

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Zdravotně sociální problematika Parkinsonovy choroby

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Motlová

Autor práce: Eva Paňhová

14. 5. 2007

ABSTRACT

The bachelor thesis addresses the health-social problems of the Parkinson's disease. The Parkinson's disease is a chronic disease affecting the nervous system. The cause of the disease has not been known so far. The disease occurs mostly in the age group of 50-60 years and affects approximately 1 % of the population above 60 years. The thesis had three objectives.

1. To describe health and social problems of the Parkinson's disease including its impact on all the spheres of a human life.
2. To ascertain seniors' awareness of the Parkinson's disease.
3. To map out the opportunities of provision of health-social services to a client suffering from the Parkinson's disease and to his/her family in České Budějovice.

The theoretical part mapped out the opportunities of provision of health-social services to the clients suffering from the Parkinson's disease and to their families in České Budějovice. It also ascertained seniors' awareness of the Parkinson's disease. In order to ascertain seniors' awareness of the Parkinson's disease, a method of questioning using of a questionnaire was applied. The research was undertaken on 111 seniors exceeding 60 years of age and leading an active life. Five crucial criteria were selected from the questionnaire, on basis of which it was determined whether seniors were informed of the Parkinson's disease.

1. Physical system affected by the Parkinson's disease
2. Course of the Parkinson's disease
3. Age group in which the Parkinson's disease is most frequent
4. Method of therapy of the Parkinson's disease
5. Influence of the Parkinson's disease on a mental condition

The questionnaire also used additional questions which were also taken into account. The questioned seniors identified 4 of 5 basic criteria correctly, so the hypothesis "Seniors are informed of the Parkinson's disease" was confirmed. I believe that the objectives of the thesis have been fulfilled.

The author of the thesis attempts to examine the problems of the Parkinson's disease from a holistic view and intends to be a comprehensive guide to the Parkinson's disease.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci „Zdravotně sociální problematika Parkinsonovy choroby“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

14.5.2007

Podpis:

Poděkování patří především vedoucí práce Mgr. Lence Motlové za cenné rady a připomínky, dále všem blízkým za poskytnutí trpělivosti a zázemí.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Parkinsonova choroba z klinického hlediska	9
1.1.1 Minimum z anatomie a fyziologie	9
1.1.2 Výskyt Parkinsonovy choroby	10
1.1.3 Etiologie Parkinsonovy choroby	10
1.1.4 Příznaky Parkinsonovy choroby	11
1.1.4.1 <i>Třes</i>	12
1.1.4.2 <i>Ztuhlost</i>	12
1.1.4.3 <i>Snížená pohyblivost</i>	12
1.1.4.4 <i>Jiné příznaky</i>	13
1.1.5 Léčba Parkinsonovy choroby	14
1.1.5.1 <i>Farmakologická léčba</i>	14
1.1.5.2 <i>Neurochirurgická léčba</i>	14
1.1.5.3 <i>Léčba pomocí kmenových buněk</i>	15
1.2 Psychika člověka a Parkinsonova choroba	15
1.2.1 Vliv chronické nemoci na psychiku člověka	15
1.2.1.1 <i>Parkinsonova choroba a rodina</i>	16
1.2.1.2 <i>Parkinsonova choroba a sexuální život</i>	16
1.2.2 Změny psychiky způsobené Parkinsonovou chorobou	17
1.2.2.1 <i>Deprese</i>	17
1.2.2.1.1 <i>Přístup k depresivnímu člověku</i>	18
1.2.2.1.2 <i>Riziko sebevraždy</i>	18
1.2.2.2 <i>Úzkost</i>	18
1.2.2.3 <i>Demence</i>	19
1.2.2.3.1 <i>Přístup k člověku trpícímu demencí</i>	19
1.3 Parkinsonova choroba vzhledem k věku člověka	20
1.4 Organizace zabývající se Parkinsonovou chorobou	21

1.4.1 Společnost Parkinson	21
1.4.2 Evropská asociace společností pro Parkinsonovu nemoc	21
1.4.2.1 <i>Charta práv pacientů trpících Parkinsonovou chorobou</i>	22
1.5 Sociální pomoc a podpora	22
1.5.1 Příspěvek na péči	22
1.5.2 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany	23
1.5.3 Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek	24
1.5.4 Příspěvek na provoz motorového vozidla	24
1.5.5 Příspěvek na zvýšené životní náklady	25
1.6 Parkinsonova choroba a sociální služby	25
1.7 Zdravotně sociální služby v Českých Budějovicích vhodné pro osoby trpící Parkinsonovou chorobou	26
1.7.1 Klub Parkinson, pobočka České Budějovice	26
1.7.2 Městská charita České Budějovice	26
1.7.3 Pečovatelská služba České Budějovice	27
1.7.4 Domovinka-denní stacionář České Budějovice	27
1.7.5 Agentura sester domácí péče Ivas	27
1.7.6 Český červený kříž, domácí ošetřovatelská a pečovatelská služba Alice	28
1.7.7 Centrum sociálních služeb Staroměstská, p.o. České Budějovice	28
1.7.8 Domov pro seniory Hvízdal, p.o. České Budějovice	28
1.7.9 Domov pro seniory Máj, p.o. České Budějovice	28
1.7.10 Adra o.s., Dobrovolnické centrum České Budějovice	29
1.7.11 Univerzitní centrum pro seniory PATUP při Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích	29
1.7.12 Kluby důchodců České Budějovice	29
1.7.13 Svaz důchodců České republiky	29
1.7.14 1. Centrum zdravotně postižených jižních Čech	29
1.7.15 Linka důvěry České Budějovice o.p.s.	30
1.7.16 Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy České Budějovice	30
1.7.17 Občanské sdružení zdravotně a tělesně postižených Č.B-Rožnov	30

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZA	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Hypotéza	31
3. METODIKA PRÁCE	32
3.1 Použité metody a techniky	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	33
4. VÝSLEDKY	35
5. DISKUSE	51
5.1 Diskuse ke kritériím výzkumu	51
5.2 Diskuse k doplňujícím otázkám	52
6. ZÁVĚR	57
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
8. KLÍČOVÁ SLOVA	63
9. PŘÍLOHY	64

ÚVOD

Parkinsonova choroba je dnes poměrně aktuálním tématem. Nejčastěji postihne člověka ve věku 50-60 let, postupně se rozvíjí a v době, kdy se o slovo hlásí stáří, se nejhojněji rozvíjejí hlavní příznaky. Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože si myslím, že Parkinsonova choroba je opomíjená. Mezi veřejností je více známá Alzheimerova nemoc. Také proto jsem se rozhodla zkoumat oblast informovanosti seniorů o Parkinsonově chorobě a zjistit, jaké je povědomí o této problematice.

Nemoc nese jméno Jamese Parkinsona, anglického lékaře. Byl povahy zvědavé, nechtěl pro něj neznámé nechávat nevyřešené. V 19. století vydal esej o nemoci, již pojmenoval třaslavá obrna. V eseji popsal své pacienty s klidovým třesem, tendencí předklánět trup dopředu a zkracovat krok.(30)

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se věnuji popisu Parkinsonovy choroby včetně jejího dopadu na život člověka. Příznaky, které s sebou nemoc nese, se totiž významně promítají do sociální oblasti i psychického stavu člověka. Také proto jsem v teoretické části mapovala situaci týkající se oblasti zdravotně sociálních služeb. Mou snahou bylo vytvořit přehled zdravotně sociálních služeb v Českých Budějovicích tak, aby ho mohl využít sám člověk s Parkinsonovou chorobou nebo aby pomohl pečující rodině. V praktické části jsou zpracovány výsledky výzkumu, který jsem provedla s aktivně žijícími seniory. Snažila jsem se zjistit informovanost seniorů ohledně Parkinsonovy choroby, protože jde o nemoc, se kterou se mohou osobně či ve svém okolí setkat. Navíc, když jsem během průběhu výzkumu se seniory hovořila, vyšlo najevo, že téměř každý z nich se ve svém okolí nebo rodině s člověkem s Parkinsonovou nemocí setkal.

Přála bych si, aby má bakalářská práce byla komplexním průvodcem problematikou Parkinsonovy choroby.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Parkinsonova choroba z klinického hlediska

Parkinsonova choroba je chronické, pozvolna se rozvíjející se onemocnění, které v současné době není možné vyléčit. Avšak lze je léčit, tzn. omezit či potlačit příznaky choroby.(32) Podkladem jsou procesy degenerativního charakteru postihující mozkové podkorové struktury, které se podílejí na centrální řízení.(30) Průběh nemoci a míra obtíží závisí jak na léčbě, tak na duševním stavu pacienta. Duševní problémy mají vliv na zdravotní stav.(32)

1.1.1 Minimum z anatomie a fyziologie

Parkinsonova choroba je onemocnění neurologické. Postihuje extrapyramidový systém. Ten obsahuje hlavní struktury účastnící se řízení motoriky. Jeho funkce není samostatná, ale odpovídá za specifické motorické funkce. Za řízení pohybu dále odpovídá primární mozková motorická kůra (kortex), pyramidové dráhy a mozeček (cerebellum). Extrapyramidový systém se skládá z bazálních ganglií (jsou to soubory shluků nervových buněk v hloubce hemisfér) a s nimi spojené kmenové struktury a také z některých kortikálních areí.(30)

K problematice Parkinsonovy choroby patří neodmyslitelně i transmitery, nervové přenašeče. Umožňují přechod informací na spojích-synapsích. Podkladem Parkinsonovy choroby je snížení tvorby jednoho transmiteru, známého pod názvem dopamin. Dopamin má základnu tvorby především ve středním mozku, v jádru zvaném substantia nigra (černé jádro). Odtud putuje výběžky těl tohoto jádra do jiné oblasti bazálních ganglií, do striata (žíhané jádro). Z této oblasti je pak uvolňován do synapsí. Pokud je na synapsích nedostatek dopaminu, nemůže striatum dobře pracovat a dochází k poruše regulace hybnosti a projevům Parkinsonovy choroby.(32) Existence a funkce dopaminu byla objevena v 60. letech minulého století.(39)

1.1.2 Výskyt Parkinsonovy choroby

Dá se říci, že Parkinsonovou chorobou trpí přibližně každý tisící člověk. U osob starších 60 let postihuje přibližně 1 % populace. Tyto údaje nám popisují prevalenci Parkinsonovy choroby.(32) Incidence nemoci za 1 rok v České republice je 5-24 případů na 100 000 obyvatel.(19) Celkový počet parkinsoniků v ČR je odborníky odhadován na 10-15 000 obyvatel.(6) Tento počet může být ale ve skutečnosti nepoměrně vyšší, protože podle údajů lékařů až 40 % nemocných nevyhledá odbornou pomoc. Tito lidé považují příznaky nemoci za normální projev pokročilého věku.(30) Omyly ale nepřicházejí jen ze strany pacientů. Ve 14 - 42 % případů dochází k falešné diagnóze Parkinsonovy choroby. Může jít o tzv. pozitivní diagnózu, kdy je skutečná Parkinsonova choroba diagnostikována jako jiné onemocnění. V případě tzv.negativní diagnózy jde o fakt, že jiné onemocnění je diagnostikováno jako Parkinsonova choroba.(19) Proto je nutné, aby diagnózu stanovil specializovaný lékař, zkušený neurolog se specializací na extrapyramidová onemocnění.(13)

1.1.3 Etiologie Parkinsonovy choroby

Roth, J. (32) zdůrazňuje, že na vzniku Parkinsonovy choroby nenese nemocná osoba žádnou vinu. Životní styl, druh práce, stravy atd. není žádnou příčinou nemoci. Parametry jako společenská vrstva, vzdělání, očkování neakcentují výskyt Parkinsonovy choroby. Otázka genetického vlivu na výskyt Parkinsonovy choroby není dosud vyřešena. V 90. letech 20. století byl objeven gen nazývaný parkin u lidí s časným výskytem Parkinsonovy choroby – tj. kolem 40. roku věku (vyskytuje se asi u 10 % případů). Objeven byl také zmutovaný gen označený LRRK2. Jeho výskyt lze vysledovat v rodinách, kde se Parkinsonova choroba kumulovaně vyskytuje. Avšak jeden z typů již zmíněné mutace byl objeven také u nemocných, kteří nepocházejí z rodin s kumulovaným výskytem nemoci a netrpí Parkinsonovou chorobou s časným začátkem, tedy se u nich nepředpokládala genetická podmíněnost onemocnění. Mutace je tedy nyní centrem pozornosti současného genetického výzkumu.(31) Dále některé zdroje udávají, že větší sklon ke vzniku Parkinsonovy choroby má tzv. typická osobnost. Má jít o člověka s typickými povahovými rysy, uzavřeného, se sklonem

k depresím a nepřizpůsobivosti. Hypotéza o typické osobnosti není potvrzena, mezi odbornou veřejností se vedou spory.(32)

Celkově panuje o vzniku Parkinsonovy choroby mnoho nejasností. Známe je mechanismus způsobující onemocnění. Jde o nedostatek dopaminu na synapsích, tudíž nemůže dobře pracovat striatum a tím dochází k poruše regulace hybnosti. Aby se Parkinsonova choroba skutečně projevila, musí být zničeno minimálně 50 % substantia nigra a dopamin ve striatu musí poklesnout minimálně o 80 %.(32) Spouštěcí moment choroby je dosud nejasný. Byly vytvořeny 3 vědecké modely spouštěcího momentu. Jde zatím o vědecké hypotézy, žádná z nich nebyla zcela potvrzena. Zde jsou uvedeny:

a) *Exotoxický model* – udává, že ze zevního prostředí přichází látka jedovatá pro buňky tvořící dopamin v bazálních gangliích. Je to látka zvaná MPTP (1-methyl-4-fenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridin). Je schopná vyvolat stav klinicky totožný s Parkinsonovou chorobou u senzitivních jedinců. Využívá se při experimentech na zvířatech. MPTP se vyskytuje také v hnojivech a pesticidech.(19)

b) *Endotoxický model* – má teorii, že v mozku pacientů s Parkinsonovou chorobou se vytvářejí takové látky, které působí jako jed na buňky tvořící dopamin.(32)

c) *Genetický model* – Parkinsonova choroba se vzácně, u přibližně 10 % vyskytuje v určitých rodech, nejčastěji tomu bývá u osob, u nichž se Parkinsonova choroba projevila v mladším věku.(32)

1.1.4 Příznaky Parkinsonovy choroby

Obvykle mívají první potíže klientů nespecifický charakter. Jde o bolesti zad a ramen, pocity tíže v končetinách, pocity snížené výkonnosti, tichost a monotónost hlasu, deprese, pocit snížené sexuální výkonnosti, zácpa, poruchy spánku, poruchy písma (mikrografie). Tyto potíže se nevyskytují vždy a ne u všech pacientů.(32) Navíc se klinický obraz postupně mění v čase, protože jde o progredující onemocnění. K Parkinsonově patří triáda 3 základních příznaků: třes, ztuhlost a snížená pohyblivost.(30)

1.1.4.1 Třes

Jedná se o klasický příznak Parkinsonovy choroby, mezi veřejností je znám jako nejcharakterističtější. Proto je nutné zdůraznit, že ne všechen třes (tremor) znamená Parkinsonovu chorobu. Typický třes se objevuje hlavně na končetinách, hlava bývá postižena zřídka. Obvykle začíná na prstech horní končetiny, typicky nesymetricky, výrazněji na jedné straně. Postupně se šíří na stejnostrannou dolní končetinu, posléze i na druhou polovinu těla. Frekvence třesu je 4-6 kmitů za sekundu. Třes má převážně klidový charakter, patrný je též při chůzi. V pokročilých stádiích přetrvává také při pohybech. Nejtypičtějším znakem je zhoršení v klidu. Emoce třes zvýrazňují, ve spánku třes mizí a při duševním klidu se snižuje. Jeho viditelnost vytváří klientům značné množství psychických a sociálních problémů.(32) Třes často upoutává pozornost okolí. Sám o sobě bývá málokdy invalidizující.(13) Až u 15 % nemocných se během nemoci vůbec neobjeví. Pokud se objevuje pouze v klidu, nečiní potíže s běžnými denními aktivitami.(19)

1.1.4.2 Ztuhlost

Ztuhlost (rigidita) můžeme charakterizovat jako zvýšený svalový tonus. Projevuje se konstantně v celém rozsahu aktivně i pasivně prováděného pohybu. Rigidita bývá přítomna již v počátečních fázích Parkinsonovy choroby, ale často si klienti její přítomnost neuvědomí. Pokud ano, cítí bolesti, napětí až křeče ve svalích. Rigidita má za následek flekční držení trupu, šíje a končetin.(19) Tito lidé mají hlavu a trup v předklonu, horní a dolní končetiny poněkud ohnuté. Vzniká porušené držení těla. Člověk musí k vynaložení pohybů vydávat daleko větší úsilí než zdravý jedinec. Můžeme si sami udělat představu - parkinsonici toto úsilí přirovnávají ke snaze o rychlý pohyb ve vodě.(30) Rigidita se obvykle manifestuje asymetricky. Stejně jako tremor ve spánku mizí. Je pochopitelné, že tento příznak silně ztěžuje život člověka.(19)

1.1.4.3 Snížená pohyblivost

Jedná se zmenšení rozsahu pohybu. V této souvislosti se také uvádějí pojmy bradykineze a akineze. Bradykineze znamená zpomalení pohybu, akineze nemožnost

začít pohyb.(19) Tyto příznaky nezávisí na míře svalové ztuhlosti. Potíže dělá především začátek pohybu. Automatické pohyby jsou také omezeny. Zmenšuje se spontánnost pohybu, přicházejí potíže s řečí ve smyslu ztišení hlasu, sklonu k šeptání, zvýšení rychlosti. V určitých situacích se pak řeč může stát nesrozumitelnou. Dále mizí, oplošťuje se mimika obličeje (vznik maskovitého obličeje), písmo se zmenšuje (mikrografie).(32) Jemná motorika ruky se zpomaluje a stává nevýkonnou. Hypokineze se také nejprve projevuje asymetricky a na akrálních částech těla. Postupně progreduje postižení chůze, zpočátku pacient pociťuje pomalejší tempo chůze a nemůže si pospíšet. Dále se kroky časem zkracují, chůze se stává šouravou, uskutečňuje se malými krůčky, člověk šoupá podrážkami bot o podlahu. V problematice pohyblivosti u Parkinsonovy choroby jsou poměrně důležité následující pojmy. Hesitace znamená váhání při začátku pohybu.(19) Freezing označuje „zmrznutí“, je to náhlá blokáda pohybu, nejčastěji chůze, vzniknout může kdykoliv, nemá v dané chvíli žádnou příčinu. Pojem pulze označuje klientovu snahu drobnými krůčky „cupitají“ kupředu, zpravidla bez zřetelného efektu.(30)

1.1.4.4 Jiné příznaky

Vznikají především na neurovegetativním podkladě. Jsou velice různorodé. Může jít o poruchy termoregulace, člověk abnormálně vnímá teplo a chlad, zvýšeně se potí. Lidé trpící Parkinsonovou chorobou mají často sklony k zácpě (obstipace). Tento příznak člověka do značné míry sužuje. Pojem seborhea označuje nadměrnou sekreci mazových žláz především na obličeji, kde přispívá k maskovitému výrazu. Může jít také o potíže s močením ve smyslu polakisurie a nykturie, příčina je v nervosvalovém ovládní močového měchýře.(30) Parkinsonici mají sklony k ortostatické hypotenzi, tj. sklonu k náhlým poklesům krevního tlaku zejména při změně polohy těla. Tento příznak se objevuje již v časnějších fázích Parkinsonovy choroby.(32) Je potřeba zdůraznit, že jak povaha, tak intenzita obtíží mohou být výrazně odlišné u různých pacientů. Obvykle nebývají vyjádřeny všechny příznaky nemoci.(15)

1.1.5 Léčba Parkinsonovy choroby

V současné době neznáme prevenci ani možnost úplného vyléčení Parkinsonovy choroby. Léčba je zaměřena na potlačení příznaků při co nejmenší míře nežádoucích účinků. Nejvhodnější je začít s léčbou v okamžiku, kdy člověku začínají problémy způsobené nemocí vadit v běžných denních aktivitách.(13)

1.1.5.1 Farmakologická léčba

Uvedu několik obvykle užívaných skupin léčiv. Nejčastěji se užívají levodopa. Jsou neúčinnější, jejich podávání upravuje množství dopaminu v substantia nigra. Jsou účinná na většinu příznaků u většiny pacientů (75 %). Při déletrvajícím užívání se účinnost snižuje, objevují se nežádoucí účinky(nauzea, nechutenství, zvracení, zácpa, psychické poruchy jako halucinace, deprese, delirantní stavy, neklid, euforie). Další skupina, carbidopa, zpomalují přeměnu levodopy na dopamin v krevním oběhu, více látky se tak dostane do mozku a zmírní se nežádoucí účinky levodopy. Selegilin ovlivňuje MAO-monoaminoxidázu, tj. enzym, který se účastní na odbourávání dopaminu. Selegilin zesiluje a prodlužuje účinek dopaminu. Používají se také agonisté dopaminových receptorů, které působí na cílové buňky v substantia nigra, kde imitují dopamin, často se kombinují s levodopy. Mezi další užívané lékové skupiny patří acetylcholin, amantadin, muskarinové antagonisty.(3)

1.1.5.2 Neurochirurgická léčba

Jejím cílem je zmírnit projevy Parkinsonovy choroby, operace se provádějí stereotakticky, tzn., že principem operace je destrukce nebo stimulace malé části oblasti mozku. Nejčastěji se provádí zákroky jako thalamotomie, při které se detruuje malá část buněk thalamu. Thalamus má bohaté propojení na bazální ganglia. Operace účinně mírní třes na opačné straně těla. Při pallidotomii se rozrušují buňky ve vnitřní části globus pallidus (bledé jádro, jedno z bazálních ganglií). Také potlačí třes. Při stimulaci pallida a thalamu se neprovádí destrukce, ale nervová stimulace těchto center.(30)

1.1.5.3 Léčba pomocí kmenových buněk

Buněčná terapie s Parkinsonovou chorobou by znamenala úplné uzdravení. Odumřelé neurony by se nahradily kmenovými buňkami. Ty lze v laboratorních podmínkách vytvořit ze kterékoli z 230 druhů buněk v lidském těle. Prováděny byly experimenty na potkanech s příznaky Parkinsonovy choroby. Po tranaplantaci kmenových buněk do poškozených oblastí mozku se zvířata uzdravila. Avšak objeven byl závažný nepříznivý efekt. Některé transplantované buňky se začaly nekontrolovatelně množit a vyvolaly nádorové bujení. proto je tento druh léčby prozatím hudbou budoucnosti.(27) Problematika léčebného užití kmenových buněk je provázána diskuzí ohledně etických aspektů. Z kmenových, zatím nediferencovaných buněk se může vytvořit jakákoli buňka libovolného lidského orgánu. Kmenové buňky se získávají z embrya 5 dnů po oplození. Právě jich se týká bouřlivá diskuse spojená s otázkou, kdy začíná lidský život. Dalším zdrojem jsou tzv. dospělé kmenové buňky, jež v těle běžně nahrazují afunkční či mrtvé buňky.(16) Tuto oblast výzkumu ještě provází mnoho dotazníků. Klinická medicína si dává za úkol uzdravit nemocného člověka. Nikdo od dob Platóna a Aristotela nepochybuje, že zdraví je dobro. Často je však nemožné tohoto ideálního cíle dosáhnout.(26)

1.2 Psychika člověka a Parkinsonova choroba

1.2.1 Vliv chronické nemoci na psychiku člověka

Podle Křivohlavého (24) je existence chronického onemocnění faktem, s nímž se musí ten, kdo nemocí trpí, vyrovnávat. U chronicky nemocných lidí lze pozorovat odchylky od chování zdravých lidí. Tyto změny se týkají oblasti vnitřního prožívání a oblasti sociálního života. Ve sféře vnitřního prožívání je ovlivněna oblast kognitivní, člověk na nemoc často myslí, myšlenky k nemoci směřují zcela samovolně. Chronické onemocnění má vliv na sebepojetí člověka. Jeho identita je postižena nejvíce. Může dojít až k tzv. stavu non-person. Pojem znamená nebytí osobnosti. Člověk má dojem, že byl někým jiným, než došlo k onemocnění, nyní je také někým jiným. Ztrácí nejen osobní kompetenci, ale i vědomí osobní úcty a ceny. Tyto změny lidé přirozeně

vnímají velmi těžce. Sféra sociálního života může být chronickou nemocí také výrazně ovlivněna. Chronicky nemocný člověk se kvůli své nemoci často dostává do kontaktu se zdravotnickými zařízeními a jejich pracovníky. Podvědomě očekává rychlé uzdravení, jež vzhledem ke chronickému onemocnění nenastává. Důsledkem pak je nedůvěra ke zdravotnictví, smyslu léčby, která vede k odklonu od tradiční medicíny a obracení se k léčitelství a paramedicínským praktikám.(24) Stále častěji se lidé se stejným problémem sdružují do tzv. svépomocných skupin (self-help groups). Lidé si je vytvářejí sami, na principu dobrovolnosti a také ideální rodiny. V ideální rodině vidí mladší členové vzor ve členech starších a ti naopak předávají poznatky a zkušenosti mladším členům. Skupiny pomáhají uspokojit přirozenou lidskou potřebu někam patřit. Když člověk pomoc nejen přijímá, ale i poskytuje, uleví se mu od pocitů bezmoci a závislosti.(25)

1.2.1.1 Parkinsonova choroba a rodina

Nemoc také významně poznamenává vztahy v rodině.(24) S rozvojem nemoci se vyskytují nové problémy a požadavky kladoucí velké požadavky na čas, energii a psychiku rodinných příslušníků. V partnerství se objevují problémy týkající se přijetí role pečovatele, pocitu, že je na něm závislá jiná osoba, přibývání povinností, odpovědnosti, omezení vlastního života. V manželství často dochází ke změně postoju ve smyslu dominance a submise. V takových případech je schopnost měnit postoje (flexibilita) velkým kladem. Ukazuje se, že se lidé kvůli nemoci často v manželství sblíží, avšak jejich míra spokojenosti v manželství se naopak rapidně sníží.(32) Stabilita rodiny, jejíž člen je zdravotně znevýhodněný, je testem zralosti osobnosti partnerů.(21)

1.2.1.2 Parkinsonova choroba a sexuální život

Sexuální potíže pociťuje asi 1/3 pacientů. Muži mají obvykle problémy s potencí. Odborníci doporučují porušení zavedených stereotypů, být sexuálně aktivní vždy, když to stav dovoluje, nejenom v noci.(19) V České republice je oblast sexuality u klientů s chronickým onemocněním stále opomíjená, jen u 20 % chronických

nemocných ošetřující lékař iniciuje rozhovor o sexuálním životě. V České republice také doposud nebyla detailně prozkoumána problematika sexuality u parkinsoniků.

U osob s Parkinsonovou chorobou je sexualita podmíněna symptomy onemocnění (především poruchami hybnosti), porušené mohou být sexuální vegetativní funkce. Také užívané léky mohou sexualitu ovlivňovat ve smyslu kladném (levodopa zvyšují sexuální apetenci) i záporném (antidepresiva utlumují libido). Významnou roli hrají psychologické faktory, jako deprese a úzkosti, nízké sebevědomí.(23) Podle Kotkové (23) bylo zjištěno, že sexuální aktivita osob s Parkinsonovou chorobou je nižší než u zdravých osob, zatímco v oblasti sexuálních fantazií je tomu naopak. Vždy záleží na taktu a otevřenosti samotných partnerů. Je však zřejmé, že vzdání se sexuálního života výrazně naruší pocit životního uspokojení.(32)

1.2.2 Změny psychiky způsobené Parkinsonovou chorobou

Zatím není objasněn vznik příznaků komplikujících psychickou pohodu pacienta. Je však jednoznačně dokázáno, že vznikají nejčastěji až po několika letech užívání léků proti Parkinsonově chorobě.(32) Poruchy psychiky jsou velice různorodé, vyskytují se deprese, úzkostné stavy, demence, poruchy spánku. Všechny tyto poruchy jsou navzájem propojeny a úzce spolu souvisí. Deprese a úzkostné stavy mohou být jedním z prvních příznaků Parkinsonovy choroby, pokud se vyskytne demence, tak až v pozdních stádiích nemoci.(30)

1.2.2.1 Deprese

Deprese jsou pocity nepřiměřeného smutku či zoufalství. Provází je celková skleslost, únavové příznaky, poruchy spánku, příjmu potravy. Deprese nemusí být závislá na stupni postižení Parkinsonovou chorobou. Tento typ deprese označujeme jako endogenní, na rozdíl od exogenní vzniká nezávisle na vnějších podmínkách a problémech.(32) Dle Rotha (32) je deprese léčitelná a je nutno ji léčit. První léčbou jsou antidepresiva, upravují aktivitu serotoninu a dopaminu. Účinek těchto léčiv není okamžitý, dostavuje se až po 3 - 6 týdnech užívání. Doporučována je psychoterapie, která podporuje zdravé části osobnosti. Psychoterapeut neléčí, ale doprovází při léčbě.

Psychoterapie probíhá dle potřeby a stavu pacienta individuálně nebo ve skupinách. Hlavním příznakem deprese je porucha nálady. Zasaženo je myšlení, chování i tělesné fungování. Deprese zasahuje tělo i duši. Člověk cítí tíhu, únavu, vyčerpanost, malátnost, méněcennost, vinu, nezájem o koníčky, sex, potíže se soustředěním, přechodné problémy s pamětí, smutek, myšlenky na sebevraždu, vyhýbá se lidem. Intenzita potíží kolísá během dne, u každého individuálně. Pro depresi jsou charakteristické depresivní automatické myšlenky. Přicházejí na mysl samy, člověk nad nimi nehlobá. Život s depresí patří mezi nejhorší lidská utrpení.(28)

1.2.2.1.1 Přístup k depresivnímu člověku

Pro blízké depresivního nemocného a pracovníky pomáhajících profesí by mělo platit dodržování určitých pravidel, jako nezlehčovat stav nemocného, neobviňovat ho. Deprese je nemoc, nikoliv lenost či nechota k práci, tudíž je na místě citová podpora a trpělivost. Důležité je podporovat rozhodnutí navštívit odborníka a nepodceňovat poznámky o sebevraždě.(28)

1.2.2.1.2 Riziko sebevraždy

Deprese zvyšuje riziko sebevražděného chování a v kritických situacích i impulsivního jednání, kdy člověk podlehe a realizuje okamžitý nápad. Všechny známky rizika i případné poznámky o sebevraždě je třeba brát vážně.(28) Podle Praška (28) bezprostřední hrozba sebevražděného jednání opravňuje dle naší legislativy k poskytnutí léčby a pomoci i proti vůli nemocného.

1.2.2.2 Úzkost

Úzkost (anxieta) je obvykle průvodním jevem každé chronické nemoci. Vyskytuje se až u 40 % pacientů s Parkinsonovou chorobou. Také často provází depresi. Může být akutního charakteru provázená motorickým neklidem až s obrazem panické ataky. Tyto akutní stavy souvisí s přechodným nedostatkem dopaminu.(19) Objevuje se chorobně úzkostná nálada, napětí, obavy z budoucnosti.(22)

1.2.2.3 Demence

Demence v pravém slova smyslu se vyvíjí jen u určitého počtu lidí s Parkinsonovou chorobou.(11) Podle Kolibáše (22) se demence projeví u 20 % parkinsoniků. Parkinsonova choroba může budít dojem duševní nedostatečnosti díky pomalé monotónní řeči, chudosti pohybů, zpomaleným reakcím.(32)

Demence u Parkinsonovy choroby řadíme mezi podkorové demence. Postupují poměrně pomalu, mnohem pomaleji než u Alzheimerovy choroby. Nejnápadnější bývá celková zpomalenost psychických procesů, apatie, sklony k depresím. Pomalu postupuje porucha kognitivních funkcí, snižuje se koncentrace pozornosti, člověk stále více váhá v myšlení i řeči. Parkinsonova choroba v mnohém připomíná proces přirozeného stárnutí, jen je akcelerovanější a s typickými neurologickými poruchami. Mechanismy vzniku demence u parkinsoniků nejsou zcela známy. Prokázáno je, že u nich demence vzniká výrazně častěji než u zdravých lidí.(11) Lidé s kognitivními poruchami jsou silně citliví na změny v sociálním okolí. Změna pobytu může výrazně zvýšit riziko deprese a automutilačního chování. Změna místa pobytu nebo nepřítomnost blízké osoby je významným stresovým faktorem. Znamená nejen kognitivní, ale také emoční zátěž. Přirozenou reakcí na stres je obrana. Pro člověka trpícího demencí jsou možnosti obrany velmi omezené, proto dochází k možným poruchám chování, agresivitě, úniku do deprese či útěku.(22) Demence můžeme rozdělit do 3 stádií. Jde pouze o schematické rozdělení, které se v praxi může individuálně odlišovat.

a) *Počínající a mírná demence*, v popředí jsou poruchy paměti, chování, koncentrace, dochází ke změnám sociálních funkcí člověka.

b) *Středně pokročilá demence*, při níž je již porušena soběstačnost, člověk potřebuje častý či převážný dohled.

c) *Pokročilá demence*, člověk je odkázán na nepřetržitou péči a pomoc.(11)

1.2.2.3.1 Přístup k člověku trpícímu demencí

Lidem, u kterých vedle Parkinsonova choroby ke vzniku demence, je třeba poskytnout několik kroků zajišťujících efektivní komunikaci. Osoba postižená demencí

má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem emocionální závislosti, neschopnosti se přizpůsobit a vykonávat ústupky. Zodpovědnost za to, že osoba rozuměla a bylo jí porozuměno, náleží komunikátorovi. Vždy by měla panovat atmosféra podporující vznik partnerství, úctu k oběma komunikujícím stranám a důvěru. Ke klientovi přistupujeme přátelsky, otevřeně, oslovujeme ho jménem, poskytujeme mu zpětnou vazbu, zda je dostatečně koncentrován. Používáme konkrétní výrazy, řeč těla. K vyjádřeným citům, i negativním, se snažíme stavět s účastí.(41)

1.3 Parkinsonova choroba vzhledem k věku člověka

Odborníci upozorňují na stoupající četnost výskytu Parkinsonovy choroby se zvyšujícím se věkem člověka. Tento nárůst je patrný až do 75. roku, poté již přibývání není markantní.(19) Průměrný věk počátku Parkinsonovy choroby je 57 let.(22) Pokládá se tedy za obvyklé onemocnění staršího věku.(33) Z celé populace starší 60 let trpí Parkinsonovou chorobou celé 1 %.(32) Až 10 % pacientů onemocní před 40. rokem věku, jde o časný začátek nemoci (young onset type)(19). V tomto případě není rozhodující kalendářní věk, ale biologický stav jedince, důležitou roli hraje genetika.(33) Dalších 10 % onemocní po 75. roku věku, jde tedy o pozdní začátek nemoci (late onset type).(19)

V roce 2000 činila díky moderní farmakoterapii doba přežití Parkinsonovy nemoci 13-14 let.(19) Charakterizujeme si proto věková období, ve kterých dochází ke vzniku Parkinsonovy choroby. V období mezi 30 - 40 lety (střední dospělost) obvykle stoupá osobní moc a vliv člověka v pracovní sféře, u příbuzenstva. S blížícím se 40. rokem se objevuje krize druhého břehu a ožívá téma identity, jak naložit s druhou polovinou života. V žádném jiném životním období než mezi 40 a 50 lety nepocítují lidé tak silný strach ze smrti. Lidé začínají klást větší důraz na správnou životosprávu a snaží se oddálit chátrání těla a předčasnou smrt. Také se často starají o stárnoucí a umírající rodiče. Na mysli logicky vyvstává-ťed' jsem na řadě já. V další dekádě, mezi 50 - 60 lety člověku ubývá tělesných a duševních sil, blížící se stáří často člověka zasáhne nepřipraveného, je více citově zranitelný. Po 60. roce již přibývá chronických nemocí. Autorita stáří dnes nemá velkou váhu. Naše společnost bere stáří jako

nedostatek mládí.(34) Odborníci označují období 60 – 74 let jako rané stáří, 75 - 89 let jako pozdní stáří a 90 a více let patří mezi dlouhověkost.(38)

V hospodářsky vyspělých zemích se preferuje kalendářní začátek stáří věk 65 let. Výrazně se projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu.(17)

1.4 Organizace zabývající se Parkinsonovou chorobou

1.4.1 Společnost Parkinson

Společnost Parkinson je nezisková, občanská a humanitární organizace, která byla založena v roce 1994. Má celostátní působnost. Členství je ryze dobrovolné, bezplatné, členem se může stát kdokoli, koho problematika Parkinsonovy choroby zajímá, koho se nemoc přímo dotýká nebo kdo chce pomoci. Vydáván je časopis Parkinson. V 11 krajích jsou pobočky - Kluby Společnosti. V Klubech se koná pravidelně a zdarma docházkový rehabilitační tělocvik, besedy s odborníky, přednášky, výlety a vycházky, kulturní akce. Cílem je aktivizace a zapojení se, zlepšení zdravotních podmínek. Podstatnou část práce Společnosti Parkinson tvoří organizace a zajišťování 14ti denních pobytových rekondičních pobytů za účasti školených odborníků. Pobytů jsou zaměřeny na zlepšení pohybových schopností, psychického stavu, vzájemného poznávání. Společnost Parkinson je členem Národní rady pro zdravotně postižené. Spolupracuje s odbornými neurologickými a rehabilitačními pracovišti, Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky a dalšími vládními a nevládními organizacemi. Od roku 1996 je Společnost Parkinson členem Evropské asociace společností pro Parkinsonovu nemoc a aktivně se podílí na její činnosti.(35)

1.4.2 Evropská asociace společností pro Parkinsonovu nemoc

European Parkinson's Disease Association (dále EPDA) je nezisková nepolitická, nábožensky neutrální organizace, která se věnuje péči o pacienty trpící Parkinsonovou chorobou. Její činnost je podporována orgány Evropské unie. Cílem je, aby pacienti v Evropě měli k dispozici nejlepší péči, přístup k nejmodernějším

lékařským informacím a právo zvolit si léčebný postup, který vede ke zlepšení života. EPDA zdůrazňuje nutnost multidisciplinární péče a holistického přístupu k člověku. Také vydává časopis EPDA focus, pořádá mezinárodní konference, podporuje samostatné aktivity mladých pacientů, u kterých Parkinsonova nemoc vznikla před 40. rokem života. Úzce spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací.(2)

1.4.2.1 Charta práv pacientů trpících Parkinsonovou chorobou

Na doporučení EPDA byl 11. duben (den narození Jamese Parkinsona) vyhlášen Světovou zdravotnickou organizací světovým dnem Parkinsonovy choroby. V roce 1997 byla k tomuto dni vydána Charta, která obsahuje 5 základních principů. Ty mají za úkol zlepšit kvalitu života člověku trpícímu Parkinsonovou chorobou a jejich rodinám. Pacient trpící Parkinsonovou chorobou má právo:

- a) na lékaře specialistu zabývajícího se Parkinsonovou chorobou;
- b) na přesné stanovení diagnózy;
- c) na kontinuální péči;
- d) na aktivní spoluúčast při léčbě svého onemocnění;
- e) na sociální podporu společnosti.

Charta byla podepsána řadou významných osobností kulturního i politického života.(3)

1.5 Sociální pomoc a podpora

Od 1. 1. 2007 vstoupila do účinnosti soustava nových zákonů týkajících se sociální problematiky. Nejvýznamnější je zřejmě zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, upravující problematiku příspěvku na péči. Také některé stávající vyhlášky byly výrazně novelizovány, např. vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení v platném znění.

1.5.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Upravuje ho zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních

službách. Tímto zákonem je dáno, že pomoc je potřebná člověku z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je myšlen zdravotní stav, který trvá déle než 1 rok a omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost. O příspěvek je možné žádat na obecních úřadech s rozšířenou působností. Žadatel se podrobí sociálnímu šetření. Dále je nutné podstoupit vyšetření zdravotního stavu lékařem určeným úřadem práce a osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek. Na žádosti musí být uvedeno, kdo bude péči poskytovat. Příspěvek je vyplácen měsíčně, může být přiznán ve 4 stupních pro občany starší 18 let.

- I. Lehká závislost, výše příspěvku činí 2000 Kč.
- II. Středně těžká závislost, výše příspěvku činí 4000 Kč.
- III. Těžká závislost, výše příspěvku činí 8000 Kč.
- IV. Úplná závislost, výše příspěvku činí 11000 Kč.

Celá žádost o příspěvek na péči probíhá v rámci správního řízení. Výsledkem správního řízení je rozhodnutí. Proti rozhodnutí je možná podat odvolání, na krajský úřad.(40) K 1. 1. 2007 bylo pozastaveno vyplácení dříve přiznaných příspěvků k důchodu pro bezmocnost. K tomuto datu také došlo k automatickému převodu příspěvku na péči ve stupni dříve přiznaného rozsahu bezmocnosti (I. částečná, II. převážná, III. úplná). O stupeň IV. příspěvku na péči je nutné žádat zvlášť.(12)

1.5.2 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Upravuje je vyhláška MPSV č.182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení v platném znění. Podmínkou po přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany je těžké zdravotní postižení, které postatně omezuje pohybové nebo orientační schopnosti, které je uvedeno v příloze č. 2 vyhlášky. Parkinsonova choroba není přímo uvedena, s přílohou lze však ztotožnit její důsledky. Žádost se podává na obecní úřad s rozšířenou působností. Mimořádné výhody jsou rozděleny do 3 stupňů podle tíže postižení:

Mimořádné výhody 1. stupně (průkaz TP) opravňují držitele k nároku na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích. Držitel má také nárok na přednost při osobním projednávání záležitostí, kromě nákupů, obstarávání placených služeb, ošetření nebo vyšetření ve zdravotnických zařízeních.

Mimořádné výhody 2. stupně (průkaz ZTP) opravňují k mimořádným výhodám 1. stupně, dále umožňují bezplatnou dopravu veřejnými spoji místní veřejné hromadné dopravy a slevu 75% jízdného na vlakovou a autobusovou vnitrostátní dopravu.

Mimořádné výhody 3. stupně (průkaz ZTP/P) držitelům umožňují využívat mimořádné výhody 1. a 2. stupně, také zaručují bezplatnou přepravu průvodce hromadnými dopravními prostředky. Držitelům průkazu ZTP a ZTP/P může být poskytnuta poloviční sleva ze vstupného na nejrůznější kulturní akce.(37)

1.5.3 Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek

Tyto příspěvky jsou určeny na opatření pomůcek, které budou sloužit ke zmírnění, odstranění nebo překonání následků postižení. Přiznávání upravuje vyhláška MPSV č.182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení v platném znění. Příspěvek se neposkytuje v případě, že potřebnou pomůcku poskytuje a hradí zdravotní pojišťovna. Pro občany s Parkinsonovou chorobou jde především o pomůcky umožňující sebeobsluhu, samostatný pohyb, zachování zdravotního stavu a pomůcka umožňující přípravu a realizaci na pracovním trhu.(37)

1.5.4 Příspěvek na provoz motorového vozidla

O příspěvek na provoz motorového vozidla je nutné žádat na obecním úřadu s rozšířenou působností. Jeho problematika je opět upravena ve vyhlášce MPSV č.182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení v platném znění. Poskytuje se na období kalendářního roku občanu, který je vlastníkem nebo provozovatelem (vlastní technický průkaz) motorového vozidla. Příspěvek se poskytuje

občanovi z důvodu zdravotního postižení, které opravňuje k přiznání mimořádných výhod 2. a 3. stupně nebo občanovi, který bude používat motorové vozidlo pro pravidelnou dopravu manžela, manželky, dítěte nebo jiné blízké osoby, která má zdravotní postižení opravňující k přiznání mimořádných výhod 2. a 3. stupně. Výše příspěvku je dána ve vyhlášce MPSV č. 182/1991 Sb. Pro občany, jejichž zdravotní postižení opravňuje k přiznání mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené 3. stupně činí výše příspěvku 4 200 Kč u jednostopého vozidla a 9 900 Kč u ostatních vozidel. Občanům, kterým jejich zdravotní postižení umožňuje přiznat mimořádné výhody pro těžce zdravotně postiženého 2. stupně pak náleží příspěvek ve výši 2 300 Kč u jednostopého vozidla a 6 000 Kč u ostatních vozidel.(37)

1.5.5 Příspěvek na zvýšené životní náklady

Občanům trvale užívajícím ortopedické, kompenzační nebo jiné pomůcky je možné pověřeným obecním úřadem přiznat příspěvek až do výše 200 Kč měsíčně na zvýšené výdaje související s užíváním těchto pomůcek.(37)

1.6 Parkinsonova choroba a sociální služby

Oblast sociálních služeb v České republice upravuje zákon o sociálních službách. Tento zákon č.108/2006 Sb. (40) mezi sociální služby zahrnuje sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby mohou být poskytovány ve 3 různých formách, ve formě ambulantní, pobytové či terénní. Ambulantní služby jsou takové, za kterými klient dochází nebo je za nimi dopravován či doprovázen, součástí této služby není ubytování. Služby pobytové jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. V přirozeném sociálním prostředí se poskytují terénní služby.(40) Obecně by sociální služby měly splňovat určité principy zdůrazňující důstojnost a individualitu člověka.

Celosvětově se klade důraz na tyto principy:

a) *Zabezpečení*. Usilováno je o zajištění přístřeší, ošacení, čisté vody, stravy, základní zdravotní péče. V našich podmínkách se nejvíce jeví jako velký problém, jinak tomu je v rozvojových zemích.

b) *Autonomie*. Jde o zachování rozhodovacích kompetencí, kontrolu nad děním, ochranu soukromí.

c) *Důstojnost*. Sociální služba by měla respektovat osobnost člověka, brát ohled na možný stud člověka. Ochrana důstojnosti zahrnuje i prevenci nevhodného zacházení nebo dokonce násilí.

d) *Smysluplnost*. Sociální služby napomáhají při hledání životní náplně, zcivilňují dlouhodobou péči a působí preventivně proti komunikační a senzorické deprivaci.(18)

Podle Holmerové (17) je cílem sociálních služeb co nejdelší zachování soběstačnosti a integrace ve společnosti i při zhoršení zdravotního stavu. Naprosto klíčová při kvalifikované organizaci sociálních služeb je odpovědnost obcí s ohledem na potřeby jednotlivých občanů, tzv. case management. Důležitá je dostupnost služeb, dostatek informací o službách a snadný přístup ke službám.(17)

1.7 Zdravotně sociální služby v Českých Budějovicích vhodné pro osoby trpící Parkinsonovou chorobou

V následující kapitole budou uvedeny instituce, které poskytují zdravotně sociální služby na území města České Budějovice, které jsou člověku trpícímu Parkinsonovou chorobou ku pomoci.

1.7.1 Klub Parkinson, pobočka České Budějovice

Je jedinou institucí přímo zaměřenou na Parkinsonovu chorobu. Jednou týdně se členové klubu scházejí a provádí se rehabilitační cvičení pod vedením fyzioterapeutky. Nepravidelně se konají přednášky a besedy týkající se tématu Parkinsonovy choroby.(20)

1.7.2 Městská charita České Budějovice

Mezi projekty provozované Městskou charitou patří charitní pečovatelská služba. Poskytuje péči klientům se sníženou schopností péče o vlastní osobu a domácnost. Mezi nabízené služby patří nákupy, pochůzky, dovážka obědů a podání stravy, péče o osobní hygienu, doprovod k lékaři, práce spojené s údržbou domácnosti a

společných prostor domu. Zabezpečuje se také péče o biopsychosociální potřeby v domácím prostředí. Součástí služby jsou i jednoduché ošetřovatelské úkony a půjčování kompenzačních pomůcek. Provozní doba je 7 dní v týdnu. Městská Charita je schopná také po předchozí domluvě poskytovat osobní asistenci. Mimo to také provozuje nestátní zdravotnické zařízení, charitní ošetřovatelskou službu. Poskytuje odbornou ošetřovatelskou péči v přirozeném domácím prostředí klienta. Péče je poskytována zdravotními sestrami na doporučení ošetřujícího lékaře a hrazena zdravotní pojišťovnou. Charitní ošetřovatelská služba také zajišťuje bezplatné půjčování kompenzačních pomůcek.(29)

1.7.3 Pečovatelská služba České Budějovice

Pečovatelská služba poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro její poskytování. Také zajišťuje dovážení obědů a pomoc při podání stravy, pomáhá při zajištění chodu domácnosti a napomáhá při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Pečovatelská služba také zajišťuje poskytování služeb v domech s pečovatelskou službou na území Českých Budějovic.(29)

1.7.4 Domovinka - denní stacionář

Denní stacionář je určen pro osamělé, špatně pohyblivé seniory a seniory postižené demencí různého typu, kteří vyžadují stálou péči a dohled. Pokud rodina nemůže zajistit denní dopravu do zařízení, může se obrátit na pečovatelskou službu, jež je schopna dopravu zařídit. Klientům je poskytována celodenní strava, možnost odpočinku na vlastním lůžku a různorodý denní program zaměřený na aktivizaci seniorů.(29)

1.7.5 Agentura sester domácí péče IVAS

Agentura neposkytuje sociální služby, ale je schopna zajistit odbornou ošetřovatelskou a rehabilitační péči. Pomoc je určena těm lidem, kteří se chtějí o své blízké starat, ale při nejlepší vůli to sami nemohou zvládnout. Péče je poskytována

nepřetržitě 24 hodin denně na doporučení ošetřujícího lékaře a hrazena zdravotní pojišťovnou, součástí je půjčování kompenzačních pomůcek a poradenská činnost.(7)

1.7.6 Český červený kříž, domácí ošetrovatelská a pečovatelská služba ALICE

Zajištěna je komplexní domácí péče, ošetrovatelská i pečovatelská služba. ALICE je nestátní zdravotnické zařízení, ošetrovatelská péče je poskytována na doporučení ošetřujícího lékaře a hrazena zdravotní pojišťovnou.(10)

1.7.7 Centrum sociálních služeb Staroměstská, p.o. České Budějovice

Centrum sociálních služeb zajišťuje domov pro seniory, cílovou skupinou jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Zařízení se snaží zajistit důstojné prostředí a usiluje o předcházení zdravotních komplikací, sociální izolace. Nabídnout může i odlehčovací pobyty pro seniory a osoby se zdravotním postižením, o něž je pečováno doma. Umožňuje tak odpočinek pečujícím osobám. Telekontaktní zdravotně sociální služba se snaží snížit riziko poškození zdraví nebo života, zajistí pomoc prostřednictvím elektronického systému, klient však musí zvládnout obsluhu tísňového tlačítka.(14)

1.7.8 Domov pro seniory Hvízdal, p.o. České Budějovice

V zařízení je domov pro seniory a zároveň i domov pro osoby se zvláštním režimem. Poskytováno je ubytování a strava, pomoc při zvládnání běžných denních úkonů o vlastní osobu a při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.(29)

1.7.9 Domov pro seniory Máj, p.o. České Budějovice

V zařízení je domov pro seniory, domov pro osoby se zvláštním režimem a domov pro osoby se zdravotním postižením. Poskytovány jsou také odlehčovací služby.

Poskytuje se ubytování a strava, pomoc při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu a při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.(29)

1.7.10 ADRA o.s. Dobrovolnické centrum České Budějovice

Občanské sdružení ADRA organizuje sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, zároveň provozuje dobrovolnický program.(29)

1.7.11 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Univerzitní centrum pro seniory PATUP

Univerzitní centrum poskytuje poradenskou linku ohledně demencí, umožňuje osobní konzultace s odbornými pracovníky, umožňuje zprostředkování respitní péče, pořádá kurzy trénování paměti, provozuje pečovatelskou službu a zajišťuje přednáškovou činnost.(36)

1.7.12 Kluby důchodců

Kluby důchodců fungují na šesti místech v Českých Budějovicích a umožňují setkávání seniorů a provozování kulturních a zájmových činností.(29)

1.7.13 Svaz důchodců České republiky

Svaz důchodců může nabídnout pečovatelskou službu, sociální poradenství, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, např. sportovní, kulturní a osvětové akce.(29)

1.7.14 1. Centrum zdravotně postižených jižních Čech

1. Centrum zdravotně postižených se zabývá sociálními, kulturními a sportovními aktivitami pro všechny občany se zdravotním postižením bez rozdílu věku. Provozuje také občanskou poradnu a pomáhá zajišťovat materiální prostředky sociálně

slabým spoluobčanům. Také zprostředkovává kontakt se zahraničními sportovci se speciálními potřebami.(1)

1.7.15 Linka důvěry České Budějovice o.p.s.

Linka důvěry nepřetržitě poskytuje telefonickou krizovou intervenci osobám, které se nacházejí v obtížné životní situaci, kterou nejsou schopni v dané chvíli vyřešit vlastními silami.(29)

1.7.16 Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy

Středisko poskytuje ambulantně poradenskou a diagnosticko-terapeutickou službu zaměřenou na řešení problémů v rodinných a partnerských vztazích.(29)

1.7.17 Občanské sdružení zdravotně a tělesně postižených České Budějovice-Rožnov

Pořádány jsou přednášky se zdravotnickými tématy, koná se kulturně společenská činnost, poskytováno je poradenství.(29)

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZA

2.1 Cíle práce

Pro účely bakalářské práce byly zvoleny tři dílčí cíle:

4. Popsat zdravotní a sociální problematiku Parkinsonovy choroby včetně dopadu na všechny sféry života člověka.
5. Zjistit informovanost seniorů o Parkinsonově chorobě.
6. Zmapovat možnosti poskytování zdravotně sociálních služeb klientovi s Parkinsonovou chorobou a jeho rodině v Českých Budějovicích.

2.2 Hypotéza

S ohledem na cíle práce byla pro potvrzení či vyvrácení stanovena hypotéza.

H: Seniori jsou informováni o Parkinsonově chorobě.

3. METODIKA PRÁCE

3.1 Použité metody a techniky

Metodika práce vychází z principů kvantitativního výzkumu. Použita byla metoda analýzy dokumentů. Jedná se o analýzu jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu.(9)

Pro zjišťování míry informovanosti seniorů o Parkinsonově chorobě byla provedena metoda dotazování, technika dotazníku. Dle Dismana (9) je dotazník standardizovaný soubor otázek.

V dotazníku respondent odpovídá na otázky do tištěného formuláře. Použití dotazníku představuje poměrně snadné získání informací od velkého počtu respondentů v krátkém čase a s nízkými náklady a anonymita respondentů je relativně přesvědčivá.

(9) Byl sestaven anonymní dotazník obsahující 19 otázek. Začátek dotazníku obsahuje vysvětlení podstaty výzkumu, poučení o vyplnění, informace o zajištění anonymity. První tři otázky mají identifikační charakter (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání). Další otázky zjišťují informovanost o Parkinsonově chorobě. Použito bylo 14 otázek uzavřených a 3 otázky polouzavřené (polootvřené), kde byl výčet možností doplněn variantou „jiné“. Respondenti mohli označit jen jednu odpověď, výjimku tvořily otázky č. 7 a č. 13, kde bylo možné označit více odpovědí.

Za účelem zjištění, zda jsou senioři informováni o Parkinsonově chorobě, bylo určeno z dotazníku 5 zásadních kritérií:

6. Tělesný systém postižený Parkinsonovou chorobou (otázka č.4).
7. Průběh Parkinsonovy choroby (otázka č.5).
8. Věkové období, ve kterém Parkinsonova choroba nejčastěji probíhá (otázka č.6).
9. Způsob léčby Parkinsonovy choroby (otázka č.8).
10. Ovlivnění psychiky Parkinsonovou chorobou (otázka č.18).

Informovanost byla zjišťována za pomoci stanovených kritérií. Vědomosti seniorů na témata zásadních kritérií jsou rozhodující o zjištění jejich informovanosti o Parkinsonově chorobě.

Ostatní otázky položené v dotazníku jsou považovány za doplňkové, jejich úkolem je zjistit dílčí informovanost seniorů o Parkinsonově chorobě.

Pro ověření správnosti použité techniky sběru dat byl na malém vzorku (10 respondentů) proveden předvýzkum. Předvýzkum neprokázal potíže při vyplňování dotazníku, senioři otázkám rozuměli.

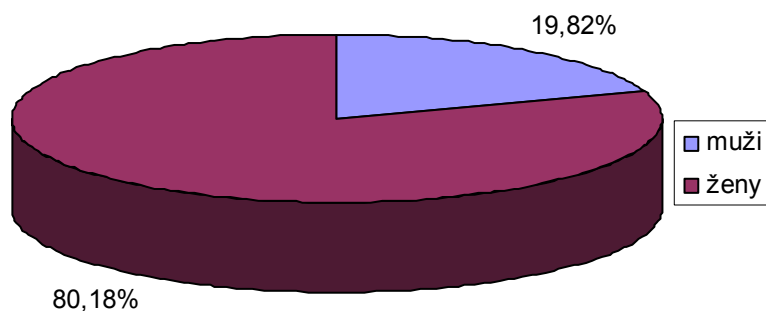
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Při kvantitativním výzkumu jsem se zaměřila na aktivní seniory od věku 60 let. Weber, P.(38) označuje věkové kategorie 60 - 74 let jako rané stáří, 75 - 89 let jako pozdní stáří, věk 90 a více let jako dlouhověkost.

Osloveni byli senioři navštěvující Klub důchodců J. Plachty v Českých Budějovicích, Klub důchodců J. Roháče z Dubé v Českých Budějovicích, klienti Univerzitního centra pro seniory PATUP při Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a zaměstnanci Jihočeského divadla v Českých Budějovicích splňující věkové kritérium. Výzkum probíhal v únoru 2007. Celkem bylo osloveno 160 respondentů, z nich 111 odpovědělo a zároveň splňovalo věkové kritérium 60 a více let. Návratnost tedy činila 69 %, byla tedy poměrně vysoká z toho důvodu, že ve většině případů byly dotazníky rozdávány osobně.

Dotazník zodpovědělo 111 seniorů, z toho 22 mužů (19,82 %) a 89 žen (80,18 %), jak ukazuje Graf 1. Tento nepoměr lze vysvětlit demografickou situací, kdy v populaci seniorů je větší procento žen než mužů. K 31.12. 2005 bylo v České republice 59 402 mužů a 66 453 žen ve věku 60 let. Ve věku 70 let žilo k uvedenému datu 32 638 mužů 43 551 žen. Ve věku 80 let to bylo 17 864 mužů a 34 485 žen.(8)

Graf 1.: Struktura respondentů dle pohlaví



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Jak je zřejmé z Tabulky 1, z Klubu důchodců J. Roháče z Dubé zodpovědělo dotazník 57 seniorů (11 mužů, 46 žen). V Klubu důchodců J. Plachty se výzkumu zúčastnilo 18 respondentů (2 muži, 16 žen). Univerzitní centrum pro seniory PATUP při ZSF JU v Č. Budějovicích zaznamenalo 19 respondentů (1 muž, 18 žen), v Jihočeském divadle se výzkumu účastnilo 17 respondentů (8 mužů, 9 žen).

Tabulka 1.: Struktura respondentů dle výchozích institucí

Instituce	Počet respondentů	Počet respondentů v %
KD J. Roháče z Dubé	57	51,35
KD J. Plachty	18	16,22
Univ.centrum pro seniory PATUP	19	17,12
Jihočeské divadlo	17	15,31
Celkem	111	100,00

(Zdroj: Vlastní výzkum)

4. VÝSLEDKY

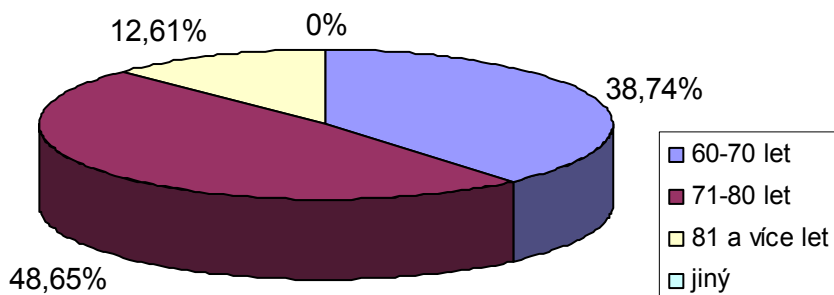
Kvantitativního výzkumu metodou dotazování - technikou dotazníku se zúčastnilo 111 respondentů starších 60 let, z toho 22 mužů (19,82 %) a 89 (80,18 %) žen, jak je uvedeno v Grafu 1.

Z hlediska věkové struktury byl věk respondentů rozdělen do 4 kategorií (v dotazníku ji zjišťovala otázka č.1):

- a) 60-70 let
- b) 71-80 let
- c) 81 a více let
- d) jiný

Jak vyplývá z Grafu 2., v kategorii 60-70 let bylo 43 respondentů (38,74 %), v kategorii 71-80 let 54 respondentů (48,65 %) v kategorii 81 a více let 14 respondentů (12,61 %). V kategorii „jiný“ nebyl žádný respondent (0 %).

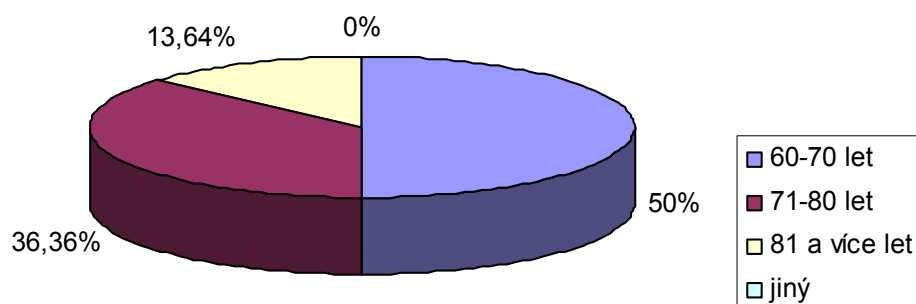
Graf 2.: Struktura respondentů dle věku



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentů mužů prošlo celkem výzkumem 22, ve věkové kategorii 60 -70 let 11 mužů (50 %), ve věkové kategorii 71 - 80 let 8 mužů (36,36 %), v kategorii 81 a více let 3 muži (13,64 %), v kategorii „jiný“ žádný respondent (0 %), je zřejmé na Grafu 3.

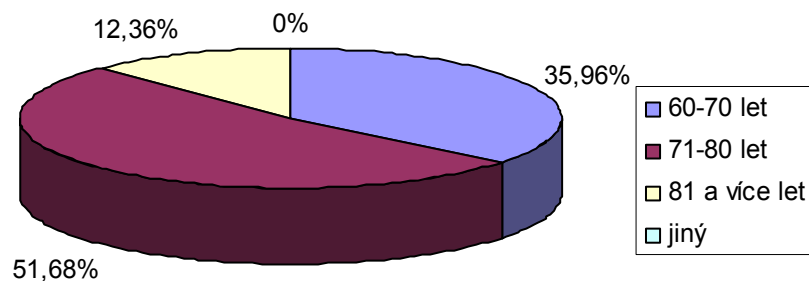
Graf 3.: Struktura respondentů – mužů dle věku



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentek žen se výzkumu zúčastnilo celkem 89, ve věkové kategorii 60 -70 let 32 žen (35, 96 %), ve věkové kategorii 71 – 80 let 46 žen (51,68 %), ve věkové kategorii 81 a více let 11 žen (12,36 %) žen. V kategorii „jiný“ nebyla žádná (0 %) z respondentek. Opět je zřejmé z Grafu 4.

Graf 4.:Struktura respondentů – žen dle věku

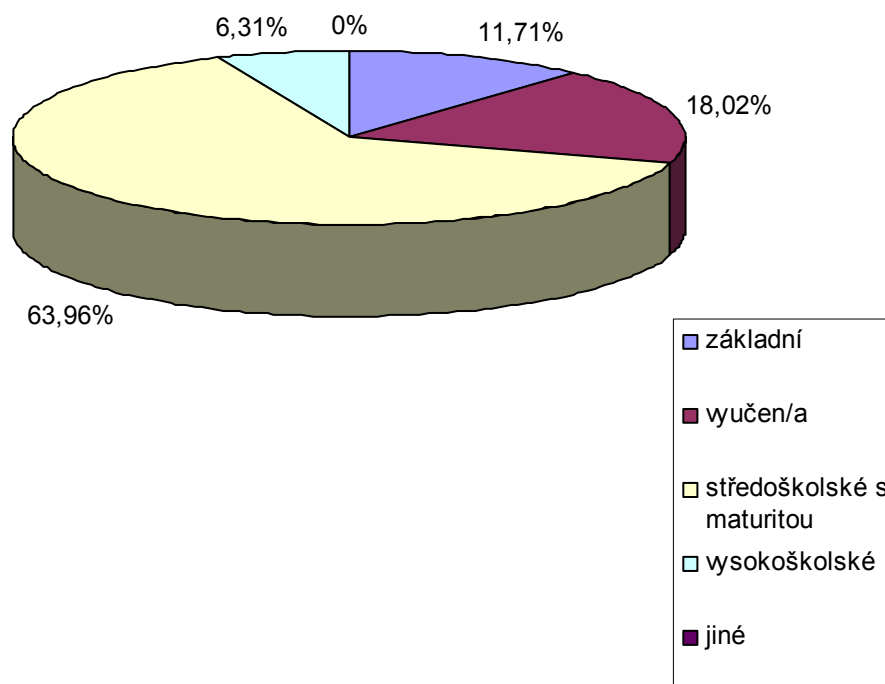


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z celkového počtu 111 respondentů bylo 22 mužů (19,82%) a 89 žen (79,28 %). Otázku pohlaví v dotazníku zjišťovala otázka č.2. Grafické znázornění viz. Graf 1.

Hledisko nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů definovala v dotazníku otázka č.3. Nejvyšší dosažené základní vzdělání udávalo 13 respondentů (11,71 %), vyučených bylo 20 respondentů (18,02 %), středoškolské vzdělání s maturitou absolvovalo 71 respondentů (63,96 %), vysokoškolské vzdělání 7 respondentů (6,31 %). Kategorii „jiné“ nevyplnil žádný respondent (0 %). Otázku vzdělání znázorňuje Graf 5.

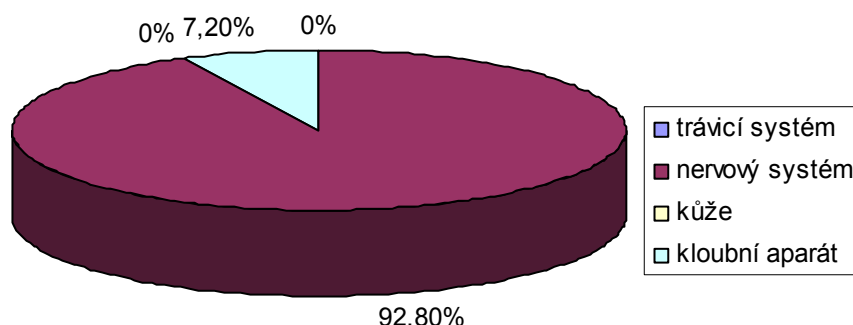
Graf 5.: Struktura respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č.4 se respondentů táže, jaký systém Parkinsonova choroba postihuje. Že Parkinsonova choroba postihuje trávicí systém, si nemyslí žádný z respondentů (0 %). Správně se 103 respondentů (92,80%) domnívá, že Parkinsonova choroba poškozuje nervový systém. Na kůži nesází nikdo (0 %) z respondentů, avšak chybně si 8 respondentů (7,20 %) myslí, že Parkinsonova choroba postihuje kloubní aparát. Výsledky vystihuje Graf 6.

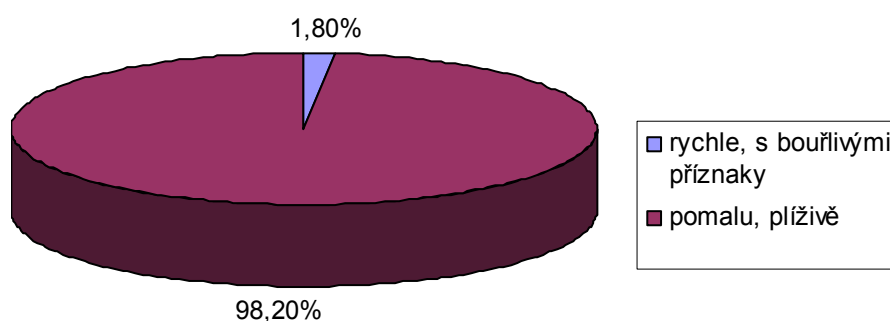
Graf 6.: Míňení respondentů na druh systému postižený Parkinsonovou chorobou



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č.5 v dotazníku zkoumala, zda mají respondenti povědomí o dynamice průběhu Parkinsonovy choroby. Jen 2 respondenti (1,80 %) se mylně domnívali, že Parkinsonova choroba probíhá rychle, s bouřlivými příznaky. Celých 109 respondentů (98,20 %) správně definovalo pomalý, plíživý průběh Parkinsonovy choroby. Graficky situaci vystihuje Graf 7.

Graf 7.: Míňení respondentů na dynamiku průběhu Parkinsonovy choroby

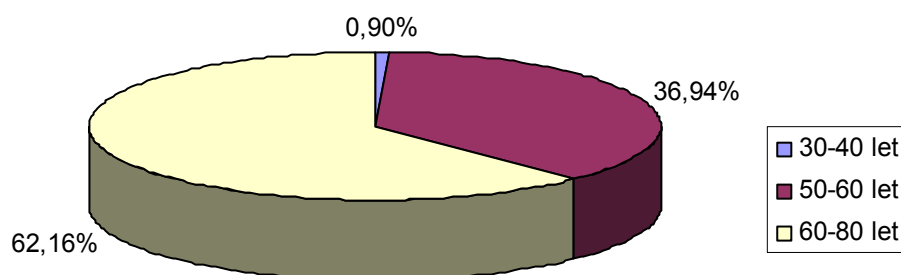


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č.6 zjišťovala, o jakém věkovém období života člověka se respondenti domnívají, že se objevuje nejčastěji Parkinsonova choroba. Znázorněno na Grafu 8. Pouze 1 respondent (0,90 %) se nesprávně domníval, že se Parkinsonova choroba

nejčastěji objevuje ve věku člověka 30 - 40 let. Správně 41 respondentů (36,94 %) uvedlo nejčastější projev Parkinsonovy choroby mezi 50. - 60. rokem. Mylně 69 respondentů (62,16 %) sázelo na období mezi 60.- 80. rokem.

Graf 8.: Mínění respondentů na věkové období s nejčastějším projevem Parkinsonovy choroby



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V dotazníku byla také uvedena otázka č. 7, u které bylo možné označit více možností. Uvedeno bylo sedm příznaků, respondenti měli vybrat ty příznaky, o kterých si myslí, že jsou pro Parkinsonovu chorobu typické. Ke každému příznaku je sepsán počet respondentů, kteří ho považují za typický. Třes správně považuje za typický příznak 86 (77,48 %) z celkového počtu 111 respondentů. Mylně se 3 respondenti (2,70 %) o dušnosti a 2 respondenti (1,80 %) o nevolnosti domnívají, že jsou typické příznaky Parkinsonovy choroby. Svalovou ztuhlost správně za typickou považuje 29 respondentů (26,12 %), porucha stoje a chůze taktéž správně za typické příznaky pokládá 50 respondentů (45,04 %). Nesoustředěnost za typický příznak mylně považuje celých 38 respondentů (34,23 %). Celková zpomalenost je typický příznak Parkinsonovy choroby, myslí si to 51 respondentů (45,95 %). Informace jsou znázorněny v Tabulce 2.

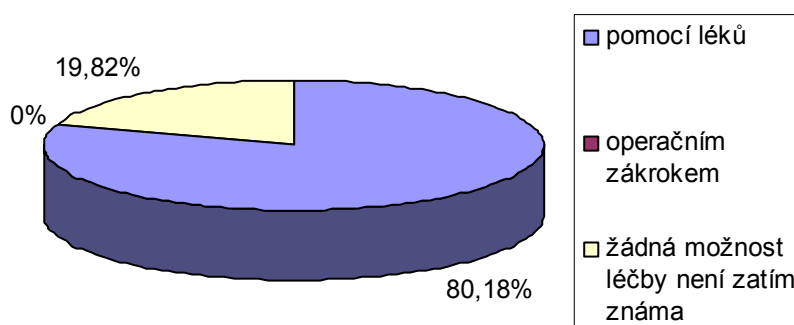
Tabulka 2.: Mínění respondentů o typických příznacích Parkinsonovy choroby

Příznak	Počet respondentů	Procentuální počet respondentů
Třes	86	77,38 %
Dušnost	3	2,70 %
Nevolnost	2	1,80 %
Svalová ztuhlost	29	26,12 %
Poruchy stoje a chůze	50	45,04 %
Nesoustředěnost	38	34,23 %
Celková zpomalenost pohybů	51	45,95 %

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č.8 zkoumala názor respondentů na obvyklý způsob léčení Parkinsonovy choroby. Že se Parkinsonova choroba léčí pomocí léků, si správně myslí 89 respondentů (80,18 %). O operačním zákroku je přesvědčeno 0 respondentů (0 %). S nesprávným výrokiem, že žádná možnost léčby Parkinsonovy choroby není zatím známa, se ztotožnilo 22 respondentů (19,82 %). Výsledky jsou graficky znázorněny v Grafu 9.

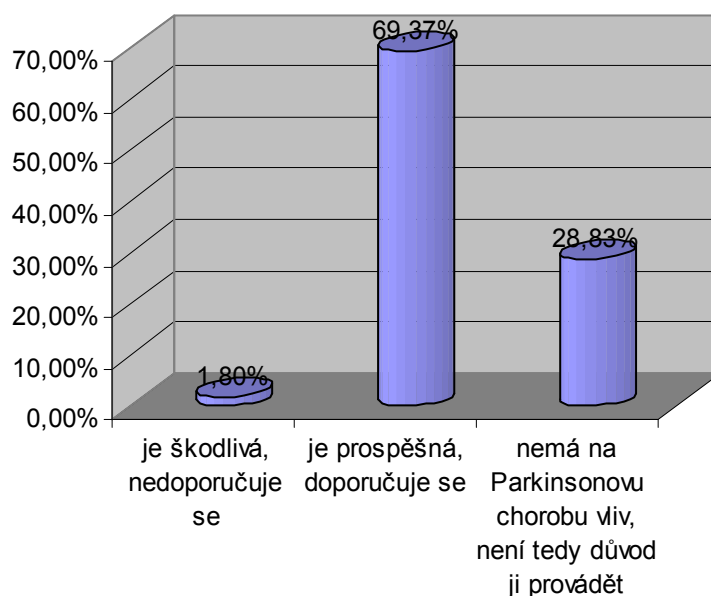
Graf 9.: Názor respondentů na nejčastější způsob léčby Parkinsonovy choroby



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 9 byl zjišťován názor respondentů na vhodnost využití tělesné rehabilitace u klientů s Parkinsonovou chorobou. Pouze 2 respondenti (1,80 %) se mylně domnívali, že tělesná rehabilitace je pro klienty s Parkinsonovou chorobou škodlivá, nedoporučuje se. Správnou možnost, která míní, že tělesná rehabilitace je prospěšná a doporučuje se, zvolilo 77 respondentů (69,37 %). Mylně se 32 respondentů (28,83 %) domnívalo, že tělesná rehabilitace nemá na Parkinsonovu chorobu vliv, tedy není důvod ji provádět. Mínění respondentů je znázorněno v Grafu 10.

Graf 10.: Mínění respondentů na vhodnost provádění tělesné rehabilitace u klientů s Parkinsonovou chorobou

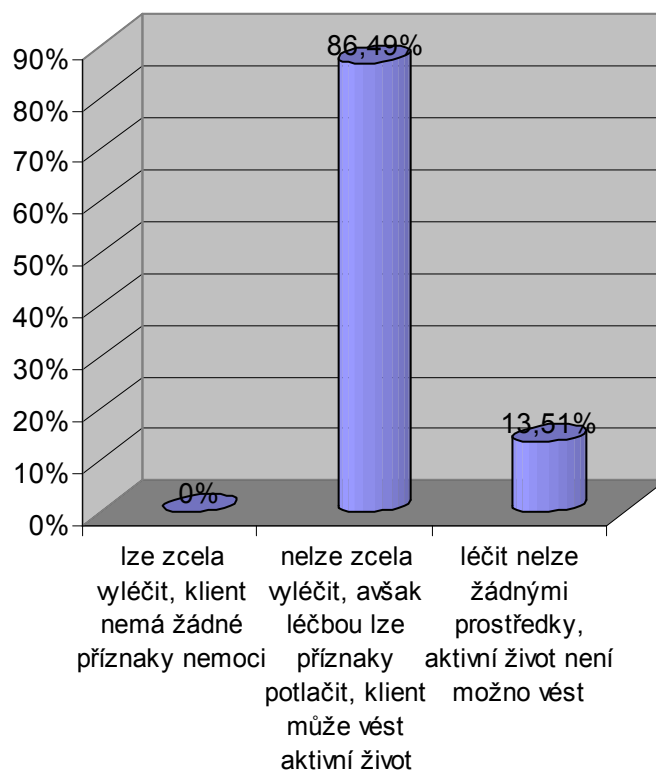


(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č. 10 se respondentů táže na možnosti úspěchu léčby Parkinsonovy choroby. Žádný z respondentů (0 %) si nemyslí, že Parkinsonovu chorobu lze zcela vyléčit, aby klient neměl žádné příznaky nemoci. Z ostatních respondentů se 96 správně domnívá (86,49 %), že Parkinsonovu chorobu nelze zcela vyléčit, avšak léčbou lze příznaky potlačit a klient může vést aktivní život. Mylný názor, že Parkinsonovu

chorobu nelze léčit žádnými prostředky a aktivní život není možné vést, zastává 15 respondentů (13,51 %). Informace jsou názorně zpracované v Grafu 11.

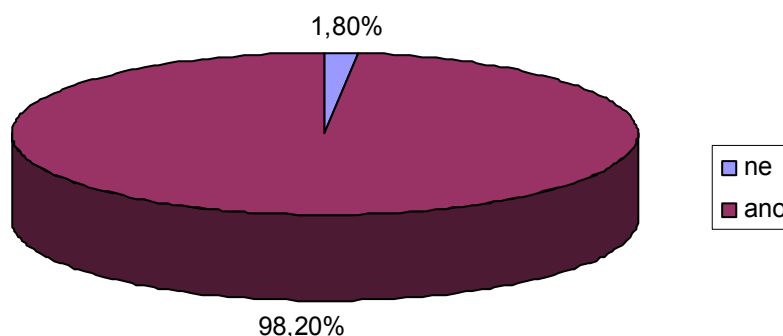
Graf 11.: Názory respondentů na možnost úspěchu léčby Parkinsonovy choroby



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 11 bylo zjišťováno mínění respondentů na nutnost spolupráce klienta při léčbě Parkinsonovy choroby. Jen 2 respondenti (1,80 %) se chybně domnívají, že spolupráce nutná není. Zbytek, tedy 109 respondentů (98,20 %) je přesvědčeno o nutnosti spolupráce. Situaci názorně vystihuje Graf 12.

Graf 12.: Názor respondentů na nutnost spolupráce klienta při léčbě Parkinsonovy choroby



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č.12 byla zjišťována informovanost respondentů o existenci neziskové společnosti Parkinson v České republice. Žádný z respondentů (0 %) není členem této společnosti. Dalších 27 respondentů (24,32 %) ví o existenci společnosti. O existenci společnosti Parkinson neví 84 respondentů (75,68 %). Nikdo z respondentů (0 %) neuvedl, že ho tato problematika nezajímá, stejně tak nikdo (0 %) neoznačil variantu „jiné“. Situace je zdokumentována v Tabulce 3.

Tabulka 3.: Informovanost respondentů o existenci neziskové společnosti Parkinson v České republice

Varianta odpovědi	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano, jsem jejím členem/členkou	0	0
ano, vím o její existenci	27	24,32
nevím o existenci této společnosti	84	75,68
tato problematika mě nezajímá	0	0
jiné	0	0

(Zdroj: Vlastní výzkum)

U otázky č.13 bylo opět možné (stejně jako u otázky č.7) označit více odpovědí. Otázka byla zaměřena spíše směrem populárním a respondenti se ptali, o jakých známých osobnostech se domnívají, že Parkinsonovou chorobou trpěli. O Václavu Havlovi jako pacientu s Parkinsonovou chorobou není přesvědčen žádný z respondentů (0 %). O Janu Pavlu II. je správně přesvědčeno 89 respondentů (80,18 %). 40 respondentů (36,04 %) se správně domnívá, že boxer Mohamed Ali trpí Parkinsonovou chorobou. Ota Pavel trpěl obtížemi psychiatrického rázu, ale 17 respondentů (15,32 %) si chybně myslí, že i on měl Parkinsonovu chorobu. Znárodněno v Tabulce 4.

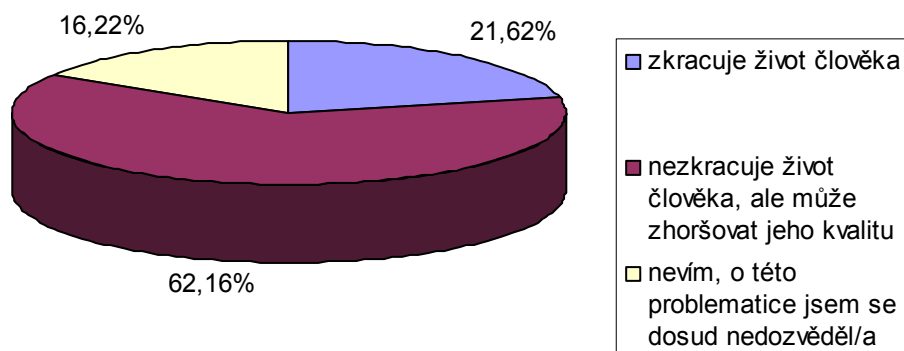
Tabulka 4.: Mínnění respondentů, zda známé osobnosti trpěly Parkinsonovou chorobou

Osobnost	Počer respondentů	Počer respondentů v %
bývalý prezident Václav Havel	0	0
papež Jan Pavel II.	89	80,18
boxer Mohamed Ali	40	36,04
spisovatel Ota Pavel	17	15,32

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č.14 zjišťuje mínnění respondentů o faktu, zda Parkinsonova choroba zkracuje život člověka. Že Parkinsonova choroba zkracuje život člověka je mylně přesvědčeno 24 respondentů (21,62 %). Celkem 69 respondentů (62,16 %) se správně domnívá, že Parkinsonova choroba nezkracuje život člověka, ale může zhoršovat jeho kvalitu. Celých 18 respondentů (16,22 %) neví, o problematice se dosud nic nedozvěděli. Viz Graf 13.

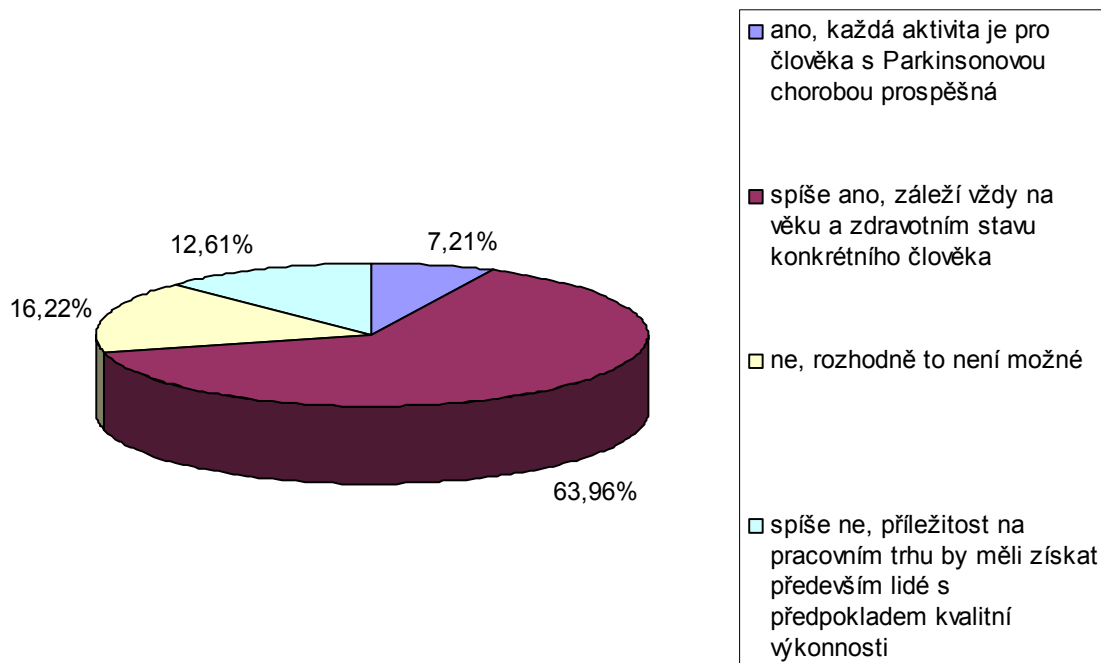
Graf 13.: Mínění respondentů, zda Parkinsonova choroba zkracuje život člověka



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 15 bylo zjišťováno mínění respondentů, zda člověk v produktivním věku trpící Parkinsonovou chorobou může vykonávat zaměstnání. Jen 8 respondentů (7,21 %) míní, že každá aktivita pro člověka s Parkinsonovou chorobou je prospěšná. K názoru, že vždy záleží na věku a zdravotním stavu konkrétního člověka, se přiklání 71 respondentů (63,96 %). Že vykonávat zaměstnání člověkem trpícím Parkinsonovou chorobou rozhodně není možné, si myslí 18 respondentů (16,22 %). S názorem, že příležitost na pracovním trhu by měli získávat lidé s předpokladem kvalitní výkonnosti se ztotožňuje 14 respondentů (12,61 %). Znázornění viz Graf 14.

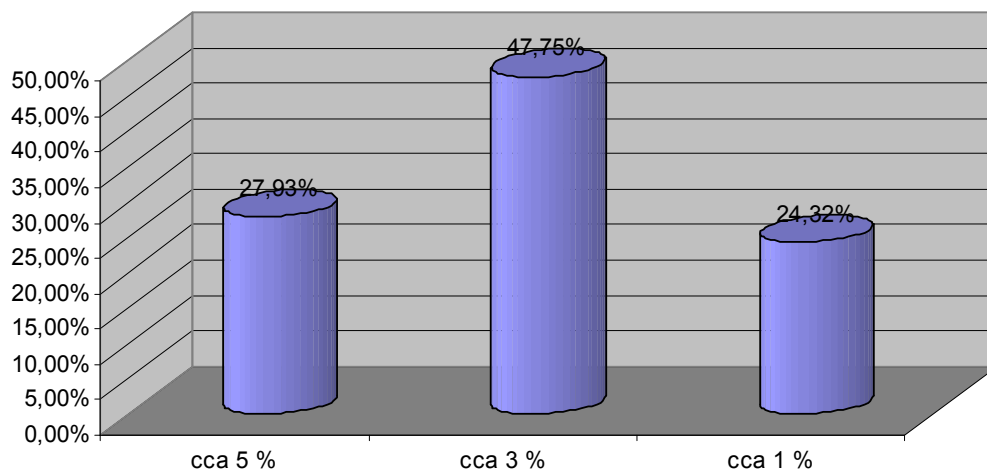
Graf 14.: Míňení respondentů na člověka s Parkinsonovou chorobou a jeho možnostmi vykonávat zaměstnání



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 16 bylo zjišťováno mínění respondentů na procento výskytu Parkinsonovy choroby u populace starší 60 let. Názor, že Parkinsonova choroba postihuje 5 % populace starší 60 let mylně zastává 31 respondentů (27,93 %). Celá 3% populace starší 60 let nesprávně mínilo 53 respondentů (47,75 %). Správnou odpověď - tedy 1 % populace starší 60 let označilo 27 respondentů (24,32 %). Situaci znázorňuje Graf 15.

Graf 15.: Míňení respondentů na výskyt Parkinsonovy choroby u populace starší 60 let



(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č.17 bylo zjišťována informovanost o existenci pobočky neziskové společnosti Parkinson v Českých Budějovicích. O existenci pobočky této společnosti v Českých Budějovicích ví 28 respondentů (25,23 %), 6 respondentů (5,40 %) si myslí, že pobočka společnosti Parkinson v Českých Budějovicích není, 77 respondentů (69,37 %) o pobočce neví. Situace znázorněna v Tabulce 5.

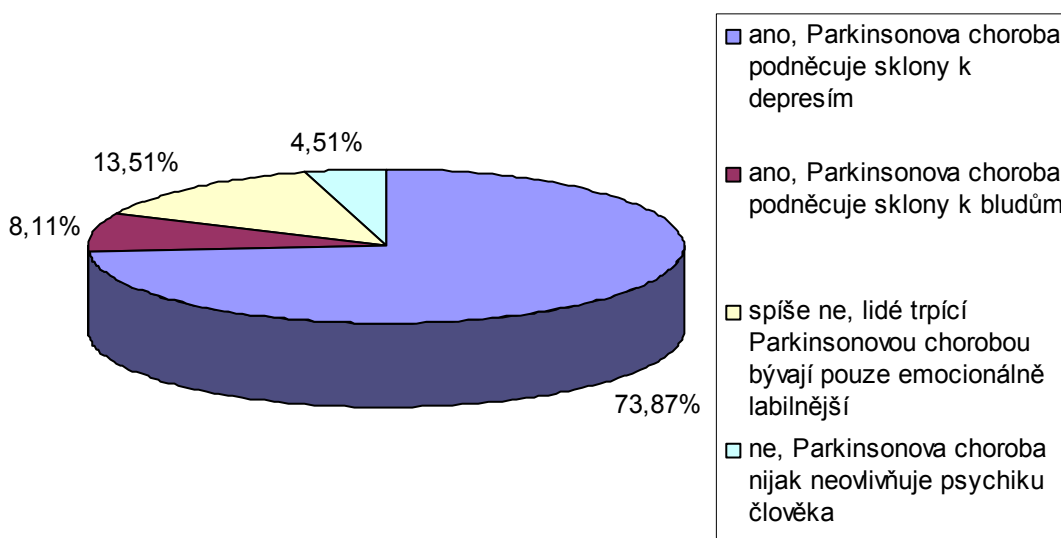
Tabulka 5.: Informovanost respondentů o existenci pobočky společnosti Parkinson v Českých Budějovicích

Odpověď	Počet respondentů	Počet respondentů v %
ano	28	25,23
ne	6	5,40
nevím	77	69,37

(Zdroj: Vlastní výzkum)

V otázce č. 18 byli respondenti tázáni na možnost ovlivnění psychiky člověka Parkinsonovou chorobou. Názor, že Parkinsonova choroba podněcuje sklony k depresím, správně zastává 82 respondentů (73,87 %). 9 respondentů (8,11 %) si nesprávně myslí, že Parkinsonova choroba podněcuje sklony k bludům, 15 respondentů (13,51 %) si myslí, že lidé trpící Parkinsonovou chorobou bývají emocionálně labilnější a 5 respondentů (4,51 %) se chybně domnívá, že Parkinsonova choroba neovlivňuje psychiku člověka. Situace je zřejmá na Grafu 16.

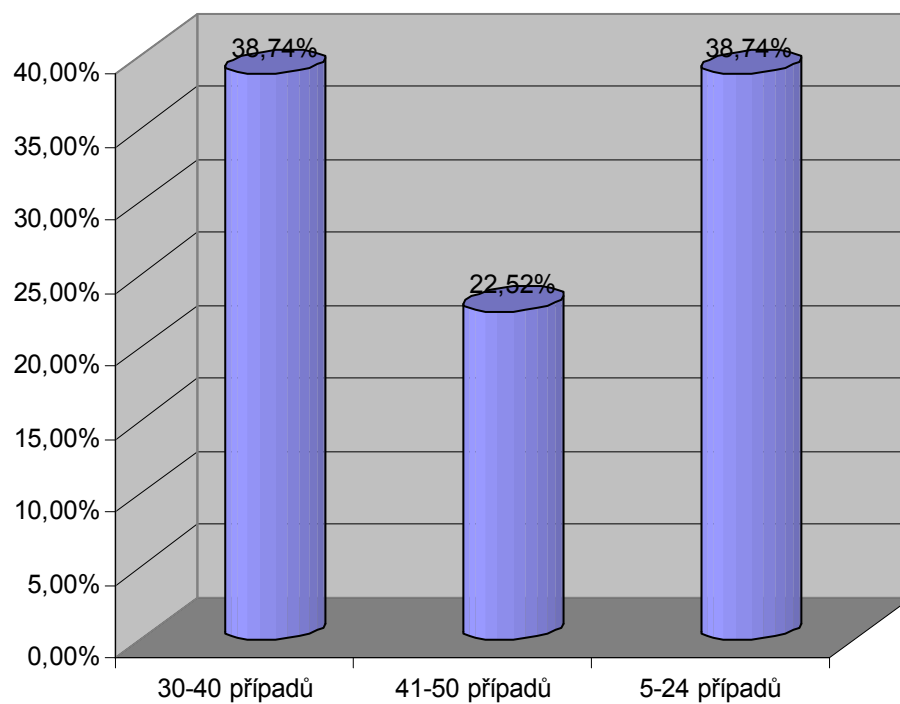
Graf 16.: Mínění respondentů na možnost ovlivnění psychiky Parkinsonovou chorobou



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Otázka č.19 zjišťovala povědomí respondentů o incidenci (tj. počtu nových případů za 1 rok přepočteno na 100 000 obyvatel) Parkinsonovy choroby. Nesprávně se domnívalo 43 respondentů (38,74 %), že jde o 30-40 případů, 25 respondentů označilo chybně 41-50 případů. Správnou odpověď, tedy že jde o 5-24 případů, vybralo 43 respondentů (38,74 %). Situaci vystihuje Graf 17.

Graf 17.: Povědomí respondentů o incidenci Parkinsonovy choroby



(Zdroj: Vlastní výzkum)

5. DISKUSE

Výzkumná část bakalářské práce měla za úkol zjistit informovanost seniorů o Parkinsonově chorobě. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 111 seniorů starších 60 let, z toho 89 žen (80,18 %) a 22 mužů (19,82 %). Zarážející se může zdát velký nepoměr mezi podíly pohlaví respondentů, drtivá většina jsou ženy. Všechna místa, která jsem při svém výzkumu navštívila, byla převážně zastoupena ženami.

Nejvíce respondentů – 71 (63,96 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Výzkum byl realizován v Českých Budějovicích u seniorů v Klubech důchodců J. Plachty a J. Roháče z Dubé, v Univerzitním centru pro seniory PATUP při Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a seniorů pracujících v Jihočeském divadle. Během průběhu výzkumu jsem se nesetkala s většími potížemi, naopak, senioři se chovali vstřícně a někteří se dožadovali více informací o Parkinsonově chorobě.

5.1 Diskuse ke kritériím výzkumu

Jak již bylo uvedeno, byla určena kritéria pro zjištění informovanosti seniorů o Parkinsonově chorobě. Jistě zásadní je vědět, jaký tělesný systém Parkinsonova choroba postihuje. Bylo zřejmé, jaký mají senioři přehled. Celých 92,80 % respondentů vědělo, že jde o nervový systém, pouze 7,20 % dotazovaných mělo pochyby a uvedlo nesprávně kloubní aparát. Domnívám se, že chybná možnost byla volena z důvodu zafixované představy špatně pohyblivého nemocného člověka, to může mít příčinu i v kloubním aparátu.

Parkinsonova nemoc je chronické onemocnění, rozvíjí se pomalu a plíživě.(32) O tomto faktu je přesvědčeno 98,20 % dotazovaných seniorů, jen 1,80 % respondentů se mýlilo a uvedlo průběh Parkinsonovy nemoci jako rychlý, s bouřlivými příznaky.

Roth (32) uvádí, že Parkinsonova choroba se objevuje nejčastěji ve věkovém období 50-60 let. Na otázku zjišťující v jakém věkovém období se Parkinsonova choroba nejčastěji objevuje, odpovědělo 62,16 % respondentů, že to je ve věkovém období 60-80 let. Zřejmě je tedy tato nemoc u veřejnosti zafixována jako nemoc skutečně pozdního seniorského věku, skutečnost je však taková, že se nemoc často

objeví před započítím období stáří, nejčastěji mezi 50-60 lety, ovšem svou roli hraje také skutečný biologický věk člověka a genetické vlivy. Správnou možnost, tedy nejčastější objev Parkinsonovy nemoci mezi 50.-60.rokem života, si vybralo 36,94 % dotazovaných.

Ač se dá Parkinsonova choroba léčit i neurochirurgickou cestou a v budoucnu se uvažuje o léčbě za pomoci kmenových buněk, nejběžnější je přece jen farmakologická léčba.(12) Léčbu Parkinsonovy choroby za pomoci léků pokládá 89,18 % respondentů za nejčastější, ale téměř pětina respondentů (19,82 %) se překvapivě domnívá, že žádná možnost léčby není zatím známa. Myslím si, že je to důsledek nízké míry osvěty o Parkinsonově chorobě. Také jsem byla překvapena tím, jak žádný respondent nevolil jako možnost léčby operační zákrok, ač se (i když ne zcela běžně) provádí.

Podle Praška (28) je život s depresí jedno z nejhorších lidských utrpení. Z respondentů má 73,87 % jasno při dotazu na možnost ovlivnění psychiky Parkinsonovou chorobou ve faktu, že Parkinsonova choroba podněcuje sklony k depresím. Že Parkinsonova choroba podněcuje sklony k bludům, je přesvědčeno 8,11 % dotázaných seniorů. Na emocionální labilitu si vsadilo 13,51 % respondentů a na fakt, že Parkinsonova choroba nijak neovlivňuje psychiku člověka minimum, jen 4,51 % respondentů.

Na vybraných zásadních kritériích se ukázal výsledek výzkumu o informovanosti seniorů o Parkinsonově chorobě. Z uvedených 5 kritérií senioři odpověděli na 4 správně, z toho vždy byl procento výběru správné možnosti vyšší než 50 %. Nesprávně senioři odpověděli jen na kritérium zjišťující, v jakém věkovém období se Parkinsonova choroba nejčastěji vyskytuje. Z těchto výsledků usuzuju, že stanovená **hypotéza** „Senioři jsou informováni O Parkinsonově chorobě „ **byla potvrzena.**

5.2 Diskuse k doplňujícím otázkám

Zajímalo mne, zda senioři ví o lokální i celorepublikové existenci společnosti Parkinson. Výsledky výzkumu na toto téma byly poněkud zarážející. O existenci

společnosti Parkinson na celorepublikové úrovni ví jen 24,32 % respondentů. Ostatní, tedy 75,68 % dotazovaných, neví o její existenci.

Dále z výzkumu vyplynulo, že 25,23 % respondentů se domnívá, že pobočka společnosti Parkinson v Českých Budějovicích existuje, 5,40 % dotazovaných tuto skutečnost popírá a ostatní - 69,37 % respondentů neví. Domnívám se tedy, že senioři mají malé povědomí o možnosti specializované pomoci a podpory a větší propagace společnosti Parkinson (ať na celorepublikové či lokální úrovni) by mohla být ku prospěchu věci. Zastávám názor, že propagační kampaň by např. mohla být uskutečněna pomocí informačních letáků, plakátů omístěných v lokalitách, kde se senioři scházejí, tzn. v klubech důchodců, v čekárnách praktických i odborných lékařů. Možná by také stála za úvahu možnost spolupráce na úrovni dobrovolnictví se studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Roth (32) deklamuje, že pro člověka trpícího Parkinsonovou nemocí, jsou pouze dvě možnosti: vzdát se, nebo bojovat. S touto myšlenkou jakoby souhlasili i dotazovaní senioři, 98,20 % z nich míní, že aktivní spolupráce člověka při léčbě Parkinsonovy choroby je nezbytná, pouze 1,80 % respondentů nesouhlasí. Spolupráce klientů je nutná u většiny nemocí. Rodina, zdravotníci i sociální pracovníci mohou vyvíjet velké úsilí, pokud se ovšem nesnaží člověk sám, bývá veškeré úsilí bez většího efektu.

S Rothovou myšlenkou souvisí také otázka zjišťující mínění působení tělesné rehabilitace na klienty s Parkinsonovou chorobou. Z respondentů míní 69,37 %, že tělesná rehabilitace je prospěšná a bývá tedy parkinsonikům doporučována. Minimum, 1,80 % respondentů si myslí, že tělesná rehabilitace je pro klienty s Parkinsonovou chorobou škodlivá a 28,83 % dotazovaných seniorů zastává názor o minimálním vlivu tělesné rehabilitace, tedy není důvod provádět. V dotazníku jsem úmyslně použila pro lepší srozumitelnost seniorům pojem tělesná rehabilitace, ačkoliv vím, že není terminologicky správný. Vhodnější z odborného hlediska je pojem léčebná rehabilitace.

(21)

S tvrzením o neúplné schopnosti vyléčit Parkinsonovu chorobu, ale o možnosti potlačení příznaků a tím možnosti žít aktivní život se ztotožňuje 86,49 % respondentů. Nikdo z respondentů si nemyslí, že Parkinsonovu lze vyléčit zcela, tedy tak, aby klient

neměl žádné příznaky nemoci. Dalších 13,51 % dotazovaných pesimisticky míní, že Parkinsonovu chorobu nelze léčit žádnými prostředky a není možné vést aktivní život.

Zjišťováno bylo mínění dotazovaných na problematiku zaměstnávání člověka s Parkinsonovou chorobou. Tento problém se samozřejmě netýká všech parkinsoniků, protože jde převážně o nemoc pozdějšího věku, ale u 10 % nemocných jde o formu s časným začátkem(18). Tito pacienti a jejich blízcí, popř. zaměstnavatelé se touto otázkou musí zabývat. Většina, 63,96 % respondentů je toho názoru, že vždy záleží na konkrétním zdravotním stavu a věku člověka, aby mohl uplatnit své pracovní schopnosti. Dalších 7,21 % respondentů se domnívá, že každá aktivita je pro člověka s Parkinsonovou prospěšná, 12,61 % dotázaných si myslí, že není vhodné, aby se parkinsonik zapojil do trhu práce, protože příležitost by měli získat především lidé s předpokladem kvalitní výkonnosti. Poslední skupina respondentů, tedy 16,22 %, míní, že rozhodně není možné, aby člověk s Parkinsonovou chorobou pracoval.

Pokoušela jsem se zjistit v otázce s více možnostmi odpovědí, jaké příznaky považují senioři za typické pro Parkinsonovu chorobu. Třes je mezi veřejností znám jako klasický příznak, shodlo se na něm 77,38 % seniorů. Dle mých zkušeností je u veřejnosti třes notoricky znám jako hlavní příznak Parkinsonovy choroby. Dušnost (2,70 %) a nevolnost (1,80 %) ne zvolilo mnoho respondentů. Svalovou ztuhlost za typický příznak považuje 26,12 % respondentů, poruchy stoje a chůze 45,04 %, celkovou zpomalenost pohybů 45,95 %. Nesoustředěnost není v odborné literatuře uváděna jako typický příznak, přesto ji za typickou pro Parkinsonovu chorobu považuje 34,23 % dotazovaných.

Otázku zjišťující, které známé osobnosti trpěli Parkinsonovou chorobou, jsem do dotazníku zařadila jako odlehčující, abych seniorům zpestřila poměrně rozsáhlý dotazník. Také bylo možné označit více odpovědí. Je tomu nedlouho, co Václav Havel opustil prezidentský post a veřejnosti je známo, že netrpěl Parkinsonovou chorobou (0 % dotazovaných). O Janu Pavlu II. se domnívá správně 80,18 % respondentů, že trpěl Parkinsonovou chorobou, tento výsledek byl předvídátný, protože o opapežových zdravotních obtížích veřejnost vydatně informovala média. Také boxer Mohamed Ali tuto nemoc má, myslí si to o něm 36,04 % dotazovaných. Spisovatel Ota Pavel měl

bipolární afektivní poruchu, přesto mu Parkinsonovu chorobu přisoudilo 15,32 % respondentů.

Chronická nemoc, kterou je i Parkinsonova nemoc, ovlivňuje život člověka, musí se s ní vyrovnávat. K nemoci často samovolně směřují myšlenky. Člověk může mít pocit ztráty svých osobních kompetencí, ztráty vědomí vlastní úcty a ceny.(24)

Nastat mohou i problémy v partnerských vztazích, ve vztahu se mění postoje ve smyslu dominance a submise. Partner člověka s postižením logicky těžko přijímá novou roli pečovatele.(32) Parkinsonova nemoc zhoršuje kvalitu života, ale nezkracuje jeho délku. Také se o tom domnívá 62,16 % respondentů. O problematice, zda Parkinsonova choroba zkracuje či nezkracuje život člověka, uvádí 16,22 % respondentů, že se o ní zatím nedozvědělo. O zkracování délky života Parkinsonovou nemocí je přesvědčeno 21,62 % respondentů. Myslím si, že samozřejmě hodně záleží na celkovém zdravotním stavu člověka, adekvátní léčbě, ale velký podíl na jeho kvalitě života má psychika. Zda se odhodlá nemoci postavit, nebo zvolí druhou možnost a pasivně se poddá. Vždy také samozřejmě záleží na okruhu blízkých, rodině, jakou člověk ze svého okolí pocítuje podporu a tím pádem i motivaci pro své úsilí.

Očekávala jsem, že v dotazu týkajícího se procentuálního výskytu Parkinsonovy choroby u populace starší 60 let, nebudou mít respondenti jasný názor. Potvrdilo se, opravdu je tomu tak. Obvykle se v odborné literatuře uvádí 1 % výskyt, stejného názoru je nejméně dotazovaných, 24,32 %. O vyšší míře nemocných s Parkinsonovou chorobou, 5 % je přesvědčeno 27,93 % seniorů, nejvíce však byla volena střední cesta 3 %, případně 47,75 % respondentů. Zkoumána byla i problematika incidence (nových případů) Parkinsonovy choroby za 1 rok na 100 000 obyvatel. Možnost správnou, (tedy odpověď 5 - 24 případů), volilo 38,74 % z dotazovaných seniorů, stejné procento (38,74 %) volilo možnost 30 - 40 případů. Nejméně respondentů, 22,52 %, volilo možnost 41 - 50 případů. V takovém případě by v naší společnosti byl opravdu velký počet parkinsoniků. Nicméně otázky na číselné údaje o Parkinsonově nemoci považují za doplňkové až okrajové, nevypovídají o celkovém stavu informovanosti dotazovaných seniorů.

K celkovému shrnutí dolňkových otázek mohu dodat, že senioři správně určili třes jako typický příznak Parkinsonovy choroby, věděli také o prospěchu léčebné rehabilitace pro klienty s Parkinsonovou chorobou, také správně určili fakt, že Parkinsonovu chorobu nelze zcela vyléčit, ale léčbou dokážeme potlačit příznaky. Také uznali nutnost aktivní spolupráce při léčbě klienta s Parkinsonovou chorobou. Ze známých osobností věděli senioři především o papeži Janu Pavlu II., který trpěl ke sklonku života Parkinsonovou chorobou. Senioři se dále shodli s odbornou literaturou v mínění, že Parkinsonova choroba nezkracuje délku života, ale může ovlivnit jeho kvalitu. Shodli se v názoru o možnosti zaměstnávání parkinsonika, že vždy záleží na věku a zdravotním stavu konkrétního člověka. Zjištěno také bylo, že senioři jsou poměrně málo informovaní o lokální i celorepublikové existenci společnosti Parkinson. V tomto případě je ovšem problém spíše v celkové propagaci společnosti. Dotázaní senioři také měli malý přehled o číselných údajích týkajících se incidence a procentuálním výskytu Parkinsonovy choroby u populace starší 60 let. Domnívám se však, že i údaje zjištěné z doplňkového výzkumu přispěly k prokázání již výše zmíněného faktu, stanovená **hypotéza** „Senioři jsou informováni o Parkinsonově chorobě“ **byla potvrzena.**

6. ZÁVĚR

Parkinsonova choroba se jako každé chronické onemocnění se i odrazí na životě člověka, mohou vznikat psychické a sociální problémy. Cílem bakalářské práce bylo popsat zdravotní a sociální problematiku nemoci včetně jejího dopadu na život člověka. Domnívám se, že cíl se podařilo splnit v teoretické části práce.

Dalším cílem bylo zjistit informovanost seniorů o Parkinsonově chorobě. Pro zjištění informovanosti bylo vybráno 5 zásadních kritérií, z nich dotazovaní senioři 4 splnili. Kritéria byla doplněna souborem doplňkových otázek, ve kterých také respondenti ukázali přehled o Parkinsonově chorobě.

Stanovená **hypotéza** „ *Senioři jsou informováni o Parkinsonově chorobě*“ tedy **byla potvrzena.**

Posledním cílem práce bylo zmapovat možnosti poskytování zdravotně sociálních služeb pro klienty s Parkinsonovou chorobou a jejich pečující a blízké osoby. Tento cíl práce byl splněn v teoretické části, kde je uveden výpis organizací se stručným popisem. Adresář organizací a kontaktů je uveden v příloze. Myslím si, že **cíle práce byly splněny.**

Z výsledků výzkumu vyplývá, že by bylo vhodné uskutečnit osvětovou kampaň o Parkinsonově chorobě, např. formou letáků v místech, kde se senioři často vyskytují (v klubech důchodců, v čekárnách praktických i odborných lékařů). Akce tohoto typu by mohla nenásilnou formou přispět ke zvýšení povědomí seniorů.

Přínos práce může směřovat ke zvýšení informovanosti o Parkinsonově chorobě, využitá může být jako informační či výukový materiál. Práce byla pojata jako komplexní průvodce problematikou Parkinsonovy choroby.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) *1. Centrum zdravotně postižených jižních Čech* [online]. [cit. 2007-2-18]. URL <<http://www.handicapbudweis.com>>.
- 2) *About EPDA* [online]. [cit. 2007-4-16]. URL <<http://www.epda.com/about.html>>.
- 3) *About Parkinson's* [online]. [cit. 2007-2-9].
URL <<http://www.michaeljfox.org/parkinsons/index.php>>.
- 4) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla* [online]. Verze 3.3. 11.11.2004. [cit. 2007-3-21]. URL <<http://www.boldis.cz/citaceúcitace1.pdf>>.
- 5) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů* [online]. Verze 3.0. 11.11.2004. [cit. 2007-3-21]. URL <<http://www.boldis.cz/citaceúcitace2.pdf>>.
- 6) *Centrum pro diagnostiku a léčbu neurodegenerativních onemocnění Fakultní nemocnice Olomouc* [online]. 5.2.2007. [cit. 2007-2-10].
URL <<http://www.fnol.cz/main.jsp?id=620>>.
- 7) *Co je Ivas?* [online]. [cit. 2007-3-21]. URL <<http://www.ivas.cz>>.
- 8) ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika: věkové složení obyvatel podle pohlaví a věku v roce 2005* [online]. [cit. 2007-3-29]. URL <[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/9C0019D28B/\\$File/400306050.xls](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/9C0019D28B/$File/400306050.xls)>.
- 9) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

- 10) *Domácí ošetrovatelská a pečovatelská služba Alice Českého červeného kříže* [online]. [cit. 2007-3-20]. URL <<http://www.cckcb.cz/index.php?page=15>>.
- 11) DUŠKOVÁ, J.- JIRÁK, R.- MALÁ, E. *Demence*. 1.vyd. Praha:Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.
- 12) DVOŘÁK, J. – ŠMEJKALOVÁ, A. *Zákon o sociálních službách. Parkinson*. Praha: 2006, č. 19, s. 20-21. ISSN 1212-0189.
- 13) *Existuje možnost vyléčení?* [online]. [cit. 2007-1-17]. URL <<http://www.desitin.cz/index.php/article/detail/2616>>.
- 14) *Informace o zařízení CSS Staroměstská* [online]. [cit. 2007-3-1]. URL <<http://www.staromestska.cy/index.php?page=Home>>.
- 15) *Jaký je vývoj Parkinsonovy nemoci?* [online]. [cit. 2007-3-15]. URL <<http://www.desitin.cz/index.php/article/detail/2615>>.
- 16) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 17) JURÁŠKOVÁ, B. – HOLMEROVÁ, I. – ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2.vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
- 18) KALVACH, Z. – ONDERKOVÁ, A. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
- 19) KAŇOVSKÝ, P. – ROTH, J. – RŮŽIČKA, E. et al. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 293 s. ISBN 80-7262-048-7.

- 20) *Klub České Budějovice* [online]. [cit. 2007-2-13]. URL <<http://www.spolecnostparkinson.cz/adrCBudejovice.htm>>.
- 21) KODYMOVÁ, P. – KOLÁČKOVÁ, J. – MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: Specifika cílových skupin a práce s nimi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- 22) KOLIBÁŠ, E. – PIDRMAN, V. *Změny jednání seniorů*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
- 23) KOTKOVÁ, P. Sexuální život a Parkinsonova nemoc. *Parkinson*. Praha: 2006, č. 20, s.13-15. ISSN 1212-0189.
- 24) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 25) MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- 26) MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
- 27) PETR, J. *Kmenové buňky léčí Parkinsonovu chorobu* [online]. 5.11.2006. [cit. 2007-1-12]. URL <http://www.rozhlas.cz/veda/clovek/_zprava/293213>.
- 28) PRAŠKO, J. – PRAŠKOVÁ, H.- PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 180 s. ISBN 80-7038-078-0.

- 29) *Průvodce sociálními službami města České Budějovice*. 1.vyd. České Budějovice: Odbor sociálních věcí Magistrátu města České Budějovice, 2007. 56 s. ISBN neuvedeno.
- 30) REKTOR, I. – REKTOROVÁ, I. *Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi*. 1.vyd. Praha: Triton, 1999. 152 s. ISBN 80-7254-026-2.
- 31) ROTH, J. Dědičnost Parkinsonovy nemoci. *Parkinson*. Praha: 2006, č.20, s. 12-13. ISSN 1212-0189.
- 32) ROTH, J. – RŮŽIČKA, E. – SEKYROVÁ, M. *Parkinsonova nemoc*. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 192 s. ISBN 80-7345-044-5.
- 33) RŮŽIČKA, E. Parkinsonova nemoc a věk. *Parkinson*. Praha: 2004, č. 16, s. 12-14. ISSN 1212-089.
- 34) ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2.vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
- 35) *Společnost Parkinson v České republice* [online]. [cit. 2007-3-1]. URL <http://www.spolecnostparkinson.cz/o_nas.htm>.
- 36) *Univerzitní centrum pro seniory PATUP* [online]. [cit. 2007-1-3]. URL <http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/supervize/usp/id_ustavu.html>.
- 37) Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, v platném znění. In *Úplné znění č.565 Sociální zabezpečení 2007*. Ostrava: Sagit, 2006. s. 117-147. ISBN 80-7208-541-9.

38) WEBER, P. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

39) *Základní údaje o Parkinsonově nemoci* [online]. [cit. 2007-3-20]. URL <<http://www.spolecnostparkinson.cz>>.

40) Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění. In *Úplné znění č. 565 Sociální zabezpečení 2007*. Ostrava: Sagit, 2006. s. 149-187. ISBN 80-7208-571-9.

41) ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 380 s. ISBN 80-247-0183-9.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Chronická nemoc

Informovanost

Parkinsonova choroba

Senioři

Zdravotně sociální služby

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Adresář zdravotně sociálních služeb vhodných pro klienty s Parkinsonovou chorobou

Příloha č. 2: Dotazník

Příloha č. 1

Služba	Kontakt
<i>Klub Parkinson České Budějovice</i>	Nemocnice a.s., B. Němcové 54, České Budějovice, odd. rehabilitace, Bc. Lucie Suchá, tel. 777 656 643, rehabilitační cíčení probíhá každou středu 15,30-16,30 hod.
<i>Městská charita České Budějovice</i>	B. Němcové 53, České Budějovice, Mgr. Alois Ambrož, tel. 386 461 744
<i>Pečovatelská služba České Budějovice</i>	Nádražní 47, České Budějovice, Miluše Plasová, tel. 387 424 036
<i>Domovinka-denní stacionář</i>	Tylova 9, České Budějovice, p. Galová, tel. 386 357 821
<i>Agentura sester domácí péče IVAS</i>	Matice školské 17, České Budějovice, Pavla Šimečková, DiS., tel. 386 355 808
<i>Český červený kříž, domácí ošetrovatelská péče a pečovatelská služba Alice</i>	Husova 20, České Budějovice, Helena Klementová, tel. 387 318 552
<i>Centrum sociálních služeb Staroměstská p.o.</i>	Staroměstská 2, České Budějovice, Mgr. Iva Jirovská, tel. 387 436 628
<i>Domov pro seniory Hvízdal p.o.</i>	U Hvízdala 6/1327, České Budějovice, Mgr. Ludmila Kubelová, tel. 385 521 296-7
<i>Domov pro seniory Máj, p.o.</i>	Větrná 13, České Budějovice, Ing. Pavel Janda, tel. 388 902 102
<i>Adra o.s., dobrovolnické centrum České Budějovice</i>	F. Šrámka 34, České Budějovice, Jarmila Nadberežná, tel. 723 148 427

<i>Univerzitní centrum pro seniory PATUP</i>	Česká 20, České Budějovice, Mgr. Lenka Motlová, tel. 387 228 902
<i>Kluby důchodců</i>	Odbor sociálních věcí, Magistrát města České Budějovice, Náměstí Přemysla Otakara II.1, Pavla Jandová, tel. 386 801 604
<i>Svaz důchodců České republiky</i>	Lidická 7, České Budějovice, Blažena Frcalová, tel. 386 355 143
<i>1. Centrum zdravotně postižených jižních Čech</i>	Vltavské nábřeží 5/a, České Budějovice, Jiří Smékal, tel. 385 347 806
<i>Linka důvěry České Budějovice o.p.s.</i>	Nádražní 47, České Budějovice, PhDr. Rostislav Nesnídal, tel. 387 313 030
<i>Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy</i>	Nádražní 47, České Budějovice, PhDr. Rostislav Nesnídal, tel. 387 438 703
<i>Občanské sdružení zdravotně a tělesně postižených České Budějovice-Rožnov</i>	Antala Staška 10, České Budějovice, Ing. Jiří Pexa, tel. 720 429 822

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,
jmenuji se Eva Pařhová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Do rukou se Vám dostává tento dotazník, který zjišťuje míru informovanosti seniorů o Parkinsonově chorobě. Prosím Vás o zodpovězení následujících otázek, správnou odpověď laskavě zakroužkujte, popř.doplňte. Ujišťuji Vás, že veškeré údaje jsou zcela anonymní a poslouží k účelu zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji Eva Pařhová

1. Váš věk je:

- a) 60-70 let
- b) 71-80 let
- c) 81 a více let
- d) jiný /prosím doplňte/.....

2. Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) jiné /prosím doplňte/.....

4. Co postihuje Parkinsonova choroba ?

- a) trávicí systém
- b) nervový systém
- c) kůži
- d) kloubní aparát

5. Jak si myslíte, že probíhá Parkinsonova choroba?

- a) probíhá rychle, s bouřlivými příznaky
- b) rozvíjí se pomalu, plíživě

6. Ve kterém věkovém období se Parkinsonova choroba nejčastěji objevuje?

- a) 30-40 let
- b) 50-60 let
- c) 60-80 let

7. Jaké jsou podle Vás nejtypičtější příznaky Parkinsonovy choroby?

/můžete zakroužkovat více odpovědí/

- a) třes
- b) dušnost
- c) nevolnost
- d) svalová ztuhlost
- e) poruchy stoje a chůze
- f) nesoustředěnost
- g) celková zpomalenost pohybů

8. Jakým způsobem se Parkinsonova choroba dle Vašeho názoru nejčastěji léčí?

- a) pomocí léků
- b) operačním zákrokem
- c) žádná možnost léčby není zatím známa

9. Jak si myslíte, že na klienty s Parkinsonovou chorobou obvykle působí tělesná rehabilitace?

- a) je škodlivá, nedoporučuje se
- b) je prospěšná, doporučuje se
- c) nemá na Parkinsonovu chorobu vliv, není tedy důvod ji provádět

10. Myslíte si, že Parkinsonovu chorobu:

- a) lze zcela vyléčit, klient nemá žádné příznaky nemoci
- b) nelze zcela vyléčit, avšak léčbou lze příznaky potlačit a klient může vést aktivní život
- c) léčit nelze žádnými prostředky, aktivní život není možno vést

11. Je dle Vašeho názoru pro léčbu Parkinsonovy choroby nutná aktivní spolupráce klienta?

- a) ne
- b) ano

12. Jste informován/a o existenci neziskové společnosti Parkinson v České republice?

- a) ano, jsem jejím členem/členkou
- b) ano, vím o její existenci
- c) nevím o existenci této společnosti
- d) tato problematika mě nezajímá
- e) jiné /prosím doplňte/.....

13. O kterých známých osobnostech si myslíte, že trpěli Parkinsonovou chorobou?

/můžete zakroužkovat více možností/

- a) bývalý prezident Václav Havel
- b) papež Jan Pavel II.
- c) boxer Mohamed Ali
- d) spisovatel Ota Pavel

14. Podle Vašeho mínění Parkinsonova choroba:

- a) zkracuje život člověka
- b) nezkracuje život člověka, ale může zhoršovat jeho kvalitu
- c) nevím, o této problematice jsem se dosud nedozvěděl/a

15. Domníváte se, že může člověk v produktivním věku trpící Parkinsonovou chorobou vykonávat své zaměstnání?

- a) ano, každá aktivita je pro člověka s Parkinsonovou chorobou prospěšná
- b) spíše ano, záleží vždy na věku a zdravotním stavu konkrétního člověka
- c) ne, rozhodně to není možné
- d) spíše ne, příležitost na pracovním trhu by měly získat především lidé s předpokladem kvalitní výkonnosti

16. Jaký je dle Vašeho názoru výskyt onemocnění Parkinsonovou chorobou u lidí

starších 60ti let?

- a) cca 5%
- b) cca 3%
- c) cca 1%

17. Domníváte se, že má nezisková společnost Parkinson pobočku také v Českých Budějovicích?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18. Může dle Vašeho názoru Parkinsonova choroba ovlivňovat psychiku nemocného člověka?

- a) ano, Parkinsonova choroba často podněcuje sklony k depresím
- b) ano, Parkinsonova choroba podněcuje sklony k bludům
- c) spíše ne, lidé trpící Parkinsonovou chorobou bývají pouze emocionálně labilnější
- d) ne, Parkinsonova choroba nijak neovlivňuje psychiku člověka

19. Kolik si myslíte, že přibude nových případů Parkinsonovy choroby za 1 rok na 100 000 obyvatel?

- a) 30-40 případů
- b) 41-50 případů
- c) 5-24 případů