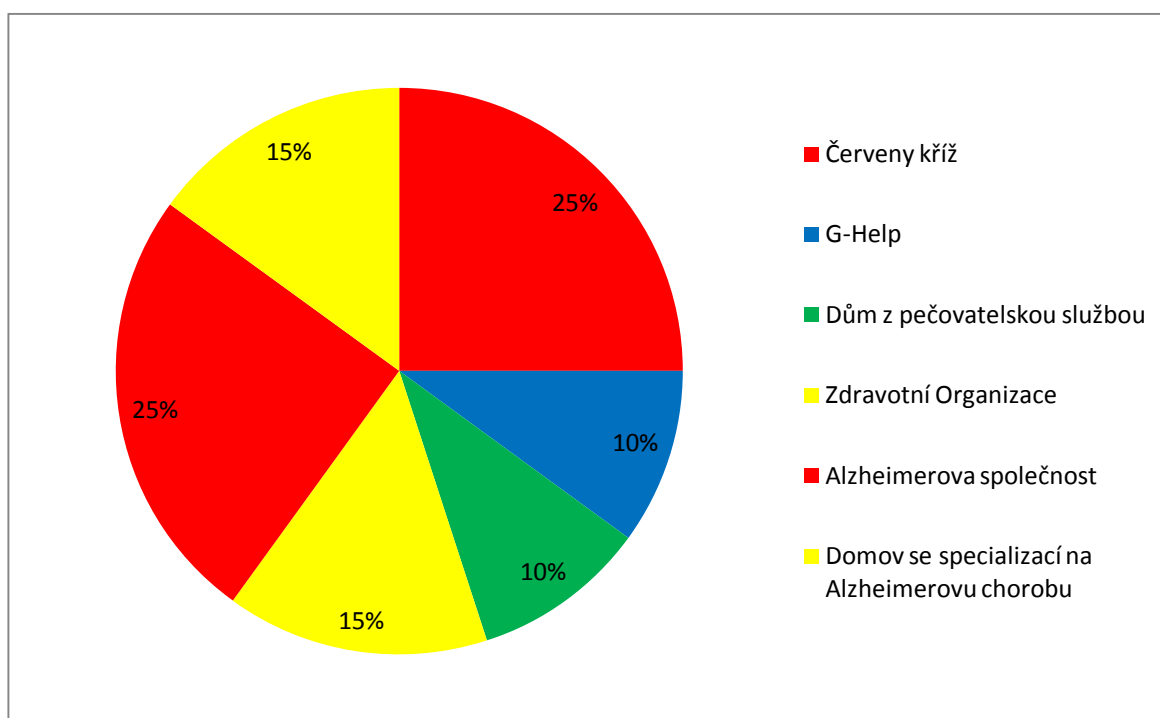
**Tabulka č. 39: Výčet jednotlivých organizací**

Organizace		
Odpovědi	Četnost	Relativní četnost (v%)
Vyjmenované	20	9
Nevyjmenované	197	91

**Tabulka č. 40: Jednotlivé organizace, které respondenti uvedli**

Výčet jednotlivých organizací, které respondenti uváděli		
Organizace	Četnost	Relativní četnost (v%)
Červený kříž	5	25
G-Help	2	10
Dům s pečovatelskou službou	2	10
Zdravotní Organizace	3	15
Alzheimerova společnost	5	25
Domov se specializací na Alzheimerovu chorobu	3	15

**Graf č. 48: Uváděné organizací dle relativní četnosti (v%)**

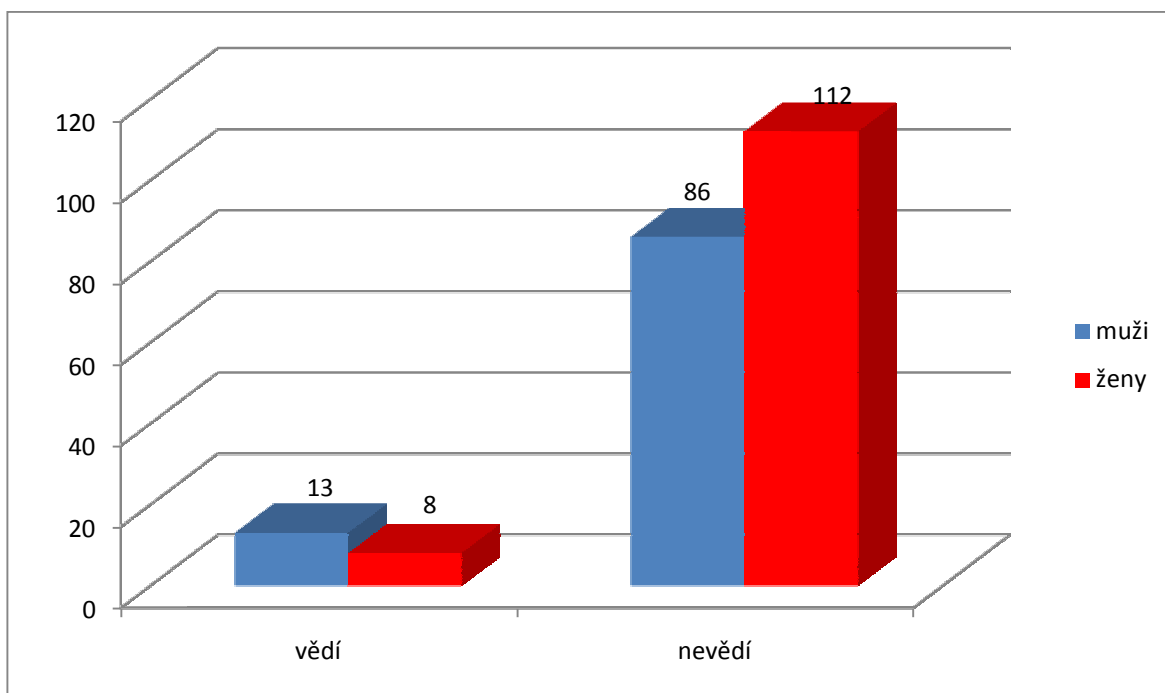


V této otázce nás opět zajímalo, jaký je rozdíl v informovanosti u mužů a žen. V níže uvedené tabulce si můžeme všimnout, že mužská část dotazovaných respondentů, kteří na otázku odpověděli je informována daleko lépe a to v počtu 13 (tj. 13%). Pouze 8 žen si vzpomnělo na nějakou z organizací (tj. 7%).

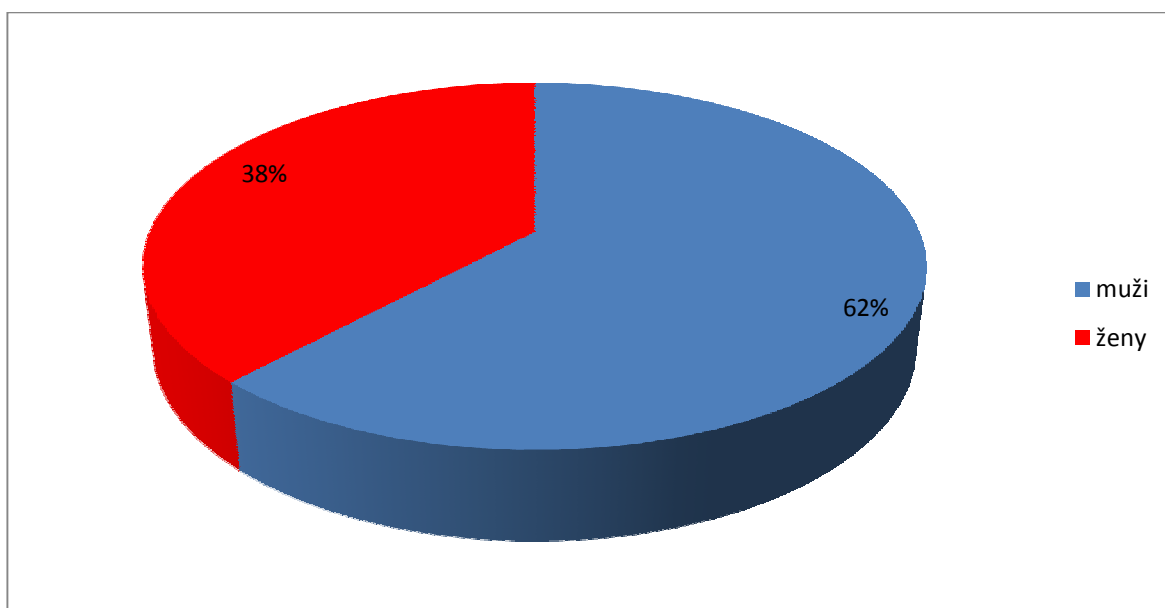
**Tabulka č. 41: Výčet organizací, které respondenti vypsali- rozdělení dle pohlaví.**

Rozdělení organizací dle pohlaví				
	muži		ženy	
	četnost	relativní četnost (v%)	četnost	relativní četnost (v%)
vědí	13	13	8	7
nevědí	86	87	112	93

**Graf č. 49: Rozdělení správných odpovědí dle četnosti**



**Graf č. 50: Rozdělení správných odpovědí dle relativní četnosti (v%)**



## **8. Vyhodnocení výzkumných otázek - závěrečné zhodnocení**

### **Výzkumná otázka č. 1. Mají ženy větší povědomí o demenci než muži?**

Na tento výzkumný problém jsme zaměřili otázky v dotazníkovém šetření č. 5 a č. 6. Ze získaných výsledků, kde jsme zjistili, že u skupiny mužů správně odpovědělo u otázky č. 5. 81 (tj. 37%) dotazovaných a ve skupině žen odpověděly o 6% lépe, čili 94 dotazovaných (tj. 43%). V této otázce, která zjišťovala, zda respondenti vědí správnou definici demence, dopadly lépe ženy. Muži tedy častěji volili mezi nesprávnými odpověďmi. U odpovědi, která popisovala demenci, jako virové onemocnění, které postihuje mozkovou tkáň a může postihnout jakýkoliv věk, respondenti sice věděli, že dochází k určitému narušení mozkové tkáně, ale už neznali správnou příčinu vzniku takového onemocnění a mylně se domnívali, že demencí lze onemocnět virovým přenosem. Tuto otázku označilo 5 % mužů a 11% žen ze všech dotazovaných. Respondenti, kteří volili otázku popisující demenci jako druh onemocnění, které postihuje převážně pohybový aparát, zřejmě vůbec netuší, že se jedná o onemocnění, které primárně přímo působí na mozkovou tkáň, a způsobuje její degeneraci, což má za následek patologické narušení oblasti paměti, kognice atd. Tuto otázku označilo pouze 1% dotazovaných žen a 4% dotazovaných mužů. Správnou odpověď u otázky č. 6, která

zjišťovala, zda respondenti znají rizikovou skupinu, které může demence z největší pravděpodobnosti postihnout, opět lépe odpovídaly ženy. Ty označily správnou odpověď podle relativní četnosti v počtu 99 (tj. 83%) a muži v počtu 55 (tj. 56%). Důvodem proč muži mají nižší povědomí o demenci než ženy, může být ten fakt, že ženy častěji pečují o nemocné, a tím pádem se přirozeně více zajímají o problematiku různých chorob, tedy i demenci.

## **Výzkumná otázka č 2. Jaké mají respondenti obecné povědomí o organickém typu demence Alzheimerově chorobě?**

Na tuto výzkumnou otázku jsme v dotazníku sestavili otázky č. 7, 9, 11, 12, které se zaměřovaly na zjištění obecné znalosti problematiky onemocnění Alzheimerovy choroby u dotazovaných respondentů.

Na **otázku č. 7**, zda respondenti znají onemocnění Alzheimerovou chorobou a vědí, že se jedná o typ demence, správně odpovědělo 159 respondentů, což je převážná většina z dotazovaných ( 73 % ).

Na **otázku č. 9**, která u respondentů zjišťovala, zda vědí, že toto onemocnění je smrtelné a nedá se vyléčit, reagovala správnou odpovědí opět více než polovina dotazovaných. Přesně se jednalo o 151 správných odpovědí, tedy v relativní četnosti 70% z celkového počtu. Polovina respondentů také správně odpověděla na **otázku č. 10**, která zjišťovala, zda základní projevy nemoci může rozpoznat i laik. Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo správně, že řadu základních projevů, které se u tohoto onemocnění vyskytují, může laik rozpoznat, celkem 114 respondentů (tj. 52%). Zbytek respondentů si touto informací nebyl jist. Z toho vyplývá, že ¼ dotazovaných by tedy zřejmě nebyla schopna základní projevy onemocnění rozpoznat. **Otázka č. 11** volně navazuje na problematiku základních projevů nemoci a zjišťuje, jestli respondenti alespoň některé z takových projevů znají. Správnou odpověď označilo 167 respondentů (tj.77%), což je vysoký počet. Pokud se vrátíme zpět k předešlé otázce č. 10, můžeme si všimnout, že pouze 52% respondentů se domnívá, že základní projevy onemocnění může rozpoznat i laik, přesto u otázky č. 11 označilo správnou odpověď více než 77%. Tito respondenti tedy vědí, jak se Alzheimerova choroba projevuje. Důvodem, proč jsou tato závěrečná čísla tolik odlišná, může být fakt, že respondenti, přestože většinou základní projevy nemoci dokážou vyjmenovat, nejsou si už ale jisti, jestli by byli schopni je u nemocného rozpoznat. U **otázky 12**, která zkoumala dědičnost nemoci, správně odpovědělo 96 respondentů (tj. 44%), což je téměř polovina, že Alzheimerova choroba je dědičné onemocnění. V dnešní době mají lidé z rodin, ve kterých

se tato nemoc vyskytla možnost využít genetického a neurologického vyšetření, které je může upozornit na možný zvýšený výskyt, nebo rozpoznat začínající rozvoj nemoci.

### **Výzkumná otázka č. 3 - Liší se míra informovanosti u onemocnění Alzheimerovy choroby u mužů a žen ve věkovém rozmezí 30 až 40 let?**

Touto cestou výzkumného šetření jsme chtěli zjistit, jak vysoká je informovanost o této nemoci u věkové skupiny 30- 40 let. Skupinu jsme vybrali záměrně, a to z důvodů, že by dotazovaní tohoto věku měli mít již základní poznatky o chorobě. Je zde vysoká pravděpodobnost, že jejich rodiče jsou většinou ve věku, kdy je riziko vzniku Alzheimerovy choroby či jiné demence velmi vysoké. Proto by respondenti měli primárně znát obecné informace a v případě nejasností vědět, kam se obrátit pro radu. Z výsledného šetření jsme zjistili, že ženy jsou na tom s úrovní informovanosti daleko lépe než muži. To nám opět potvrzuje výše uvedené vysvětlení, že ženy jsou v péči o nemocného většinou aktivnějšími, pomáhají takto nemocnými po administrativní stránce nebo opouští svá dosavadní zaměstnání a „na plný“ úvazek se stávají pečovatelkami.

### **Výzkumná otázka č. 4 Jaké zná veřejnost služby, zařízení a organizace, které mohou využít lidé, kteří onemocněli Alzheimerovou chorobou?**

K této výzkumné problematice se vtaňují otázky č. 18, 19 a 24. Otázka č.18 se konkrétně zabývá zjišťováním jednotlivých služeb a zařízení, na které si respondenti vzpomenou. V největší četnosti byly zastoupeny charita (28%) a domov pro seniory (36%). V nižším procentuálním zastoupení byly vypsány osobní asistence, pečovatelská služba. **V otázce 19** měli pak respondenti vpsat, alespoň jednu službu, která pomáhá seniorům s onemocněním Alzheimerovy choroby. Na službu si vzpomnělo 88 dotazovaných (tj. 41%). Opět nejvíce respondentů si vzpomnělo na péči charity (37%). Dokonce 4% si vzpomněli na terapeutické služby. Zřejmě zde měli respondenti na mysli nefarmakologické terapeutické metody. **Otázkou č. 24** jsme zjišťovali, jestli klienti znají nějakou organizaci. Míra správných odpovědí byla u této otázky velmi nízká. Jen 9% respondentů některou z organizací vpsalo a zbylých 197 dotazovaných (tj. 91%) nechalo otázku nevyplněnou. V největším počtu uváděli respondenti jako organizace Červený kříž a Alzheimerovu společnost, dále 13% napsalo blíže nespecifikované organizace zdravotnický zaměřené, a pouze 12% si vzpomnělo na jednu ze společností, která se primárně Alzheimerovou chorobou zabývá, a tou je společnost G- Help o. p. s.

**Výzkumná otázka č. 5** Znají ženy větší počet služeb a zařízení, které mohou lidé s onemocněním Alzheimerovy choroby využít, než muži?

Již po několikáté jsme zjistili, že ženy jsou i v této oblasti lépe informovány než muži.

**Výzkumná otázka č. 6** Jaké zná veřejnost nefarmakologické přístupy využívané při léčbě Alzheimerovy choroby.

Největší počet respondentů udával, jako vhodnou nefarmakologickou terapeutickou metodu, trénink paměti. Označilo ji 119 dotazovaných (tj. 27%). Druhé nejčastěji označované metody s celkovým počtem 93 odpovědí (tj. 21%) se staly expresivní terapie. Velmi mile nás tento výsledek překvapil. S takovou vysokou četností jsme u expresivních terapií nepočítali. Na třetí místo s 66 odpověďmi (tj. 15%) jsme zařadili zooterapii. Podle odpovědí je jasné, že laická veřejnost některé z nefarmakologických terapeutických přístupů zná. Možná i proto, že tato forma terapie stále více provádí v institucionálních zařízeních a také řadu informací dnes můžeme najít na internetových portálech nebo v publikacích, které se o speciálně pedagogický terapeutický přístup stále více zajímají.

**Výzkumná otázka č. 7** Znají dotazovaní respondenti starší 41 let dramaterapii a reminiscenční terapii, jako speciálně pedagogický terapeutický přístup?

Věková skupina byla vybrána záměrně, protože předpokládáme, že lidé staršího věku už nemusí být s těmito účinnými terapeutickými metodami obeznámeni. Výsledky ukázaly, že u otázky 21, která zjišťuje správnou definici, dobře odpovědělo 30 mužů (tj. 67%) a 38 žen (tj. 71%). Jedná se tedy opět o docela vysoké procento správných odpovědí. Dramaterapie je expresivní metodou, která má široké využití. Primárně se aplikuje na lidi různého věku trpící duševním onemocněním nebo nějakým handicapem. Často se s ní můžeme setkat v domovech pro seniory, psychiatrických léčebnách, nebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Také se před několika lety otevřel na pedagogické fakultě v Olomouci studijní obor na dramaterapii zaměřený a tak se člověk s touto zajímavou metodou léčby může seznámit i skrz nabízené studium či různé kurzy, workshopy nebo divadelní představení na tuto problematiku zaměřená. Otázka č. 22 zjišťovala, jestli respondenti starší 41 let znají reminiscenční terapii. Výsledky nás mile překvapili, jelikož správnou definici vybralo 25 mužů a 33 žen. Reminiscenční terapie takové široké zaměření jaké výše popsaná dramaterapie nemá. Je opravdu primárně využívaná v léčbě pro seniory, kteří onemocněli některou z forem demence. Proto nás velmi potěšilo, že i tato

terapeutická metoda, je v širokém povědomí starších respondentů. Celkově, můžeme tento kvantitativní výzkum, který proběhlo ve Zlínském kraji, hodnotit jako úspěšný. Zjistili jsme, že lidé, kteří nám dotazníky vyplnili, mají ve větší míře základní informace o Alzheimerově nemoci.



## 8. Závěr

Hlavním cílem diplomové práce s názvem **Alzheimerova choroba a míra informovanosti laické veřejnosti k problematice této nemoci**, bylo primárně zjistit, jaká je úroveň znalostí o této nemoci u laické veřejnosti Zlínského kraje. Tato práce měla být zároveň souhrnem důležitých informací a poznatků k tomuto onemocnění, dostupná všem, které tato choroba zajímá. Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část byla tvořena pěti základními kapitolami. První kapitola se zaměřovala na obecnou problematiku stáří a stárnutí, také okrajově zmiňovala měnící se osobnost seniora. Ve druhé kapitole byly popsány medicínské a speciálně pedagogické obory, které se úzce zaměřují na gerontologickou problematiku. Ve třetí kapitole byly objasněny pojmy: mírná kognitivní porucha a demence. Čtvrtá kapitola popisovala stěžejní problém onemocnění Alzheimerovy choroby, etiologii, symptomatologii, možnosti diagnostiky, farmakologických a speciálně pedagogických terapeutických přístupů. Závěrečná pátá kapitola popisovala možnosti sociální a zdravotní péče, a také poukázala na stále rozšiřující se domácí péči. Druhou částí diplomové práce byla praktická část, která se skládala z výzkumného kvantitativního šetření zkoumající, již zmiňovanou míru informovanosti u dospělé laické veřejnosti ve Zlínském kraji. Šetření bylo prováděno dotazníkovou metodou u vzorku 500 respondentů s návratností 217 respondentů. Prvním cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, jestli je míra informovanosti u onemocnění demence stejná u mužů i žen. Z výsledků šetření bylo zjištěno, že ženy byly lépe informovány než muži. Druhým cílem bylo zjistit, jestli respondenti znají organický typ demence- Alzheimerovu chorobu. Bylo zjištěno, že veřejnost z větší části Alzheimerovo onemocnění znala. U těchto dotazovaných bylo zjištěno, že více jak polovina měla obecné znalosti o této nemoci a jejích projevech. Více byly informovány o problematice demence ženy než muži. Třetím cílem bylo zjistit, zda by veřejnost znala služby, zařízení či organizace, které by mohl nemocný Alzheimerovou chorobou využít. Výsledky ukázaly, že dotazovaní, kteří odpověděli, znali většinou jen různá zařízení. U služeb a organizací byla informovanost velmi nízká. Posledním cílem bylo zjistit, jestli by dotazovaní respondenti znali, některé z užívaných nefarmakologických terapeutických přístupů. Závěrečné šetření poukázalo, že veřejnost nejvíce znala expresivní formy terapie (dramaterapie, areterapie, muzikoterapie...), také řada respondentů označila jako účinnou metodu terapie orientaci v realitě a metody tréninku paměti. Další nabízené terapie byly

označeny v nepatrném množství. Tímto šetřením bylo tedy zjištěno, že veřejnost Zlínského kraje je o Alzheimerově nemoci průměrně informována, ovšem vzhledem k závažnosti a stále rostoucí progresi tohoto onemocnění je tato průměrná znalost nedostačující. Závěrem můžeme konstatovat, že i v budoucnu je nutné nadále dostatečně informovat veřejnost o možných účinných přístupech a komplexní péči tohoto duševního onemocnění.

The Diploma Thesis is called Alzheimer's disease and a level of general public awareness about the issues concerning the disease.

## **Summary**

The aim of my Diploma Thesis is to find out the level of knowledge about the issues of dementia especially about Alzheimer's disease. The research is focused on the public around a region of Zlín. This thesis should be a summary of important information and knowledge about the disease which would be accessed to everyone who is interested in this disease.

The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part is formed in 5 chapters. The first chapter is focused on a general issues of aging and growing old. There is also mentioned a changing process of a personality of a senior person. Medical and Special-Pedagogical Studies are described in the second chapter. These studies are closely linked to the issues of gerontology. Cognitive disorders and dementia are clarified in a chapter number three. The fourth chapter describes the main issues of the Alzheimer's disease, etiology, symptomatology, some options in diagnostics, pharmacological and special-pedagogical therapeutic approaches. The last chapter is devoted to the options of some social and a medical care. It also refers to a home care which is widely spreaded in these days.

The practical part includes two studies of the research in the region of Zlín. The first part deals with a quantitative research in the public awareness of the disease between men and women. The second part of the research finds if the public knows an organic type of dementia which is Alzheimer's disease. The research included 500 adult responders of which 217 responded the questionnaire. As the results of the research were found out that women were more informed than men and that the public almost knows the Alzheimer's disease. More than a half of the respondents have the general knowledge about the disease and know the symptoms of the disease as well. However, women were more informed than men in the issue of dementia. As the third aim of the research was to find out if the public knows some possible services, facilities or institutions which could be used during the disease. Unfortunately people know only few possible facilities and they do not know the

possible services very well. The last question of my practical work was about the awareness of uses of some non-pharmacologic ways of treatment. It was found that people know some therapies especially drama therapy, art therapy, music therapy. A range number of respondents answered they knew the orientation in reality and training the memory were good therapies too.

The results: there is an average awareness about the issues concerning the disease in Zlín region. Otherwise it is inadequate in concern of the seriousness of the disease and its progressive expansion in the last few years. In conclusion we can say that it is necessary to keep informing the public about some possible effective approaches and complex treatment in this mental disease.

## 10. Seznam použité literatury

### Knížní monografie:

**BUIJSSEN, H.**, *Demence*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

**BEDNAŘÍKOVÁ, I.**, *Kapitoly z andragogiky*. UP Olomouc: 2008 ISBN 80-244-1192-X

**CALLONE, P.**, a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-2320-4

**ČÍŽKOVÁ, K.**, *Tanečně – pohybová terapie*. Triton, 2005. ISBN 80 – 7254-547-7.

**ČORNANIČOVÁ, R., PETŘKOVÁ, A.**, *Gerontagogika*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

**DARLINGTONOVÁ, G., STONE, T.**, *Léky, drogy, jedy*. Akademia, 2003. ISBN 80-200-1065-3.

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

**FRIEDLOVÁ, K.**, *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

**GALAJDOVA, L.**, *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. Praha: Grada Publishing a.s., 1999. ISBN 80-7169-789-3.

**GUTH, A.**, a kol. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava, 2005. ISBN 80-88932-16-5.

**HAŠKOVCOVÁ, H.**, *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 978-80-87109-19-9.

**HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J.**, *Kinezioterapie demence*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-567-7

**HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, I.**, a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum, edice Vážka 2007. ISBN 978-80-254-0177-4

**HOLMEROVÁ, I., KALVACH, Z., JIRÁK, P., ZADÁK, Z., ZAVÁZALOVÁ, H., WEBER, P.**, a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4

**HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D.**, *Demence a poruchy paměti pro praktické lékaře*. Praha: Grada Publishing a.s., 1999. ISBN 80-7169-797-4

**HUGO, J.**, *Praktický slovník medicíny*. Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-38-4

**JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F.**, *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

- JIRÁK, R., KALVACH, Z., ZADÁK, Z.,** *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M.,** *Alzheimerova choroba*. Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8.
- KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O.,** *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J.,** *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2003. ISBN 80-247-0575-3.
- MAHNKOPF, A., RAHN, E.,** *Psychiatrie, učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2000 ISBN 80-7169-964-0
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M.,** *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80- 247-1262-8
- MATOUŠEK, O.,** *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4
- MÜLLER, O.,** *Psychopedie- Andragogika*. Olomouc: UP, 2006. ISBN 80-244-1204-7
- MÜLLER, O., VALENTA, M.,** *Psychopedie*. Parta, 2007. ISBN 978-80- 7320 -099-2
- MÜHLPACHR, P.,** *Gerontopedagogika*. Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- PIDRMAN, V.** *Demence*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1490-5
- PIDRMAN, V.** *Demence pro praktické lékaře*. Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-052-6
- PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I.** *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M.** *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- PUNCH, K., F.,** *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9
- RŮŽIČKA, E.,** *Diferenciální diagnostika a léčba demence příručka pro praxi*. Galén., 2003. ISBN 80-7262-205-6
- STUART-HAMILTON, I.,** *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- ŠICKOVÁ- FARBRICI. J.,** *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0
- TRAVEL, P.** *Psychologické problémy ve starobe I*. Občanské sdružení Schola Philosophia, 2009. ISBN 978-80-9-69823-7-0

**VALENTA, M.**, *Dramaterapie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007.

ISBN 978-80-247-1819-4

**VÁGNEROVÁ, M.**, *Vývojová psychologie II*. Univerzita Karlova v Praze, 2007.

ISBN 978-80-246-1318-5.

**VENGLÁŘOVÁ, M.**, *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80. 247- 2170- 5

**WALSH, D.**, *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-9704.

**ZELEIOVÁ, J.** *Muzikoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

### **Zákony:**

**Vyhláška o soustavě zdravotnických zařízení č. 121/ 1974 Sb.**, cit. z § 16.

Dostupné na

WWW:<[http://aplikace.cz/archiv2008/sbirka/1974/zakon4q.html#castka\\_22](http://aplikace.cz/archiv2008/sbirka/1974/zakon4q.html#castka_22)>

**Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.**, ÚZ Sociální zabezpečení, č. 776, podle stavu k 25.1. 2010, Sagit a.s., 2010.

### **Odborné časopisy:**

**HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., KAŠLÍKOVÁ, T., VAŇKOVÁ, H.**, *Reminiscenční terapie a její využití v práci se seniory*. Rezidenční péče, odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. 2008, č. 1, s. 15. ISSN 1801-8718

**JEŘÁBEK, H.**, a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. 2005, č. 1 ISSN: 1801-1640.

**ŠELNER, I.**, *Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy*. Sociální práce. 2004, č.2, s. 12. ISSN 1213-624.

### **Závěrečné práce:**

**DOUBRAVOVÁ, K.**, *Pozitivní přístup k duševně nemocnému klientovi v rámci ergoterapie*. Závěrečná práce. 2000

**VACULOVÁ, M.**, *Možné podoby terapie Alzheimerovy choroby*. Závěrečná bakalářská práce, Olomouc. 2006.

**PLÍSKOVÁ, A.**, *Bazální stimulace u seniorů s Alzheimerovou chorobou*. Závěrečná diplomová práce, Brno. 2007

## **Internetové zdroje:**

**Výskyt Alzheimerovy choroby** [online] [cit. 2. 10. 2010]

Dostupné na World Wide Web: <(http://alzheimer.cz)>

**Druhy arteterapie** [online] [cit. 7. 1. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<(http://arteterapie.cz)>

**Výhody hospicové péče** [online] [cit. 20. 2. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://asociacehospicu.cz)>

**Výhody canisterapie** [online] [cit. 24. 1. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://canisterapie.info)>

**Činnost profesionální péče v domácím prostředí** [online] [cit. 23. 2. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://domovinka.cz)>

**Definice ergoterapie** [online] [cit. 8. 1. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://ergoterapie.cz)>

**Výhody felinoterapie** [online] [cit. 13. 1. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://felinoterapie-aneb-kocka-jako-lek)>

**Etiologie Alzheimerovy choroby** [online] [cit. 2. 10. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<( http://gate2biotech.cz/novy-objev-v-genetice-alzheimerovychoroby.cz)>

**Test hodin (Clock Test)** [online] [cit. 5. 10. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<(http://gerontologie.cz/files/mmse.pdf)>

**TYM test** [online] [cit. 10. 10. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<(http://googlesercontent.com)>

**Hospicová péče** [online] [cit. 17. 2. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://hospice.cz)>

**Služby sociální prevence** [online] [cit. 13. 2. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://mpsv.cz/filesúclanky/2974/otazky\_odpovedi\_22-rev3.pdf)>

**Diagnostická kritéria Alzheimerovy choroby** [online] [cit. 6. 10. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<(http://mudr.org/web/alzheimer)>

**Historie muzikoterapie** [online] [cit. 7. 1. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://muzikohrani.cz/muzikoterapie)>

**Rizikové faktory Alzheimerovy choroby** [online] [cit. 6. 10. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<(http://ordinace.cz/clanek/alzheimerova-choroba)>



**Možnosti bazální stimulace** [online] [cit. 10. 1. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://pecovatelstvi-dotek.cz/bazalni-stimulace.php)>

**Pohádková terapie** [online] [cit. 11. 1. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://pohadkoterapie-aneb-Zivot-je.pohadka.html)>

**Stádia demence** [online] [cit. 28. 9. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<(http://sanatorium-topas.cz/sec-demence.)>

**Mírná kognitivní porucha** [online] [cit. 1. 10. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(solen.cz/pdfs/psy/pdf)>

**Videotrénink** [online] [cit. 15. 1. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://spin-vti.cz/metod.html)>

**Felinoterapie** [online] [cit. 13. 1. 2011]

Dostupné na World Wide Web:<(http://wikipedia.org/wiki/felinoterapie)>

**Barthelův test** [online] [cit. 5. 10. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<(http://zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/xsl/3134\_2298.html)>

**Zooterapie** [online] [cit. 10. 1. 2010]

Dostupné na World Wide Web:<(http://zooterapie.webnode.cz/zooterapie)>

### **Seznam obrázků uvedených v teoretické části:**

**Obr. č. 1 Průběh vzniku Alzheimerovy choroby.** [online] [ 2. 10. 2010]

Dostupné na www <(img.cas.sk/img/4/galéry/225267\_alzheimer-alzheimerova-choroba-michal-novak-.jpg)>

**Obr. č. 2 Diagram časového rozložení symptomů při Alzheimerově chorobě** [online] [cit. 1. 3. 2011]

Dostupné na www <(http://zdravcentra.sk/cps/rde/xbrc/zcsk/NEU\_01\_03.pdf)>

**Obr. č. 3 Snímek MR u počínající Alzheimerovy choroby.** AMBLER, Z.,

*Neurologie : pro studenty lékařské fakulty.*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0080-

3. MR mozku u počínající Alzheimerovy choroby, počínající atrofie

### **Seznam použitých tabulek:**

Tabulka č. 1 : **Kvalitativní a kvantitativní šetření**

Tabulka č. 2 : **Popis výzkumného vzorku**

Tabulka č. 3 : **Pohlaví respondentů**

Tabulka č. 4 : **Věkové rozdělení respondentů**

Tabulka č. 5 : **Dosažené vzdělání respondentů**

Tabulka č. 6 : **Sociální status respondentů**

Tabulka č. 7 : **Jak respondenti definovali demenci**

Tabulka č. 8 : **: Kterou věkovou skupinu považují respondenti za nejvíce ohroženou demencí**

Tabulka č. 9 : **Odpovědi respondentů na otázku jestli je Alzheimerova choroba typ demence**

Tabulka č. 10 : **Rozdělení správných odpovědí podle pohlaví ve věkové skupině 30- 40 let**

Tabulka č. 11 : **Kde jste poprvé slyšeli o Alzheimerově chorobě?**

Tabulka č. 12 : **Odpovědi respondentů na otázku, zda se dá Alzheimerova choroba vyléčit.**

Tabulka č. 13 : **Rozdělení odpovědí v daném věkovém rozmezí 30 až 40 let u mužů a žen**

Tabulka č. 14: **Odpovědi respondentů na otázku, zda toto onemocnění může rozpoznat laik**

Tabulka č. 15 : **Rozdělení možných odpovědí dle věkové skupiny 30 až 40 let a pohlaví.**

Tabulka č. 16 : **Základní projevy choroby**

Tabulka č. 17 : **Odpovědi k základním projevům nemoci. Rozdělení dle pohlaví a věku 30 až 40 let**

Tabulka č. 18 : **Rozdělení odpovědí k otázce. Je u Alzheimerovy choroby zvýšené riziko dědičnosti?**

Tabulka č. 19 : **Rozdělení odpovědí dle pohlaví a věkové skupiny 30 až 40 let, otázce vztahující se k problematice dědičnosti.**

Tabulka č. 20 : **Ochota péče o nemocného Alzheimerovou chorobou**

Tabulka č. 21 : **Zkušeností respondentů s péčí o nemocného**

Tabulka č. 22 : **Názor na možnost skloubit péči o nemocného s osobním životem pečovatele**

Tabulka č. 23 : **Zdroje, ze kterých by respondenti čerpali informace o nemoci.**

**Tabulka č. 24: Názor na možnou péči o nemocného pečovatelem bez patřičného vzdělání.**

**Tabulka č. 25 : Počet respondentů, kteří vyjmenovali službu či zařízení (v%)**

**Tabulka č. 26 : Jednotlivý výčet služeb a zařízení, které respondenti uvedli**

**Tabulka č. 27 : Výčet služeb a zařízení, dělení dle odpovědí, které vypsaly ženy**

**Tabulka č. 28 : Výčet služeb a zařízení, dělení dle odpovědí, které vypsali muži**

**Tabulka č. 29 : Počet respondentů, kteří vyjmenovali službu**

**Tabulka č. 30 : Výčet služeb, dělení dle odpovědí, které vypsaly ženy**

**Tabulka č. 31 : Výčet služeb, které vypsali muži**

**Tabulka č. 32 : Výčet nefarmakologický terapeutických metod, které respondenti označili (v%)**

**Tabulka č. 33 : Definice dramaterapie - odpovědi respondentů**

**Tabulka č. 34 : Definice dramaterapie u mužů a žen starších 41 let**

**Tabulka č. 35 : Definice reminiscenční terapie**

**Tabulka č. 36 : Definice reminiscenční terapie u mužů a žen starších 41 let**

**Tabulka č. 37 : Znáte slavnou osobnost, která trpěla nebo trpí Alzheimerovou chorobou?**

**Tabulka č. 38 : Výčet slavných osobností, které respondenti napsali**

**Tabulka č. 39 : Výčet jednotlivých organizací**

**Tabulka č. 40 : Jednotlivé organizace, které respondenti uvedli**

**Tabulka č. 41 : Výčet organizací, které respondenti vypsali- rozdělení dle pohlaví.**

### **Seznam použitých grafů:**

**Graf č. 1 : Pohlaví respondentů - relativní četnost (v %)**

**Graf č. 2 : Rozdělení pohlaví dle četnosti**

**Graf č. 3 : Věk respondentů - relativní četnost (v%)**

**Graf č. 4 : Věk respondentů dle četnosti**

**Graf č. 5 : Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů - relativní četnost (v %)**

**Graf č. 6 : Dosažené vzdělání respondentů dle četnosti**

**Graf č. 7 : Co respondenti dělají - relativní četnost (v%)**

**Graf č. 8 : Co respondenti dělají, rozdělení dle četnosti**

**Graf č. 9 : Definice demence dle četnosti**

**Graf č. 10 : Poměr správných odpovědí u mužů a žen dle relativní četnosti (v%)**

Graf č. 11 : **Skupina nejčastěji ohrožená demencí dle četnosti**

Graf č.12 : **Správnost výběru ohrožené věkové skupiny onemocněním demence v relativní četnosti (v%)**

Graf č. 13 : **Je Alzheimerova choroba typ demence? Rozdělení dle relativní četnosti (v%)**

Graf č. 14 : **Je Alzheimerova choroba typ demence? Rozdělení dle četnosti .**

Graf č. 15 : **Je Alzheimerova choroba typ demence? Rozdělení dle rel. četnosti (v %).**

Graf č. 16 : **Ze kterých zdrojů respondenti poprvé slyšeli o Alzheimerově chorobě – relativní četnost (v%)**

Graf č. 17 : **Názor respondentů, zda lze nemoc vyléčit - relativní četnost (v%)**

Graf č. 18 : **Odpovědi na otázku, zda lze nemoc vyléčit. Rozdělení dle četnosti (v%)**

Graf č. 19 : **Odpovědi na otázku, zda lze nemoc vyléčit - relativní četnost správných odpovědí (v%)**

Graf č. 20 : **Výběr odpovědí v zastoupení relativní četnosti (v%)**

Graf č. 21 : **Odpovědi, zda může projevy této nemoci rozpoznat i laik? Rozdělení dle četnosti**

Graf č. 22 : **Odpovědi, zda může projevy této nemoci rozpoznat i laik? Rozdělení dle relativní četnosti správných odpovědí (v%)**

Graf č. 23 : **Relativní četnost správných odpovědí u otázky zjišťující základní projevy Alzheimerovy choroby (v%)**

Graf č. 24 : **Četnost odpovědí mužů a žen ve věkovém rozmezí 30 až 40 let.**

Graf č. 25 : **Počet správných odpovědí u mužů a žen ve věkové skupině 30 až 40 let - relativní četnost (v%)**

Graf č. 26 : **Relativní četnost odpovědí u otázky rizika dědičnosti u Alzheimerovy choroby (v%)**

Graf č. 27 : **Četnost odpovědí mužů a žen ve věkové kategorii 30 až 40 let, k otázce týkající se dědičnosti Alzheimerovy choroby.**

Graf č. 28 : **Relativní četnost správných odpovědí u mužů a žen ve věkové kategorii 30 až 40 let, k otázce týkající se dědičnosti Alzheimerovy choroby (v%)**

Graf č. 29 : **Relativní četnost k počtu odpovědí na ochotu péče o nemocného (v%)**

Graf č. 30 : **Relativní četnost odpovědí vztahující se k problematice zkušenosti péče o nemocného (v%)**

Graf č. 31 : **Relativní četnost názorů na skloubení péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou s osobním životem (v%)**

- Graf č. 32 : **Relativní četnost vypsanych informačních zdrojů (v%)**
- Graf č. 33 : **Názor na možnou péči o nemocného pečovatelem bez patřičného vzdělání.**
- Graf č. 34 : **Relativní četnost odpovědí respondentů, kteří vyjmenovali službu či zařízení (v%)**
- Graf č. 35 : **Jednotlivý výčet zařízení a služeb, které respondenti vypsali v relativní četnosti (v%)**
- Graf č. 36 : **Služby a zařízení- odpovědi ženy dle četnosti.**
- Graf č. 37 : **Služby a zařízení- odpovědi muži dle četnosti.**
- Graf č. 38 : **Výčet služeb, které respondenti napsali dle relativní četnosti (v%)**
- Graf č. 39 : **Četnost výčtu označených nefarmakologických terapeutických přístupů.**
- Graf č. 40 : **Relativní četnost výčtu označených nefarmakologických terapeutických přístupů (v%)**
- Graf č. 41 : **Definice dramaterapie- odpovědi respondentů uvedené v relativní četnosti (v%)**
- Graf č. 42 : **Definice dramaterapie u mužů a žen starších 41 let uvedené v četnosti.**
- Graf č. 43: **Správná definice dramaterapie u mužů a žen starších 41 let uvedené v relativní četnosti (v%)**
- Graf č. 44 : **Definice reminiscenční terapie- odpovědi uvedené v relativní četnosti (v%)**
- Graf č. 45 : **Definice reminiscenční terapie-odpovědi mužů a žen starších 41 v četnosti**
- Graf č. 46 : **Definice reminiscenční terapie- odpovědi mužů a žen starších 41 let v relativní četnosti (v%)**
- Graf č. 47 : **Slavné osobnosti, trpící Alzheimerovou chorobou (v%)**
- Graf č. 48 : **Uváděné organizací dle relativní četnosti (v%)**
- Graf č. 49 : **Rozdělení správných odpovědí dle četnosti**
- Graf č. 50 : **Rozdělení správných odpovědí dle relativní četnosti (v%)**

**Seznam příloh:**

**Příloha A - Nestandardizovaný dotazník**

**Příloha B - Sada pro kognitivní trénink.**

FRANKOVÁ, V., VYŠKOVSKÁ, E., Program MATES. Maxdorf, 2010.

ISBN: 978-80-7345-205-6

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Jana Staňková
<b>Katedra:</b>	Speciální pedagogika
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2011

<b>Název práce:</b>	Alzheimerova choroba a míra informovanosti laické veřejnosti k problematice této nemoci
<b>Název v angličtině:</b>	Alzheimer's disease and a level of general public awareness about the issues concerning the disease
<b>Anotace práce:</b>	Tématem diplomové práce je Alzheimerova choroba. Práce je rozdělena do dvou celků. Prvním je teoretická část, která se zabývá stářím, stárnutím a vědami, které jsou s touto problematikou spojeny. Stěžejně pak onemocněním demence, konkrétně organickým typem Alzheimerovou chorobou. Dále popisuje terapeutické přístupy a možnosti sociální a zdravotní péče. Druhá část je praktická a zkoumá kvantitativní cestou dotazníkového šetření míru informovanosti o Alzheimerově chorobě u lidí v produktivním a poproduktivním věku ve Zlínském kraji. Porovnává, jak se orientují v dané problematice muži a ženy v různých věkových kategoriích. Na základě prezentovaných zjištění jsou v závěru vyhodnoceny výzkumné otázky.
<b>Klíčová slova:</b>	Stáří, stárnutí, vědy zabývající se gerontologickou problematikou, demence, Alzheimerova choroba, terapie, sociální služby

<b>Anotace v angličtině:</b>	The Thesis deals with Alzheimer's disease. It is divided into two parts, theoretical and practical. Theoretical part deals with old age, aging and the sciences that are associated with this issue. It describes the disease of dementia, particularly Alzheimer's disease as an organic type. It also describes therapeutic approaches and possibilities of social and health care. The practical part deals with a level of awareness about Alzheimer's disease concerning people in productive and post productive age who suffer from this disease. The research takes place in a region of Zlín. The results compare knowledge about the disease between men and women in different age categories. The complete results of the research are shown in the conclusion of this thesis.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	aging, old age, Gerontology Studies, Alzheimer's disease, therapy, social services
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Dotazník Program MATES
<b>Rozsah práce:</b>	136
<b>Jazyk práce:</b>	Český