

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Žaneta Honigová

**Možnosti komunikace s osobou seniorského věku
s neurokognitivní poruchou**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem za pomoci uvedené literatury.

V Olomouci, dne 24. 5. 2021

.....

Žaneta Honigová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D., za odborné vedení, pomoc a cenné rady při zpracování této bakalářské práce a za jeho ochotu a trpělivost. Rovněž bych chtěla poděkovat i škole, především tedy řediteli Mgr. Leoši Sekaninovi, na které mi bylo umožněno výzkum realizovat, a žákům, bez kterých by se výzkum neobešel.

OBSAH

ÚVOD	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU.....	9
1.1 Vymezení stáří.....	9
1.2 Stáří a stárnutí.....	11
1.3 Změny ve stáří.....	16
1.3.1 Biologické změny.....	16
1.3.2 Psychické změny.....	17
1.3.3 Sociální změny.....	17
2 DEMENCE U ALZHEIMEROVY NEMOCI.....	19
2.1 Vymezení pojmu demence.....	21
2.2 Epidemiologie Alzheimerovy choroby.....	24
2.3 Symptomatologie a klinický obraz onemocnění.....	26
2.4 Stadia demence.....	28
2.4.1 Počáteční (mírná) demence.....	28
2.4.2 Střední (rozvinuté) stadium.....	28
2.4.3 Pozdní stadium.....	29
3 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENTI.....	31
3.1 Definice dospívání.....	31
3.2 Fáze dospívání.....	32
3.3 Mezigenerační soužití a vnímání stáří.....	33
II. PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	37
4.1 Vymezení výzkumného problému.....	37
4.2 Výzkumný cíl.....	38
4.3 Výzkumné otázky.....	38
4.4 Výzkumné metody.....	39
4.5 Výzkumný vzorek.....	41
5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	42

5.1	Rozhovor	42
5.2	Analýza rozhovorů	43
6	KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	47
6.1	Dotazník	47
6.2	Interpretace a analýza dat	47
7	INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ	58
7.1	Doporučení pro praxi	61
8	DISKUZE	63
	ZÁVĚR	65
	POUŽITÁ LITERATURA	67
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ	70
	SEZNAM TABULEK	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH	73
	PŘÍLOHY	74

ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje osobám seniorského věku s neurokognitivní poruchou. Téma jsme pojali poněkud širěji a snažili se ho vztáhnout na žáky 8. až 9. ročníků základní školy. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, které jsou pojmenovány následovně: *Osoba seniorského věku*, *Demence při Alzheimerově nemoci* a *Období dospívání – adolescenti*, tyto kapitoly jsou dále rozděleny ještě na podkapitoly, jež se snaží problém popsat podrobněji.

Teoretická část se primárně zabývá osobami seniorského věku a mezigeneračním soužitím s adolescenty. Dnes se můžeme stále častěji setkávat právě se zmiňovanými osobami seniorského věku, kdy průměrná délka na dožití stoupá. Zvyšující se věk populace je zapříčiněn i kvalitou zdravotní péče, a to hlavně ve vyspělých zemích. Ještě před 100 lety byla naděje na dožití mnohem nižší, v průměru se osoby dožívaly 55 let, dnes kolem 80 let. Spolu s těmito činiteli roste i riziko vzniku doposud méně vyskytujících se nemocí. Takovou nemocí je dnes např. námi zkoumaná demence při AN. Nemoc se v dnešní době týká velkého počtu osob a zpravidla koresponduje s životním stylem dané osoby a věkem, může mít však i jinou epidemiologii. Životní styl a věk má však jednu z hlavních rolí. Jak je všem moc dobře známo, život je u většiny osob zrychlený a poměrně hektický. Každý se za něčím honí a nemá na nic čas, ať už je to kariéra, peníze či jeho prestiž. Bylo prokázáno, že zdravý životní styl může sloužit jako prevence před vznikem tohoto onemocnění. Nicméně do mozku nevidíme, což je právě na této nemoci tak zákeřné. Může nás postihnout kdykoliv, v každém okamžiku našeho života, bez ohlášení a bez prvotních příznaků. I když je nástup nemoci pozvolný, progrese postupuje velice rychle. Je tedy potřeba být velmi obezřetný a všimnout si každého nepatrného příznaku, jako je např. pouhé zapomenutí klíčů. I když žijeme ve 21. století a je možné téměř vše, na tuto nemoc doposud lék neexistuje. Nelze nemoc vyléčit, můžeme jen zkvalitnit poslední dekádu života. Pomocí léků a terapií lze nemoc oddálit, nikoliv vyléčit. Z pohledu dnešní společnosti a některých odborníků je nemoc brána jako tichá epidemie 21. století, o čemž svědčí i každoroční nárůst osob, u kterých byla diagnostikována demence. Celosvětový počet osob postihnutých nemocí přesahuje 40 milionů, skutečnost je však mnohem vyšší, protože v mnoha případech u osob diagnostikována není. A to z důvodu, že si jedinci zkrátka nemoc nepřipouští nebo ani neví, že jsou nemocí zasaženi. Nejrozšířenější a aktuálně nejvíce diskutovaná je dnes Alzheimerova nemoc při demenci, která probíhá v určitých stadiích a její poslední, terminální stadium je pro osobu doslova zničující. Někteří

autoři dále zmiňují, že člověk v tomto terminálním stadiu by se dal přirovnat k dítěti, který na svět vstupuje jako tabula rasa. Blíže však nemoc popisujeme v následujících kapitolách.

V praktické části jsou vymezeny výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky. Dále je popsán výzkumný soubor, metoda sběru dat, realizace a průběh celého výzkumného šetření. Na základě výzkumu dále analyzujeme získaná data a interpretujeme je. Hlavním cílem naší práce je zjistit, jak jsou žáci 8. až 9. ročníků základní školy informováni o Alzheimerově nemoci. V rámci kvalitativního výzkumu jsou zpracovány čtyři rozhovory, pomocí nichž jsme se mohli problematice lépe přiblížit, a vytvořit tak smysluplné dotazníkové šetření. V závěru jsou zhodnoceny všechny získané informace a poznatky práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OSOBA SENIORSKÉHO VĚKU

Za seniora považujeme osobu, která se nachází v poslední, závěrečné fázi svého života. Demografické údaje ukazují, že celosvětový počet osob v seniorském věku přibývá, což je zapříčiněno i nízkou porodností ve světě. Jak uvádí Kalvach (2004, s. 51), při demografické revoluci dochází k demografickému stárnutí tak, že narůstá počet osob v seniorském věku, ale naopak se výrazně snižuje počet nově narozených osob. Z tohoto hlediska lze říct, že se stáří stává společenskovědním fenoménem. Podle Českého statistického úřadu tvoří osoby seniorského věku až jednu pětinu celkového počtu obyvatelstva. Mezi roky 2010 až 2019 vzrostla průměrná délka života u mužů ze 74,4 na 76,3 let a u žen z 80,6 na 82,1 let (ČSÚ, 2019).

1.1 Vymezení stáří

Stáří lze označit za přirozený fyziologický celoživotní proces, v jehož důsledku dochází ke snížení odolnosti a adaptability. Za nejnebezpečnější faktor považuje Jiráček (2008, s. 232) narušení funkce paměti, jež bezesporu s přibývajícím věkem klesá. Stáří představuje novou životní etapu, která je provázena řadou změn. Jak uvádí Pichaud (1998, s. 82), „*stáří je období, kdy se výrazně mění dosavadní způsob života*“. Jde o období, které je velmi heterogenní a bývá odborníky označováno za období velkých změn. Tyto změny jsou involučního a morfologického charakteru (Langmeier, 2006, s. 202). U morfologických změn dochází k fyziologické atrofii těla, k zhoršování reakcí i pružnosti celé osobnosti. Období velkých změn je přirozeně provázeno i poklesem rezerv a úbytkem téměř všech funkcí. I přesto, že jsou tyto změny nezvratného charakteru a dochází v jejich důsledku k znevýhodnění oproti mladším generacím, pro člověka to nemusí být omezující či diskriminující, protože lze tyto nedostatky v dnešní době kompenzovat. Co se týče involučních změn, jde o vzájemné prolínání s chorobnými projevy životního stylu (Čevela a kol., 2012, s. 20). Změny, které se týkají vývoje, nejsou zjevné pouze ve finální fázi ontogeneze, ale jak uvádí Pacovský (1981, s. 57), vyskytují se u všech vývojových stadií jedince. Liší se pouze podle toho, jaký charakter tyto změny mají. Je tedy důležité rozlišit, jestli se jedná o progresivní, nebo regresivní charakter změny. Pokud se budeme bavit o poslední fázi lidské ontogeneze, převládá v ní regresivní charakter změny (Pacovský, 1981, s. 57).

Haškovcová ve své knize (1990) popisuje starou osobu jako pětasedmdesátiletého člověka, který je psychicky i fyzicky v důsledku svého věku oslaben. Konkrétněji potom ve své knize seniora charakterizuje jako „*slabého, sehnutého, pomalu se pohybujícího, nepružně reagujícího a zapomínajícího*“. A často je toto období spojeno i s hluchotou, slepotou či demencí (Haškovcová, 1990, s. 25).

Příhoda (viz Šimíčková-Čížková, 2010, s. 26) stáří popisuje jako období, které je spojeno s řadou problémů, při nichž „*dochází k pesimismu, k uvědomování si krátkosti života, k nervozitě i větší společenské izolaci spojené s vědomím o ochuzování vlastního života*“. Reakce na stáří je však různorodá a každá osoba toto nové období přijímá a prožívá jinak, a to v závislosti na individualitě své osobnosti a životní zkušenosti. Hodnoticí kritérium, které jedinec zaujme, se posuzuje podle toho, jak v průběhu svého života jednal a vypořádával se s náročnými situacemi. Autoři zmiňují, že toto nově vzniklé období má na osoby pozitivní i negativní vliv. Pro některé jedince je přínosné a označují ho jako plnohodnotné stáří, se kterým se jedinec maximálně ztotožní. Na druhou stranu může mít i negativní charakter. Každá osoba není schopna ihned přijmout nově vzniklou situaci či adekvátně na ni zareagovat. Změny, které souvisí s možnými omezeními vyplývajícími z vysokého věku a opotřebením organismu, mohou osoby značně limitovat. Je důležité mít dobré vztahy i s rodinou, která by měla být v každém okamžiku života oporou, a dobrovolně se jí nevzdalovat. Mnohdy nám rodina pomůže i nezáměrně změnit celý pohled a názor na danou situaci (Malíková, 2011, s. 24). Jonathan Swift řekl velmi výstižný citát k tomuto období: „*Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý.*“

Existují 3 teorie, které vychází z osobnosti člověka a jeho reakce na stáří. Mnohdy na sebe tyto teorie navazují, ve své knize je zmiňují Čevela a kol. (2004, s. 131–132):

1. **Teorie aktivního stáří:** osoby vedou život stejný jako ve středním věku a snaží se maximálně zachovat své dosavadní aktivity, které jsou pouze přijatelnými podmínkami upraveny;
2. **Teorie substituční:** osoby nejsou schopny vykonávat své zájmové aktivity, ale snaží se je upravovat náhradními aktivitami;
3. **Teorie postupného uvolňování:** v této teorii je popsáno pokorné smíření se s novou životní etapou, u níž si je osoba vědoma, že její deficity jsou takového rázu, že o dosahování svých aktivit už nelze usilovat.

Bromley v roce 1966 popsal pět přístupů, které u člověka mohou vzniknout jako reakce na stáří (Jarošová, 2006, s. 28–29):

1. Konstruktivní stáří – Osoba je s novou životní etapou smířena a těší se na ni. Postoj k životu je optimistický a veselý. Nemá problém s okolním světem navázat kontakt a je vůči němu otevřený. Venglářová (2007, s. 12) dále popisuje, že tento přístup vzniká již v produktivním věku, kdy si osoba připravuje aktivity, kterými se ve stáří bude zabývat, a rozvine je. Zdůrazňuje také dobré vztahy s rodinou.
2. Strategie závislosti – Osoba je závislá na pomoci druhých, její život je spíše veden k pasivitě. Na odchod do důchodu se v rámci možností těší, protože spoléhá na to, že se o ni někdo postará. Takový člověk nerad navazuje kontakt, protože má strach, že by mu bylo narušeno jeho pohodlí, které je pro něj spolu s odpočinkem na prvním místě.
3. Ochranná strategie – Vyskytuje se u společensky úspěšného člověka, který žil svou prací. Má strach, že přijde o svou soběstačnost. Při této reakci osoby stáří obecně odmítají a brání se mu až do doby, kdy nejsou schopny vykonávat běžné činnosti bez obtíží a pomoci druhých.
4. Nepřátelský postoj – Osoba zastává destruktivní postoj vůči sobě i okolí. Často žije sama a od společnosti je izolována a má negativní, někdy až agresivní reakce. Svě dosavadní neúspěchy připisuje druhým lidem.
5. Strategie sebenenávisti – Člověk tohoto typu je obecně nespokojený se svým životem. Je egocentrický, připisuje si veškeré své životní neúspěchy a dává si je za vinu. Často prožívá pocity osamělosti, zbytečnosti a je vůči sobě velmi kritický. Mnohdy sebou i pohrdá a má sklony k depresím.

1.2 Stáří a stárnutí

Stáří a stárnutí je tedy chápáno jako přirozená biologická etapa každého živého organismu, kterou nelze ani přes dílčí poznatky odborníků jednoznačně definovat. Je třeba zmínit, že stárnutí každé osoby není stav, ale proces, na který se může každá osoba připravit. Osoba prochází novým životním obdobím, jež je zpravidla doprovázeno změnami a zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních obtíží. Mimo jiné dochází ke snížení odolnosti vůči infekcím a nádorovým onemocněním (Mühlpachr, 2008, s. 39). Také může docházet k chorobnému onemocnění mozku. Mezi nejčastější druhy nemocí vyskytujících se u osob ve stáří je řazena Alzheimerova či Parkinsonova choroba nebo choroba s Lewyho tělísky

(Jirák, 2008, s. 232). Co se týče zdravotního stavu osob v seniorském věku, panuje zde velká heterogenita. Je však patrné, že chronické a degenerativní onemocnění v tomto věku převažuje. Může docházet i ke kombinaci nemocí. Mezi nejčastěji vyskytující se nemoci můžeme zařadit kardiovaskulární onemocnění, metabolické obtíže, respirační choroby, nemoci pohybového aparátu, kognitivní poruchy a demenci (Pidrman, 2007, s. 13–14).

Pidrman (2007, s. 24) stárnutí rozděluje podle závažnosti na tři skupiny:

1. úspěšné stárnutí: veškeré funkce a výkonnost těla v seniorském věku je srovnatelná se středním věkem;
2. normální stárnutí: stárnutí je přirozené a přirozeně se objevují i psychické a fyziologické změny, které obsahují pouze drobné odchylky;
3. patologické stárnutí: dochází ke zjevným změnám, které lze označit za patologické.

Haškovcová (1990, s. 58) stáří popisuje jako „*přirozené období lidského života vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti*“. Zdůrazňuje, že „*stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku*“. Mühlpachr (2004, s. 39), podobně jako Haškovcová, zdůrazňuje fakt, že stáří není nemoc, nýbrž že je toto období s častým výskytem nemoci spojeno a v jeho důsledku může docházet i k omezení soběstačnosti a vzniku závislosti na jiných lidech. Tento složitý proces stárnutí probíhá již od početí a obsahuje široké spektrum dějů, které se vzájemně prolínají v průběhu života. Změny jsou patrné až po dosažení sexuální dospělosti (Otová, Kalvach, 2004, s. 67). S přibývajícím věkem tedy dochází ke vzniku mnoha poruch, včetně těch, které souvisí s úbytkem kognitivních funkcí. Snižuje se plasticita mozku, zpomaluje se vybavenost slovní zásoby, snižuje se psychosomatické tempo, kterým je ovlivněno i zpracování informací (Švancara, viz Jirák, 2008, s. 232).

Podle encyklopedického slovníku (1993, s. 1037) je stárnutí definováno jako „*přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti)*“.

Proces stárnutí souvisí s přirozenou délkou života, která je specificky interindividuální. Pacovský (1990, s. 30) proces stárnutí chápe jako cestu do stáří, tuto cestu dále rozlišuje na fyziologickou a patologickou. Fyziologické stárnutí je podle něj zákonitou složkou lidského vývoje od oplození až po smrt, která k němu neodmyslitelně patří. Patologické stárnutí označuje za závěrečnou etapu lidského vývoje, jež má své specifické znaky (např. předčasné stárnutí) a projevuje se sníženou soběstačností. Kalendářní věk je u daných jedinců nižší než věk funkční. Čížková (2010, s. 144) dále zmiňuje, že výskyt předčasného stárnutí je ovlivňován životním stylem, především tedy kouřením, alkoholem

a dlouhodobým přetěžováním organismu. S předčasným stárnutím se však setkáváme ojediněle. Vojtěchovský (2004, s. 565–566) upozorňuje na to, že dlouhodobá konzumace alkoholu může urychlovat proces stárnutí. Jako příklad rizikové osoby popisuje staršího muže, který žije osaměle, nemá vzdělání a má tendence k depresím, jež mohou vyústit až v sebevražedné sklony.

S přibývajícím věkem tedy dochází ke vzniku nepříznivých faktorů, které zhoršují paměť, motoriku i smysly. Tyto faktory Jiráček (2004), obdobně jako Čížková, popsal jako poruchy afektivity, které se projevují v podobě stresu, úzkosti či depresí. Poruchy jsou vyvolávány opakovaným stresem, který se může projevit v důsledku ztráty blízké osoby, osamělého žití, péče o nemocného partnera, zhoršení ekonomické situace, omezení soběstačnosti atd. Stres může být tak silný, že přejde v depresi, a to pro člověka znamená obrovské riziko. Takové situace potom přerůstají v životní styl, který je doprovázen alkoholem a jinými návykovými látkami (Jiráček, 2004, s. 554). Jak bylo již zmíněno, stárnutí probíhá specifickou rychlostí a odlišnou variabilitou, která vede k obrazu označovanému jako stařecký fenotyp (Mikeš, Kalvach, 2004, s. 47). Fenotyp stáří (vzhled) je ovlivněn prostředím, životním stylem, psychickým, zdravotním a sociálně-ekonomickým stavem člověka (Čevela a kol., 2012, s. 19). Čížková Šimčíková (2010, s. 144) dále uvádí, že po dosažení šedesátého roku se tento proces zrychluje a je spojen s řadou typických projevů. Názory odborníků zabývajících se periodizací se navzájem liší, jediné, na čem se shodují, je, že stáří a stárnutí jsou pojmy relativní a proces probíhá individuálně. Příčinou tohoto obtížného vymezení a členění pojmu je individuálnost a mnohočetnost příčin, které jsou vzájemně podmiňovány (Mikeš, Kalvach a kol., 2004, s. 47). Pro sjednocení věkové kategorie se obecně užívá věk 60 let (popř. 65 let). Komplexní periodizací se zabývá Příhoda (viz Šimčíková-Čížková, 2010, s. 22) a snaží se zachytit periodizaci, která by určila biologický, psychický i sociální vývoj člověka. Poslední fázi ontogeneze vývoje označil termínem *senium* a následně ho rozdělil do tří kategorií:

1. období označil za **senescenci**, která trvá od 60 do 75 let, a funkci organismu popisuje jako odolnou a zdatnou;
2. období, které vymežil jako **kmetství** (od 75 do 90 let). Toto období je vyznačováno menší odolností organismu a charakterizováno involučními procesy, které postupují rychleji;
3. poslední kategorii označil jako **patriarchium**, které začíná od 90 let. Je doprovázeno výraznou osamělostí osoby, která je spjata se ztrátou blízkých osob či partnera.

Objevuje se zde i rezignace člověka, kdy je na smrt připraven (Čížková Šimčíková, 2010, s. 142–143).

Novotná (2004) uvádí, že první příznaky stárnutí jsou u člověka patrné už od 25. roku a projevují se klesáním hmotnosti mozku. Stuart-Hamilton (1999, s. 19–21) za nejobjektivnější a nejběžnější měřítko, které slouží k identifikaci stáří, považuje chronologický (kalendářní), biologický a sociální věk.

Kalendářní neboli chronologické stáří je dáno počtem prožitých let. Za počátek stáří je podle Čevely (2012) obecně považován 65. rok života. Z tohoto hlediska je tento typ rozdělení vhodný pro demografické účely. Je to však jediný možný ukazatel tohoto druhu rozdělení, neposkytuje žádné interindividuální rozdíly a nemá dostatečně vypovídající hodnotu (Čevela a kol., 2012, s. 25).

Tato metoda měření tedy (obecně řečeno) ukazuje to, jak je člověk starý. Nemá však vypovídající hodnotu, protože věk nemusí vždy odpovídat fyzickému stavu a naopak (Stuart-Hamilton, 1999, s. 19).

Haškovcová (1990, s. 23) zdůrazňuje, že věk je velice problematická veličina, a stejně tak jako Hamilton si je vědoma, že funkční věk nemusí se skutečným věkem vůbec korespondovat.

Světová zdravotnická organizace (Haškovcová, 1990, s. 22) dělí starší věk následovně:

- 45–59 let – střední (zlatý) věk;
- 60–74 let – rané stáří, vyšší věk;
- 75–89 let – vlastní stáří;
- 90 let a více – dlouhověkost.

Švancara (1979) uvádí proces stárnutí již před dovršením padesátých let:

- Stárnutí (presenium) od 48 do 65 let;
- Stáří (senium) od 65 let;
- Vysoký věk od 75 let.

Členění dle Neugartenové (1966):

- Mladí senioři 55–74 let;
- Staří senioři 75 a více let.

Na základě členění Neugartenové (1966) je odvozeno členění, které je v současné době užíváno:

- 65–74 let mladí senioři;
- 75–84 let staří senioři;
- 85 let a více velmi staří senioři.

K biologickému stáří dochází při určitých involučních změnách, jako je pokles funkční zdatnosti, adaptability či atrofie, která je ovšem velmi individuální. Dochází k poklesu fyzické výkonnosti projevující se jako odlišnosti, které mohou být zapříčiněny i genetickými predispozicemi. Typickým projevem biologického stárnutí je pokles hmotnosti a výšky, který souvisí i se změnami proporcí těla, jako např. šířka ramen, snížení hmotnosti kostry nebo pokles váhy svalstva, což může snižovat i celkovou hybnost, rychlost a pružnost osoby (Čížková Šimčíková, 2010, s. 144). Nově nabyté životní role jsou spojovány s obdobím, které je charakteristické pro sociální stáří. Toto období je charakterizováno změnou životní situace a ekonomického zabezpečení jedince. Dochází tedy v důsledku dosažení určitého věku k sociální události, při níž osoba nabývá nároku na starobní důchod (Mühlpachr, 2008, s. 19). V tomto směru hraje značnou roli i očekávaný způsob chování, který je dán v důsledku biologického věku. Toto očekávání je v každé společnosti v důsledku zažitých tradic a stereotypů odlišné, například v západních civilizacích je očekáváno klidné a usedlé chování a v některých méně vyspělých společnostech je období považováno za odměnu za zbožný život (Gruman, 1966, viz Stuart-Hamilton, s. 19). Haškovcová (1990, s. 21) člověka, kterého lze označit za starého, vymezuje tak, že vzhledem ke kalendářnímu věku vzniká nárok na starobní důchod. Proto je obecně odchod do důchodu považován i za začátek stáří.

Je těžké určit, jaký je maximální možný věk dožití. Jak bylo zmíněno, veškeré tyto problematiky jsou velice individuální, někdo se nemusí dožít ani věku, který se nazývá obdobím zralosti. Setkáváme se ovšem i s pojmem, který je označován jako *dlohověkost*. Při dlohověkosti osoby dosahují až 90 a více let a fenotyp stáří je značně opožděn. Projevy stárnutí se mohou vyskytovat až v pozdním věku, což je např. oproti předčasnému či normálnímu stárnutí úplně jiný pohled. Osoby dožívající se vyššího věku jsou obecně považovány za zdravější a zdatnější než lidé s kratší životní prognózou. Dlohověkost je podle Šnejdrlové (2008) dána genetickými předpoklady, ale velký vliv má i životní prostředí, v němž se osoba vyskytuje. Dlohověkosti lze dosáhnout podle Šnejdrlové a kol. (2008, s. 43) obecným zdravím a zdravým životním stylem, kterých osoba nabyde dostatečným pohybem, zdravou a vyváženou stravou a účelnými intervencemi, pomocí nichž lze předcházet rozvoji

geriatrické křehkosti atd. (Šnejdrová a kol., 2008, s. 39–43). Kalvach (2004, s. 93) na druhou stranu uvádí, že při dosažení dlouhověkosti nejde o vrozenou vlastnost, a přiklání se spíše k tomu, že jde o správný životní styl, díky němuž se prodlužuje i délka života. Doposud nejdelší naměřená hodnota byla 122,5 let, naměřena byla v roce 1997 (Kalvach, 2004, s. 93).

1.3 Změny ve stáří

Jak bylo zmíněno, stáří je doprovázeno řadou velkých změn. Nástup tohoto období je však v závislosti na individualitě osoby rozdílný. Změny mohou být ovlivněny v důsledku životního stylu, genetických dispozic, zdravotního stavu aj. (Mlýnková, 2011, s. 21).

Stuart-Hamilton (1999, s. 25–41) u fyzických změn rozlišuje dvě teorie. První je teorie opotřebování, kdy v důsledku opotřebení dochází k oslabování těla. Druhá se označuje jako buněčná teorie, kdy tělo stárne v důsledku vystavení buněk toxinům. Buňky ztrácejí na výkonnosti nebo odumírají, což může vést k poklesu metabolické aktivity a poklesu intelektu.

Podle Venglářové (viz Malíková, 2011, s. 18) „*se člověk učí způsobům chování v určité době a na určitém místě*“. Důležitým kritériem je to, jak stárnutí fyzicky probíhá a jak se člověk se stárnutím psychicky vyrovná. Změny lze potom popsat ve třech následujících rovinách (Malíková, 2011, s. 19):

1.3.1 Biologické změny

Tyto změny se týkají orgánové soustavy a jejich orgánů. Nejzřetelnější a nejnápadnější jsou změny na pohybovém aparátu a kůži, kde tělesné tkáně ztrácí na elasticitě a u svalů dochází k atrofii a začínají ztrácet na pružnosti, síle, mohutnosti a vytrvalosti (Stuart-Hamilton, 1999, s. 26). Kostí jsou křehké, řídnou a zužují se, vzniká tak nebezpečí zlomenin. Poškozuje se chrupavka a dochází ke vzniku nejčastěji artrózy. Deissant (1999, s. 21–22) uvádí, že změny nastanou v důsledku opotřebování orgánu.

Dále se změny týkají kardiovaskulárního, respiračního, trávicího, pohlavního, vylučovacího a nervového systému. Změny mohou probíhat i ve smyslovém vnímání či spánku (Mlýnková, 2011, s. 21).

Orgány a tkáně se v důsledku úbytku vody zmenšují. Kůže ubývá na elasticitě a objevují se na ní pigmentové skvrny. Atrofie meziobratlových plotének způsobuje zmenšování postavy a svalovou ochablost. Kostí v důsledku nedostatku vápníku řídnou a jsou lámavější, svaly jsou ochablé, což způsobuje špatné držení rovnováhy. Podle odborníků

dochází ke snižování objemu mozku, a to již po 30. roce. Ochablé jsou i hlasivky, hlas se stává slabším (Novotná, 2004, s. 69).

Malíková (2011, s. 19) za typické projevy biologické změny označuje snížení výkonnosti všech funkcí, atrofií a individuálně projevující se změny organismu na určitou zátěž.

1.3.2 Psychické změny

Může docházet k vzájemnému ovlivňování v důsledku tělesných a psychických změn. Změny se mohou týkat i osobnostních rysů či vlastností jedince. Psychické změny primárně ovlivňují fungování kognitivních funkcí, které jsou u každého jedince postihnuty individuálně. Dochází k poklesu v oblasti paměti, pozornosti, myšlení nebo vnímání. Panuje zde vlastní zájem a potřeby uplatnit se ve vyšším věku. Projevující se i tělesné změny mohou být výsledkem psychických změn a mohou vést i ke změnám intelektovým. Předpokládá se však fakt, že by v psychice nemělo docházet k zásadním změnám (Malíková, 2011, s. 21).

Pacovský (viz Jarošová, 2006) zdůrazňuje, že se nemusí jednat pouze o změny, které mají zhoršující (regresivní) charakter, ale může se jednat i o zlepšení nějaké stránky osobnosti (jako např. vytrvalost nebo trpělivost). Některé schopnosti jsou také stálého charakteru, jako např. slovní zásoba (Jarošová, 2006, s. 24–25).

1.3.3 Sociální změny

Získání této nové sociální role může mít negativní i pozitivní charakter. Změny jsou doprovázeny odchodem do starobního důchodu. Člověk přichází o práci a v důsledku toho i o svůj příjem. Často je potřeba se na důchod ekonomicky zajistit, a to např. penzijním pojištěním, které je dobré si zajistit již během života, protože není žádné tajemství, že důchod nedosahuje u běžné populace vysokých čísel. Podle ČSÚ k roku 2019 průměrná výše důchodu vzrostla na 14 216 Kč. Volný čas může na člověka působit depresivně. Člověk neví, jak s časem správně naložit, a může prožívat nudu. Na druhou stranu pro některé je tento čas velice přínosný. Těší se ještě před vstupem do tohoto období, že budou mít čas na své koníčky, na cestování, plnění aktivit, na které doposud nezbyl čas. Překážkou ovšem může být výskyt nemoci, jež osobu omezí (Mlýnková, 2011, s. 25–26).

K dalším nepříznivým sociálním aspektům přiřazuje Malíková (2011, s. 22) omezení sociální integrace, generační osamělost a nesoběstačnost, stěhování, zhoršený kontakt s přáteli nebo zhoršující se participaci na oblíbené činnosti. K pozitivním sociálním aspektům Jarošová

(2006, s. 31) řadí funkční rodinu, přípravu na vyplnění volného času, uspokojování svých potřeb atd. Holmerová (2003, s. 14) zdůrazňuje správnou výživu, jejíž absence může v důsledku sociálních změn zapříčinit obezitu, nebo naopak podvýživu.

2 DEMENCE U ALZHEIMEROVY NEMOCI

Alzheimerova nemoc je neurodegenerativní onemocnění mozku, při němž dochází k postupné demenci. Demenci lze označit za syndrom, který je charakterizován jako ireverzibilní a progresivní onemocnění mozku. Primárně tato nemoc postihuje mozek, zejména pak kognitivní funkce. Člověk se v důsledku tohoto onemocnění potýká s častým zapomínáním, poruchou paměti (z počátku krátkodobou), špatnou orientací v čase i prostoru apod. První popsání této nemoci učinil německý psychiatr a neurolog Alois Alzheimer v roce 1906. Do 20. století byli lidé postihnutí touto nemocí označováni za blázny, kteří trpí duševní nemocí (Buijssen, 2006, s. 14). A. Alzheimer jako první identifikoval změny na mozkové kůře, a to při pitvě mozku A. Deterové, která zemřela na těžké onemocnění mozku v pouhých 55 letech zcela dementní (Zvěřová, 2017, s. 11). Demence má mnoho příčin. Tou nejčastější je Alzheimerova choroba, zastoupení AN mezi demencí činí dnes až 50 %. Někteří odborníci toto onemocnění nepovažují za nemoc, ale za způsob života. Osoba je Alzheimerovou nemocí doprovázena a musí se s ní naučit žít. Někteří autoři označují AN hned po globálním oteplování za tichou epidemii 21. století (Bartoš, 2016).

Nancy L. (2018, s. 27) demenci nepopisuje jako nemoc, ale jako charakteristiku, která je spojena s řadou symptomů a s různými chorobami. Při Alzheimerově nemoci jde především o získanou poruchu kognitivních funkcí. V důsledku tohoto onemocnění dochází k poruše vyšších kórových funkcí, které mají širokou škálu projevů. Především se týkají paměti, zpracování informací, logického i abstraktního myšlení, chápání, apraxie, afázie apod. K samotnému vymezení diagnózy nestačí určit pouze patologický nález, ale musí se posoudit i na základě psychologického a psychiatrického vyšetření. Nemoc tedy postihuje i emoční a sociální chování jedince (Pidrman, 2007, s. 9). Tato nemoc mimo jiné postihuje i osobnostní rysy člověka. Osoba v důsledku tohoto onemocnění ztrácí své doposud získané dovednosti a schopnosti, kterých nabyla v průběhu svého života, a přichází i o své zájmy a koníčky. Poruchy kognitivních funkcí a demence patří mezi hlavní faktory, kvůli nimž vzniká závislost na ostatních lidech, a jako přední faktor nemoci lze uvést hospodářsky a společensky vyspělé země (Zvěřová, 2017, s. 17).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10, 2021) charakterizuje demenci následovně: *„Je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle*

je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“

A AN následovně (tamtéž): *„Jde o deterioraci paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života. Paměť je narušena ve všech složkách a k její poruše patří nedílně i poruchy chování a myšlení.“* Aktivity denního života (ADL) lze přeložit jako veškeré běžné denní činnosti, jako je např. oblékání, koupání, cestování, stravování, používání domácích spotřebičů atd. Zhoršování ADL souvisejících se schopností zvládat běžné denní činnosti je charakteristické pro osoby s Alzheimerovou nemocí, u kterých je soběstačnost značně narušena (Pidrman, 2007, s. 40).

Jiráček (2007, s. 27–28) u demence popisuje 3 okruhy, které jsou postiženy. První okruh se týká kognitivních funkcí, druhý ADL (včetně chování) a poslední okruh postihuje emotivitu a cyklus spánku (ty obecně popisuje jako psychologické a behaviorální příznaky demence (Jiráček, 2008, s. 232). Raboch (viz Zvěřová, 2017, s. 25) popisuje, že kromě toho, že jsou nemocí postihnuty kognitivní funkce, nemoc ovlivňuje i nekognitivní funkce, o nichž hovoříme jako o behaviorálních či psychologických příznacích.

Podle Nevšimalové (2010, s. 187) je AN *„chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy na podkladě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn“*.

Jiráček definuje AN takto: *„Alzheimerova nemoc je závažná neurodegenerativní choroba, projevující se klinicky demencí. Je to nejčastější příčina demencí vůbec. Alzheimerova nemoc náleží mezi tzv. kortikální demence, kde jsou přítomna významná postižení vyšších korových funkcí“* (Růžička a kol., 2003, s. 63).

Autoři onemocnění popisují obdobně, shodují se na tom, že jde o onemocnění, které primárně postihuje mozek. Mozek představuje hlavní řídicí centrum člověka, tudíž je i jasné, že je nemoc velmi závažná. Doposud se nepodařilo nalézt žádnou účinnou léčbu, nemoc nelze vyléčit, lze ji však léčit např. pomocí farmakologie tzv. kognitiv, které nemoc dokážou zpomalit a zlepšit i kvalitu života jedince. Nejdůležitější je nemoc včas diagnostikovat a nepodceňovat její příznaky, jimiž může být pouhé zapomenutí klíčů (ČAS, výroční zpráva, 2015).

2.1 Vymezení pojmu demence

Pojem demence pochází z latinského slova de-mens, doslovně by se dal tento termín přeložit jako „bez mysli“. Latinský výraz „mens“ v českém jazyce znamená mysl a „de“ je odstranit, při spojení těchto dvou slov vzniká slovo nerozum či nepřičetnost (Buijssen, 2006, s. 13). Demence má své místo i v odborné mezinárodní literatuře, lze ji dohledat pod zkratkou F00-F03. Obdobně jako MKN-10 (2021) demenci definuje Pidrman (2007, s. 9): *„Demence je 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 zastřené. Zhoršení uvedených funkcí je doprovázeno (někdy dokonce předcházeno) zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“* Koukolík (2004, s. 19) tento syndrom definuje jako *„chorobu mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek“* (...).

Demence je tedy syndrom, který vznikl jako následek onemocnění mozku s progresivním rázem. Postihuje i další funkce, jako je paměť, myšlení či orientace, a je doprovázena zhoršujícími emocemi, chováním (Venglářová, s. 25–26). Podobně tento syndrom definuje Jirák (2008, s. 234): *„Důsledkem organického postižení mozku dochází k podstatnému úpadku funkcí kognitivních a druhotně i dalších, a to měrou, která postiženým vadí v profesionálním i osobním životě.“* Toto onemocnění nejčastěji autoři spojují s osobami vyššího věku a častěji se vyskytuje u žen než u mužů.

Demence spolu s deliriem a depresemi patří mezi nejtěžší a nejčastěji se vyskytující psychické poruchy. Deliria jsou mnohdy součástí syndromu demence, u některých onemocnění se vyskytují jako přidružená, takovým příkladem je demence s Lewyho tělísky. Rozvoj onemocnění demence začíná po ukončení rozvoje kognitivních funkcí, tj. od 2 do 6 let, to znamená, že se tato nemoc může vyskytnout i v dětském věku (Jirák, 2004, s. 546–547). Demence v dětství je však poměrně vzácná, největší výskyt, jak bylo již zmíněno, je zaznamenán u osob seniorského věku, v němž prevalence nemoci stoupá a koresponduje s věkem, tedy s přibývajícím věkem vzrůstá i incidence výskytu této nemoci (Jirák a kol., 2013, s. 69).

Pidrman (2007, s. 9) příznaky demence popisuje a rozděluje do tří skupin A-B-C, které jsou odvozeny z anglických slov. K narušení kognitivních funkcí přiřazuje písmeno

C – cognition, které považuje z hlediska paměti a intelektu za nezávažnější, narušení aktivního denního života označuje písmenem A – activities of daily life a poruchy chování písmenem B – behavior.

Za důležité Pidrman (2007, s. 31) považuje demenci správně diagnostikovat, a to pomocí rozdělení etiologie na primární, sekundární a smíšené demence. K primární demenci řadíme Alzheimerovu nemoc, demenci s Lewyho tělísky či frontotemporální demenci. Sekundární a smíšená demence má dle něho mnoho příčin, které se mohou týkat i traumat, posttraumat, epilepsie, metabolických poruch, respiračních poruch, infekcí, endokrinního onemocnění atd. (tamtéž). Jirák (2004, s. 547) demenci dělí do dvou základních skupin, na skupinu atroficko-degenerativního původu, do níž řadíme např. Alzheimerovu chorobu, a na skupinu sekundárních (symptomatických) demencí. Tuto skupinu dále autor dělí na ischemicko-vaskulární a na podskupinu ostatních symptomatických demencí (tamtéž). Růžička (2003, s. 21) demenci popisuje jako získanou poruchu, která působí jako degenerativní mozkové onemocnění. Mezi nejčastější degenerativní onemocnění mozku řadíme právě Alzheimerovu nemoc nebo výše uvedenou nemoc s difúzními Lewyho tělísky (Růžička, 2003, s. 21).

Zvěřová (2017, s. 28) k primárnímu neurodegenerativnímu onemocnění přiřazuje selektivní atrofii mozku, která je doprovázena degradací proteinů a ukládáním patologických proteinů beta-amyloidu, tau-proteinu, alfa-synukleinu a huntingtinu. Dále je podle ní toto onemocnění způsobeno volnými kyslíkovými radikály, poruchami nervových faktorů či mitochondriálním metabolismem. Sekundární demence má vznik v systémových onemocněních a může být způsobena chorobnými procesy, které postihují mozek. Jirák (2009, s. 19–20) demenci atroficko-degenerativní charakterizuje snižujícím se počtem buněk, které je provázeno patologickým ukládáním bílkovin. Stejně jako Pidrman uvádí, že dochází k poruše nervové soustavy, a nově zmiňuje, že dochází k ději, který je označován jako apoptóze, tj. *geneticky naprogramovaná smrt*. Lze tedy říct, že v důsledku tohoto onemocnění dochází k degradaci bílkovin, tvorbě a ukládání bílkovin. Tato forma demence je ve společnosti nejrozšířenější, tvoří až 60 %.

Demenci symptomatickou (sekundární) autoři dělí na vaskulární a ostatní symptomatickou. Vaskulární demenci Jirák (2009, s. 19) popisuje jako důsledek porušení mozkové tkáně, k čemuž zpravidla dochází při mozkových infarktech. Tato forma demence se ve společnosti vyskytuje ve dvaceti procentech a převážně jako multiinfarktová. Ostatní symptomatické mohou vznikat jako přidružené onemocnění mozku. Lze tuto demenci dále

dělit na infekční, prionové, metabolické či traumatické, tj. např. při intoxikaci, zánětu či nádoru mozku, jde tedy o patologické jevy, které narušují centrální činnost mozku (Jirák, 2009, s. 20). Pidrman (2007, s. 32–33) vytkl nejzávažnější a nejčastěji se vyskytující demence:

1. *„Primárně degenerativní demence:*

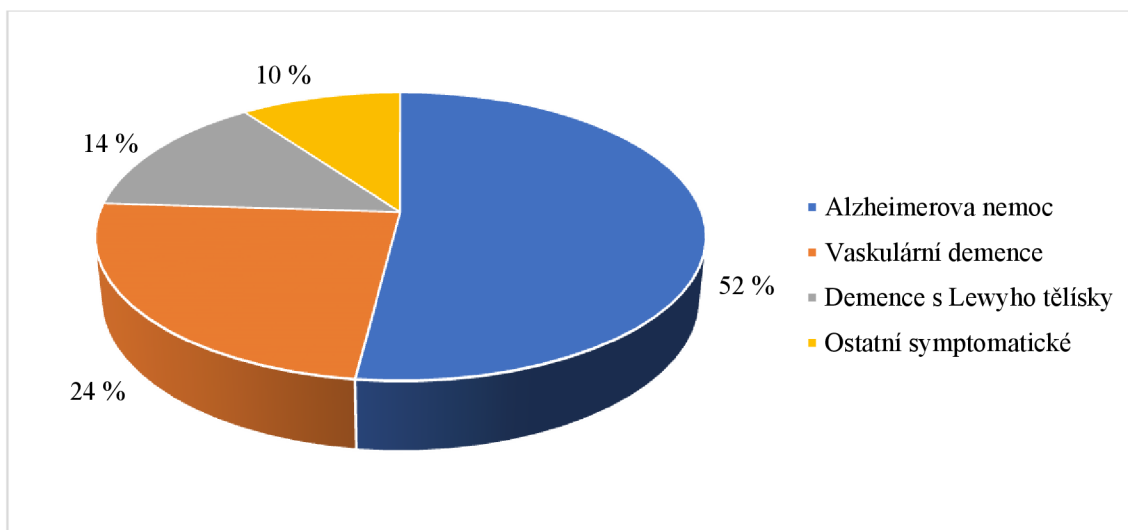
- *Alzheimerova nemoc,*
- *demence s Lewyho tělísky,*
- *frontotemporální demence.*

2. *Sekundární a smíšená demence:*

- *vaskulární demence (multiinfarktová, mikroangiopatická),*
- *metabolická demence,*
- *toxická demence,*
- *demence při Parkinsonově chorobě,*
- *demence při Huntingtonově chorobě,*
- *traumatická demence,*
- *demence při normotenzním hydrocefalu,*
- *demence při nádorech CNS,*
- *demence při infekcích.*

K smíšeným demencím přiřazuje:

- *smíšená Alzheimerova/vaskulární,*
- *smíšená Alzheimerova / jiné primárně degenerativní demence,*
- *ostatní smíšené.“*



Graf 1 Nejčastěji vyskytující se formy demence

Zdroj: Pidrman (2007)

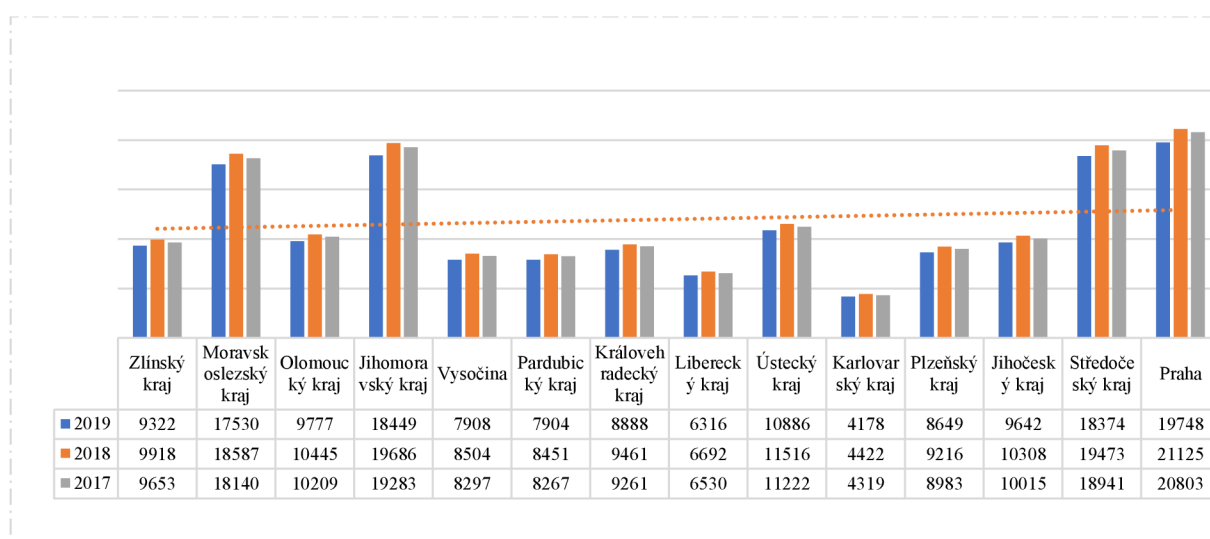
Mezi nejčastěji se vyskytující sekundární demence patří vaskulární demence, která představuje asi 10–15 % případů, má různé formy. Mezi nejvíce rozšířené patří demence, jež se vyvíjí z malých mozkových infarktů, které způsobují špatné zásobování mozku kyslíkem, a je označována jako multiinfarktová demence (MID). Dále existují různé kombinace, např. kombinace AN a vaskulární demence, tedy dvou a více poruch, které vedou k demenci. K dalším, avšak vzácným poruchám řadíme Parkinsonovu, Pickovu, Huntingtonovu atd., které se mohou vyskytnout i u mladých lidí (Buijssen, 2006, s. 15).

2.2 Epidemiologie Alzheimerovy choroby

To, že lidstvo stárne, je obecně známý fakt. Nicméně nesmíme zapomenout na to, že stárnutí je ovlivněno řadou změn, a to především sociálních, ekonomických a zdravotních. Tyto změny ve většině představují obtíže, které toto období značně ztěžují v důsledku postupného oslabování celkové osobnosti. Veřejnosti poměrně známý diabetes mellitus dnes začíná upozadovat stále více rozšiřující se demenci, která už nepatří mezi problémy pouze vyspělých zemí (Jiráček, 2009, s. 21). Alzheimerova nemoc dnes bohužel patří mezi nejčastější onemocnění gerontologické populace a řadí se mezi pět nejčastějších a nejzávažnějších celosvětových příčin úmrtí. Je výrazná korelace mezi výskytem AN a věkem a mimo jiné tím, že tato nemoc, jak uvádí autoři, častěji postihuje ženy (ČALS: výroční zpráva, 2019). Někteří autoři ještě toto tvrzení dále rozvádí a popisují, že se především jedná o vzdělané ženy ve vyšším věku (Koukolík, 1989, s. 89).

Haškovcová (2012, s. 52) zdůrazňuje, že celosvětový počet osob postižených touto nemocí rok od roku narůstá a narůstat také bude. Dále uvádí, že v roce 2010 byla tato nemoc ve světě diagnostikována u cca 35 milionů lidí, a předpokládá, že počet postižených osob se v roce 2030 ještě zdvojnásobí, každý rok je v celém světě nově potvrzeno 7,7 milionu případů. Tato čísla však nemusí být zcela přesná v důsledku nediodagnostikování všech. Zvěřová (2017, s. 16) AN označuje jako tichou epidemii, která není ve všech případech u osob diagnostikována a léčená.

Podle ČALS (2015) v roce 2015 bylo v Evropě nemocí postiženo asi 46,8 milionu lidí. Stejně jako Haškovcová uvádí to, že se počet do budoucna zdvojnásobí, tedy že v roce 2030 bude celosvětově postiženo 74,7 milionu lidí a v roce 2050 to bude až 131,5 milionu lidí. Organizace Alzheimer's Disease International ukazuje, že v ČR a celé střední Evropě je pořád počet lidí s touto nemocí menší než jinde na světě. Prevalence výskytu této nemoci v České republice je cca 150 tisíc, tj. něco málo přes 1 % (Haškovcová, 2002, s. 49). Tiskovou zprávou (hygpraha, 2019) bylo zveřejněno, že podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky v České republice žije asi 102 000 osob s demencí, z toho je 62 000 osob diagnostikována AN, tj. 0,6 % obyvatelstva.



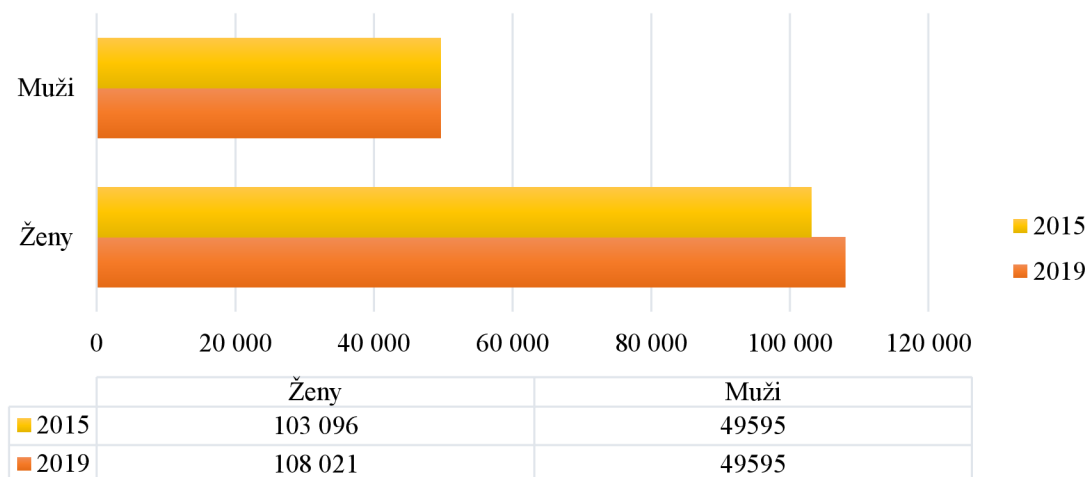
Graf 2 Počet osob s AN v krajích

Zdroj: ČALS, výroční zprávy (2017–2019)

Výroční zpráva (ČALS, 2019) dále ukazuje, že největší počet osob postižených touto nemocí žije především v našich největších městech, která jsou osídlena nejvíce, tzn. v Praze, Jihomoravském kraji, Středočeském kraji a Moravskoslezském kraji.

Z níže uvedeného grafu lze vyčíst, že počet osob od roku 2017 mírně ve všech krajích klesá. Také uvádí, že je prevalence výskytu této nemoci v České republice kolem 158 tisíc.

Z toho 108 021 jsou nemocí zasaženy ženy a 49 550 muži. Různé formy demence se vyskytují převážně ve vyšším věku, statistiky se shodují na tom, že výskyt nemoci u populace starší 65 let je 4–5 % (Jirák, 2004, s. 547).



Graf 3 Počet osob trpících Alzheimerovou nemocí v ČR v roce 2019

Zdroj: vlastní výpočty

Jak bylo zmíněno, Jirák (2009, s. 21) jako rizikový faktor výskytu této nemoci určuje věk, kdy s přibývajícím věkem pravděpodobnost výskytu stoupá, to zdůvodňuje tím, že u osob starších 65 let může až v pěti procentech vznikat toto onemocnění a ve věku 85 a více let je výskyt nemoci ve třiceti až padesáti procentech.

Dle Nevšimalové (2010) je prevalence výskytu nemoci ve věku nad 65 let padesátiprocentní. Narůstá také počet osob, které trpí středně těžkým a těžkým stadiem demence (Pidrman, 2007, s. 16).

2.3 Symptomatologie a klinický obraz onemocnění

Alzheimerova nemoc se řadí k nejvíce rozšířenému onemocnění demence. Projevy jsou individuální v důsledku způsobu života, vyvíjí se plíživě a jsou nejasné (na rozdíl od rizikových faktorů), avšak velmi nebezpečné. Při neurodegenerativním onemocnění dochází k atrofii mozku, která je doprovázena patologickými změnami, mezi které řadíme např. degeneraci proteinů a huntingtinu. Na vzniku se podílí řada dalších významných činitelů, které se vzájemně ovlivňují a podmiňují, zejména poruchy tvorby a vazeb nervových růstových faktorů, poruchy mitochondriálních mechanismů, projevy sterilních zánětů a další (Zvěřová, 2017, s. 28). Ve zvýšené míře se začnou projevovat bílkoviny, amyloid a jeho formy, které se mohou tvořit 15 až 10 let předtím, než se u pacienta objeví první příznaky.

Nejčastěji pak dochází ve spánkovém laloku mozku k úbytku nervových buněk. V těle tedy probíhá dlouhou dobu v preklinickém stadiu, a to cca jeden až dva roky (Jakub HORT). S vyšší kognitivní rezervou, která oddálí první příznaky. Jak uvádí Callone a kol. (2008, s. 28), „*Alzheimerova nemoc způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře. Vývoj nemoci může trvat 8–20 let, v závislosti na podmínkách, zdravotním stavu člověka.*“ Často se vyskytuje s kombinací dalších přidružených onemocnění. Podle Nevšimalové (2010, s. 187) je Alzheimerova nemoc „*chronicko-progresivní onemocnění nervové soustavy na podkladě degenerativního zániku neuronů s tvorbou charakteristických histopatologických změn*“.

Alzheimerovu nemoc Solarová (2010, s. 61) rozdělila podle toho, kdy se u jedince objeví první příznaky:

1. presenilní forma s časným nástupem, příznaky se projeví před 65. rokem života (F00.0);
2. senilní forma s pozdním nástupem, příznaky se projeví až po 65. roku života a průběh je delší než u presenilní formy (F00.1).

Odhalit první příznaky, jak bylo zmíněno, je velmi obtížné a často jsou zpozorovány prvně okolím osoby než postiženým jedincem. Mezi první příznaky, které se objeví, patří postupné zhoršování kognitivních funkcí, jež se projevuje poruchou paměti, tj. častým zapomínáním denních činností, jako je např. vzpomenout si na to, co měla osoba na snídani, co měla osoba koupit v obchodě, jestli si dala ráno prášky apod. Projevuje se také porucha jazyka, kdy řeč není plynulá a obsahově prázdná, lehčí formy afázie (parafrázi), které se projevují komolením slov nebo nesprávnou větnou skladbou, těžším příznakem fatické poruchy jsou např. sensorická afázie, tj. neschopnost porozumět slyšenému, motorická afázie, tj. neschopnost srozumitelné řeči. Dále mohou vznikat apraxie, tj. neschopnost porozumět čtenému textu apod. (Mühlpachr, 2004, s. 55). Koukolík (1998, s. 89) popisuje první příznaky, které lze diagnostikovat dva až pět let před samotným vypuknutím nemoci. Jiráček (2004, s. 548) uvádí, že nemoc vzniká nenápadně a často je doprovázena stavem, jenž je označován jako lehká porucha poznávacích funkcí, kdy porucha paměti nedosahuje stupně demence. Růžička (2003, s. 23) projevy rozdělil do tří podskupin podle vyšetření – kognitivní poruchy, poruchy chování a funkční omezení při každodenních činnostech. Mírná kognitivní porucha (MCI) zahrnuje různá stadia demence a také je rizikovým faktorem pro jejich vznik. Projevy této MCI jsou výsledkem patologického procesu CNS.

2.4 Stadia demence

Většina autorů rozděluje demenci na tři základní stadia, a to:

1. rané (počáteční) neboli mírné;
2. střední (těž rozvinuté);
3. pozdní, těžké stadium.

U některých autorů lze najít i rozdělení až na čtyři či pět stadií. Stadia nám umožňují demenci rozpoznat, diagnostikovat a popsat průběh nemoci (Pidrman, 2007, s. 32).

2.4.1 Počáteční (mírná) demence

Růžička (viz Nevšímalová, 2002, s. 188) charakterizoval stadium postupné ztráty paměti a soběstačnosti na demenci mírného stupně, která vzniká v počátečním stadiu a obvykle trvá jeden až čtyři roky. Projevuje se zhoršující se krátkodobou pamětí, ale naopak vybavováním si starších vzpomínek. U osob se toto stadium projevuje častým hledáním či přemísťováním předmětů, zapomínají jména blízkých osob, soběstačnost jedince omezena není (Nevšímalová, 2002, s. 188). Narušeny jsou zejména složitější aktivity běžného života, při nichž je důležitá pozornost. Lze tyto poruchy měřit psychologickými testy (Zvěřová, 2017, s. 69).

Jiráček (2004, s. 548) uvádí, že při lehkém stadiu demence dochází k postupným poruchám ve všech složkách, a zdůrazňuje poruchy s orientací v čase a prostoru. Dále dochází k postupné ztrátě schopnosti logicky uvažovat. Co se týče běžných denních aktivit, je primárně omezena profesní dovednost a postupně dochází i k poruchám péče o sebe samé a péče o domácí prostředí.

2.4.2 Střední (rozvinuté) stadium

Střední stadium trvá dva až deset let od začátku nemoci a je charakteristické závažnými poruchami paměti, kdy je téměř nemožné si zapamatovat nově získané informace. Nově získané informace si obvykle osoba s AN zapamatuje jen na velmi krátkou dobu, také je často dezorientována a nepamatuje si, co v nedávné době dělala. Jména známých a blízkých osob jsou výrazně zapomínána a je zde narušena i soběstačnost. V tomto stadiu tedy dochází k prohlubování a postupným poruchám osobnosti a na své okolí může působit zmateně (Růžička viz Nevšímalová, 2002, s. 188).

Poruchy jsou spojené s behaviorálními a psychologickými příznaky. Objevují se i poruchy fatických funkcí, při nichž „*dochází k rychlé progresi spojené s poruchami aktivit denního života, zejména vážne schopnost tzv. instrumentálních výkonů, jako je například obsluha jednoduchých domácích přístrojů – televize, pračky, telefonu apod.*“ (Zvěřová, 2017, s. 69–70).

2.4.3 Pozdní stádium

Osoba v tomto pozdním stadiu je již zcela nesoběstačná, závislá na druhé osobě a své blízké příbuzné nepoznává. Pozdní stádium onemocnění je popisováno jako úplná ztráta schopnosti si něco zapamatovat a uchovat si nové informace (Růžička viz Nevšimalová, 2002, str. 188). Dochází k poruchám příjmu potravy, k prostorové i časové dezorientaci a aktivity denního života jsou postiženy ve všech svých složkách. Pečovatelé, kteří o nemocné osoby pečují, říkají, že nejvíce zatěžující jsou pro ně poruchy spojené se změnami chování, tedy behaviorální a psychologické poruchy, které lze označit jako rozklad celé osobnosti (Zvěřová, 2017, s. 70). Buijssen (2006, s. 13–14) popsal osobu, která se nachází v poslední fázi onemocnění jako bezmocné dítě, které není schopno vnímat nic (kromě atmosféry kolem sebe) a je schopno uspokojovat pouze své nezákladnější biologické potřeby. A tak, jak do světa člověk vstoupil, tak z něj odchází.

Buijssen (2006) jednotlivá stadia, které výše Jiráček popisuje, vymezil jako čtyři fáze, kdy první fázi označuje jako přípravnou. Jako hlavní projev označuje zapomnětlivost, např. kolik je hodin, s kým jsem mluvil apod. Osoby začínají mít problém s vykonáváním úkolů, u nichž je potřeba dodržet správné pořadí, např. recept na vaření. Zmiňuje zde, že u této přípravné fáze může docházet ke stresu, který je vyvolán v důsledku chyb, jichž se právě u konkrétních postupů dopustí. Často tento stres může přecházet k frustracím, které se následně projeví zlostí nejen k sobě, ale i druhým osobám. Střední stádium vymezuje jako fázi potřebu dohledu, kdy porucha mozku natolik ovlivní život, že není schopen zvládat situace, které doposud zvládal bez pomoci druhé osoby. Osoby nejsou schopny adekvátně řešit situaci, jež nastane. Objevuje se zde porucha intelektuálně hodnotit situaci, kdy osoby často prožívají pouze základní pocity a jejich reakce jsou zpravidla impulzivnější. Následující fáze je pojmenována jako fáze potřeby péče, kdy člověk má výrazné problémy s krátkodobou pamětí, ale naopak má velký náhled do minulosti. Převládají zde obrovské poruchy v emocionální složce. Výrazně je omezena jejich orientace v čase a prostoru, často si proto kladou otázky, jako *Kdo jsem? Proč jsem tady?* atd. Buijssen vlastní identitu takových osob

popisuje následovně: „*Identita se rozpadla na tolik kusů, že už téměř neexistuje.*“ V přípravné fázi autor zmiňuje, že je tato osoba schopna si situaci uvědomovat, je si vědoma toho, že se s ním něco děje a má z toho obavy. V této fázi je osoba natolik postihnutá, že už není schopna ani svých vlastních myšlenek. A v poslední fázi potřeby ošetrovatelské péče popisuje jedince srovnatelného s kojencem, který je schopen vnímat v rámci možností pouze své okolí a je na něm závislý. Veškerá manipulace či komunikace probíhá stejně jako s dětmi. Osoba je schopna pouze základních biologických potřeb a odchází schopnost jakýmkoliv způsobem komunikovat (Buijssen, 2006, s. 43–57).

3 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENTI

Tímto obdobím si projde každý z nás, i když si někteří myslí, že jde o období, které, jak říkají, *přešli*, není tomu tak. Vždy se na nás toto období nějakým způsobem podepíše. Macek (2003, s. 9) ohraničil zmíněné období jako „*druhé desetiletí života*“. V České republice období označujeme jako dospívání či dnes již méně používaný termín dorost. Termín běžně užívaný ve světě, adolescent, pochází z latinského slova *adolescere*, které můžeme do češtiny převést jako dorost, dospívání, mohutnět (Macek, 2003, s. 10). Sigmund Freud (viz Vágnerová, 2005, s. 322) toto období již před mnoha lety nazval jako období genitálních stadií, které je charakteristické pro sexuální změny a potřeby jedince.

3.1 Definice dospívání

Fázi života dospívání můžeme označit za jakési přechodné období, které je spojeno s přechodem od dětství do dospělosti. Toto období je mimo jiné spojeno i s komplexní proměnou osobnosti, která se týká řad tělesných a emočních změn. Změny jsou zpravidla doprovázeny biologickými činiteli, ale k výrazným činitelům patří i sociální či psychičtí činitelé (Vágnerová, 2005, s. 321).

Langmeier a Krejčíková (2006, s. 241) definují dospívání jako širokou životní fázi, která je ohraničená pohlavním zráním. Při zrání se začínají objevovat sekundární pohlavní znaky a následně i jejich dozrávání. Tyto pohlavní znaky se v průběhu období dospívání dostanou do pohlavní zralosti, čímž je dokončen tělesný růst, což je jeden ze znaků dospělosti (tamtéž). Změny se týkají i somatického vývoje, který se projevuje tělesnými proměnami, a to zpravidla prudkým tělesným růstem, k němuž dochází dříve u dívek. U dívek se také objevuje dříve než u chlapců vyšší hmotnost. Jde však o poměrně komplikovaný proces, ve kterém dochází k neustálým změnám, a je značně individuální. Kognitivní vývoj (myšlení) je příznačný pro vyšší stupeň logického myšlení a chápání. Jedinci začínají nad problémy přemýšlet jinak. Jde tedy i o nový operační systém, při němž dospívající nad věci lépe přemýšlí a následně i jednájí. Dospívající však disponují přehnanou kritikou a jsou často až příliš sebekritičtí, tento jev je odborně popsán jako egocentrismus a projevuje se přehnanou vztahovačností. Finální fáze adolescenta je spojena s ukončením povinné školní docházky a nástupem na střední školu či do zaměstnání. Jde tedy o velice důležitou fázi života jedince, která má vliv na jeho budoucnost (Kelnarová a kol., 2010, s. 99–102).

3.2 Fáze dospívání

Jednoznačně vymezit období dospívání je stejně obtížné jako vymezení období stáří. Nicméně je toto rozdělení na fáze důležité z pohledu vývoje jedince. Pokud si srovnáme např. dvanáctiletého a šestnáctiletého chlapce, při porovnání uvidíme řadu změn, které se ho týkají. Říčan (2004, s. 191–192) vymezuje období dospívání mezi 15. až 20. rokem, zároveň tuto fázi života zdůrazňuje jako důležitou pro rozhodnutí o budoucnosti, které se týká výběru školy pro budoucí studium a povolání. Příhoda toto věkové rozmezí rozšířil ještě o další tři roky, které je charakterizující pro vysokoškoláky a jejich dosavadní závislost na rodičích v průběhu studia, která končí dle jeho slov „až po *promocích adolescenta*“. Vágnerová (2005, s. 323–325) dospívání rozděluje na dvě fáze, jež na sebe navazují. První fázi označuje jako ranou adolescenci – pubescenci, kterou vymezuje mezi 11. až 15. rokem. Je charakteristická pro tělesné dospívání, emoční prožívání, změny v emočním prožívání a změny týkající se životního stylu. Zároveň je období charakteristické ukončením povinné školní docházky, které souvisí i s osamostatňováním se od rodičů a možným stěhováním adolescentů na internátní školy. Druhou fázi označuje za pozdní adolescenci, která je spojena s 15. až 20. rokem života. Tato fáze je však individuální a biologicky je vymezena prvním pohlavním stykem. Adolescent prochází psychosociálními proměnami a rozvojem vlastní identity, při kterých dochází k proměně osobnosti. Období je tedy charakteristické pro změnu sociálního prostředí, kdy se dítě ocitá na nové škole či v zaměstnání a stává se ekonomicky nezávislým, toto můžeme chápat jako jedno z kritérií dospělosti.

Toto období dospívání lze z předchozích odstavců označit za velice široké, co se týče věkového ohraničení. Proto je lepší období dále rozdělit na fáze. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 143–144) zmiňují následující rozdělení, které označili za nejčastější dělení, které je v literatuře zastoupeno. Rozdělení je ovlivněno reprodukční soustavou:

1. Období pubescence (11–15 let)

- Fáze prepuberty

V této fázi se začínají objevovat sekundární pohlavní znaky, které lze označit za pohlavní dospívání. Tato fáze prepuberty je ukončena u dívek prvním menses a u chlapců prvními nočními polucemi, které se většinou u chlapců objevují o 1 až 2 roky později než u dívek.

- Fáze puberty

Tato fáze je velice specifická. Je ovlivněna reprodukčními schopnostmi, které jsou interindividuální. Ze začátku je u dívek menstruace nepravidelná, po tom, co se srovná (cca 1–2 roky), dochází k pravidelnému ovulačnímu cyklu. U chlapců je pak tento vývoj ukončen dozráním pohlavních znaků.

2. Období adolescence (15–22 let)

Období, které je charakteristické pro postupné dokončování reprodukční zralosti a tělesného růstu. Často jsou tyto adolescenti z pohledu tělesného růstu označováni ne příliš lichotivým označením *samá noha a samá ruka*, které označuje nesouměrnosti, a u dívek se začínají objevovat plnější tvary těla a u chlapců svaly. Tito jedinci bývají spojováni se změnou ve společnosti a jsou označováni za teenagery, mladistvé či již dnes méně používanou dorost. Dochází ke změně prostředí, jedinci přechází na jiné školy (střední) a mění se s nimi i jejich sebepojetí a vztahy s okolím.

Macek (2003, s. 10) na rozdíl od předchozích dvou autorů rozdělil období adolescence následovně:

1. Časná adolescence 10 (11) až 13 let,
2. Střední adolescence 14 až 16 let,
3. Pozdní adolescence 17 až 20 a více let.

Z následujícího rozdělení je tedy patrné, že fáze doplnil o střední adolescenci a pozdní fázi přesně neukončil z důvodu vlastní identity jedince (tamtéž).

Jak bylo výše uvedeno, jde tedy o období, které lze označit za přechodné, kdy dítě vstupuje z dětství do dospělosti. Tato fáze je ovlivněna řadou změn, které se týkají i proměnami osobnosti. Dochází k výrazným změnám v myšlení, vyjadřování, vizáži i oblékání. U jedinců dochází k častým změnám emocí a nálad, které mohou přecházet v impulzivní a agresivní chování, jež nelze předvídat. Adolescenti jsou často unavení, což souvisí i s pozorností a učením, kdy může dojít i ke zhoršujícím se výsledkům.

3.3 Mezigenerační soužití a vnímání stáří

V předchozích kapitolách jsme se věnovali pouze konkrétním vývojovým obdobím, které jsou charakteristické psychickými a tělesnými změnami. Tato podkapitola se zaměřuje na vztahy a soužití dvou výše popsaných generací ve společnosti.

Dle definice sociologického slovníku můžeme generaci popsat následovně: „*Jde o seskupení příbuzných věkových skupin, které prošly socializačním procesem v podobných historických a kulturních podmínkách. Doba trvání jedné generace je přibližně 25–30 let*“ (Jandourek, 2007, s. 91). Z této definice tedy vyplývá, že jde o seskupení lidí přibližně stejného věku, a můžeme konstatovat, že každá generace je ve svém důsledku rozdílná. Každá generace vychází z aktuálního dění ve společnosti, tím pádem se liší i názory a zkušenosti jednotlivých generací. Je tedy vhodné, aby byly tyto generace vzájemně integrovány a ovlivňovány, a to jak v rodinném, pracovním, tak i osobním životě, a nevznikali tak předsudky a bariéry. Vytváření mezigeneračních vztahů je tedy prospěšné nejen pro konkrétní individuální osoby, ale i pro celkovou společnost a její prosperitu. Mezi nejčastěji se vyskytující předsudky ze strany adolescentů patří (RVP: *Ageismus. Mýty a stereotypy o stáří a stárnutí*, 2018):

- „*Starší lidé jsou zátěž pro ekonomiku, včetně zdravotních systémů.*“
- *Výdaje na služby pro starší lidi jsou plýtváním a odebírají zdroje mladým lidem.*
- *Mnoho starších lidí si přeje ve stáří zůstat v klidu a ústraní.*
- *Starého psa novým kouskům nenaučíš apod.“*

Je nutné zmínit, že se dnes setkáváme s názory, které stáří popisují jako období, kdy osoby chátrají a v lepším případě si osoba zachovává pouze část toho, co získala dříve. Pro společnost není takový člověk přínosný a jeho kompetence a schopnosti ztrácejí svůj význam. Od tohoto přístupu vychází i ideologie ageismus, která je založená na věkové diskriminaci a převážně vychází z předsudků a mýtů (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 101) Navzdory těmto názorům sami senioři tráví velmi rádi čas ve společnosti mladší generace. To je zapříčiněno i tím, že jim mladší generace dodává do života optimismus a dobrou náladu. Názory mladší generace se však na generaci seniorů značně rozcházejí. Se staršími lidmi, jak bylo zmíněno, mladší generace, a to i adolescenti, nechtějí navazovat kontakty, natož vztahy. Často si mladší generace stáří ani nepřipouští a nějak ho vlastním způsobem neřeší. Haškovcová (2012) však do značné míry toto tvrzení vyvrací a ve své knize zmiňuje, že si dobré vztahy adolescenti mnohdy vytváří, a to právě se svými prarodiči. Je si však vědoma, že postoje mladší generace jsou různé. Stejně tak jako senioři mají odlišný postoj ke stáří (viz kap. 1), adolescenti mají variabilní postoje k seniorům, např. podněcující, přehlížení nebo agresivní postoj (Haškovcová, 2012, s. 11–15). Jirásková (2005, s. 26) k nejčastějším mezigeneračním konfliktům přiřazuje předpojatost generací, která je způsobena

nedorozuměním pramenícím např. ze špatné komunikace. Tyto předpojaté představy by však vznikat nemusely, kdyby se mladší generace snažila o skutečné informace zajímat (tamtéž).

Dle Vágnerové (2002, s. 356) lze tvrdit, že mladší generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací, které se udržovalo společným soužitím rodinných příslušníků různého věku. Vzhledem k tomu nepocítuje se starými lidmi sounáležitost, chápe je jako příslušníky jiné, podřadnější kategorie, s níž nemá nic společného. K této stereotypizaci ovšem dochází v důsledku špatného nebo neadekvátního poměru informací, které jsou jim sdělovány. Při mezigeneračním soužití a chápání je tedy důležité každého člověka respektovat jako individuální jednotku (Čevela a kol., 2004, s. 130). Nezbytnou složkou pro chápání a vytváření podmínek k soužití těchto dvou generací je komunikace, která slouží jako primární zdroj informací, a to ve všech směrech. Nejedná se pouze o komunikaci, která je zprostředkována verbálně, ale jedná se i o neverbální komunikaci, přímou, nepřímou apod.

Kolář a kol. (2012, s. 65) komunikaci definovali jako „*jakýkoliv přenos informací vysílajícího k přijímacímu. Komunikace je vždy založena na určité znakové soustavě a pravidlech jejího užívání*“. Jandourek (2007, s. 126) komunikaci definuje obdobně jako Kolář, ale zdůrazňuje fakt, že „*bez komunikace by sociální interakce nebyly možné*“. A dále popisuje, že kdyby nebylo nástrojů komunikace, nemohli bychom formovat a vylepšovat společnost (tamtéž). Komunikace je nejdůležitější činitel, který může zmírnit či úplně odstranit konflikty mezi generacemi. Prostřednictvím komunikace totiž lze přijmout příslušníka z jiné generace jako někoho, kdo má sice odlišné názory a postoje, ale má také mnoho zkušeností, které lze popsat jako důvody k jeho postojům a k jeho chování (Jirásková a kol., 2005, s. 59). Jirásková (2005, s. 62–63) si je vědoma toho, že v mezigenerační komunikaci mohou vznikat i výše zmíněné bariéry, a to např. diskriminace s ohledem na věk, rozdílné životní zkušenosti, prožité „historické“ události, orientovanost ve světě moderních technologií a postmoderního pluralismu, zdravotní stav či kvalita mluveného i psaného projevu a řada dalších. Tyto bariéry lze však vzájemnou interakcí a součinností odbourávat, a překonávat tak možné, avšak nevyhnutelné.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce se zabývá informovaností žáků 8. až 9. ročníků základních škol o Alzheimerově nemoci. V následujících podkapitolách vymezíme výzkumný problém, výzkumný cíl, výzkumné metody, výzkumné otázky, výzkumný vzorek a podrobněji popíšeme metodu sběru dat, organizaci a průběh výzkumu.

4.1 Vymezení výzkumného problému

Po prostudování odborné literatury můžeme jednoznačně říct, že dnes je problematika ve světě natolik rozšířená a aktuální, že se již stala fenoménem. Paradoxem je, že i když je výskyt této nemoci ve světě značně rozšířen, široká veřejnost je o ní informovaná nedostatečně, ne-li vůbec, zvláště pak námi studovaná skupina adolescentů. Pokud se budeme bavit o skupině adolescentů, jde o skupinu, která se s touto postiženou skupinou obyvatel může setkat právě v rodinném prostředí. Chtěli bychom tedy rozšířit osvětu i do oblasti pedagogiky, kterou pokládáme jako zdroj edukace. Naším záměrem u této práce je dostat do povědomí žáků, co Alzheimerova nemoc je, co s sebou přináší a jak život s Alzheimerem vypadá. Jsme si vědomi toho, že pokud se má zlepšovat kvalita života společnosti, nesmíme opomenout právě zmiňovanou a popisovanou skupinu seniorů, která tvoří jednu třetinu celkového obyvatelstva ČR.

Mezi osvětové organizace, které se dnes danou problematikou zabývají a podílí se na šíření informací, patří např. Česká alzheimerovská společnost (ČALS), která vznikla jako občanské sdružení již v roce 1966, nebo Národní ústav duševního zdraví (NUDZ). Primárně pořádají kurzy pro rodiny, ve kterých se nemoc vyskytla, a radí jim, jak postupovat a zvládat nemoc. Tyto organizace jsou však dostupné i veřejnosti, pořádají festivaly, besedy či přednášky, a to i v dnešní pandemické situaci COVID-19 online formou, přes různé internetové servery. Jako dostupnou osvětu pro školskou sféru bychom vyzdvihli divadelní představení, takovým příkladem je divadelní hra a lze zmínit hru „Zatmění“ podle knihy J. Bernlefa „Vyhasínání mozku Martina Kleina“ (režie a dramaturgie: Filip Bařina a Dominik Jetel, Divadlo Broadwav, 2018), která se laické veřejnosti snaží přiblížit tento život s demencí.

Jak jsme již zdůrazňovali, že žáci už v 8. až 9. ročnících ZŠ mohou mít vlastní zkušenosti, tak je pravděpodobné, že přišli do kontaktu s osobami seniorského věku s neurokognitivní poruchou i ve svém blízkém okolí. Z tohoto důvodu byla zvolena i metoda

smíšeného výzkumu, kdy nám kvalitativní výzkum umožní sběr dat jednotlivců a ten bude dále prostřednictvím kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku zjišťován. Výzkumným problémem této práce jsme zvolili to, „jak jsou žáci 8. až 9. ročníků ZŠ informováni o Alzheimerově nemoci“.

4.2 Výzkumný cíl

V současnosti je problematika osob s Alzheimerovou nemocí poměrně diskutovaným tématem. I když si někteří jedinci myslí, že toto onemocnění se jich netýká, jde o mylnou představu. Jak bylo v teoretické části zmíněno, onemocnění může postihnout každého a ani prevence a zdravý životní styl nás nemusí ochránit.

Proto je i naším cílem dát žákům 8. až 9. ročníků ZŠ představu o nemoci a informovat je již v tomto brzkém věku o výskytu této nemoci.

Hlavním výzkumným cílem praktické části je: Jak zlepšit informovanost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ o Alzheimerově nemoci. Na základě tohoto hlavního výzkumného cíle bychom mohli pomocí výzkumu a následného zjištění výsledků do škol navrhnout volitelný předmět, ve kterém by se žáci učili o projevech a agresivitě této nemoci. Také si myslíme, že by předmět mohli ocenit žáci, kteří přemýšlí o budoucím povolání v pečovatelské sféře či medicíně.

Dilčími výzkumnými cíli této práce jsou:

1. Zjistit, z kterých dostupných zdrojů mají žáci 8. až 9. ročníků ZŠ informace o Alzheimerově nemoci.
2. Identifikovat vlastní zkušenost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ s osobami seniorského věku, které postihla Alzheimerova nemoc.
3. Zjistit, jak se pedagogové podílí na informovanosti o Alzheimerově nemoci.
4. Zjistit, jaký je zájem žáků 8. až 9. ročníků ZŠ se o Alzheimerově nemoci dozvědět.

4.3 Výzkumné otázky

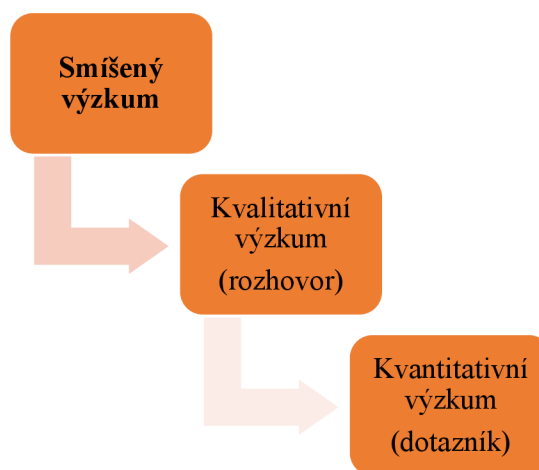
Na základě vymezení výzkumného cíle byly formulované i výzkumné otázky. **Hlavní výzkumná otázka zní:**

Jaká je informovanost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ o Alzheimerově nemoci?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Z kterých dostupných zdrojů mají žáci 8. až 9. ročníků ZŠ informace o Alzheimerově nemoci?
2. Jaká je vlastní zkušenost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ s osobami seniorského věku, které postihla Alzheimerova nemoc?
3. Jakým způsobem se pedagogové ZŠ podílí na informovanosti o Alzheimerově nemoci?
4. Jaký je zájem žáků 8. až 9. ročníků ZŠ se o Alzheimerově nemoci dozvědět?

4.4 Výzkumné metody



Obrázek 1 Design výzkumné metody

Pro výzkum informovanosti žáků jsme zvolili design, který je založen na smíšeném výzkumu a představuje kombinaci kvalitativního a kvantitativního. Některé výzkumy využívají první kvantitativní metodu a teprve po ní kvalitativní. My jsme však na úvod použili kvalitativní metodu sběru dat a po shromáždění a analýze výsledků jsme přešli k dotazování většího počtu respondentů pomocí strukturovaného dotazníku. Pomocí dotazníku se provede hloubkové dotazování u vybraných účastníků šetření (Hendl, 2005).

Výhodou této smíšené metody je, že eliminuje nedostatky, které plynou z pouze jednoho typu výzkumu (Creswell, 2003). Další výhodou této metody je vzájemné doplňování výzkumů, kdy jeden výzkum poslouží jako zdroj informací pro návrh druhého (Greene et al., 1989). V současnosti je smíšený výzkum chápán jako design výzkumu, kde je alespoň jeden kvantitativní aspekt kombinovaný s alespoň jedním kvalitativním východiskem (přístupem), sběrem dat nebo analýzou dat. Základním předpokladem je, že kvalitativní a kvantitativní

přístup současně umožňují lepší pochopení výzkumného problému než pouze jeden z nich (srov. Creswell & Plano Clark, 2007).

Rozhovor se skládá z přípravy rozhovoru, průběhu dotazování, přepisu, reflexe a analýzy dat. Kvalitativní výzkum je Škvaříčkem a Šedovou (2007) vymezen následovně: *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů, založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“* (Škvaříček, Šedová, 2007, s. 17).

Kvantitativní výzkum se vyznačuje jako metoda sběru dat, která nám umožňuje pozorovat chování a umožňuje provést hlubší rozhovor. Prostřednictvím hloubkového rozhovoru se získávají odpovědi, které jsou přirozené, a to je základem pro kvalitativní výzkum. Kvale (1996, s. 5–6) popisuje tuto metodu, *„jejímž účelem je získat vyličení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsanych jevů“*. Zkoumá tedy členy určitého prostředí, kteří jsou specifictí vzhledem ke svým sociálním skupinám, a umožňuje získat jednání, pro které je pro ně charakteristické. Pro praktickou část kvantitativního výzkumu jsme zvolili anonymní metodu dotazníkového šetření, která je velmi oblíbená a častá u výzkumu. Jde o soustavu předem připravených otázek, které obsahují uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky a jsou zaměřeny na zkoumanou problematiku. Uzavřené otázky se vyznačují tím, že respondentovi dávají na výběr předem připravený počet odpovědí, z nichž si respondent může vybírat. U polouzavřených otázek si respondent může vybírat z předem připravených odpovědí, pokud však respondentovi žádná odpověď nevyhovuje, může označit odpověď jiná. U otevřených otázek respondent nevybírání z předem připravených odpovědí, ale odpovědi vytváří sám, nevýhodou u těchto otázek je volnost, která ztěžuje vyhodnocování dat (Chráska, 2007, s. 165–168). Dotazník se skládá ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od jednotlivých respondentů. Dotazník dále představuje komplexní soubor otázek, které jsou seřazeny v logické návaznosti, a ve svém důsledku i rychlé a ekonomicky výhodné získávání informací u většího počtu respondentů. Poskytuje tedy velké množství získaných odpovědí v co nejkratším čase. Jde tedy o soubor otázek, pomocí nichž jsou zjišťovány postoje, názory či jednotlivé informace a tyto otázky mohou mít písemnou nebo počítačovou podobu (Chráska, Kočvarová, 2015, s. 41). Šimíková Čížková (2005, s. 161) definuje dotazník takto: *„dotazníkové metody patří k široce používaným metodám diagnostiky osobnosti především pro značnou jednoduchost vyhodnocování*

a interpretace. Po formální stránce jsou jakousi formou standardizovaného rozhovoru, ať už jde o ústně kladené, nebo písemně prezentované otázky. Dotazníky jsou často metodami nepřímého sebeposouzení“.

4.5 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek byl vybrán pomocí záměrného výběru. Tento výběr nám slouží k výběru respondentů, kteří splňují určitá kritéria, jež byla předem stanovena. Jde o nejrozšířenější metodu, která je u kvalitativního výzkumu používána. Výběr respondentů je založen na úsudku výzkumníka nebo na úsudku zkoumané osoby (Chráška, 2016, s. 19).

Zkoumaný vzorek, který jsme pro práci zvolili, tvořili 4 adolescenti, 2 žáci navštěvují 8. ročník ZŠ a 2 žáci 9. ročník ZŠ. Tito žáci navštěvují školu, která sídlí na adrese Bruntál, Okružní 38.

Respondenti byli předem seznámeni s naším výzkumem. Nejprve byl veden strukturovaný rozhovor, který obsahoval otevřené otázky, aby mohli žáci na danou problematiku flexibilně a bezprostředně odpovídat bez zasahování do jejich výpovědi. Soubor těchto otázek posloužil jako metoda sběru dat pro následné vytvoření dotazníku. Naším cílem nebylo se jednoznačně dotazovat na konkrétní otázky, ale zjistit, jak jsou adolescenti celkově informovaní o této nemoci, popřípadě kde se s ní setkali a kdy. Tato metoda výzkumu obsahovala celkem 9 otázek, které byly formulovány na základě námi stanovených výzkumných otázek a následně byly formulovány tak, aby vyhovovaly věku a mentálním možnostem žáků.

Následoval kvantitativní výzkum, pomocí něhož jsme se hromadně žáků dotazovali. Dotazník jsme zhotovovali až po kvalitativním výzkumu a také jsme z něho čerpali. Zjistili jsme, v čem se žáci orientují a na co bychom se mohli v dotazníku zaměřit. Vznikl tak dotazník s celkem 16 otázkami.

Pedagogičtí pracovníci včetně vedení školy s realizací výzkumu souhlasili a projevíli zájem o získané výsledky.

5 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

5.1 Rozhovor

Průběh a realizaci kvalitativního výzkumu jsme museli v měsíci únoru 2021 přizpůsobit vládním opatřením, která pramenila ze situace COVID-19. Před začátkem výzkumu byla prostřednictvím e-mailu oslovena škola, kterou jsme si pro tvorbu našeho výzkumu záměrným výběrem vybrali. Následně jsme školu požádali o možnost realizace našeho výzkumu. Poté, co vedení školy s realizací našeho výzkumu souhlasilo, byly řediteli školy poslány otázky, které jsme žákům 8. až 9. ročníků chtěli při rozhovoru pokládat, aby je zhodnotil a byl o našem výzkumu informován. Vedení školy tyto otázky zhodnotilo jako adekvátní a přiměřené k věku, a umožnilo nám tak zrealizovat výzkum na ZŠ Bruntál, Okružní 38.

Po schválení jsme dostali kontakt na jednotlivé třídní učitele a oslovili je. Učitele zmiňovaných ročníků jsme požádali, aby žáky informovali o našem výzkumu, a dále je požádali o zapojení žáků do výzkumu. V rámci distanční výuky se tedy třídní učitelé přes platformy tázali žáků, kdo by měl zájem se na výzkumu podílet. Mnoho žáků se ovšem stydělo a rozhovor poskytnout nechtělo, našli se však čtyři dobrovolníci, kteří o tuto součinnost zájem měli, a těm velmi děkujeme. Od třídních učitelů jsme následně na žáky dostali telefonický kontakt a na základě telefonického spojení jsme jednotlivým respondentům sdělili veškeré informace a instrukce k průběhu výzkumu.

Rozhovor proběhl prostřednictvím videohovoru přes MS Teams, který i škola při výuce využívá. Realizace kvalitativního výzkumu byla tedy zprostředkována na základě individuálního rozhovoru a s každým respondentem zvlášť. Než došlo k samotnému rozhovoru, požádala jsem respondenty o možnost náš rozhovor nahrávat na záznamník. Pouze jedna dívka s nahrávkou nesouhlasila. Její odpovědi jsme v průběhu rozhovoru a i hned po něm zaznamenali a snažili se její odpovědi co nejpřesněji zachytit. Na začátku rozhovoru jsem vždy každého respondenta seznámila s výzkumem. Snažila jsem se s nimi vytvořit co nejvíce přátelskou atmosféru, abychom odbourali stres a obavy z rozhovoru. Po představení výzkumu byly respondentům kladeny úvodní otázky, pomocí nichž jsme se žáka snažili co nejvíce rozmluvit. Poté byl zahájen samotný rozhovor.

V příloze jsou dostupné přepisy rozhovorů v doslovné transkripci, ty jsou však kvůli anonymitě a GDPR namísto jmen pojmenovány pouze počátečními písmeny jmen respondentů.

Kvalitativní výzkum byl realizován prostřednictvím strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovor měl volnější formu, aby mohly být otázky kladeny flexibilněji a volně na téma navazovat. Rozhovor má poskytnout hlubší a podrobnější náhled na danou problematiku. Strukturované otázky byly kvůli věku respondentů převedeny na volnější rozhovor, který obsahoval flexibilnější pořadí otázek, a spíše jsem je převedla na tři tematické okruhy, které byly hlavním tématem našeho rozhovoru. Postupně byly tedy volnějším rozhovorem zodpovězeny všechny naše předem stanovené výzkumné otázky. Mimo jiné byl žákům dán v důsledku jejich věku a schopností dostatečný prostor k odpovědi.

5.2 Analýza rozhovorů

Otázky strukturovaného rozhovoru byly sestaveny a formulovány vzhledem k námi stanoveným výzkumným otázkám, které zní následovně:

VO 1: „Z kterých dostupných zdrojů mají žáci 8. až 9. ročníků ZŠ informace o Alzheimerově nemoci?“ V této otázce nás především zajímalo, jestli žáci mají povědomí o tom, že nemoc vůbec existuje, co obnáší a z jakých zdrojů se o nemoci dozvěděli.

VO 2: „Jaká je vlastní zkušenost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ s osobami seniorského věku, které postihla Alzheimerova nemoc?“ Hlavním cílem stanovení otázky v rozhovoru k této výzkumné otázce bylo zjistit, jestli se ve svém životě setkali s AN a jestli mají nějaké vlastní zkušenosti, jak o takovou osobu pečovat a s jakými problémy je tato nemoc spojena.

VO 3: „Jakým způsobem se pedagogové ZŠ podílí na informovanosti o Alzheimerově nemoci?“ Tato otázka je zaměřena na školy a jejich angažovanost při informování, to znamená, že naším cílem bylo zjistit, jestli mají žáci získané informace od pedagogů v rámci výuky nebo ze školního prostředí, např. školní besedy nebo divadelního představení.

VO 4: „Jaký je zájem žáků 8. až 9. ročníků ZŠ se o Alzheimerově nemoci dozvědět?“ Cílem této otázky bylo zjistit, jestli sami žáci mají vůbec zájem si rozšířit své znalosti.

1. Analýza rozhovoru s respondentkou M

První respondentka M chodí do 8. třídy základní školy a má 14 let. Navštěvuje ZŠ Bruntál, Okružní 38. Při prvotním informování respondentky M o našem výzkumu nám sdělila: *Moc o tom nevím*. Dokázala nám však nemoc obecně popsat a sdělila nám, že se v rodině s Alzheimerovou nemocí nikdy nesetkala a žádnou osobní zkušenost s nemocí nemá.

O informacích, které nám sdělila, uvedla, že je získala z filmů a z médií. Respondentka dále přiznala, že ze školy žádné informace o nemoci získané nemá. Co se týče popsaní nemoci, dokázala nám identifikovat, že nemoc „*má nějaká stadia*“, ale konkrétně nevěděla, jaké. Byla si však vědoma, že stadia mají zhoršující charakter a jako jeden z hlavních signálů, tedy příznaků nemoci, nám uvedla zapomínání, které dle respondentky ovlivňuje i komunikaci. Dále nám identifikovala, že nemoc postihuje především starší osoby, na konkrétnější věk nám určila osoby mezi čtyřiceti až padesáti lety. Na otázku: „*Jak podle Vás probíhá péče?*“ nám odpověděla, že péče o tyto osoby musí být jednoznačně náročná z psychické i fyzické stránky. A to kvůli tomu, že o osobu se musí neustále starat druhá osoba, dle jejích slov: „*Jak o malé dítě*“. Dále uvedla, že to kromě fyzické a psychické stránky musí být náročné i z finanční stránky, pokud jsou ovšem osoby i tělesně postižené. Péči tedy označila jako celodenní a každodenní. A člověk, který o tuto osobu pečuje, nemůže vykonávat žádné jiné zaměstnání, protože mu na to už nezbude čas. Co se týče léčby, tu respondentka vyhodnotila jako nemožnou. Myslí si, že jde nemoc zlepšit, ale ne vyléčit.

Na otázku, jestli by se o nemoci chtěla dozvědět více, nám bylo řečeno, že ano. Myslí si, že je to vážná nemoc a mělo by se o ní mluvit více.

2. Analýza rozhovoru s respondentkou J

Tato respondentka nechtěla být při rozhovoru hlasově zaznamenávána, což jsme respektovali, a proto byly její odpovědi zaznamenávány v průběhu a ihned po skončení rozhovoru co nejpřesněji sepsány. Tato respondentka chodí do 8. třídy ZŠ a má 14 let. Navštěvuje ZŠ Bruntál, Okružní 38. Respondentka J nedokázala nemoc prvotně pojmenovat, tedy po stanovení otázky, jestli něco o této nemoci ví, nám sdělila, že se s nemocí nikdy nesetkala a že o ní dle jejích slov: „*asi nic nevím*“, nicméně potom, co došlo k popsaní nemoci, nám sdělila, že o nemoci už slyšela, ale nevěděla, jak se jmenuje.

Potom, co došlo k popsaní klinického obrazu nemoci, nám respondentka identifikovala, že se s nemocí ve své rodině setkala. Popsala nám, že AN trpěla její babička, a dokázala si vzpomenout, i když už to bylo několik let, jak nemoc probíhala a které slabé stránky její babička měla. Dále nám popsala, že komunikace s ní nebyla úplně jednoduchá,

někdy na ni působila až agresivně a často si pletla či zaměňovala členy rodiny. Přesnější a konkrétnější fakta si však už moc nepamatovala.

Na otázku, která se týkala péče, nám sdělila, že si myslí, že péče o tyto osoby musí být náročná, pokud tedy mají osoby, které se o nemocné starají, zaměstnání. Výskyt nemoci nám u osob popsala jako dědičný a vypuknutí nemoci někdy kolem čtyřiceti let. Na otázku, která se týkala léčby a jestli jde nemoci nějakým způsobem předejít, nám jako prevenci vzniku nemoci označila vitamíny, konkrétně potom vitamín B. Její informace tedy především pramení z vlastní zkušenosti, kterou zažila jako dítě.

Když jsme se respondentky zeptali, jestli by se v budoucnu o nemoc chtěla zajímat více a jestli je to podle ní důležité téma i pro společnost, bylo nám řečeno, že ano, že je to pro ni určitě důležité a společnost by o tom měla taky vědět. To my velice oceňujeme a ještě jednou jí děkujeme za rozhovor.

3. Analýza rozhovoru s respondentkou B

Tato respondentka chodí do 9. třídy ZŠ Bruntál, Okružní 38 a má 16 let. Na otázky nám dokázala sama odpovídat. Sdělila nám, že se sice ve své rodině ani v blízkém okolí s nemocí nikdy nesetkala, ale má informace získané ze školního prostředí. Její informace pramení z hodin biologie, kterou vyučovala pí učitelka, jež ve své rodině měla osobu postiženou touto nemocí, a proto ji také bylo toto téma blízké. Jako další zdroj informací nám uvedla média, a to především v podobě televize.

Respondentka nám dokázala popsat příznaky nemoci i to, že nemoc má různá stadia. Jako věkovou hranici vypuknutí nemoci nám určila věk po padesátce, zdůraznila však, že se nemoc v těle rozvíjí mnohem dříve. Péče je dle jejích slov také náročná, konkrétně nám popsala, že lze péči přirovnat k péči o malé dítě, nicméně si je vědoma stadií a jejich průběhů, takže péči přizpůsobuje tomu. Stejně tak popisuje i komunikaci a její obtíže spojené se stadii AN.

Ještě jednou respondentce děkujeme za rozhovor. Podle nás je o nemoci informována dostatečně. Také je to jediná respondentka, která má znalosti získané ze školního prostředí. A navzdory tomu, že je o nemoci informovaná, sdělila nám, že si ráda pustí dokument s touto problematikou, a myslí si, že je o nemoci potřeba vědět.

4. Analýza rozhovoru s respondentkou K

Tato respondentka chodí do 9. třídy a má 15 let. Navštěvuje ZŠ Bruntál, Okružní 38. S výskytem AN se osobně nikdy nesetkala, ale má povědomí o její existenci. Její informace především pramení z médií a seriálů.

Dokázala nám identifikovat, čeho se nemoc týká, a výskyt této nemoci přiřaduje osobám dospělým a seniorům. U dospělé populace je podle respondentky výskyt nemoci méně častý, proto tento jev označila za vzácný. Nejvíce se podle ní nemoc vyskytuje u osob nad čtyřicet let. Nemoc označuje za geneticky danou a nelze jí předejít.

Náročnost péče v začátečním stadiu popsala jako přiměřenou a zvladatelnou, v pokročilém stadiu je však péče o osobu náročná, a to jak psychicky, tak fyzicky. Při komunikaci by měla být druhá osoba opatrná, aby osobu nepřivedla do stresu, a měla by se snažit neustále udržovat její pozornost.

Potom, co respondentka s námi realizovala tento výzkum, si myslí, že je nemoc závažná a mělo by se o ní více mluvit. My jí ještě jednou tímto děkujeme za rozhovor.

6 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

6.1 Dotazník

Sestavený dotazník obsahuje celkem 16 otázek a otázky byly formulovány tak, aby byly snadno čitelné a srozumitelné všem respondentům, tedy přizpůsobeny věku a schopnostem žáků.

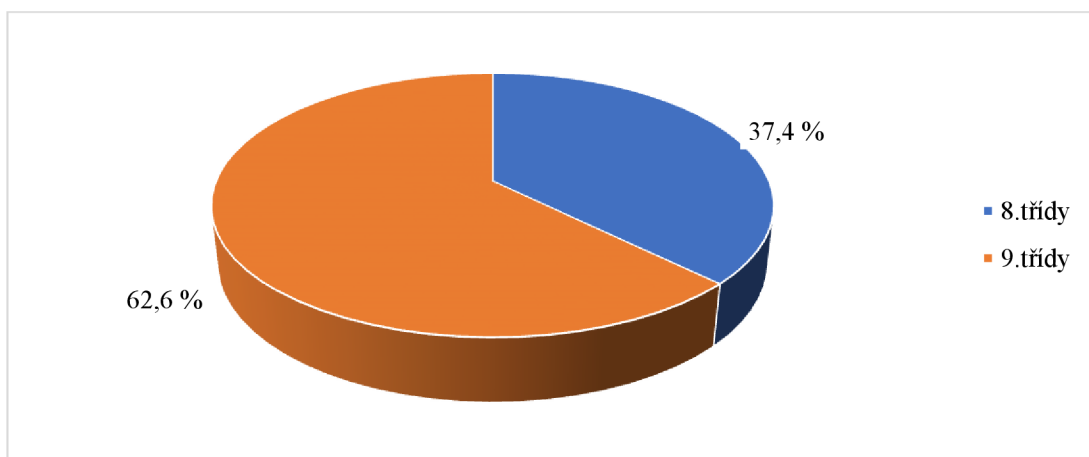
Námi byla zvolena podoba elektronického sběru dat nebo online dotazník, který provozuje společnost SURVIO. Tato podoba dotazníku je veřejností poměrně oblíbená, a to především díky své spolehlivosti a širokým možnostem kladení otázek na respondenty a v neposlední řadě v důsledku svého grafického zpracování jednotlivých odpovědí. Tomuto výzkumu předcházela kvalitativní metoda sběru dat, která byla realizována předvýzkumem a následným vytvořením dotazníku. Dotazník obsahuje soubor standardizovaných otázek, které jsou uzavřené, polouzavřené a otevřené, u nichž se mohli respondenti sami k tématu vyjádřit.

V průběhu měsíce března byl prostřednictvím elektronického dotazníku realizován sběr dat online formou. Žákům 2. stupně ZŠ, konkrétně 8. až 9. ročníkům, byl hromadně rozeslán odkaz na dotazník spolu s přesnými instrukcemi pro co nejsnadnější vyplnění. Na vyplnění dotazníku měli žáci neomezený čas, avšak v průměru tento dotazník zabral žákům cca 5–10 minut. Celkově tedy bylo vyplněno 99 dotazníků. První část dotazníku obsahuje jednodušší otázky, kterými jsme se s respondenty snažili navázat kontakt, další otázky jsou osobnější, ale jsou formulovány s ohledem na věk a zkušenosti jedinců. Poslední část otázek je zaměřena více osobně, kde bylo naším zájmem zjistit vlastní názor žáků na danou skutečnost. Celková podoba dotazníku je vložena do příloh.

6.2 Interpretace a analýza dat

Pro přehlednost jsme vložili výsledky do programu MS Excel, který je s MS Wordem propojen. Analýza a zpracování dat proběhla metodou absolutní a relativní četnosti podle následujícího vzorce: $f_i = (n_i/n) \times 100$. Kde f_i vyjadřuje relativní četnost, n_i absolutní četnost a n celkový počet respondentů. Stejně tak jako samotné výsledky i jednotlivé otázky jsme pro lepší přehlednost a orientaci vložili i uzavřené a otevřené otázky do grafů a tabulek. Uzavřené otázky jsou vloženy do níže uvedených grafů a mají podobu sloupcových a koláčových grafů, otevřené otázky jsou vloženy do tabulek.

Otázka č. 1 – Do jaké třídy ZŠ chodíte?

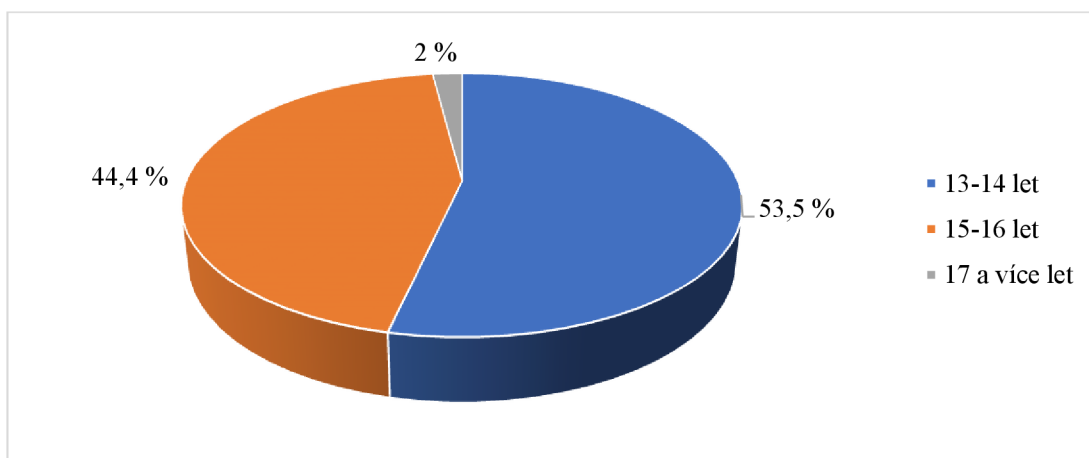


Graf 4 Vzdělání

Zdroj: vlastní zpracování

Z prvního grafu lze vyčíst, do jaké třídy respondenti chodí. Celkově nám dotazník vyplnilo 99 respondentů, z toho 37 (37,4 %) dotazovaných respondentů chodí do 8. třídy a 62 (62,6 %) respondentů chodí do 9. třídy ZŠ.

Otázka č. 2 – Kolik Vám je let?

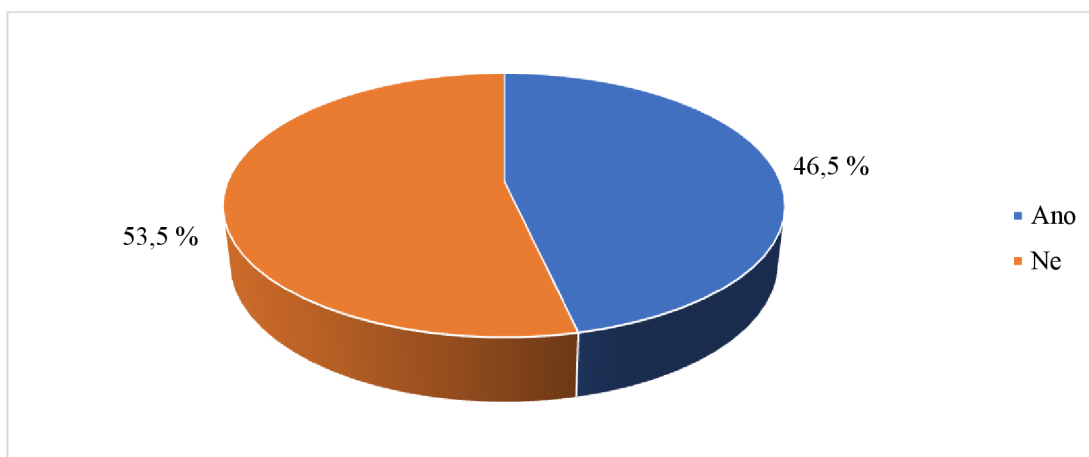


Graf 5 Věk respondentů

Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka zjišťovala, jaký je věk respondentů, kteří dotazník vyplňují. Nejvíce respondentů nám uvedlo 13–14 let, celkově tedy 55 respondentů (53,5 %). Věkové rozpětí 15–16 let uvedlo 44 respondentů (44,4 %) a 2 respondenti (2,0 %) již dosáhli 17 a více let.

Otázka č. 3 – Setkal/la jste se někdy s Alzheimerovou nemocí?

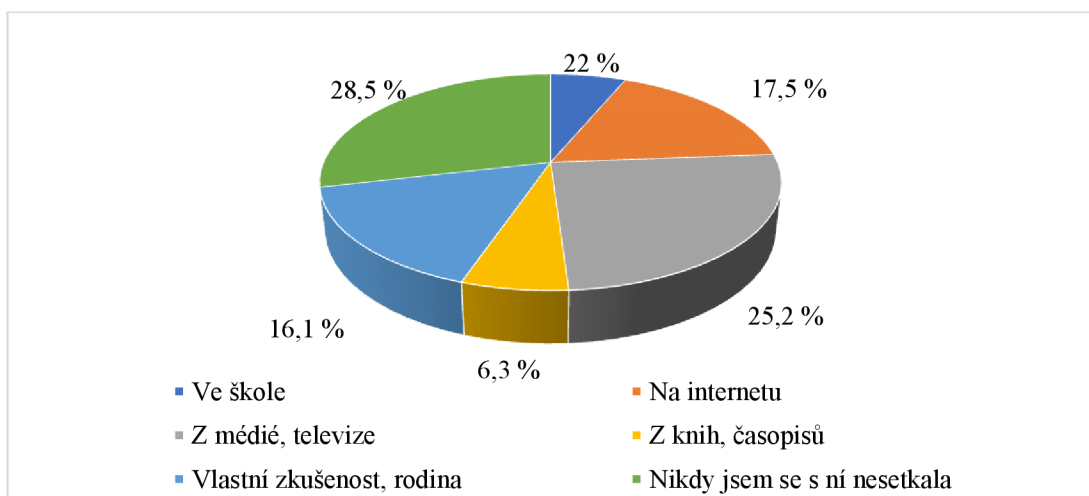


Graf 6 Informovanost respondentů o AN

Zdroj: vlastní zpracování

První otázka se zaměřovala na Alzheimerovu nemoc a zkušenosti respondentů s ní. Kdy 46 respondentů (46,5 %) uvedlo, že se s AN nějakým způsobem setkala a 53 respondentů (53,5 %) uvedlo, že se s ní nikdy neseťkala.

Otázka č. 4 – Kde jste se s touto nemocí setkal/la?



Graf 7 Zdroj informovanosti respondentů

Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka zjišťuje, za jakých okolností se respondenti s AN setkali. Lze z grafu vyčíst, že nejvíce respondentů se s AN nikdy neseťkala, tj. 41 respondentů (28,7 %), 36 respondentů (25,2 %) o AN slyšelo prostřednictvím médií a televize a 25 respondentů (17,5 %) o nemoci slyšelo prostřednictvím internetu, vlastní zkušenost uvedlo, že má 23 respondentů (16,2 %), ve škole se o AN dozvědělo 10 respondentů (24,4 %) a 9 respondentů (6,3 %) uvedlo, že jejich zkušenost pochází z knih a časopisů.

Otázka č. 5 – Pokuste se slovy popsat, čeho se tato nemoc týká

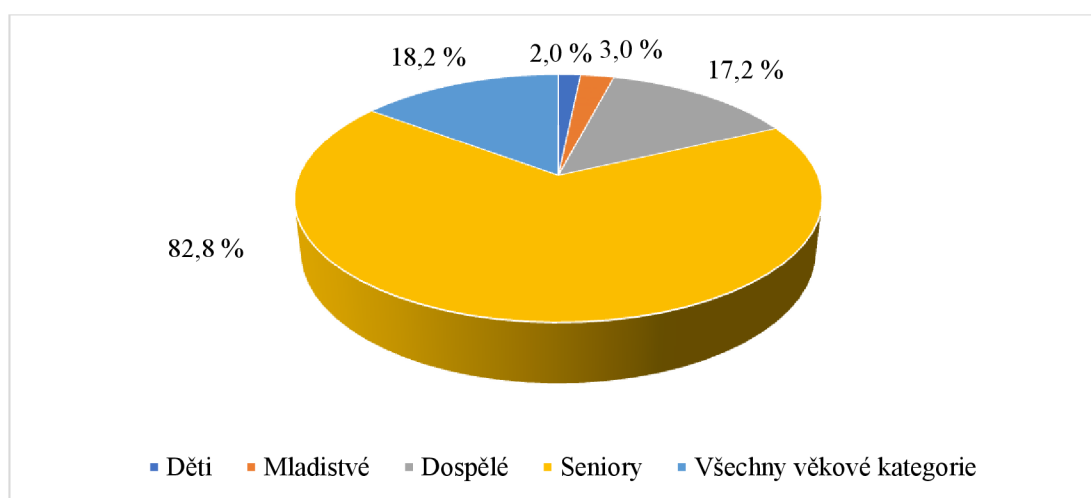
Tabulka 1 Příznaky AN

Příznaky nemoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zapomínání a ztráta paměti – onemocnění mozku.	83	81,4 %
Onemocnění, které se týká starších osob.	6	5,9 %
Nevím.	6	5,9 %
Onemocnění nervové soustavy.	3	2,9 %
Psychické onemocnění.	2	2,0 %
Nemoc s progresivním charakterem.	1	1,0 %
Omezení soběstačnosti.	1	1,0 %
Celkem	102	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka obsahovala otevřené odpovědi, respondenti tedy měli možnost se sami vyjádřit, co AN postihuje. Jednotlivým odpovědím jsme pro lepší čitelnost a přehlednost přidělili kódy. V tabulce jsou tedy uvedeny nejčastější odpovědi respondentů. Nejvíce uváděnou odpovědí bylo „zapomíná a ztráta paměti“, celkově tedy v 83 případech, tj. 81,4 %.

Otázka č. 6 – Jde podle Vás o nemoc, která postihuje?



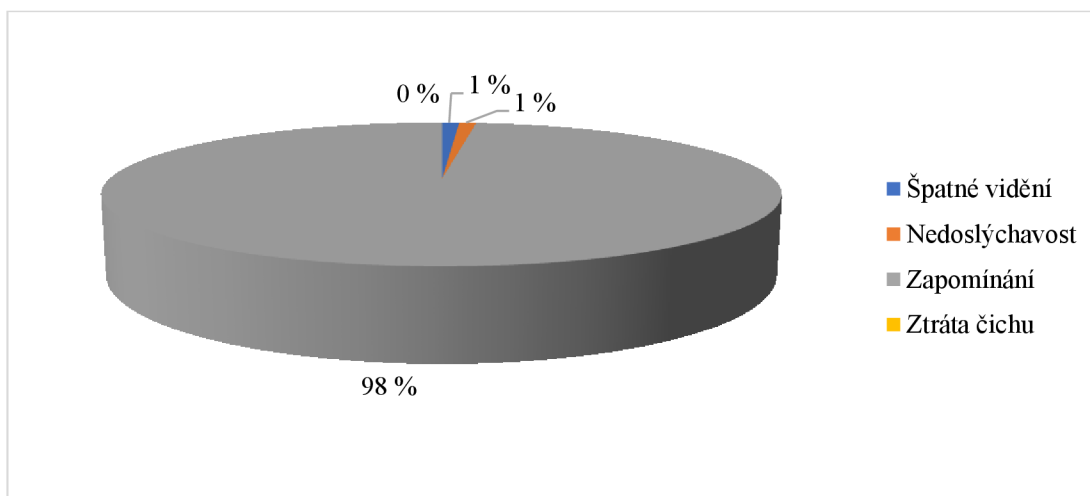
Graf 8 AN a věk

Zdroj: vlastní zpracování

Otázka především zaměřená na informovanost respondentů, kterého životního období se zpravidla u výskytu AN jedná. 82 respondentů (82,8 %) uvedlo, že nemoc nejčastěji postihuje osoby v seniorském věku, dále uvedlo 18 respondentů (18,2 %), že si myslí, že se nemoc týká všech věkových kategorií, a 17 respondentů (17,2 %) uvedlo, že nemoc

postihuje dospělé osoby. Jen 3 respondenti (3 %) si myslí, že nemoc postihuje mladistvé, a pouze 2 respondenti (2 %) uvedli, že se nemoc vyskytuje u dětí.

Otázka č. 7 – Co je podle Vás hlavním příznakem nemoci?

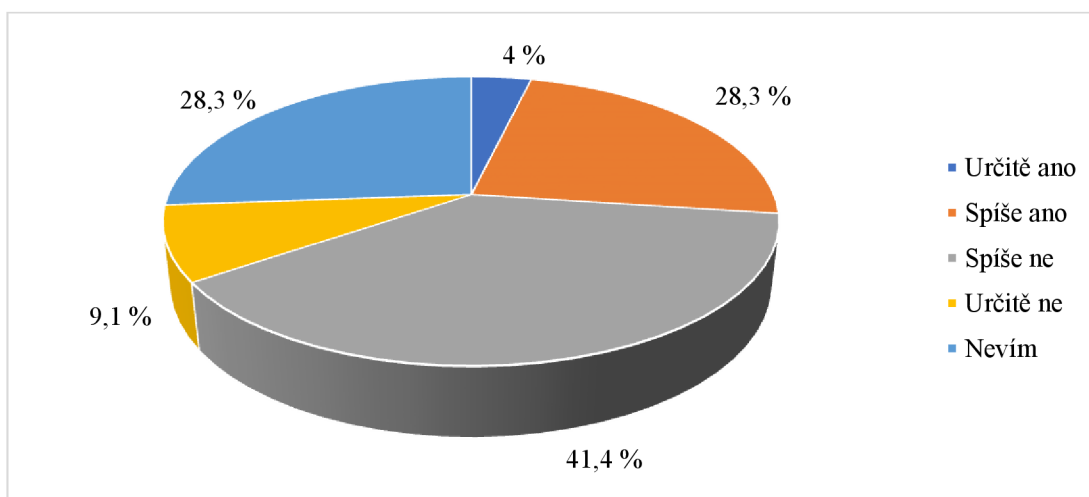


Graf 9 Příznaky AN

Zdroj: vlastní zpracování

Odpověď na tuto otázku byla téměř jednoznačná, pouze 2 respondenti uvedli jiné odpovědi. Jeden respondent (1 %) si myslí, že příznakem nemoci je špatné vidění, a druhý jako příznak uvedl nedoslýchavost (1 %), zbytek respondentů správně identifikoval, že se nemoc projevuje zapomínáním (98 %).

Otázka č. 8 – Myslíte si, že byste se o osobu s Alzheimerovou nemocí dokázal/a postarat?



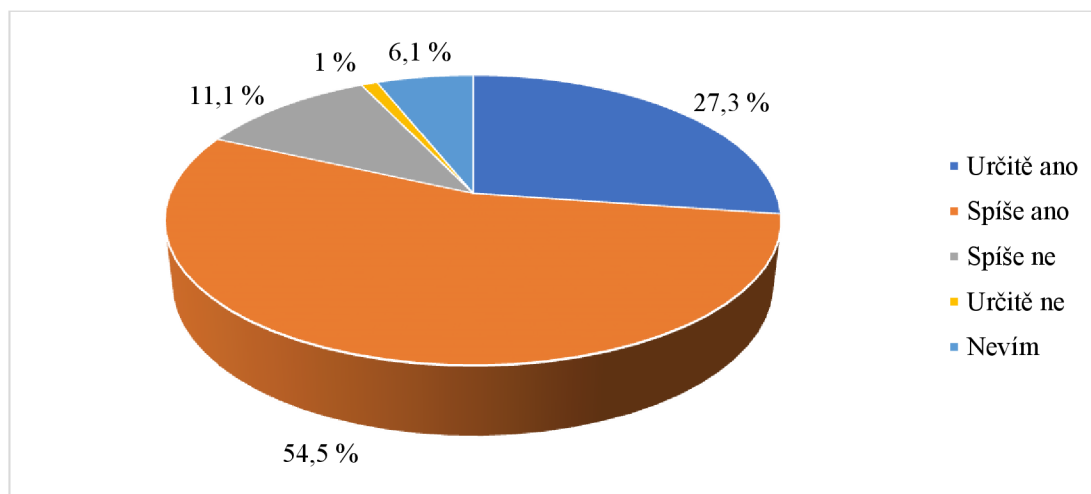
Graf 10 Péče o osobu s AN

Zdroj: vlastní zpracování

Tato škálová otázka byla především na respondenty orientována více osobně. Již při rozhovoru jsme se od respondentů dozvěděli, že žáci s nemocí mají i osobní zkušenost, proto jsme zvolili tuto otázku, abychom mohli identifikovat, jestli si žáci jsou vědomi náročnosti

péče. Dle výše zjištěných údajů v grafu se nám naše tvrzení potvrdilo. Téměř polovina, tj. 41 respondentů (41,4 %), uvedla, že by se o tuto osobu určitě nedokázala postarat. 28 respondentů (28,3 %) si není jistých, jestli by se o osoby dokázali postarat, a jako odpověď uvedli, že neví. Dále nám 25 respondentů (25,3 %) z 99 možných uvedlo, že by se spíše dokázali o osobu postarat, a 4 (4 %) respondenti by se o osobu s AN dokázali určitě postarat. Zbýlých 9 respondentů (9,1 %) uvedlo, že by se o osobu postarat určitě nedokázalo.

Otázka č. 9 – Je podle Vás narušena i komunikace?



Graf 11 AN a komunikace

Zdroj: vlastní zpracování

Jedná se o další z kategorií otázek, které obsahují škálové otázky a týkají se aktuální informovanosti respondentů o AN. Tato otázka je více zaměřena na informovanost, která pramení z důsledků postižení nemoci. Většina, tj. 54 respondentů (54,5 %), nám při výběru označila odpověď *spíše ano*. 27 respondentů (27,3 %) uvedlo, že nemoc určitě postihuje i komunikační schopnosti a dovednosti jedince. Odpověď *spíše ne* označilo 11 respondentů (11,1 %), 6 respondentů (6,1 %) si odpovědi nebylo jistých a označilo odpověď *nevím*. Jeden respondent označil možnost, že nemoc určitě nepostihuje komunikační schopnosti a dovednosti jedince s AN (1 %).

Otázka č. 10 – Jak byste s osobou komunikoval/a Vy?

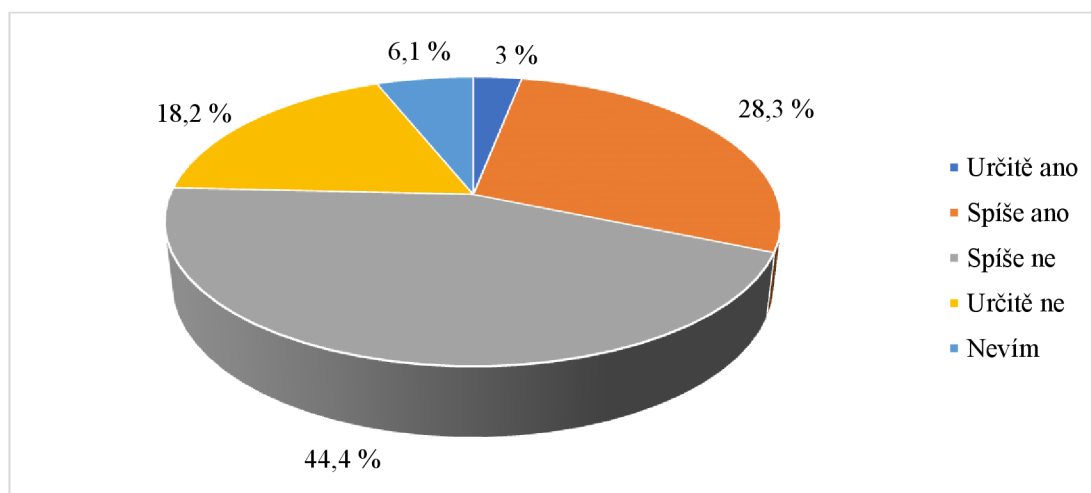
Tabulka 2 Komunikace s osobami s AN

Jak byste s osobou komunikoval/a Vy?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pomalů a srozumitelně.	15	13,8 %
Časté opakování a trpělivost.	23	21,1 %
Nevím.	23	21,1 %
Opatrně.	14	12,8 %
Jako s každou jinou osobou (normálně).	10	9,2 %
Pomocí jednoduchých vět a srozumitelně.	5	4,6 %
Pomocí vzpomínek (fotky apod.).	4	3,7 %
Pomocí papírků po bytě.	4	3,7 %
Jako s malým dítětem.	2	1,8 %
Větší artikulace.	2	1,8 %
Podle dané situace.	2	1,8 %
Trávit s osobou co nejvíce času.	2	1,8 %
Gesty, znakovou řečí.	2	1,8 %
Tak, abychom osobu zbytečně nepřetěžovali.	1	0,9 %
Celkem	109	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka obsahovala otevřené odpovědi, my jsme je dali opět pro lepší přehlednost do kódů a ke každému kódu přiřadili jednotlivé odpovědi a vložili je do MS Excelu, se kterým je MS Word propojen.

Otázka č. 11 – Myslíte si, že jste o nemoci informován/a dostatečně?

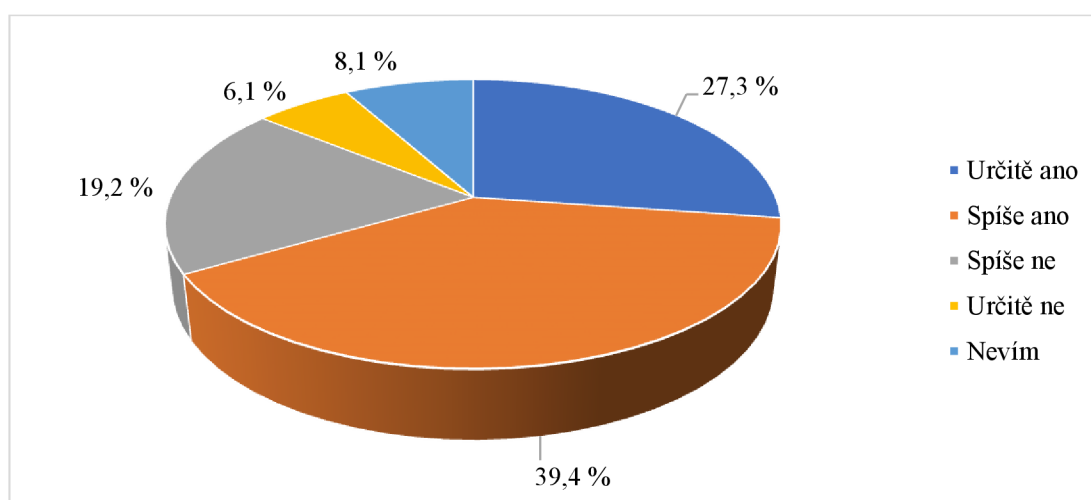


Graf 12 Informovanost

Zdroj: vlastní zpracování

Pomocí této otázky jsme zjišťovali, jak si sami žáci myslí, že jsou o nemoci informováni, a potvrdilo se nám, co jsme předpokládali, a to, že 44 respondentů (44,4 %) uvedlo, že o nemoci *Spíše nejsou* dostatečně informováni. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že jsou respondenti spíše informováni o nemoci dostatečně – 28 respondentů (28,3 %). Třetí nejčastěji označovaná odpověď byla, že respondenti nejsou o nemoci určitě informováni – 18 respondentů (18,2 %). Odpověď *Nevím* označilo 6 respondentů (6,1 %) a nejméně označovaná byla odpověď *Určitě ano* – pouze 3 respondenti (3 %).

Otázka č. 12 – Chtěl/a byste se o nemoci dozvědět více?



Graf 13 Zájem respondentů

Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka zjišťuje, jestli by se žáci o nemoci chtěli dozvědět více, na základě toho, co nám uvedli v předchozí otázce. Jelikož nám v předchozí otázce bylo nejčastěji uvedeno, že si žáci myslí, že spíše nejsou dostatečně informováni, nás tato otázka potěšila, když jsme zjistili, že 66 respondentů (66,7 %) by se o nemoci chtělo dozvědět více. Pouze 19 respondentů (19,2 %) uvedlo *Spíše ne* a jen 6 respondentů (6,1 %) *Určitě ne*.

Otázka č. 13 – Proč byste se o nemoci chtěli dozvědět více?

Tabulka 3 Důvody zájmu se o AN lépe informovat

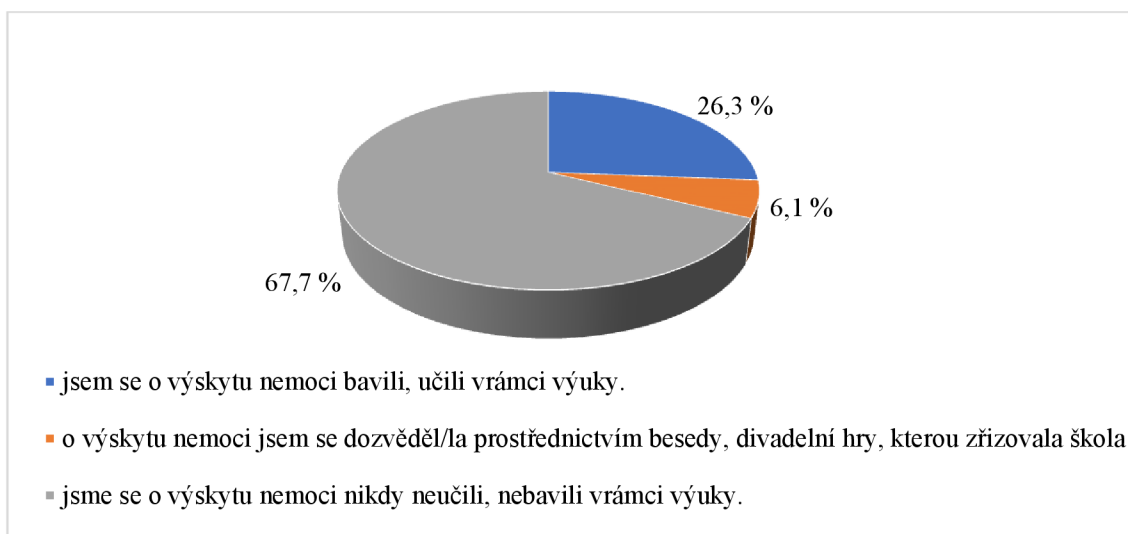
Proč byste se o nemoci chtěli dozvědět více?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Abych věděl/a, jak s osobou jednat, a uměl se o ni postarat.	28	27,5 %
Je to zajímavá nemoc a lidé o ní málo ví.	15	14,7 %
Nechtěl/a bych se zatím dozvědět více.	14	13,7 %
Abych věděl/a, o čem přesně je.	8	7,8 %
Nevím.	8	7,8 %
Je dobré mít obecný přehled.	7	6,9 %
Protože o ní nic nevím a chtěl/a bych.	5	4,9 %
Měl by to vědět každý, je to důležité.	4	3,9 %
Zajímalo by mě, jak osoba přemýšlí.	4	3,9 %
Protože to může postihnout každého.	4	3,9 %
Abych mohl/a nemoci případně předejít.	3	2,9 %
Jsem informován/a dostatečně.	2	2,0 %
Celkem	102	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tato otázka byla otevřená a respondenti měli možnost se k tématu sami vyjádřit. Primárně bylo naším zájmem zjistit důvod, proč by se respondenti chtěli o AN dozvědět více, což opět navazovalo na předchozí otázku. Odpovědi jsme pro lepší čtivost a přehlednost dali do kódů.

Nejčastější odpovědí bylo, že by se respondenti o nemoci chtěli dozvědět více, protože by byli lépe o nemoci informováni, kdyby se v rodině taková nemoc vyskytla – celkem 28 odpovědí (27,5 %). V odpovědích se vyskytla jedna odpověď, která zněla následovně: „*V rodině mám strejdu, který má tuhle nemoc, a chtěla bych mu být blíž.*“ Čímž jsme získali odpověď na naše dílčí výzkumné otázky a zjistili jsme, že i když mají žáci vlastní zkušenost s nemocí, nejsou o ní dostatečně informováni a myslí si, že kdyby jim dala škola lepší pohled na nemoc, dokázali by se k dané osobě lépe přiblížit. Jako druhý fakt uvedli, že jde o nemoc, která je „*zajímavá, ve společnosti nyní často vyskytující*“, nicméně jsou si sami respondenti vědomi, že je o ní veřejnost málo informovaná. Jeden respondent nám uvedl, že: „*Tahle nemoc se tu objevuje čím dál víc, asi bych chtěla vědět, co se v mém okolí děje.*“ Myslíme si tedy, že žáci mají zájem o nemoci se dozvědět více a jsou si vědomi její závažnosti, což pokládáme za pozitivní zjištění.

Otázka č. 14 – Ve škole?

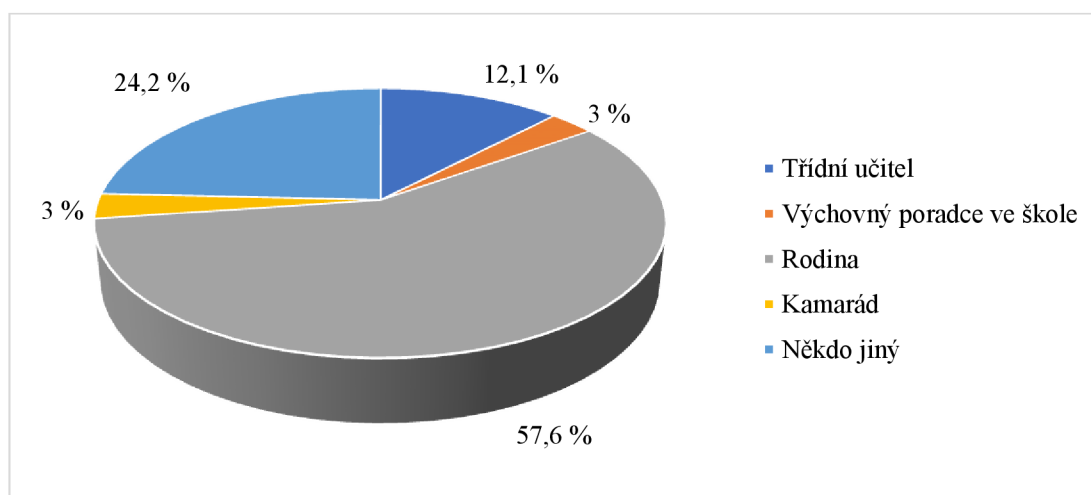


Graf 14 Informovanost a škola

Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu lze vyčíst, do jaké hloubky dává škola žákům pohled do této problematiky. Nicméně vidíme, že 67 respondentů (67,7 %) nám uvedlo, že ze školy nemá téměř žádné povědomí, a pouze 26 respondentů (26,3 %) uvedlo, že se o nemoci dozvědělo ve škole ve výuce, a 6 respondentů (6,1 %) uvedlo, že se o nemoci dozvědělo prostřednictvím vedlejších aktivit školy.

Otázka č. 15 – Za kterou blízkou osobou byste šel/šla, kdybyste se o nemoci chtěl/a dozvědět více?



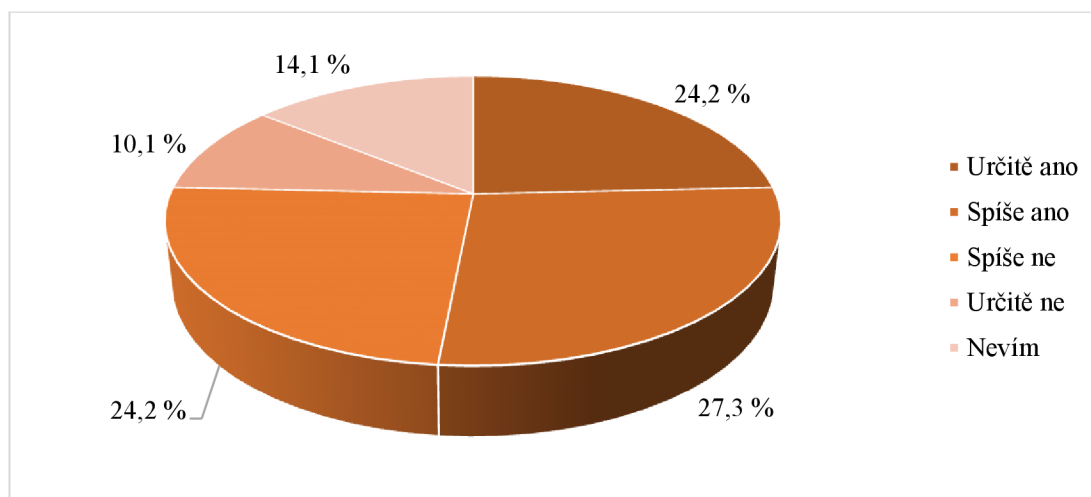
Graf 15 Zdroj informací od blízké osoby

Zdroj: vlastní zpracování

Touto otázkou jsme se snažili zjistit, kterou osobu považují za nejbližší a jestli jsou si vědomi toho, že by jim škola měla zprostředkovávat odpovědi na veškeré jejich dotazy.

Nicméně nám nejvíce respondentů, tj. 57, uvedlo, že kdyby se o nemoci chtěli dozvědět, tak by se jako první dotazovali svých rodičů (57,6 %), následně by třídního učitele oslovilo pouze 12 respondentů (12,1 %) z 99 možných a výchovného poradce pouze 3 respondenti (3 %). Za kamarádem by šli 3 respondenti (3 %) a za někým jiným 24 respondentů (24,2 %).

Otázka č. 16 – Ocenil/a byste ve škole volitelný předmět, ve kterém byste se učili např. o Alzheimerově nemoci?



Graf 16 Zájem o volitelný předmět

Zdroj: vlastní zpracování

Poslední otázka navazuje na předchozích pět otázek a zjišťuje zájem respondentů na základě předchozích odpovědí, jestli by respondenti uvítali volitelný předmět, který by žákům dával představu o získaných a progredujících nemocích. Tento předmět by mohli využívat nejen ti, kteří se chystají na zdravotnické či pečovatelské obory středních škol, ale i žáci, kteří se sami s nemocí v rodině setkávají. Respondenti uvedli, že by ve škole určitě uvítali takový předmět, ve 24 případech (24,7 %), *spíše ano* zaškrtnlo 27 respondentů (27,3 %), tudíž si myslíme dle výše uvedeného výzkumu, že by žáci ve škole takový předmět až v 52 % z 99 možných uvítali. 24 respondentů (24,2 %) uvedlo, že by o takový předmět spíše nemělo zájem a 10 respondentů (10,1 %) by takový předmět určitě neuvítalo. 14 respondentů (14,1 %) uvedlo, že neví.

7 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ

Jak bylo již zmíněno, naše výzkumná část má design smíšeného výzkumu. Při sestavování položek do tohoto výzkumu jsme si byli vědomi, že žákům musíme pokládat otázky s ohledem na jejich věk a jejich schopnosti. Museli jsme tedy otázky formulovat tak, aby byly pro žáky co nejjednodušší, snadno čitelné, lehce pochopitelné a aby byly především přesně formulovány, k tomu nám dopomohly i rozhovory se žáky. Rozhovor se žáky byl veden spíše volnější formou, abychom z žáků odbourali stres a napětí, rozhovor s každým respondentem zvláště nám zabral v průměru 20 minut. Při rozhovoru jsme se respondentů dotazovali na otázky, které se týkaly celkové informovanosti, vlastní zkušenosti, prevence, školy jako zdroje informací či péče nebo komunikace s osobami s AN.

Naším hlavním cílem je zjistit, **jak zlepšit informovanost žáků 8. až 9. ročníků**. Cíle nám ve výzkumu pomáhaly sledovat, z kterých dostupných zdrojů mají žáci získané informace o AN, dále jsme se snažili identifikovat vlastní zkušenost žáků s osobami seniorského věku, zjistit, jak se pedagogové podílí na informovanosti žáků o AN, a především zjistit zájem žáků se o AN dozvědět. Na základě těchto položených dílčích výzkumných cílů byly zpracovány výzkumné otázky, které byly klíčové pro sestavování a formulaci položek do dotazníku. Dotazník obsahuje celkem 16 položek, první dvě položky zjišťovaly identifikační údaje o respondentech a položky č. 3–16 sledují jednotlivé cíle práce. Vyplnění dotazníku respondentům zabralo v průměru 10 minut. Pomocí dílčích výzkumných otázek a cílů jsme zjistili, jak jsou žáci aktuálně o problematice informováni.

Jaká je vlastní zkušenost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ s osobami seniorského věku, které postihla Alzheimerova nemoc?

Touto výzkumnou otázkou se v dotazníku zabývala položka č. 3. V teoretické části jsme se dozvěděli, že s přibývajícím věkem riziko vzniku této nemoci vzrůstá, lze tedy vyvodit, že je u žáků velice pravděpodobné, že se s touto nemocí setkali u svých prarodičů, proto jsme se rozhodli i tento fakt dále zkoumat. U rozhovoru jsme se ze čtyř případů setkali pouze s jedním respondentem, který se s nemocí ve svém životě již setkal (75 %). Z výsledků dotazníkového šetření této položky vyplývá, že 46,5 % respondentů se s nemocí setkalo, a 53,5 % uvedlo, že se s nemocí nikdy nesetkalo. Jde tedy o rozdíl pouze 7 %. Myslíme si tedy, že když z 99 možných respondentů nám 46 uvedlo, že mají s touto skupinou zkušenost, jde téměř o polovinu. Dostáváme se tedy k tomu, že by žáci měli mít o nemoci povědomí i o její existenci. Lze prostřednictvím výše zjištěných výsledků odpovědět na náš

jeden z dílčích výzkumných cílů, a to, že vlastní zkušenost žáků 8. až 9. ročníků na ZŠ je poloviční, a můžeme říct, že každý druhý žák má zkušenost s osobami seniorského věku s AN.

Z kterých dostupných zdrojů mají žáci 8. až 9. ročníků ZŠ získané informace o Alzheimerově nemoci?

Položka č. 4 navazuje na předchozí otázku, tato škálová otázka v dotazníku obsahovala celkem šest možných odpovědí. Výsledky této položky nám ukazují, že i když v předchozí otázce bylo zmíněno, že 53 respondentů se s AN nikdy nesetkalo, tak pouze 41 respondentů (z 99 možných, tj. 41,4 %) o ní nikdy neslyšelo.

Dále se nám potvrdilo, že většina získaných informací je u respondentů získaná prostřednictvím masmédií. Nejčastěji označovanou odpovědí (stejně jako jsme zaznamenali u respondentů i při rozhovoru) byly primárně média a televize. V dotazníkovém šetření nám 36 respondentů uvedlo, že se s nemocí setkalo prostřednictvím médií a televize, a 24 respondentů má informace získané přes internet. Odpovědí na tuto otázku tedy je, že ve 42,7 % mají respondenti o nemoci získané informace přes masmédiá. Pouze v 9 případech se respondenti s nemocí setkali prostřednictvím školy, tj. 22 %.

Jakým způsobem se pedagogové ZŠ podílí na informovanosti o Alzheimerově nemoci?

Při rozhovorech nám pouze jeden respondent (25 %) uvedl, že se o nemoci učili ve škole. Toto zjištění nám přišlo alarmující, proto jsme se rozhodli zařadit i položku do dotazníku a zjistit, jak je tomu doopravdy. Položky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15 a 16 v dotazníku tedy zjišťovaly, co respondenti o AN ví, jak jsou o nemoci informováni a jak se škola na tomto problému společnosti podílí.

Položka č. 5 v dotazníku mimo jiné obsahovala první otevřenou odpověď, kde měli respondenti možnost stručně popsat, čeho se nemoc týká. Většina respondentů stejně jako u rozhovorů správně identifikovala, že nemoc se zpravidla týká zapomínání a onemocnění mozku. V tomto směru bereme výsledky velmi pozitivně. Ani jsme nečekali, že by se tolik žáků mohlo v této odpovědi shodovat. V následující položce (č. 6) měli identifikovat, které věkové kategorie nemoc zpravidla postihuje. Tato otázka neobsahovala správnou odpověď. Otázku jsme nehodnotili ani u kvalitativního výzkumu, protože jak víme, výskyt této nemoci u osob je velmi individuální a velice variabilní, jde tedy o položku, která má pouze informační charakter, avšak poměrně důležitý. Můžeme tedy říct, že neobjektivnější je odpověď, že postihuje *všechny věkové kategorie*. Nicméně nemůžeme ani jednu odpověď označit

za špatnou. V další položce (č. 7) jsme již mohli určovat chybovost. Při analýze odpovědi u položky č. 7 byla chybovost minimální. Pouze 2 respondenti označili odpověď jinou než *zapomínání*. Pokud se tedy vrátíme zpět k položce č. 3 a uvědomíme si, že 53 respondentů nám uvedlo, že se s nemocí nikdy nesetkalo, můžeme říct, že v tomhle směru mají respondenti jasno a jsou v téhle oblasti orientováni dostatečně. Další série položek (č. 8, 9, 10) se týkala informovanosti v oblasti péče, komunikace a její náročnosti. Většina respondentů, jak jsme zjistili u rozhovorů, si je vědoma náročnosti a uvedla nám, že by se o osobu postarat nedokázala. Dle následující otázky v dotazníku a výsledků vidíme, že respondenti dokázali správně identifikovat, že je narušena paměť i schopnost komunikace. Položka č. 10 v dotazníku obsahovala další otevřenou odpověď. Na tuto položku respondenti odpovídali velmi variabilně, většinou se však ve své výpovědi shodovali. Nejčastěji uváděná odpověď byla, že *neví*, nebo že by s osobou komunikovali *srozumitelně*, ale hlavně s *trpělivostí*. Dle nás jsou si náročnosti péče a komunikace vědomi, a pokud si tato fakta spojíme s tím, že o nemoci respondenti informováni nejsou a co nemoc obnáší, může vznikat mezi majoritní a postiženou populací bariéra. Tato bariéra může s sebou nést i řadu předsudků a mýtů do budoucnosti jedinců. V tomto směru vidíme význam tuto problematiku zkoumat i dále.

Co se týče této problematiky ve školách, a tudíž i pedagogických pracovníků ZŠ, tak nám respondenti u položky č. 14 uvedli, že se o výskytu nemoci ve škole *nikdy ne bavili ani ne učili* (67,7 %). Další položka (č. 15), která se vztahuje k této výzkumné otázce, obsahovala výběr z pěti možných odpovědí. Odpověď, která zde převažovala, byla, že kdyby se respondenti o nemoci chtěli dozvědět, jako první by šli za rodiči (57,6 %) a pouze 12 respondentů by navštívilo třídního učitele (12,1 %) a 3 respondenti (3 %) výchovného poradce. Pokud tedy porovnáme školskou sféru oproti rodinné, tak pouze 15 % respondentů by navštívilo pracovníka školy, což není moc pozitivní výsledek a do budoucnosti bychom ho měli změnit.

Poslední položka (č. 16) dotazníku se zaměřovala na pedagogické východisko situace, které bychom mohli pro praxi po potvrzení našich tvrzení navrhnout. Položka č. 16 je tedy zaměřená na možnost, kdyby se ve škole vyskytl volitelný předmět. Z výsledků položky se dovídáme, že tento předmět by uvítalo celkem 51,5 % respondentů, to znamená, že by tento předmět v průměru navštěvoval každý druhý respondent našeho výzkumu. Výsledky této položky vidíme jako pozitivum, že žáci mají zájem se o AN dozvědět více a jsou si závažnosti nemoci vědomi.

Jaký je zájem žáků 8. až 9. ročníků se o Alzheimerově nemoci dozvědět?

K následující otázce se vztahovaly položky č. 11, 12, 13. U rozhovorů nám všichni respondenti (100 %) sdělili, že je to vážná nemoc a že by se mělo o nemoci ve společnosti mluvit. Nebyli jsme si však zcela jistí, jestli jsou respondenti v důsledku našeho výzkumu u rozhovorů zcela objektivní, a proto jsme zvolili i výše zmiňovanou sérii položek do dotazníku. Tyto otázky se tedy týkaly informovanosti žáků z jejich pohledu, to znamená, že měli možnost prostřednictvím dotazníku si uvědomit své možnosti a identifikovat je. Rádi bychom vyzdvihli jednu odpověď, která se objevila u položky č. 13 a zní následovně: „Protože mi tenhle dotazník ukázal, že o téhle nemoci vím jenom takový hrubý základ, ale připadá mi, že bych měla vědět víc.“ Z předešlých odpovědí lze říct, že nepatrnými informacemi respondenti 8. až 9. ročníků ZŠ disponují, nicméně sami respondenti nám prostřednictvím těchto položek (především tedy otevřených) sdělili, že v 62,6 % nejsou o nemoci informováni. Ve 33,3 % si respondenti myslí, že jsou o nemoci informováni dostatečně. Velký úspěch vidíme i v další položce dotazníku, která nám ukazuje, že 66,7 % respondentů by se o nemoci chtělo dozvědět více a jako nejčastější důvod nám v následující položce uvedli, že by chtěli vědět, jak s osobou jednat, a umět se o ni postarat (především kdyby se nemoc vyskytla v rodině). Tato odpověď se nám vyskytla celkem 28krát. Další často vyskytující se odpovědí bylo, že jde o zajímavou nemoc a lidé o ní málo ví. Respondenti tedy mají povědomí o tom, že společnost je o této problematice málo informována. Těmito výsledky si můžeme odpovědět i na další dílčí výzkumnou otázku, a to, že žáci mají zájem se o AN dozvědět.

Na základě zjištěných výsledků jsme dospěli k závěru, že žáci o nemoci dostatečně informováni nejsou a škola (pedagogové) jako prostředníci u této problematiky informací v tomto směru nefunguje. Také jsme zjistili, že většina žáků má zájem se dozvědět nové informace a jsou jim zcela otevřeni. Samotná škola, na které byl výzkum realizován, nám sdělila, že ve svých osnovách nic takového nemá.

7.1 Doporučení pro praxi

Na základě výše zjištěných výsledků se v této části zaměříme na doporučení pro praxi, které lze na základě provedeného výzkumu stanovit.

Cílem naší práce bylo zjistit, jaká je informovanost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ. Prostřednictvím výzkumu jsme zjistili, že žáci o problematice zcela informováni nejsou. Ve většině případů se žáci o nemoci dozvěděli prostřednictvím médií a internetu, nikoliv

ze školního prostředí. Jako osobu, za kterou by šli v případě zájmu se o AN dozvědět, uvedli žáci hlavně své rodiče, což bychom rádi změnili a převedli tyto kompetence na učitele.

Proto bychom navrhli jako možnost žákům, kteří mají zájem se o dané problematice dozvědět, volitelný předmět, který by doplňoval přírodopis. Tento volitelný předmět by rozšiřoval kompetence získané v předmětu přírodopis. Rozšířil by i praktické dovednosti a vedl žáky k aplikaci získaných poznatků a k aktivní a samostatné práci. Obsah předmětu se může aktuálně přizpůsobovat žákům podle jejich zájmu, schopností a aktivity.

Myslíme si, že by tento předmět mohl být užitečný pro žáky, kteří chtějí na své budoucí cestě pracovat ve zdravotnictví či v pečovatelských službách. Mimo to by se v předmětu žáci dozvídali o této či podobných nemocích, které se ve společnosti vyskytují. Jsme si ale vědomi i toho, že stále zvyšující se počet osob postihnutých touto nemocí může být ku prospěchu i žákům do vlastního individuálního života, a myslíme si, že by žáci měli mít alespoň povědomí o existenci této nemoci.

8 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá informovaností žáků 8. až 9. ročníků základní školy o Alzheimerově nemoci. Práce se dále zabývá tím, jakým způsobem se škola jako institucionální zařízení podílí na informovanosti žáků. Dále zkoumá vlastní zkušenosti žáků 8. až 9. ročníků ZŠ s osobami seniorského věku s AN a jaký je zájem žáků se o této problematice dozvědět.

Praktická část byla založena na designu smíšeného výzkumu, tedy kvalitativního a kvantitativního. Výzkum probíhal na Základní škole Bruntál, Okružní 38, příspěvková organizace, kdy respondenty byli žáci 2. stupně v 8. až 9. ročníků v rozmezí 13–17 let.

Byla dána hlavní výzkumná otázka, která zní následovně: **Jaká je informovanost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ o Alzheimerově nemoci?** Na základě takto položené hlavní výzkumné otázky byly formulovány i dílčí výzkumné otázky.

Pomocí kvalitativního výzkumu byl se čtyřmi respondenty veden hloubkový rozhovor, který nám posloužil k lepší orientaci v dané problematice. Také jsme z něj následně vycházeli při tvorbě kvalitativního výzkumu. Dílčími výzkumnými otázkami jsme se pokoušeli zjistit, jak jsou žáci o aktuální problematice informováni. K výsledným závěrům nám posloužily i dílčí výzkumné cíle, které byly v průběhu stanoveny. Cíle ve výzkumu sledovaly, z kterých dostupných zdrojů mají žáci získané informace o AN, snaží se identifikovat vlastní zkušenost žáků s osobami seniorského věku, zjistit, jak se pedagogové podílí na informovanosti žáků o AN, a především zjistit zájem žáků se o AN dozvědět. Na základě těchto položených dílčích výzkumných cílů a otázek byl zpracován kvantitativní výzkum.

Naše kvantitativní výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím elektronického dotazníku, na dotazník měli žáci přístup prostřednictvím odkazu, který byl elektronicky do e-mailových schránek rozeslán. Při sestavování položek do celého výzkumu jsme si byli vědomi, že žákům musíme pokládat jasné otázky (v kvalitativním i kvantitativním výzkumu), otázky jsme tedy několikrát transformovali. Snažili jsme se je sepsat s ohledem na jejich věk a jejich schopnosti, museli jsme tedy otázky formulovat tak, aby byly pro žáky snadno čitelné a lehce pochopitelné. Dotazník ve své konečné podobě obsahuje celkem 16 položek, kde první dvě položky zjišťovaly identifikační údaje o respondentech a položky č. 3–16 pak sledovaly jednotlivé cíle práce. Dle mého názoru byly splněny veškeré výzkumné cíle, které byly předem stanoveny. Povedlo se nám odpovědět na výzkumné otázky.

Jsme si vědomi, že jde o málo diskutovanou problematiku v tomto zmiňovaném věku, ale také si myslíme, že jde o velice problematickou a důležitou skupinu obyvatel, o které by společnost měla být informována. Výzkum nám ukázal, že žáci jsou v 46,5 % o této skupině informováni, nicméně jsme se dozvěděli, že informace, kterými žáci disponují, nejsou zcela přesné a chtělo by je uvést na pravou míru. Tyto nedostatky mohou pramenit z ne příliš důvěryhodného zdroje. Nejčastěji nám respondenti uvedli, že jejich primárním zdrojem informací jsou média. Respondenti nám u kvalitativního výzkumu uvedli média ve 25,2 % a internet v 17,5 %. Také jsme si vědomi, že málokdo z adolescentů si ve svém věku ověřuje informace z více zdrojů, proto je také zřejmé, že budou vznikat odchylky, které nám respondenti ve výzkumu uvedli. Respondenti nám jako hlavní osobu, za kterou by šli, kdyby se chtěli o této problematice dozvědět více, zpravidla uvedli své rodiče, nikoliv pedagogy. Může jít tedy o pochybení, kdy rodiče svým adolescentům nemusí dávat zcela pravdivé informace. Zatímco pedagogové by měli být hlavním impulzem. Z toho důvodu se můžeme domnívat, že bychom měli žákům navrhnout alternativu, která by tato fakta upevnila a uvedla na pravou míru. Vidíme však zájem respondentů. V obou výzkumech se nám potvrdilo, že i když aktuální podoba námi zkoumané problematiky není ideální, můžeme vše zlepšit.

ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma *Možnosti komunikace s osobou seniorského věku s neurokognitivní poruchou* byla rozdělena na dvě části, na část teoretickou a praktickou. Alzheimerova nemoc je v současnosti aktuální problematikou celosvětové populace a společnost se začíná o toto téma stále více zajímat.

Důležité je pohlížet na osoby s neurokognitivní poruchou jako na osoby intaktní, a nikoliv jako na objekty soucitu či opovržení. Proto je nutné dát již mladým generacím vhled do této problematiky, z toho důvodu jsme i toto téma pojali poněkud širěji. Pokud budou vznikat již v takhle mladém věku předsudky vůči některým skupinám obyvatel, budou se vytvářet i bariéry mezi těmito stranami a může docházet ke vzniku patologických jevů v podobě diskriminace k těmto skupinám, čemuž však chceme zamezit, a vytvořit tak jednotnou společnost.

Teoretická část je rozdělena na tři úseky. V první kapitole jsme se zabývali osobou seniorského věku, vymezením pojmu stáří a stárnutí a změnami, kterými je stáří doprovázeno. Druhá kapitola se zabývá demencí u Alzheimerovy nemoci, vymezením pojmu demence, epidemiologií, symptomy a klinickým obrazem nemoci a nakonec i stadii demence. Poslední (tedy třetí) kapitola se zabývá adolescenty, obdobím dospívání, definicí dospívání, fázemi dospívání, mezigeneračním soužitím a vnímáním stáří. Cílem teoretické části je popsat jednotlivé pojmy, které jsou dále v praktické části zkoumány. Praktická část se orientuje na informovanost žáků 8. až 9. ročníků ZŠ o Alzheimerově nemoci. Vymezili jsme výzkumný problém, výzkumné cíle, otázky, dílčí otázky, popsali metody sběru dat a nakonec popsali i samotné šetření a analýzu dat. Metoda sběru dat byla realizována pomocí smíšeného výzkumu na ZŠ Bruntál, Okružní 38, která nám umožnila realizovat s respondenty kvalitativní i kvantitativní výzkum. Sběr dat proběhl, jak bylo výše uvedeno, metodami dotazníku a rozhovoru se žáky 8. až 9. ročníků ZŠ. Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že někteří žáci mají vlastní zkušenost se zmíněnými osobami. Prostřednictvím otevřených odpovědí nám žáci uvedli, že i když mají vlastní zkušenost a s osobou se setkali, nedokázali se o ni postarat. O nemoci však povědomí mají, nicméně informace ve většině případů nezískali ze školy, ale z vlastní iniciativy. Ze strany školy by žáci uvítali větší angažovanost k této problematice. Téměř všichni žáci z výzkumného souboru se shodli na popsání příznaků nemoci, potvrzuje se tedy, že patrný náznak informovanosti zde je. Žáci si jsou vědomi, že jde o závažné onemocnění, které není jednoduché jak pro osobu

s neurokognitivní poruchou, tak i pro osoby, jež o nemocné pečují. Žáci převážně jako důvod, proč by se chtěli o zmíněné nemoci dozvědět, uvedli, že mají obavy, že kdyby se u nich v rodině tato nemoc vyskytla (u prarodičů), ztratili by s dotyčným kontakt, a to nechtějí. Chtějí jim být naopak na blízku a chtěli by jim porozumět. Jsou si vědomi, že nemoc postihuje i verbální komunikaci, a musí se tedy při komunikaci dodržovat určitá kritéria. Ke zpracování těchto zjištěných informací nám pomohlo i dotazníkové šetření, které bylo na škole uskutečněno.

K dosažení cíle jsme použili teoretická východiska, která jsou zmíněna v teoretické části prostřednictvím odborné literatury. Domníváme se, že naše práce splnila námi stanovený cíl, jenž byl na začátku práce stanoven, a toto zjištění hodnotíme jako velmi přínosné nejen pro žáky, ale i pro budoucnost společnosti. I když je náš výzkum realizován na jedné škole, myslíme si, že může jít o zlepšování vztahů celé společnosti.

POUŽITÁ LITERATURA

- BUIJSSEN. H., *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
- CALLONE, P. R., KUDLACEK, C., BRUMBACK, A., a kol. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada, 2008, 28-33, 79. ISBN 978-80-247-2320.
- DESSAINT, M. P., *Nezačínajte stárnout – jak žít co nejdéle příjemně, samostatně a důstojně*. s. 21-22. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-255-6.
- HAŠKOVCOVÁ, H., *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H., *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- HEŘMANOVÁ, H., PACOVSKÝ, V., *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981.
- HOLMEROVÁ, I. a kol., *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 2. vydání. ISBN 80-86541-12-6.
- CHRÁSKA, M., KOČVAROVÁ, I., *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií, 2015. ISBN 978-80-7454-553-5.
- CHRÁSKA, M., *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2016, 254 s. Pedagogika. ISBN 978-80247-5326-3.
- JANDOUREK, J., *Sociologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.
- JAROŠOVÁ, D., *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ I., BORZOVÁ C., *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JIRÁK, R., KOUKOLÍK, F., *Demence – neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

- JIRÁK, R., *Organické poruchy osobnosti*. Psychiatrie pro praxi: 2007, 1, p. s. 27-28., Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/06.pdf>
- JIRÁSKOVÁ, V., a kol., *Mezigenerační porozumění a komunikace*.. Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-80-5.
- KALVACH, Z. JIRÁK, R. a kol., *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KELNAROVÁ, J. MATĚJKOVÁ, E., *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů. 1. díl*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3270-1.
- KOLÁŘ, Z. a kol., *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada, 2012. s. 65., ISBN 978-80-247-3710-2.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. 2. vyd. ISBN 978-80-247-1284-0.
- MACEK, P., *Adolescence*. Vyd. 2., upr. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.
- MALÍKOVÁ, E., *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MLÝNKOVÁ, J., *Péče o seniory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MÜHLPACHR, P., *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004. str. 203. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHR, P., *Základy gerontologie*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-9392-072-2.
- NEUBAUER, K., SKÁKALOVÁ, T., 2015. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, ISBN 978-80-7435-640-7.
- NEVŠÍMALOVÁ, S., *Neurologie*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-246-0502-3.
- RŮŽIČKA a kol., *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. 1. vyd. ISBN 80-7262-205-6.
- RŮŽIČKA, E. a kol. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: Příručka pro praxi*. Praha: Galén 2003, ISBN 80-7262-205-6.
- ŘÍČAN, O., *Cesta životem: vývojová psychologie*. Vyd. 2., Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.

SAYOUD SOLÁROVÁ, K., *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5287-1.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. a kol., *Přehled vývojové psychologie*. 3., upravené vyd., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.

VÁGNEROVÁ, M., *Úvod do psychologie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002 dotisk. ISBN 80-246-0015-3.

VÁGNEROVÁ, M., *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Grada. Praha, 2011. s. 101. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZVĚROVÁ, M., *Alzheimerova demence*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

Internetové zdroje

BARTOŠ, A., *Alzheimerova nemoc-tichá epidemie 21. století*. MEDIAPLANET [online]. 2012, (10) © [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/adcentrum/dokumenty/zprava-o-stavu-demence_Alz15-WEB.pdf

BARTOŠ, A., *Jak utéct Alzheimerovi z lopaty*. Téma [online]. 2016, **BŘEZEN 2016**(13), 10-16 © [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/adcentrum/dokumenty/Bartos_Jak%20utect%20Alzheimerovi%20z%20lopaty_RozhovorProCasopis_Tema_c_13_brezen_2016.pdf

MKN 10, 2021. *F00-F09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických* [online]. © [cit. 2021-28-02]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>

WIJA, P. *Ageismus. Mýty a stereotypy o stáří a stárnutí*. RVP.cz [online]. 2018, 13.2.2018, © [cit. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/G/21662/AGEISMUS-MYTY-A-STEREOTYPY-O-STARI-A-STARNUTI.html/>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

ADL – Activities of daily living (běžné denní aktivity)

AN – Alzheimerova nemoc

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

ČSÚ – Český statistický úřad

např. – například

ZŠ – základní škola

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Příznaky AN	50
Tabulka 2 Komunikace s osobami s AN	53
Tabulka 3 Důvody zájmu se o AN lépe informovat	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Nejčastěji vyskytující se formy demence.....	24
Graf 2 Počet osob s AN v krajích.....	25
Graf 3 Počet osob trpících Alzheimerovou nemocí v ČR v roce 2019	26
Graf 4 Vzdělání	48
Graf 5 Věk respondentů.....	48
Graf 6 Informovanost respondentů o AN.....	49
Graf 7 Zdroj informovanosti respondentů.....	49
Graf 8 AN a věk.....	50
Graf 9 Příznaky AN.....	51
Graf 10 Péče o osobu s AN	51
Graf 11 AN a komunikace.....	52
Graf 12 Informovanost	53
Graf 13 Zájem respondentů	54
Graf 14 Informovanost a škola	56
Graf 15 Zdroj informací od blízké osoby	56
Graf 16 Zájem o volitelný předmět	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Rozhovor s respondentem M (8. ročník ZŠ)	74
Příloha č. 2 Rozhovor s respondentem B	76
Příloha č. 3 Rozhovor s respondentem K (9. ročník ZŠ).....	78
Příloha č. 4 Rozhovor s respondentem J (8. ročník ZŠ)	79
Příloha č. 5 Dotazník pro žáky 8. až 9. ročníků ZŠ	81

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Rozhovor s respondentem M (8. ročník ZŠ)

„Dokážeš vlastními slovy popsat co to tedy je Alzheimerova nemoc?“

„Moc o tom nevím, ale asi bych řekla, že to jakoby bývá často u starších lidech, a že vlastně zapomínají kdo vlastně jsou a kdo jsou ostatní lidé a co dělají.“

„Myslíš, že to tedy postihne jen starší lidi?“ „Ne, já si myslím, že i mladší.“ **„To je podle tebe od kolika?“** „Tak asi 40–50 let.“ **„Co si myslíš o péči o takovou osobu, jak podle tebe probíhá?“**

„Já si myslím, že je péče náročná a hlavně psychicky, že to musí být hodně náročné. A o osobu se podle mě musí pečovat pořád, protože není jako by schopna skoro nic dělat, že třeba vyjde na procházku a úplně se třeba ztratí a vůbec neví, kde je a taky asi hodně kolem té finanční. Podle mě jsou i takový jako trochu postižení, jako by tím pohybovým aparátem, že se nemůžou úplně dobře pohybovat. A ty osoby musí pečovat celý den a ani nechodí do práce. Hlavně třeba i v komunikaci, že se třeba ztrácí, když něco říká a je pak komunikace těžká. A hlavou je vlastně úplně někde jinde.“ **„Hmm. A když si představíš, že nemoc je ve vysokém stadiu a lidé mají problém s orientací a pohybem v prostoru?“** „Tak je to jako by i z té fyzické stránky náročné, když se o něho musí starat jak o malé dítě. **A jak jsi mluvila o komunikaci dají se podle tebe využít nějaké prostředky, pomoci, nichž by se mu paměť lépe vybavila?“** „Já myslím, že jo. Třeba nějakýma hezkýma vzpomínkami, které jim budeme pokaždé vyprávět nebo ukazovat na videu nebo tak.“

„Na základě toho, co jsi mi teda popsala, je nějaká tvá vlastní zkušenost s takovou osobou?“ „Nesetkala.“ **„Dobře, tak pokud se budeme bavit o tom co teda víš, jde podle tebe nemoci nějak předejít, aby nás nepostihla?“** „Tak to nevím, ale myslím, že ne. Myslím, že to je jako by v rodině a člověk to v sobě už má.“ **„A jak myslíš, že je to s léčbou? Jde podle tebe nemoc vyléčit?“** „Si myslím, že ne. Jakože určitě se to může nějakým způsobem zlepšit, ale vyléčit si myslím, že ne e.“

„O výskytu o této nemoci jsi se dozvěděla až při tomto rozhovoru, nebo jsi měla nějaké informace získané?“

„Tak viděla jsem to ve filmu, že to tam měl jeden pán. Pak potom teda na sociálních sítí, ale třeba ve škole nebo tak jsem o tom nikdy neslyšela. Ale jako vím o tom, že to je.“ **„A myslíš si, že by se měla škola měla podílet na tom, aby nějakým způsobem své žáky o nemoci informovala?“** „Tak asi jo, tím že je to tak vážná nemoc, tak jo.“ **„A ty by si se o nemoci chtěla dozvědět více?“** „Asi jo je to zajímavý téma a asi určitě i vážné“.

„A podle svého pohledu na tuto nemoc bys chtěla něco říct?“ „No, že to musí být hlavně strašné pro tu rodinu, když je to babička a ona prostě vůbec neví nikdo jsem nebo tak, to musí být hrozné.“

„Tím bychom skončily. Ještě jednou ti moc děkuji za rozhovor. Měj se hezky“

Příloha č. 2 Rozhovor s respondentem B

(Tento rozhovor byl nahráván).

„Dokázala bys mi něco říct o nemoci, která se jmenuje Alzheimerova?“

„Tak jakoby je to, když ten člověk ztrácí paměť a jakoby má to ty různé stadia, kdy třeba si jako nepamatuje nebo neví, jak se jmenuje nebo tak. Pak mu vlastně i ty svaly začnou třeba nějak ochabovat a nemůže se třeba ani hýbat, nebo tak něco. U každého člověka se může projevit jinak, u někoho to ani nepoznáš, třeba že zapomene jenom kde nechal klíče, a druhý ani jako nemůže chodit třeba.“

„Máš nějakou vlastní zkušenost s takovou osobou?“ „Ne, nikdy.“ **„Ani třeba v tvém okolí?“** „Ne, nebo jako nevěděla jsem o tom přímo, že by měl Alzheimer.“ **„Hmm super, a myslíš, že se dá nemoci nějak předejít?“** „Myslím si, že asi ne, že to je jako genetika, ale tak jako těžko říct.“

„Kdy a kde jsi se dozvěděla o tom, že tato nemoc existuje?“

„Tak jako nějak jsem o tom věděla jakoby třeba z filmu nebo tak, ale pořádně asi až ve škole.“ **„Ve škole jo? Jako v rámci výuky?“** „Ano.“ **„V jakém předmětu, nebo v rámci čeho jste to probírali?“** „Při biologii jakoby, když jsme probírali člověka a různé ty genetické nemoci, tak jsem se o tom bavili.“ **„A na základě čeho, jste se učili ve škole chtěla by ses dozvědět více o nemoci?“** „Paní učitelka nám o tom říkala. Měla doma maminku, která měla tuto nemoc. Asi bych se o nemoci chtěla dozvědět víc, někdy si teda sama něco pustím třeba v televizi nebo před YouTube.“

„Jak myslíš že je to s péčí u těchto osob, je podle tebe náročná?“

„Tak si jako myslím, že určitě, protože co jsme tak jako tak to je jako by třeba pečovat o dítě, že když to má jako by v tom vysokém stadiu a třeba si nic nepamatuje tak jako je těžké ho třeba uhlídat nebo jako že, aby si třeba neublížil nebo se neztratil někde, nebo takže si myslím, že asi jako je to individuální u každého jinak, ale asi jo no.“ **„A co se týče komunikace?“** „Myslím, že to asi jako úplně snadné nebude, když zapomínají, ale taky teda asi záleží, v jakém stadiu tu nemoc mají. Když je v začátcích tak asi moc velký problém s tím nebude, ale později už asi jo.“ **„Jak bys ty komunikovala s takovou osobou?“** „Asi bych se snažila ho nějak vzpomenout. Třeba fotkama nebo videem a tak.“

„Jakou věkovou kategorii tato nemoc podle tebe postihuje?“

„No, tak já si myslím, že ti, co to mají jakoby geneticky předurčené, ale jakože úplně se to třeba projeví až po té padesátce.“

„Ještě se vrátím k péči, jde tedy podle tebe o každodenní péči?“

„No to asi zase jak u koho, že pokud třeba jako není nějak soběstačný, tak asi ne, ale vím, že se třeba musí dohlídnout na to, aby brali ty prášky nebo něco a nevím, asi potom když už fakt nemůže chodit nebo tak něco tak asi potom jo.“

„To bylo vše. Moc Ti děkuji za rozhovor a za tvůj čas. Měj se hezky.“

Příloha č. 3 Rozhovor s respondentem K (9. ročník ZŠ)

„Víš něco o Alzheimerově nemoci, pokud ano tak pokusíš se mi říct co?“

„Tak jako slyšela jsem o tom, ale teďka si přesně nemůžu vybavit jako by co je to za nemoc. Ale vím, že to je hodně vážná nemoc a že to nějak postihuje myslím si že, mysl. A že ti lidé hodně zapomínají třeba kde jsou a tak. **„Setkala jsi se někdy v rámci výuky ve škole s touto nemocí?“** „Nikdy jsem o tom neslyšela ze školy, ale jenom jako z médií, z televize třeba z Dr. House.“ **„A i když jste se to neučili, myslíš, že by se to ve školách učit mělo?“** Asi jo, tím že se to teda může objevit i v rodině, jak jsi říkala, tak je to asi i docela závažná nemoc.“ **„Super, děkuji. A v té rodině si myslíš, že to může, jakou věkovou skupina postihnout?“** „Nejsem si teď jistá, jestli to postihuje i děti, ale myslím si, že to postihuje jenom dospělé a potom aj důchodce. Myslím, že tedy především seniory a kolem 40 roka života si myslím, že to může postihnout vzácně.“ **„Ve svém životě jsi se nikdy nesetkala třeba i v rodině s tou to osobou, kterou jsi mi teď popsala?“** „MMM... Ne, zatím ne.“

„Je podle tebe těžké o takovou osobu pečovat?“

„No tak podle toho, jak moc jako by je silná ta nemoc. Pokud je ta nemoc v začátcích, tak to jako by ještě jde, ale pokud zapomíná několikrát denně a pokud má několikrát denně aj ty výpadky tak to je hodně náročné na psychiky i té osoby, která o nemocnou osobu pečuje. Určitě to bude těžké i z fyzické stránky pokud třeba, že by ta nemocná osoba skončila třeba na vozičku, nebo takhle, tak je to možná i po té fyzické stránce těžší.“ **„A jak podle tebe probíhá komunikace, pokud osoby tedy často zapomínají?“** „Myslím, že není těžké s němi komunikovat.“ **„Je tedy podle tebe lehké s těmito lidmi komunikovat jo?“** „Ano, ale jen je nesmíme třeba vylekat, nebo je dostat do nějaké stresové situace, aby prostě se prostě nějak nepřepnuli, aby byli prostě pořád s náma a nevypnuli prostě tu mysl.“

„Dá se nějak této nemoci předcházet, aby nás nepostihla?“

„Tak já si myslím, že je to nějak geneticky dáno a pokud to má ta rodina v genech, tak že se tomu nedá nějak vyhnout.“

„To bylo všechno moc Ti děkuji za rozhovor, pokud budeš mít zájem mou závěrečnou práci ti po obhajobě bude k dispozici. Ještě jednou moc děkuji, měj se hezky.“

Příloha č. 4 Rozhovor s respondentem J (8. ročník ZŠ)

Bohužel, tato žákyně nechtěla být při rozhovoru být hlasově zaznamenána. Postupně jsem si tedy odpovědi zaznamenávala a ihned po skončení se snažila co nejpřesněji zapsat.

„Co si představíš pod pojmem Alzheimerova nemoc?“

„Asi nic, nikdy jsem se s tím nesetkala.“ **Dobře, děkuji za odpověď pokusím se ti teda tento pojem přiblížit.“**

„Setkala jsi se tedy někdy o sobou, která měla tyto příznaky, které jsem ti teď popsala?“

„Ano, babička měla něco takového. Často zapomínala a pletla si naše jména. Pamatuji si, že pořád přeskládávala různé věci, třeba si ponožky vždycky dávala do krabice od bot a když je hledala tak nám nadávala, že jsme ji je ukradli. **„A kdybys měla popsat, jak na tebe působila?“** „Byla hodně zmatená a někdy byla až taková zlá, když nemohla něco najít. Ale je to už delší doba, moc si to nepamatuji.“

„Je podle tebe s takovou osobou, která na tebe působí zmateně komunikovat, jak bys s ní ty komunikovala, kdybys věděla, že si tvé jméno může s někým splést?“

„Určitě jo, třeba tím, že zapomínají ty jména, tak si třeba ani neuvědomují, s kým mluví. Možná bych použila fotky a pomoci nich, aby si vzpomněli.“ **„Super, děkuji a myslíš, že bychom ještě pomoci něčeho, aby si člověk rozpomněl?“** Možná třeba ještě mě napadá nějaké videa, které máme natočené třeba z narozenin.“

„Myslíš, že je tedy péče o takovou osobu náročná, třeba z pohledu tvého rodiče, který se o ni jako o svého rodiče stará?“

„Jo, myslím, že bude náročná. Chodí do práce a pak se ještě musí starat, jestli třeba měl oběd, jestli si vzal prášky a tak. Třeba ji musí krmit nebo učit chodit a tak.“

„Myslíš, že se tedy tato nemoc týká pouze osob, které jsou ve věku tvé babička?“

„Myslím, že se to týká každého. Asi někdy v průběhu života může člověk onemocnět, třeba po 40 letech.“

„Myslíš, že můžeme nějak této nemoci předejít?“

„To nevím, asi je to dědičné, ale možná by se to dalo třeba nějakými vitamíny třeba D, E a nějak si chránit imunitu.“

„Chtěla by jsi se o nemoci dozvědět více, v důsledku tvé předchozí zkušenosti s babičkou?

„Asi jo, je to docela vážné onemocnění. „Moc Ti děkuji za rozhovor. To bylo všechno. Tak ti ještě jednou moc děkuji a přeji Ti pěkný zbytek dne.“

Příloha č. 5 Dotazník pro žáky 8. až 9. ročníků ZŠ

Dotazník pro žáky 8.-9. ročníků ZŠ

1 Do jaké třídy ZŠ chodíte?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

8. třídy 9. třídy

2 Kolik Vám je let?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- 13-14 let 15-16 let 17 a více let

3 Setkal/la jste se někdy s Alzheimerovou nemocí?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu odpověď

- Ano Ne

4 Kde jste se s touto nemocí setkal/la?

Nápověda k otázce: Vyberte jednu nebo více odpovědí

- Ve škole Na internetu Z médií, televize Z knih, časopisů Z vlastní zkušenosti, rodina
- Nikdy jsem se s ní nesetkal/la

5 Pokuste se slovy popsat, čeho se tato nemoc týká.

6 Jde podle Vás o nemoc, která postihuje?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- Děti Mladistvé Dospělé Seniory Všechny věkové kategorie

7 Co je podle Vás hlavním příznakem nemoci?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- špatné vidění nedoslýchavost zapomínání ztráta čichu

8 Myslíte si, že byste se o osobu s Alzheimerovou nemocí dokázal/la postarat?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Určitě ano Spíše ano Spíše ne Určitě ne Nevím

9 Je podle Vás narušena i komunikace?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Určitě ano Spíše ano Spíše ne Určitě ne Nevím

10 Jak byste s osobou komunikoval/la Vy?

11 Myslíte si, že jste o nemoci informován/na dostatečně?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Určitě ano Spíše ano Spíše ne Určitě ne Nevím

12 Chtěl/la byste se o nemoci dozvědět více?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Určitě ano Spíše ano Spíše ne Určitě ne Nevím

13 Proč byste o nemoci chtěli dozvědět více?

14 Ve škole?

Nápověda k otázce: *doplňte*

- jsem se o výskytu nemoci bavili, učili v rámci výuky. o výskytu nemoci jsem se dozvěděl/la prostřednictvím besedy, divadelní hry, kterou zřizovala škola. jsme se o výskytu nemoci nikdy neučili, nebavili v rámci výuky.

15 Za kterou blízkou osobou byste šli, kdybyste se o nemoci chtěl/la dozvědět více?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Třídní učitel/ učitel Výchovný poradce ve škole Rodina Kamarád Někdo jiný

16 Ocenil/la byste ve škole volitelný předmět, ve kterém byste se učili např. o Alzheimerově nemoci?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- Určitě ano Spíše ano Spíše ne Určitě ne Nevím

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Žaneta Honigová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Možnosti komunikace s osobou seniorského věku s neurokognitivní poruchou
Název v angličtině:	Possibility of communication with senior person with Neurocognitive disorder
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá možnostmi komunikace osob seniorského věku s neurokognitivní poruchou. Teoretická část pomocí odborné literatury a článků popisuje pojmy jako je: osoba seniorského věku, stáří a stárnutí, změny ve stáří, demence u Alzheimerovy nemoci, obdobím dospívání a v neposlední řadě i mezigeneračním soužitím a vnímáním stáří. Praktická část prostřednictvím smíšeného výzkumu zkoumá, jak jsou žáci 8. až 9. ročníků ZŠ informováni danou problematikou.
Klíčová slova:	osoba seniorského věku s neurokognitivní poruchou, stáří, stárnutí, Alzheimerova nemoc, adolescenti, žáci 8. až 9. ročníků ZŠ, mezigenerační vztahy, informovanost
Anotace v angličtině:	The bachelor's thesis deals with the possibilities of communication of seniors with neurocognitive disorders. The theoretical basis use professional literature to explain concepts such as : a senior, old age and the process of aging, marks of old age, dementia of people with Alzheimer's disease, an adolescence and last but not least an intergenerational coexistence and a perception of old age itself. The practical implementation of the project examine how students of 8th and 9th grade are informed of these issues.
Klíčová slova v angličtině:	senior person with Neurocognitive disorder, old age, ageing, Alzheimer's disease, adolescere, pupils od 8th – 9th grades of elementary school, intergenerational relations, information
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Rozhovor s respondentem M (8. ročník ZŠ) Příloha č. 2 Rozhovor s respondentem B (9. ročník ZŠ) Příloha č. 3 Rozhovor s respondentem K (9. ročník ZŠ) Příloha č. 4 Rozhovor s respondentem J (8. ročník ZŠ) Příloha č. 5 Dotazník pro žáky 8. až 9. ročníků ZŠ
Rozsah práce:	73 stran
Jazyk práce:	Český