

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

**Parkinsonova nemoc z pohledu sociálního
pracovníka**

Vedoucí práce: Mgr. Motlová

Jméno: Žaneta Masnerová

Obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III. ročník

2006

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Lucie Masnerová

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Motlové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Úvod	5
1 Teoretická část	7
1.1 Vznik nemoci	7
1.1.1 Historie.....	7
1.1.2 Transmitery.....	7
1.1.3 Dopamin.....	7
1.1.4 Příznaky.....	8
1.2 Motorické příznaky	8
1.2.1 Bradykineze.....	8
1.2.2 Poruchy pohybů a chůze.....	9
1.2.3 Tremor.....	9
1.2.4 Rigidita.....	10
1.3 Nemotorické příznaky	10
1.4 Časový rozvoj nemoci	11
1.4.1 Počáteční stadium.....	11
1.4.2 Rozvinuté stadium.....	12
1.4.3 Pozdní stadium.....	12
1.5 Léčba	12
1.5.1 Farmakologická.....	13
1.5.2 Nefarmakologická.....	15
1.5.2.1 Fyzioterapie.....	15
1.5.2.2 Ergoterapie.....	15
1.6 Demence u Parkinsonovy nemoci	16
1.7 Sociálně-právní problematika klientů s Parkinsonovou nemocí	16
1.7.1 Zvýšení důchodů pro bezmocnost.....	17
1.7.2 Příspěvky při péči o blízkou či jinou osobu.....	18
1.7.3 Dávky státní sociální podpory.....	19
1.7.4 Dobrovolné příspěvky.....	19
1.7.5 Pečovatelské služby a ústavy sociální péče.....	19

1.8 Typologie sociálních služeb.....	19
1.8.1 Sociální zařízení.....	19
1.8.2 Zdravotní zařízení.....	20
1.9 Společnost Parkinson v České republice.....	21
1.9.1 Historie vzniku.....	22
2 Praktická část.....	23
2.1 Cíle práce a hypotéza	23
2.3 Metodika práce.....	23
2.3.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	23
2.4 Použité metody.....	23
2.5 Zkoumání cíle.....	24
2.6 Výsledky.....	25
2.6.1 Výzkum v domově důchodců.....	25
2.6.2 Výzkum v terénu.....	30
2.7 Diskuse.....	33
2.8 Závěr.....	34
3 Klíčová slova.....	35
4 Seznam zkratk.....	36
5 Seznam odkazů.....	37
6 Bibliografické citace.....	41
7 Příloha.....	42
8 Abstrakt.....	44
9 Abstract.....	45

Úvod

K výběru tématu této bakalářské práce mě vede již dlouholetá zkušenost se seniory, jejichž diagnózou je Parkinsonova choroba. Jak jsem se postupně setkávala s lidmi, kteří touto nemocí trpí, hovořila s nimi o všedních věcech, naslouchala jejich životním příběhům, radám, radostem i starostem, uvědomila jsem si, jak je pro tyto lidi Parkinsonova nemoc zatěžující. Díky těmto jejich životním zkušenostem nám, zejména mladé generaci, mohou předat mnoho cenných rad, které nám mohou usnadnit naši cestu životem. Tato kontinuita informací se předává z generace na generaci, je vyzkoušená po staletí a určitě se i v blízké budoucnosti nijak nezmění. Dále mě k výběru tohoto tématu vede to, že Parkinsonova nemoc patří mezi častá, zdravotně a sociálně-ekonomicky závažná neurologická onemocnění. Ač nejsou k dispozici hodnověrné epidemiologické údaje popisující stav v naší populaci, lze předpokládat podobný výskyt Parkinsonovy nemoci jako v jiných průmyslových zemích, tj. zhruba 1 případ na 1 000 a ve věkové skupině nad 65 let věku až 1 na 100 obyvatel. V neposlední řadě mě ve výběru tématu bakalářské práce utvrdila ta skutečnost, že v mém blízkém rodinném okolí je osoba takto nemocná a to v pokročilém stádiu vývoje.

Parkinsonova nemoc přináší postupem doby pacientům různá nepříjemná omezení a obtíže, obvykle však nezkracuje délku života pacienta. Veškeré obtíže a průběh nemoci jsou vždy velmi individuální. Průběh nemoci a míra obtíží jsou závislé stejně tak na léčbě jako na duševním stavu pacienta. U nedostatečně informovaných pacientů se často setkáváme s nepřiměřeným strachem z neznámé nemoci. Průběh nemoci si pacient nedokáže představit a jeho úzkost zcela zákonitě umocňuje obtíže stávající i potenciální. Důsledkem jsou těžko zvládnutelné duševní problémy, ty mají pak negativní dopad na zdravotní stav pacienta. Pro člověka trpícího Parkinsonovou nemocí jsou pouze dvě možnosti: vzdát se nebo bojovat. Druhá možnost je těžká- přináší nutnost každodenního vzdorování tělesným obtížím i skepsi a nejistotě. Je to však jediná cesta, jak úspěšně nemoci čelit a současně se naučit s ní žít.

Cílem teoretické části práce je popsat vznik, příčinu a příznaky Parkinsonovy choroby, farmakologickou a nefarmakologickou léčbu této choroby a demenci při Parkinsonově chorobě. Nedílnou součástí teoretické práce je sociálně právní problematika klientů s Parkinsonovou chorobou včetně činnosti Společnosti Parkinson.

Cílem praktické části práce je porovnat informovanost o Parkinsonově chorobě u seniorů žijících v domově důchodců a u seniorů žijících v domácím prostředí ve městě Písku. K tomuto zjišťování jsme použila standardizovaný dotazník. Polovinu z celkového počtu

dotazníků jsem předložila seniorům v domově důchodců a druhou polovinu jsem předložila náhodně osloveným seniorům na ulici. Z vlastního šetření mezi seniory jsem nabyla dojmu, že i když senioři z domova důchodců jsou o této nemoci lépe informováni, než-li senioři žijící v domácnostech, přesto je samotná seniorská populace o Parkinsonově nemoci nedostatečně informována.

Místem, o kterém v této práci budu pojednávat, je město Písek, které je často označováno jako „město seniorů a studentů“, má v péči o staré lidi bohatou minulost a patří mezi města s největším počtem zařízení pro seniory na počet obyvatel.

V této bakalářské práci jsem čerpala informace z různých odborných knih, brožur a časopisů zabývajících se a popisujících danou nemoc a v neposlední řadě také z internetových stránek.

1 Teoretická část

1.1 Vznik nemoci

1.1.1 Historie

Podle Růžičky je Parkinsonova nemoc chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění mozku, jež popsal v roce 1817 londýnský lékař James Parkinson. Parkinsonovu nemoc doposud neumíme vyléčit, lze ji však léčit, tj. potlačit či omezit příznaky nemoci, a to dlouhodobě. Často lze průběh nemoci i poněkud zpomalit a udržovat dané stadium nemoci s menším množstvím obtíží po řadu let.¹ Základním podkladem pro vznik Parkinsonovy nemoci je nedostatek jedné jediné látky dopaminu.²

1.1.2 Transmiteri

Jednotlivé buňky nervového systému mezi sebou komunikují pomocí svých výběžků, jejichž konce se navzájem dotýkají. Toto spojení se nazývá synapse. Přechod informace z jedné buňky na druhou prostřednictvím synapse je umožněn uvolněním určité látky do mikroskopického prostoru mezi jednotlivými spoji (synaptická štěrbina). Těmto látkám, uvolňujícím se z výběžků těl nervových buněk, se říká transmitery (nervové přenašeče).³

Transmitter uvolněný do štěrbiny synapse se zachytává na membráně druhé nervové buňky, a to na bílkovinné struktuře zvané receptor. Tato bílkovina je citlivá vždy jen vůči jednomu transmitteru, ostatní nechává plout v prostoru synapse. Spojení transmitteru s receptorem umožní přenos informace z první na druhou nervovou buňku. Charakter přenosu, tj. útlum či vzruch, je závislý na vlastnostech transmitteru.⁴

1.1.3 Dopamin

Podkladem Parkinsonovy nemoci je snížení tvorby jednoho transmitteru, a to látky nazývané dopamin. Dopamin se v mozku tvoří především v tzv. středním mozku, v jádru zvaném substantia nigra (černé jádro). Odtud je výběžky těl nervových buněk tohoto jádra

transportován do jiné oblasti bazálních ganglií, do tzv. striata (žíhaného jádra), odtud je uvolňován do synapsí. Pokud je dopaminu na synapsích nedostatek, striatum nemůže dobře pracovat a dochází k poruše regulace hybnosti, k projevům Parkinsonovy nemoci. Všechny projevy onemocnění však nelze přičítat výlučně nedostatku dopaminu v bazálních gangliích. Bylo zjištěno, že kromě nedostatku dopaminu dochází v mozcích pacientů s Parkinsonovou nemocí i ke změnám některých jiných transmiterů (např. serotoninu, glutamátu, kyseliny gama-aminomáselné), nejsou to však obvykle změny těžkého stupně. Pro hlavní příznaky nemoci mají změny na základě nedostatku dopaminu v systému bazálních ganglií zcela zásadní význam. Proč dochází ke snížení tvorby dopaminu je v současnosti již jasné, buňky v substantia nigra, které mají za úkol vyrábět dopamin, v nadměrném počtu odumírají. Není doposud známo, proč ale dochází k tomuto buněčnému odumírání.⁵

1.1.4 Příznaky

Parkinsonova nemoc vzniká podle Ždichynce nejčastěji na podkladě vleklého zánětu mozku (prvotní forma), nebo při kornatění drobných mozkových tepének (druhotná forma). Nezanedbatelné může být i poškození mozku toxickými látkami. U prvotního zánětu mozku jde nejčastěji o virový původ, onemocnění probíhá nejprve prudce, akutně, teprve později přejde do chronicity.⁶ První obtíže pacientů trpících Parkinsonovou nemocí jsou obvykle necharakteristické. Jedná se především o bolesti ramen a zad, pocity tíže končetin, pocit ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpu, tichost a monotónost hlasu, zhoršení a zmenšení písma, deprese, pocit snížení sexuální výkonnosti atd.⁷ Teprve později, a to o řadu měsíců mnohdy i let přejdou do popředí čtyři typické základní příznaky svalová ztuhlost (rigidita), třes (tremor), celková zpomalenost pohybů (bradykineze, akineze, hypokineze) a poruchy postoje a chůze.⁸ Dochází ke ztrátě fyziognomie, tvář nemocného připomíná masku.⁹

1.2 Motorické příznaky

1.2.1 Bradykineze

Bradykineze pacienta funkčně omezuje ze všech příznaků nejvýrazněji, působí zpomalení chůze a všech běžných denních činností. Základními rysy bradykinézy jsou zpomalení průběhu pohybů, jejich celková chudost a zvláště jejich ztížený start (akinéza), zmenšení

rozsahu a amplitudy pohybů (hypokineze). Bradykinetické projevy na končetinách bývají alespoň z počátku vyjádřeny jednostranně nebo asymetricky.

Zmenšení písma (mikrografie), změna výrazu obličeje (hypomimie, maskovitá tvář), snížený souhyb horní končetiny při chůzi či monotónní nemelodická řeč (aprosodie) mohou být počátečními bradykinetickými projevy Parkinsonovy nemoci. Výraznější hypofonie a hypokinetická dysartrie tvoří spolu s tachyfemií (zrychlením artikulace) a palilalií (nutkavým opakováním poslední slabiky nebo slova) poruchu řeči typickou pro pokročilá stadia Parkinsonovy nemoci. Za formu bradykinézy nebo za samostatný příznak jsou pokládány náhlé zárazy v pohybech – akinetický frezing.¹⁰

1.2.2 Poruchy pohybů a chůze

Poruchy postoje a chůze jsou nedílnou součástí projevů Parkinsonovy nemoci a patří k příznakům velmi komplikující život pacientů. Charakteristické je především sehnuté držení trupu, šíje a pokrčení končetin. U pacientů s pokročilejší nemocí je typická chůze o drobných, šouravých krůčcích s nejistými, pomalými otočkami, kdy může docházet i k poruše rovnováhy. Ke zkrácení kroku, přešlapování na místě a neschopnosti se opět rozejít dochází obzvláště často před překážkou (práh dveří) či zúženém prostoru (např. při průchodu dveřmi). K náhlým zárazům pohybu (frezingu) může dojít kdykoliv, bez zjevného důvodu.¹¹

1.2.3 Tremor

Typický pro Parkinsonovu nemoc je tremor - třes klidový, který mizí ve spánku.¹² Parkinsonovský tremor má několik základních vlastností. Objevuje se především na končetinách, hlava je třesem postižena velmi vzácně. Může však být přítomen třes brady. Třes začíná obvykle na prstech horních končetin, tj. výrazněji buď vlevo, nebo vpravo. Třes symetrický na obou končetinách od počátku nemoci bývá pro Parkinsonovu nemoc méně charakteristický. Pohyb třesoucích se prstů bývá někdy přirovnáván k pohybům při počítání peněz. Vývojem onemocnění se třes postupně rozšíří i na stejnostrannou dolní končetinu a poté přechází na druhou stranu těla, nemusí to však být pravidlem. Frekvence třesu je obvykle pomalá, asi 4 až 6 kmitů za sekundu. Třes je převážně klidového charakteru, objevuje se v situacích, kdy se nemocný nehýbe a ruce mu spočívají nečinně na podložce či kdy je má

svěšené podle těla. Často je třes patrný při chůzi. Jakmile pacient rukama aktivně pohybuje (např. obléká se) třes obvykle zmizí. Rozrušením, strachem, úzkostí, ale i radostí a očekáváním se obvykle třes zvýrazňuje, naopak ve spánku mizí a duševním uvolněním se poněkud snižuje. Pomocí spojů mezi jednotlivými strukturami bazálních ganglií se tato nepřiměřená aktivita přenáší na buňky mající přímý vliv na kontrolu pohybů. Tyto buňky by byly za dostatku dopaminu tlumeny, ale takto vysílají rytmické elektrické impulzy, které se přenášejí do pohybového projevu a působí jeho výkyvy, tedy třes.¹³

1.2.4 Rigidita

Rigidita se projevuje zvýšením normálního svalového napětí, které je potřebné k udržení vzpřímeného postoje a k provedení pohybu. Ztuhlý sval klade při činnosti zvýšený odpor. Někteří pacienti přirovnávají tento odpor k pohybům v hluboké vodě. I tento příznak začíná většinou nesymetricky (vlevo nebo vpravo). V časných fázích nemoci bývá svalová ztuhlost příčinou pocitu bolesti či nepříjemného prožitku zvýšeného napětí v ramenou nebo v zádech, neboť ztuhlost vede k šetření příslušné svalové skupiny a přetížení jiných. Pacient napadá na jednu končetinu, má pocit přeželelého krku, obtížně provádí pohyb do krajní polohy. Často právě příznak svalové ztuhlosti přivádí pacienty poprvé k lékaři. Svalová ztuhlost je velmi nepříjemný příznak znesnadňující normální hybnost a nemocní ji těžko snášejí. Přesný mechanismus vzniku svalové ztuhlosti není znám, souvisí přímo s nedostatkem dopaminu v bazálních gangliích.¹⁴

1.3 Nemotorické příznaky

Zvýšený mazotok v obličeji i na kůži po těle je dosti specifickým projevem Parkinsonovy nemoci.¹⁵ Nemocné trápí i zvýšená tvorba slin, spíše se však jedná o jejich snížené polykání a zvýšené pocení, což je projevem poruchy nervů zásobujících potní, slinné a mazové žlázy.¹⁶ Rovněž zácpa je pravidelným steskem nemocných.¹⁷ Pravidelně se dostavuje i porucha řeči. Nemocný s rozvinutým onemocněním začne mluvit zpočátku normálním tempem, později se řeč stává málo srozumitelnou, až přejde v pouhé drmolění. Jindy tito nemocní opakují totéž slovo nebo větu mnohokrát po sobě.¹⁸ Porucha písma je pro Parkinsonovu nemoc typická. Dochází k zmenšování písma, někdy již od prvních písmen textu, někdy až ke konci řádky. Tento problém může velmi komplikovat některé situace, např. při podpisu podle podpisového

vzoru v bankách.¹⁹ Psychické problémy se u pacientů s Parkinsonovou nemocí objevují často, a to již v ranných fázích onemocnění. Jde především o deprese (tj. pocity nepřiměřeného smutku či zoufalství, kvalitativně odlišné od běžných pocitů zármutku, které zná každý člověk). Deprese se mohou projevovat nadměrnou únavou, skleslostí, poruchou spánku, poruchou příjmu potravy a mnoha dalšími příznaky.

1.4 Časový rozvoj nemoci

Vývoj této nemoci je zcela individuální záležitostí a závisí na celé řadě různých faktorů, z nichž je jen část známá a ještě menší část se dá ovlivnit. Jen velmi vzácně se mohou Parkinsonské příznaky objevit u dětí či dospívajících. V takových případech se může jednat o vzácnou dědičnou formu Parkinsonovy nemoci. Častější je tzv. Parkinsonova nemoc s časným začátkem (cca do 40 let), která tvoří asi 10 % všech případů onemocnění. Klasická Parkinsonova nemoc se obvykle začíná objevovat mezi 50. – 60. rokem, kdy jí trpí největší procento nemocných. U nemocných s pozdním začátkem (po 70. roce) postupuje onemocnění dosti rychle a poměrně brzy se snižuje účinek levodopy a mohou se přidávat další příznaky, které hůře odpovídají na léčbu a jejich podíl na postižení nemocného se časem zvyšuje.²⁰

1.4.1 Počáteční stádium

V počátečním stadiu onemocnění, které se rozvíjí pomalu a necharakteristickými projevy, často nemocní při vzpomínkách uvádějí nespecifické obtíže jako změny nálady, kloubní a svalové bolesti, častou zácpu, poruchy čichu a podobně. Mohou se objevit i typičtější projevy, které přesto ještě nemusejí vést k podezření na Parkinsonovu nemoc – zmenšení písma, snížení hlasitosti a melodičnosti řeči, snížená mimika obličeje a náznak sehnutého držení trupu. Teprve po různě dlouhém mezidobí (za několik měsíců a někdy i roků) se objeví typické příznaky této nemoci (třes ruky nebo nohy v klidové poloze, svalová ztuhlost, pohybová chudost a zpomalenost). V tomto období dochází k rozpoznání diagnózy onemocnění. Příznaky onemocnění se během následujících měsíců až let objeví i na končetinách opačné strany těla. V této době již bývá natolik omezena výkonnost nemocných, že lékař zpravidla doporučí nasazení léků – pokud se již nestalo dříve. Nejčastěji to bývá levodopa nebo agonista dopaminu, jejichž podáváním po řadu let poskytuje výraznou úlevu.²¹

1.4.2 Rozvinuté stádium

S postupem času (a chorobného procesu) bývá nutné postupně zvyšovat dávky léků, aby se udržel jejich dobrý účinek na hybnost. Po různě dlouhé době – v průměru po pěti letech – se odpověď na léčbu začne měnit a začnou se objevovat tzv. pozdní komplikace – přechodné výpadky hybnosti a mimovolné pohyby. I když se na nich podílí léčba, podstatným faktorem jejich vzniku je postup základního chorobného procesu. Nemá proto smysl oddalovat racionálně vedenou léčbu nebo neužívat dostatečné dávky léků – komplikace by v daném stadiu rozvoje onemocnění vznikly tak jako tak.²²

1.4.3 Pozdní stádium

K dalšímu horšení základních příznaků a k rozvoji jiných projevů onemocnění dochází s individuálně velmi rozdílnou rychlostí, obraz onemocnění navíc stále značně modifikuje léčba. Zdaleka ne u všech nemocných dojde k rozvoji nejtěžších projevů, které se obtížně ovlivňují léčbou. Mezi ně patří zhoršení stability stoje a poruchy chůze, jež mohou vést k pádům a ohrozit tak život pacienta. Vývoj hybných, vegetativních a případně i psychických pozdních komplikací může v nejtěžších případech výrazně omezovat funkční soběstačnost pacienta.²³

1.5 Léčba

Dosud není znám postup, který by Parkinsonovu nemoc zcela vyléčil nebo alespoň zastavil jeho progresi, je možné účinně a dlouhodobě potlačit jednotlivé příznaky nemoci a zmírňovat její dopady na každodenní život pacienta. K optimálnímu léčení této nemoci je důležitá kombinace farmakologická s postupy nefarmakologickými. Farmakologická léčba sice zmírňuje biologické projevy, ale sama o sobě nevede nutně k návratu ztracených funkčních schopností.²⁴ Proto jsou nedílnou součástí léčebné péče o pacienta s Parkinsonovou nemocí režimová opatření, rehabilitace, cvičení a pohybová reedukace.²⁵ Cílem těchto postupů je aktivní potlačování těch příznaků, jež mohou být překonány, úpravy režimu a tvorba náhradních stereotypu pro ty funkce, jež se navzdory léčbě nepodaří plně obnovit.²⁶

Pro každého nemocného je nesmírně důležité vytvořit si vhodný vlastní postoj k onemocnění a k jeho léčbě. Samozřejmě to není snadné a nepovede se to ihned. Pacient nesmí pasivně spoléhat pouze na pomoc lékaře a užívání léků, velmi důležitá je vlastní vůle k pravidelnému pohybu, cvičení a k aktivnímu překonávání obtíží, hledání náhradních způsobů řešení při zdravotních komplikacích života. Neobyčejně důležitým předpokladem úspěšného boje pacienta s jeho nemocí je podpora, která se mu dostává od jeho rodiny a blízkých, kteří svým chápavým a poučeným postojem mohou nemocnému velmi usnadnit překonávání nejrůznějších problémů a překážek spojených s nemocí.²⁷ Jestliže jedním z tradičně uváděných rysů Parkinsonovy nemoci je tendence k snížení aktivity, depresivnímu ladění, k uzavírání se do sebe, mělo by okolí naopak vyhledávat příležitosti k zapojení pacienta do rodinných a společenských událostí, ačkoliv při nich budou hrát třeba zdánlivě pasivní úlohu. Zatímco obecný postoj společnosti ke starším a chronicky nemocným občanů zdaleka není na žádoucí úrovni, stále významněji se projevují občanské aktivity zaměřující se na podporu nemocných. Jednou z nich je Společnost Parkinson, občanská humanitární organizace sdružující nemocné s Parkinsonovou nemocí, jejich rodinné příslušníky a zdravotníky, s cílem podporovat zdravotní, sociální a osvětové programy ve prospěch spoluobčanů postižených Parkinsonovou nemocí.²⁸

Každý nemocný má právo na informace o nemoci a o možných způsobech jejího léčení. Dobře informovaný pacient se lépe dokáže poradit o svých problémech a stává se partnerem svému lékaři při rozhodování o léčebném postupu.²⁹

1.5.1 Farmakologická léčba

Skupinu tzv. antiparkinsonik, tj. látek určených pro léčbu Parkinsonovy nemoci, lze dle jejich účinku rozdělit na tři skupiny:

1. základní léky – nahrazují chybějící dopamin
 - levodopa
 - agonisté dopaminu

2. **přidatné léky** – mění metabolismus levodopy a dopaminu nebo působí na jiné systémy nervových přenašečů
 - selegilin
 - entakapon
 - amantadin
 - anticholinergika
3. **pomocné léky** – ovlivňují vedlejší příznaky a komplikace
 - domperidon
 - antidepressiva
 - anxiolytika, sedativa a hypnotika
 - atypická neuroleptika aj.³⁰

Především je nutné zdůraznit nutnost řídit se pokyny lékaře, týkajících se časování jednotlivých dávek léků v průběhu dne. Každý lék má jinak dlouhý účinek a potřeba zkrácení časového intervalu mezi jednotlivými dávkami či naopak jeho prodloužení se mění v průběhu nemoci i při kombinování jednotlivých léků dohromady.

Léčba pomocí levodopy má jeden specifický problém, levodopa se prakticky nevstřebává ze zažívacího systému, pokud je současně podána s potravou obsahující větší množství bílkoviny.³¹ Jinak je objev léčebného účinku levodopy jedním z velkých vynálezů moderní medicíny. Levodopa se stala základním lékem Parkinsonovy nemoci a její klíčová úloha v léčbě stále trvá. Levodopa je přirozená látka, z níž běžně v těle člověka jednoduchou enzymatickou přeměnou vzniká dopamin, kterého, jak již bylo řečeno mají pacienti s tímto onemocněním nedostatek. Proto se nabízí logická myšlenka dopamin do těla nemocného dodat. U pacientů s Parkinsonovou nemocí potlačuje levodopa zejména základní příznaky onemocnění, tj. bradykineza, hypokineza, rigidita a tremor, i když ovlivnění třesu není vždy dokonalé.³²

1.5.2 Nefarmakologická

1.5.2.1 Fyzioterapie

Podle Růžičky je velice důležitou složkou komplexní léčby pacientů s Parkinsonovou nemocí fyzioterapie. Tato část léčebné rehabilitace by měla být pacientům nabídnuta ve formě individuální výuky. Měla by být dostatečně vysvětlena i rodině, která každodenně ovlivňuje pohybové chování pacienta. Je samozřejmě rozdíl mezi pacientem, u kterého nemoc teprve začíná, a u kterého je nemoc plně vyvinuta. Fyzioterapie se soustřeďuje u nemocných Parkinsonovou nemocí na uvolňování a facilitaci obličejových svalů, uvolňování svalů šíjových, uvolnění pohybů horních a dolních končetin, cvičení trupu, dechová cvičení, nácvik vstávání ze židle a lůžka, nácvik chůze a nácviku drobných denních úkonů.³³

Zpočátku se cvičí s nemocným individuálně, později se zařazují do skupin. Ve skupině musí být zařazeni nemocní se stejně těžkým postižením. Začíná se cvičit vsedě na židli. Nemocný a cvičitel musí mít kolem sebe dostatek místa. Při cvičení sedí nebo stojí cvičitel proti nemocnému v dostatečné vzdálenosti a sám předvádí cviky zrcadlově. Slovní vedení je jasné, zřetelné, energické, hlasité a vždy v souladu s pohybovými možnostmi nemocného.³⁴

1.5.2.2 Ergoterapie

Ergoterapie doplňuje a navazuje na fyzioterapii. Při rozhodování, jaké vhodné prvky z ergoterapie se použijí, musíme pacienta dostatečně znát. Musíme vědět, jak se chovat při té které činnosti, jak zvládá určité úkony sám a při kterých je nutná asistence druhé osoby. Nemocného učíme, jak se má mýt, holiť, oblékat, zapínat knoflíky, obouvat boty a jíst. Dáváme mu vždy dostatek času na nácvik dané činnosti. Nutíme ho do běžných domácích prací, ženám jsou doporučovány některé ruční práce. Vhodné jsou práce na zahrádce jako je sázení, pletí, hrabání a zametání, kropení a natírání plotu. Různé stolní hry jsou výborným doplňkem ergoterapie, protože působí pozitivně nejen na motoriku, ale zejména na psychiku.³⁵

1.6 Demence u Parkinsonovy nemoci

Demencí rozumíme podle Rektora získanou a často progresivní multifokální poruchu kognitivních funkcí, které způsobují významnou deterioraci sociální, pracovní a běžných každodenních aktivit u člověka bez kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí, i když delirantní stavy i kóma se mohou v průběhu onemocnění vyskytnout. U pacientů s Parkinsonovou nemocí se vyskytuje demence v pozdních stádiích onemocnění v 10-15 %. Daleko častěji pozorujeme u pacientů selektivní kognitivní deficit, který může být i časným příznakem. K behaviorálním a psychologickým symptomům patří bludy, halucinace, paramoia, deprese, apatie a anxieta, agresivita, iritabilita, poruchy spánku, aberantní motorické projevy, poruchy příjmu potravy a poruchy sexuálního chování.³⁶

1.7 Sociálně právní problematika klientů s Parkinsonovou nemocí

Velkým problémem je pro většinu pacientů i jejich rodin získání konkrétních informací o možnostech sociálního zabezpečení, sociální pomoci a podpory státními i nestátními organizacemi. Podle Růžičky se v České republice systém moderní sociální pomoci teprve vytváří, mnoho zákonů se stále mění a dostat přesné a instruktivní informace je často obtížné. Existuje celá řada občanských a sociálních poraden, které se snaží pomoci informovat pacienty o jejich možnostech a nárocích. Lze zde získat i informace z oblasti sociálně – právní. Není také dostatečně známa možnost získání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro těžce zdravotně postižené.³⁷

Ze zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění má těžce zdravotně postižený občan České republiky právo žádat o udělení invalidního důchodu, o mimořádné výhody, o státní podporu, která je podložena zdravotním stavem a o zvýšení důchodu pro bezmocnost. Nárok na částečný či plný invalidní důchod je vymezen v zákonu č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který provádí vyhláška č. 284/1995 Sb., ve znění vyhlášky č. 157/1997 sb. Nárok na invalidní důchod závisí na době pojištění, diagnóze a na míře poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Pro přiznání plného invalidního důchodu musí činit pokles soustavné výdělečné činnosti alespoň 66 % a pro částečný invalidní důchod nejméně 33 %.

Parkinsonova nemoc je zařazena do kapitoly č. VI: Nervový systém. Je rozdělena do tří skupin z hlediska závažnosti zdravotního postižení:

- a) lehčí formy (není nárok na invalidní důchod)
- b) středně těžké formy (pacienti v této skupině mohou získat částečný invalidní důchod-ČID)
- c) těžké formy: pacienti v této skupině mohou získat plný invalidní důchod (ID)³⁸

Posouzení zdravotního postižení na základě podané žádosti provádí posudkový lékař. Podle uznaného stupně postižení vypočítává Česká správa sociálního zabezpečení výši důchodu. Okresní správa sociálního zabezpečení rozhoduje o druhu a míře zdravotního postižení, které odůvodňuje poskytování mimořádných výhod na základě posudkového lékaře. Návrh na mimořádné výhody podává obvykle odvodní lékař či odborný lékař a postupuje jej na sociální odbor Městského úřadu. Městský úřad vydává průkaz opravňující občana k mimořádným výhodám s vyznačením, o jaký stupeň jde.

- a) I. stupeň: (tělesně postižený-TP) – opravňuje k nároku na vyhrazené místo na sezení ve veřejných dopravních prostředcích a k nároku na přednost při osobním projednávání záležitostí;
- b) II. stupeň: (zdravotně tělesně postižený-ZTP) – stejně jako u TP, navíc nárok na bezplatnou dopravu v místní veřejné dopravě, sleva 75 % na jízdné ve vnitrostátní vlakové přepravě a 62 % ve vnitrostátní autobusové přepravě;
- c) III. stupeň: (zdravotně tělesně postižený, potřebující průvodce-ZTP/P) – stejně jako u ZTP, navíc nárok na bezplatnou dopravu i pro průvodce³⁹

Parkinsonova nemoc není uvedena ve vyhlášce č. 182/1991 Sb., ve znění vyhlášky 264/96 uvedena, ale funkční postižení, pokud podstatně omezuje pohybovou nebo orientační schopnost, mohou posudkoví lékaři posoudit analogicky s obdobným postižením ve vyhlášce uvedeným.⁴⁰

1.7.1 Zvýšení důchodů pro bezmocnost

Podle zákona č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti se toto zvýšení týká bezmocných poživatelů důchodu a zákon dále upravuje příspěvek pro péči o blízkou osobu či jinou osobu. Žádá se na příslušných formulářích, které vyplní ošetřující lékař, na okresní správě sociálního zabezpečení. Pokud jde o hodnocení posuzuje se podle: schopnosti pohybu kolem lůžka, schopnosti najíst se, napít se, způsobu podávání léků, hygienických úkonů (koupání se ve

vaně, stříhání nehtů), schopnosti otevřít či zavřít okno, pohybu po rovině, v terénu a po schodech. Podle kategorie, do které je pacient zařazen (u Parkinsonovy nemoci jde většinou o částečně či převážně bezmocný), vyplácí správa sociálního zabezpečení sociální dávky pro bezmocnost. Lze je udělit ve třech stupních:

- a) částečně bezmocná osoba vyžaduje dlouhodobě pomoc jiné osoby u některých nezbytných životních úkonů;
- b) převážně bezmocná osoba vyžaduje péči stejně jako částečně bezmocná osoba a navíc soustavně dohled druhé osoby při hlavních životních úkonech;
- c) úplně bezmocná osoba naprosto ztrácí schopnost sebeobsluhy.⁴¹

Částka zvýšení důchodu pro bezmocnost se váže na částku, která se podle zákona č. 463/1991 Sb., o životním minimu považuje za potřebnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb osoby (při částečné bezmocnosti 20 %, při převážné bezmocnosti 40 % a při úplné bezmocnosti 75 % životního minima). Tuto částku vyplácí okresní správa sociálního zabezpečení.⁴²

1.7.2 Příspěvek při péči o blízkou či jinou osobu

Příspěvek při péči o blízkou či jinou osobu se uděluje podle zákona č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, osobě pečující osobně, celodenně a řádně o blízkou osobu, která je:

- a) převážně či úplně bezmocná nebo
- b) starší 80 let a částečně bezmocná nebo
- c) starší 80 let a podle vyjádření ošetřujícího lékaře potřebuje péči jiné osoby, jestliže její příjem (stanovení v zákoně o životním minimu č. 463/1991 Sb.) vyplácený v kalendářním měsíci nepřesahuje 1,5 násobek částky na osobní potřebu, pečuje-li o jednu takovou osobu. Příspěvek náleží též občanovi, který pečuje o jinou než blízkou osobu, pokud spolu žijí ve společné domácnosti. Měsíční peněžitý příspěvek se rovná výši rozdílu mezi příjmem tohoto občana, v kalendářním měsíci a 1,6 násobkem částky na osobní potřeby, pečuje-li o jednu osobu. Příspěvek vyplácí sociální odbor městských úřadů.

1.7.3 Dávky státní sociální podpory

O dávky státní sociální podpory má právo žádat pacient trpící Parkinsonovou nemocí podle kapitoly 2 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře ⁴⁴; vyhláška č. 207/95 Sb. ve znění vyhlášky č. 156/97 Sb. provádí zákon 117/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Výše částky podpory je vyplácena na základě zdravotního stavu pacienta. Mezi tyto dávky patří především sociální příplatek, dále příspěvek na bydlení a na dopravu. Dávky vyplácí sociální odbor městských úřadů. ⁴⁵

1.7.4 Dobrovolné příspěvky

Na základě mimořádných výhod II. a III. stupně či poživatelům zvýšeného důchodu pro bezmocnost, mohou městské úřady poskytovat jednorázové dávky, příspěvky na pomůcky, které umožňují sebeobsluhu, samostatný pohyb nebo zachování zdravotního stavu. K dalším příspěvkům patří příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na úhradu zákonného pojištění vozidla, příspěvek na topnou naftu a zakoupení topných těles a dalších spotřebičů, příspěvek na zřízení a změnu připojení telefonní účastnické stanice, příspěvek na provoz telefonní účastnické stanice, příspěvek na zvýšení výdaje související s trvalým používáním ortopedických, kompenzačních či jiných pomůcek. Městské úřady mohou vyplácet tyto dávky, avšak výše těchto dávek závisí na celkovém posouzení žádosti, která se podává na předepsaném formuláři na sociálním odboru příslušného městského úřadu. ⁴⁶

1.7.5 Pečovatelské služby a ústavy sociální péče

V případě, že nemocná osoba není schopna sama si obstarat svou domácnost a rodinní příslušníci jí nemohou pomoci, je možno žádat i o pečovatelské služby či o umístění do ústavu sociální péče. Jsou zde poskytovány komplexní služby.

1.8 Typologie sociálních služeb

1.8.1 Sociální zařízení

- a) **Zařízení pečovatelské služby pro staré občany** poskytují osobní hygienu, dále se starají o zajištění nákupů, donášku obědů, úklid apod. V některých zařízeních je i možnost denního pobytu, jídelna, prádelna, středisko osobní hygieny. Informace o dostupnosti takových služeb v místě bydliště je možno získat např. na městském úřadu či u místního praktického lékaře;
- b) **Dům s pečovatelskou službou**, kde nemocná osoba platí nájemné a má vystaven dekret. Nemocná osoba musí být soběstačná, nevyžaduje celodenní ošetrovatelskou péči, protože o víkendech není služba zajištěna;
- c) **Ošetrovatelské domovy, sociálně ošetrovatelská zařízení** jsou určeny pro přechodný pobyt osamělých osob vyššího věku, které nejsou svým postižením nuceny být v léčebném zařízení, v léčebnách dlouhodobě nemocných ani v domovech důchodců a pečovatelská služba jim nedostačuje. Zde je možno umístit osobu přechodně na 1-3 měsíce, kterou rodina z vážných důvodů nemůže zabezpečit. Příjem je zde učiněn na základě doporučení ošetřujícího lékaře a náklady na tuto péči jsou individuálně stanoveny na základě sociální potřeby, vždy však pouze částečně ze strany zřizovatele. Odborné lékařské ošetření a zákrok zde nejsou prováděny;
- d) **Domovy důchodců** jsou určeny pro staré občany, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu a potřebují komplexní péči, nikoliv však typu lůžkového lékařského zařízení. Přijetí doporučuje ošetřující lékař a žádost schvaluje sociální odbor městského úřadu;
- e) **Penziony pro důchodce** jsou taková zařízení, ve kterých stejně jako u domova důchodců nepotřebují osoby ze zdravotních důvodů komplexní péči. Je tedy nutné, aby příslušná osoba byla schopna vést poměrně samostatný život. Doporučení a schválení probíhá stejně jako u domovů důchodců;
- f) **Respitní služba** umožňuje přechodnou péči v místě domova či v sociálním nebo zdravotnickém ústavu pro osobu, kterou rodina z vážných důvodů nemůže zabezpečit.⁴⁷

1.8.2 Zdravotnická zařízení

- a) **Specializované ústavy sociální péče** jsou ústavy, které se zaměřují na osoby např. se smyslovým onemocněním, mentálním a tělesným postižením, na osoby potřebující psychiatrický dohled;
- b) **Osobní asistence** je taková pomoc, kdy nemocné osobě pomáhá zvládnout její každodenní činnosti asistent(ka);
- c) **Home care** jsou taková zdravotnická zařízení, která zajišťují sesterské zdravotnické úkony. Je nutno doporučení praktického či obvodního lékaře a tyto služby jsou obvykle placeny zdravotními pojišťovnami. Nadstandardní péči je nutno hradit;
- d) **Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)** je určena pro dlouhodobé léčení nemocných se stanovenou základní diagnózou a dlouhodobým léčebným plánem. Přijetí doporučuje ošetřující lékař a schvaluje ředitel léčebny;
- e) **Gerontopsychiatrická oddělení** přijímají pacienty na doporučení ošetřujícího lékaře, kteří jsou ve vážném akutním stavu pod vlivem duševní choroby, kdy nemocný ohrožuje sebe nebo okolí;
- f) **Hospic** je zřízen pro pacienty, kteří jsou určeni pouze k podpůrné léčbě při základní infaustní diagnóze. Zajišťují tlumení bolesti za důstojných podmínek.
Velmi důležité je poradit se ještě před sháněním konkrétní formy sociální pomoci s profesionály školenými v poradenství sociálních služeb.⁴⁸

1.9 Společnost Parkinson v České republice

Společnost Parkinson je občanská, humanitární a nezisková organizace s celostátní působností, která byla založena ke konci roku 1994 a je řádně registrována v evidenci Ministerstva Vnitřní České Republiky jako právnická osoba s vlastním Identifikačním číslem organizace. Členy společnosti mohou být nemocní touto chorobou, jejich rodinný příslušníci, lékaři, rehabilitační pracovníci a sympatizující. Tedy všichni, kteří se touto nemocí zajímají, jichž se přímo nebo nepřímo dotýká nebo kteří chtějí pomáhat pro zlepšování životních podmínek pro nemocné. Podnět pro založení této společnosti dali lékaři Neurologické kliniky 1. LK UK v Praze, kteří se zabývají problematikou a léčbou Parkinsonovy nemoci. Protože se nemocní cítí být vytlačováni ze všedního života klub, pro pacienty s touto nemocí je nenechá pasivně přihlížet, ale aktivně je zapojuje do boje s touto nemocí. V roce 2004 měla společnost

více než 1500 členů. Kluby jsou v současné době založeny v 11 krajích České republiky a aktivně působí v těchto městech: Praha, Brno, Ostrava, Olomouc, České Budějovice, Liberec, Havlíčkův Brod, Poděbrady, Pardubice, Litomyšl, Zlín a v přípravě jsou kluby pro Jihlavu a Benešov.⁴⁹

V těchto klubech je pořádán především zdarma pravidelný docházkový rehabilitační tělocvik a to jedenkrát týdně v tělocvičnách nebo bazénech pod vedením školených fyzioterapeutek, besedy s lékaři, besídky členů s rodinnými příslušníky, výlety a vycházky, vzájemné návštěvy členů jednotlivých klubů a řadu dalších akcí. Důležité je, že jsou nemocní pověřováni dílčími úkoly podle svých schopností a hlavně aktivně se svou nemocí bojují. Společnost Parkinson poskytuje svým klubům nejnnutnější finanční prostředky na administrativní a provozní činnost. Pronájmy tělocvičen, bazénů a odměny fyzioterapeutkám hradí společnost z případných dotací Ministerstva Zdravotnictví České Republiky a dobrovolných příspěvků a ze sponzorských darů.⁵⁰

Společnost Parkinson zajišťuje poradenskou činnost, vyřizování korespondence, vedení databáze členů podle členských přihlášek, styk s úřady, sponzory, uzavírání smluv a řadu dalších akcí. Vydává za podpory sponzora časopis Parkinson, který slouží k informování všech členů o činnostech společnosti, o společenských akcích, o nových možnostech léčby, o sociálních problémech nemocných, o činnostech jednotlivých klubů a o zkušenostech ze zahraničí apod. Časopis je distribuován zdarma všem členům, dále na neurologická pracoviště, sponzorům, úřadům a klubům.⁵¹

1.9.1 Historie vzniku

V roce 2003 se klubu Parkinson podařilo navázat kontakty s Jihočeským kraje a Magistrátem města České Budějovice. Tyto úřady poskytly finanční příspěvek na zahájení provozu a činnosti klubu. Magistrát poskytl jako neinvestiční dotaci 8.500,-Kč a Jihočeský kraj poskytl finanční příspěvek 10.000,-Kč. Klub Parkinson pořádá řadu přednášek týkajících se problémů spjatých s touto nemocí, snaží se vést pacienty k aktivizaci a dalšímu optimismu do života. Na počátku léta roku 2004 se podařilo uskutečnit několik terapeutických lekcí v jízdě na koni v rámci hypoterapie, zprostředkované občanským sdružením Koník o. s. Schůze výboru Klubu se pravidelně konají první úterý v daném měsíci, kromě prázdnin. Rehabilitační skupinová cvičení probíhají ve středu v době od 15.30 – 16. 30 v prostorách rehabilitačního oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.⁵²

2 Praktická část

2.1.1 Cíle práce a hypotéza práce

Cílem teoretické části práce je popsat vznik, příčinu a příznaky Parkinsonovy choroby, farmakologickou a nefarmakologickou léčbu této choroby a demenci při Parkinsonově chorobě. Nedílnou součástí teoretické práce je sociálně právní problematika klientů s Parkinsonovou chorobou včetně činnosti Společnosti Parkinson.

Cílem praktické části práce je porovnat informovanost o Parkinsonově chorobě u seniorů žijících v domově důchodců a u seniorů žijících v domácím prostředí ve městě Písku.

Hypotéza: Senioři žijící v domově důchodců mají více informací o Parkinsonově nemoci než senioři žijící v domácím prostředí.

Srovnání informovanosti o Parkinsonově nemoci seniorů žijících v domově důchodců a seniorů žijících v domácím prostředí ve městě Písku. Zda-li senioři žijící v domově důchodců mají větší povědomí o Parkinsonově nemoci nebo zda-li je to naopak, senioři žijící doma mají větší přehled o Parkinsonově nemoci.

2.3 Metodika práce

2.3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Autorka oslovila 35 osob z domova důchodců v Písku a 35 seniorů žijícím v domácím prostředí. Hlavními kritérii byl věk nad 60 a více let, trvalé bydliště v domově důchodců v Písku a u seniorů žijících v domácnosti trvalé bydliště v Písku. Výběr respondentů byl náhodný při terénním šetření, v domově důchodců pomocí zdravotní sestry byli vybráni respondenti bez syndromu demence. Celkem tedy tvořilo zkoumaný soubor 70 respondentů.

2.4 Použité metody

K ověření stanovené hypotézy byly použity následující metody a techniky sběru dat: dotazník, rozhovor a dat a komparativní analýza.

V případě realizace výzkumného cíle autorka použila standardizovaný dotazník, který byl distribuován 35 respondentům přímo v domově důchodců v Písku a 35 respondentů žijících v domácnostech a mající místo trvalého bydliště v Písku. U seniorů žijících v domácím prostředí autorka použila řízený rozhovor a to v rámci terénního šetření. V domově důchodců byl se seniory veden rozhovor na základě připraveného dotazníku. Získaná data byla navzájem porovnána.

2.5 Zkoumání cíle

Výzkumný soubor tvořilo celkem 70 respondentů, přičemž kritériem jejich výběru byl věk nad 60 let, dalším kritériem výběru bylo bydliště ve městě Písku a bydliště v Domově důchodců v Písku. K výzkumu tohoto cíle autorka použila standardizovaný dotazník, který vyplnila s jednotlivými klienty přímo v domově důchodců a v terénu (konkrétně na ulici). V dotazníku byly použity tři otázky identifikační (věk, pohlaví, vzdělání) a čtyři otázky byly zaměřeny na míru informovanosti o Parkinsonově nemoci. Dotazník obsahoval i filtrační otázku, která selektovala respondenty na ty, kteří toto onemocnění znali a na ty, kteří o něm nikdy neslyšeli. Autorka ubezpečila respondenty o důvěryhodnosti celého dotazování. Většinou se setkala s pozitivním ohlasem a ochotou dotazník vyplnit, jen v ojedinělých případech a to ve třech byla rezolutně odmítnuta.

2.6 Výsledky

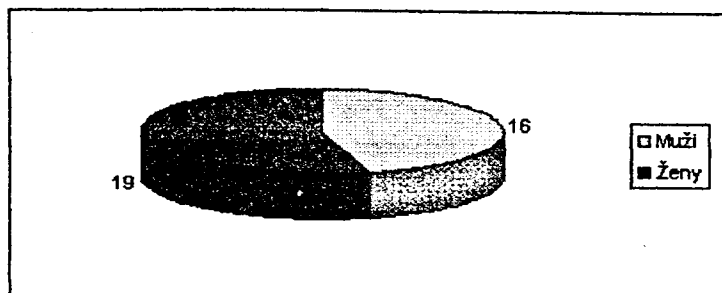
Cílem výzkumu bylo potvrzení nebo vyvrácení hypotézy: senioři žijící v domově důchodců mají více informací o Parkinsonově nemoci, než lidé žijící v domácnosti.

2.6.1 Z výzkumu v domově důchodců vplynuly následující skutečnosti:

Otázka č. 1 – Pohlaví

Výzkumu se zúčastnilo celkem 35 respondentů, z toho bylo dotazováno 19 žen (54 %) a 16 mužů (46 %). Tato otázka byla otázkou identifikační

Graf č. 1 - struktura respondentů dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

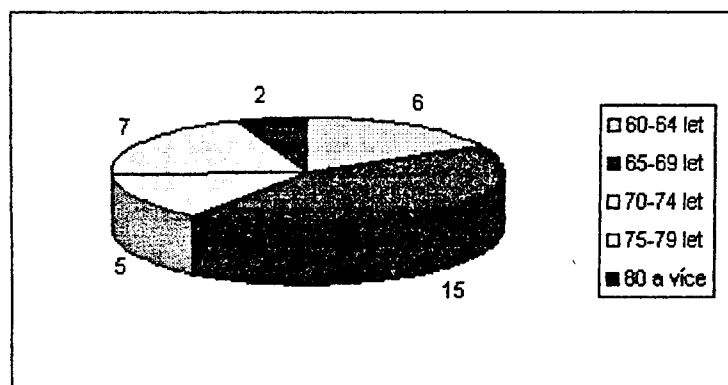
Otázka č. 2 – Věk

Tato otázka byla identifikační a rozdělila respondenty podle věkových skupin po pěti letech.

Věková struktura výzkumného souboru je následující :

ve věkové kategorii 60 – 64 let je 6 respondentů (17 %), ve věkové kategorii 65 – 69 let je 15 respondentů (43 %), ve věkové kategorii 70 – 74 let je 5 respondentů (14 %), ve věkové kategorii 75 - 79 let je 7 respondentů (20 %) a ve věkové kategorii 80 a více let jsou 2 respondenti (6 %). V tomto výzkumném souboru převažuje skupina 65 – 69 let.

Graf č. 2 - struktura respondentů dle věku



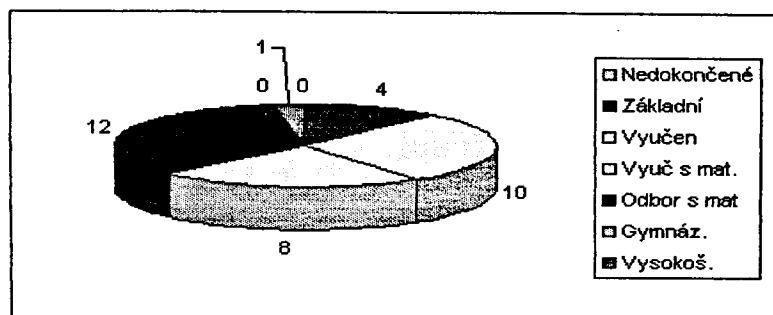
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3 Vzdělání

Otázka týkající se vzdělání je poslední identifikační otázka, která rozděluje respondenty podle dosaženého vzdělání. Nedokončené vzdělání neměl žádný z respondentů. Základní vzdělání uvedli 4 respondenti (11 %), vyučen/a uvedlo 10 respondentů (29 %), vyučen/a

s maturitou uvedlo 8 respondentů (23 %), odborné s maturitou uvedlo 12 respondentů (34 %), gymnázium uvedlo 0 respondentů (0 %) a vysokoškolské vzdělání uvedl 1 respondent (3 %). Mezi nejpočetnější dvě skupiny patří respondenti vyučen/a a odborné s maturitou.

Graf č. 3 - struktura respondentů dle vzdělání

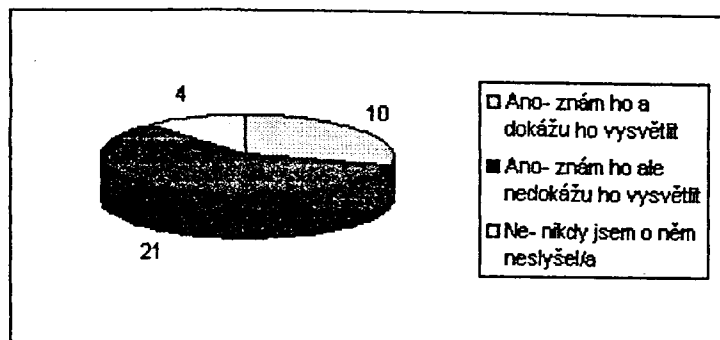


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4 Je Vám znám pojem Parkinsonova nemoc?

Tato otázka byla otázkou filtrační, která měla rozlišit respondenty na ty, kteří znají pojem Parkinsonova nemoc a na ty, kteří o ni nikdy neslyšeli. Respondenti si mohli vybírat ze tří odpovědí. První možností bylo – Ano, znám ji a dokáži ji vysvětlit – odpovědělo 10 respondentů (28 %), druhou možností bylo – Ano, znám ji, ale nedokáži ji vysvětlit – odpovědělo 21 respondentů (60 %) a třetí možností bylo – Ne, nikdy jsem o ní neslyšel/a – odpověděli 4 respondenti (12 %). Z předešlého vyplývá, že pojem Parkinsonova nemoc je známa 88 % respondentů, což je více než polovina dotázaných. 12-ti % respondentů je tento pojem neznámý a v dalších výsledcích bude uváděna pouze výše uvedená nadpoloviční většina respondentů, která pojem zná.

Graf č. 4 - Je Vám znám pojem Parkinsonova nemoc?

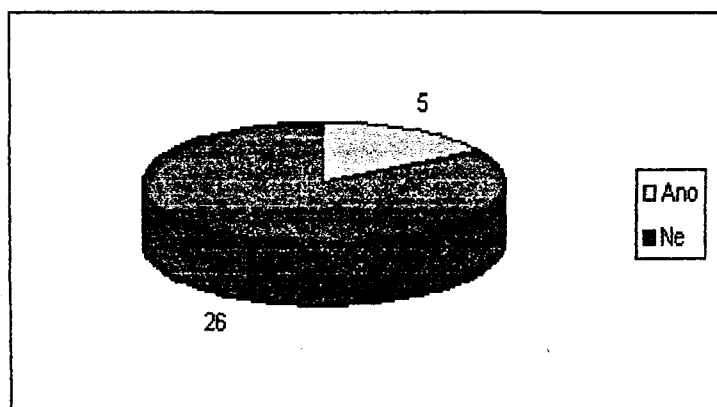


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5 Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, sousedé, apod.) někoho, o němž je Vám známo, že onemocněl/a Parkinsonovou nemocí?

V této otázce zjišťuji, zda má respondent konkrétní znalost nemoci ze svého okolí. Odpověď Ano – uvedlo 5 respondentů (16 %) a odpověď ne uvedlo 26 respondentů (84 %).

Graf č. 5 – Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, sousedé, apod.) někoho, o němž je Vám známo, že onemocněl Parkinsonovou nemocí.



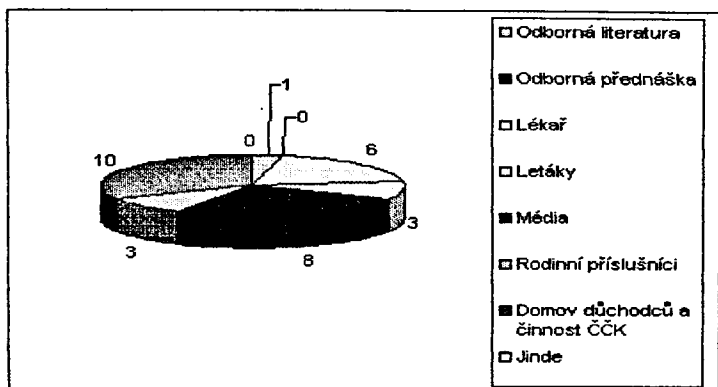
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 Jakým způsobem jste získal/a informace o Parkinsonově nemoci?

Tato otázka zjišťuje původ informací, odkud je respondent získal. V dotazníku byly nabídnuty tyto možnosti: četl/a jsem odbornou literaturu – tuto možnost uvedl 1 respondent (3 %), navštívil/a jsem odbornou přednášku – tuto možnost uvedlo 0 respondentů (0 %), informoval/a mě lékař nebo jiný zdravotní pracovník – tuto možnost uvedlo 6 respondentů (19

%), dozvěděl/a jsem se informace s propagačního letáku, akce, apod. – tuto možnost uvedli 3 respondenti (10 %), z médií (rozhlas, televize, časopisy, noviny, apod.) – tuto možnost uvedlo 8 respondentů (26 %), od rodinných příslušníků, známých nebo jiných osob (laiků) – tuto možnost uvedlo 3 respondenti (10 %), v domově důchodců a jeho činnosti – tuto možnost uvedlo 10 respondentů (32 %). Žádný z respondentů neuvedl možnost – jinde – kde.

Graf č. 6 - Jakým způsobem jste získal/a informace o Parkinsonově nemoci



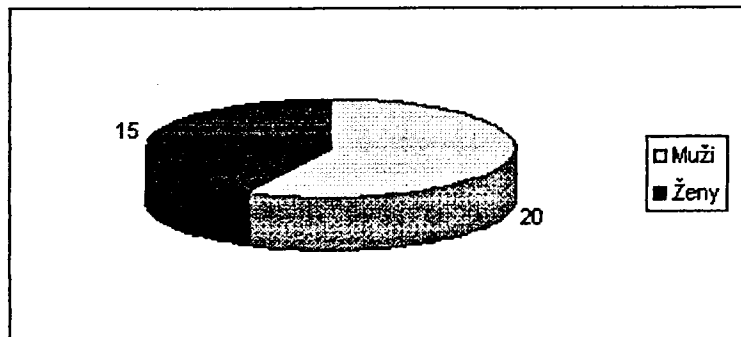
Zdroj: vlastní výzkum

2.6.3 Výsledky výzkumu seniorů žijící v domácím prostředí:

Otázka č. 1 Pohlaví

Výzkumu se zúčastnilo celkem 35 respondentů, z toho bylo dotazováno 15 žen (43 %) a 20 mužů (57 %). Tato otázka byla otázkou identifikační

Graf č. 1 - struktura respondentů dle pohlaví

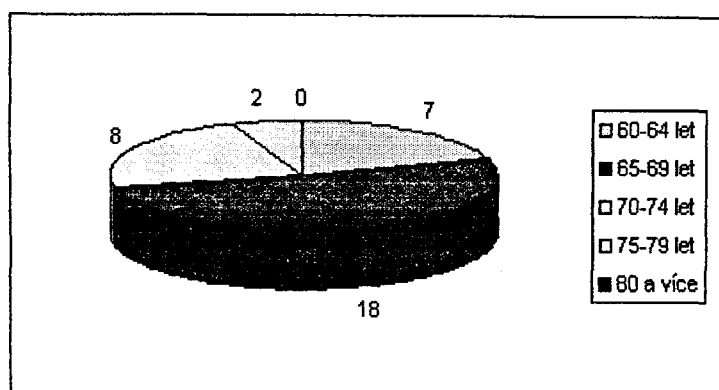


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2 – Věk

Tato otázka byla identifikační a rozdělila respondenty podle věkových skupin po pěti letech. Věková struktura výzkumného souboru je následující: ve věkové kategorii 60 – 64 let je 7 respondentů (20 %), ve věkové kategorii 65 – 69 let je 18 respondentů (51 %), ve věkové kategorii 70 – 74 let je 8 respondentů (23 %), ve věkové kategorii 75 - 79 let jsou 2 respondenti (6 %) a ve věkové kategorii 80 a více let je 0 respondentů (0 %). V tomto výzkumném souboru převažuje skupina 65 – 69 let.

Graf č. 2 - struktura respondentů dle věku

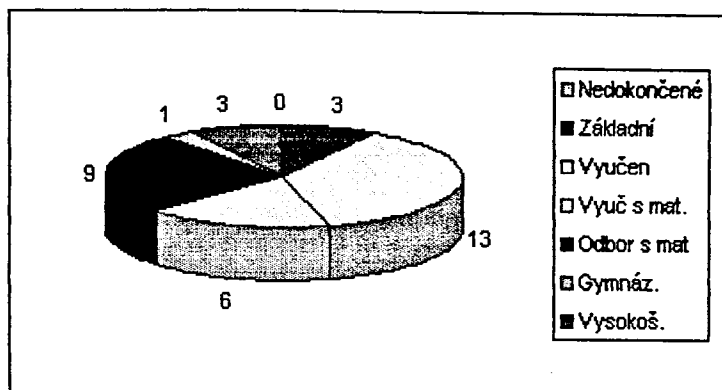


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3 – Vzdělání

Je poslední identifikační otázka, která rozděluje respondenty podle dosaženého vzdělání. Nedokončené vzdělání neměl žádný z respondentů. Základní vzdělání uvedli 3 respondenti (8 %), vyučen/a uvedlo 13 respondentů (37 %), vyučen/a s maturitou uvedlo 6 respondentů (17 %), odborné s maturitou uvedlo 9 respondentů (26 %), gymnázium uvedl 1 respondent (3 %) a vysokoškolské vzdělání uvedli 3 respondenti (9 %). Mezi nejpočetnější dvě skupiny patří respondenti vyučen/a a odborné s maturitou.

Graf č. 3 - struktura respondentů dle vzdělání

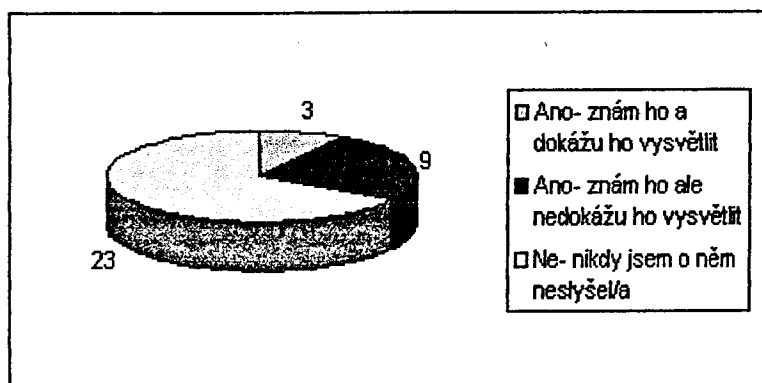


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4 Je Vám znám pojem Parkinsonova nemoc?

Tato otázka byla otázkou filtrační, která měla rozlišit respondenty na ty, kteří znají pojem Parkinsonova nemoc a na ty, kteří o něm nikdy neslyšeli. Respondenti si mohli vybírat ze tří odpovědí. První možností bylo – Ano, znám ji a dokáži ji vysvětlit – odpověděli 3 respondenti (9 %), druhou možností bylo – Ano, znám ji, ale nedokáži ji vysvětlit – odpovědělo 9 respondentů (25 %) a třetí možností bylo – Ne, nikdy jsem o něm neslyšel/a – odpovědělo 23 respondentů (66 %). Z předešlého vyplývá, že pojem Parkinsonova nemoc je známa 34 % respondentů, což je méně než polovina dotázaných. 66 % respondentů je tento pojem neznámý a v dalších výsledcích bude uváděna pouze výše uvedená 34 % menšina respondentů, která pojem zná.

Graf č. 4 - Je Vám znám pojem Parkinsonova nemoc?

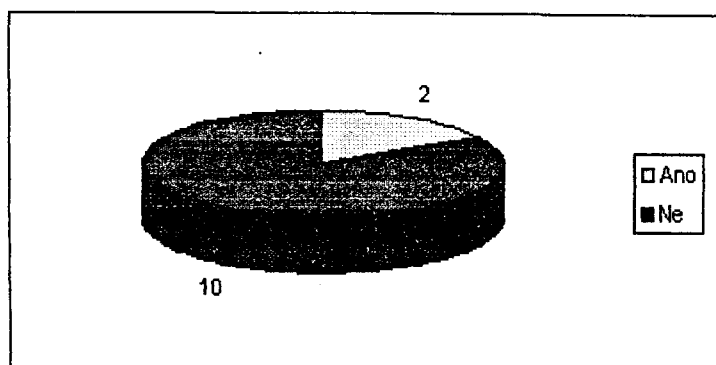


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5 Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, sousedé, apod.) někoho, o němž je Vám známo, že onemocněl/a Parkinsonovou nemocí?

V této otázce zjišťuji, zda má respondent konkrétní znalost nemoci ze svého okolí. Odpověď Ano – uvedli 2 respondenti (17 %) a odpověď ne uvedlo 10 respondentů (83 %).

Graf č. 5 – Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, sousedé, apod.) někoho, o němž je Vám známo, že onemocněl Parkinsonovou nemocí.

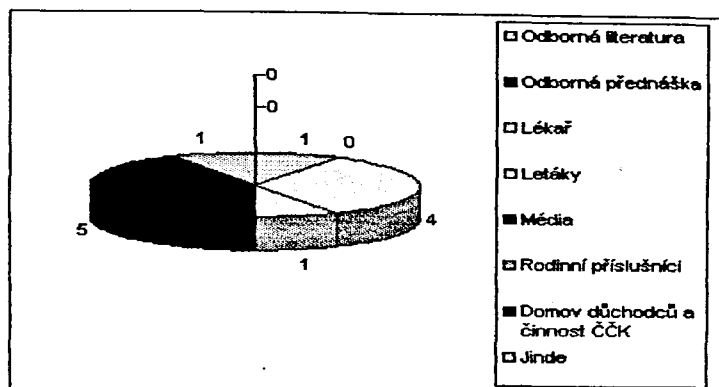


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 Jakým způsobem jste získal/a informace o Parkinsonově nemoci?

Tato otázka zjišťuje původ informací, odkud je respondent získal. V dotazníku byly nabídnuty tyto možnosti: četl/a jsem odbornou literaturu – tuto možnost uvedl 1 respondent (8 %), navštívil/a jsem odbornou přednášku – tuto možnost uvedlo 0 respondentů (0 %), informoval/a mě lékař nebo jiný zdravotní pracovník – tuto možnost uvedli 4 respondenti (33 %), dozvěděl/a jsem se informace s propagačního letáku, akce, apod. – tuto možnost uvedl 1 respondent (8 %), z médií (rozhlas, televize, časopisy, noviny, apod.) – tuto možnost uvedlo 5 respondentů (43 %), od rodinných příslušníků, známých nebo jiných osob (laiků) – tuto možnost uvedl 1 respondent (8 %), v domově důchodů a jeho činnosti – tuto možnost uvedlo 0 respondentů (0 %). Žádný z respondentů neuvedl možnost – jinde – kde.

Graf č. 6 - Jakým způsobem jste získal/a informace o Parkinsonově nemoci



Zdroj: vlastní výzkum

2.7 Diskuse

V domově důchodů, který poskytuje informace, konzultace, přednášky a různé propagační akce jsou senioři více informováni o Parkinsonově nemoci než senioři žijící v domácnostech, kteří získávají o Parkinsonově nemoci informace především z médií. Autorka v domově důchodců oslovila více žen, v terénním šetření oslovila více mužů. Věk respondentů se pohyboval mezi 65-69 lety.

Z tohoto výzkumu vyplývá, že se má hypotéza o tom, že senioři žijící v domově důchodců mají více informací o Parkinsonově nemoci než senioři žijící v domácnosti se potvrdila.

2.8 Závěr

Cílem teoretické části práce bylo popsat vznik, příčinu a příznaky Parkinsonovy choroby, farmakologickou a nefarmakologickou léčbu této nemoci a demenci při Parkinsonově chorobě. Popsána byla sociálně právní problematika klientů s Parkinsonovou chorobou a činnost Společnosti Parkinson. Cílem praktické části práce bylo porovnat informovanost o Parkinsonově chorobě u seniorů žijících v domově důchodců a u seniorů žijících v domácím prostředí ve městě Písku. Cíl teoretické a praktické části byl splněn. Stanovená hypotéza: „Senioři žijící v domově důchodců mají více informací o Parkinsonově nemoci než senioři žijící v domácím prostředí.“ byla potvrzena.

Z výzkumu vyplynulo, že senioři žijící v domácím prostředí nejsou informováni o Parkinsonově chorobě. Vzhledem k tomu, že bylo osloveno pouze 35 respondentů, lze předpokládat, že i ostatní senioři žijící v domácím prostředí ve městě Písku nejsou o této nemoci informováni. Je tedy žádoucí zvýšit informovanost o této chorobě a to prostřednictvím přednáškové činnosti, distribuce letáků a prostřednictvím informačních kampaní a prostřednictvím médií.

Autorka navrhuje zlepšit celkovou public relations strategii o Parkinsonově chorobě nejen v klubech důchodců, ale i v dalších zdravotnických a sociálních zařízeních pro seniory. Bakalářskou práci lze využít jako podklad pro zlepšení informovanosti o Parkinsonově chorobě a o společnosti o Parkinsonově nemoci.

3 Klíčová slova

Parkinsonova nemoc

Senioři

Senioři žijící v domácnosti

Domov důchodců

4 Seznam zkratk

ČID – částeční invalidní důchod

ID- invalidní důchod

TP- tělesně postižen

ZTP- zdravotně tělesně postižen

ZTP/P- zdravotně tělesně postižený potřebující průvodce

LDN- léčebna dlouhodobě nemocných

5 Seznam odkazů

1. Roth, J., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc: praktické rady pro nemocné a jejich rodiny*. Praha : Neurologická klinika 1. Lékařské fakulty University Karlovy, 2001. s 3
2. Roth, J., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc: praktické rady pro nemocné a jejich rodiny*. Praha : Neurologická klinika 1. Lékařské fakulty University Karlovy, 2001. s 3
3. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 15.
4. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 15.
5. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 16-17.
6. Ždichynec, B. *Tajemství mozku*. Praha : ISV, 2002. ISBN 80-86642-07-0. s. 122
7. Roth, J., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc: praktické rady pro nemocné a jejich rodiny*. Praha : Neurologická klinika 1. Lékařské fakulty University Karlovy, 2001. s 5
8. Roth, J., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc: praktické rady pro nemocné a jejich rodiny*. Praha : Neurologická klinika 1. Lékařské fakulty University Karlovy, 2001. s 5
9. Ždichynec, B. *Tajemství mozku*. Praha : ISV, 2002. ISBN 80-86642-07-0. s. 122
10. Růžička, E., Roth, J. *Parkinsonova nemoc : Diagnostický a léčebný standard*. Praha : Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0. s. 7.
11. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 2. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-63-2. s. 28-29.
12. Růžička, E., Roth, J. *Parkinsonova nemoc : Diagnostický a léčebný standard*. Praha : Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0. s. 8.
13. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 25.
14. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 26.
15. Růžička, E., Roth, J. *Parkinsonova nemoc : Diagnostický a léčebný standard*. Praha : Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0. s. 9.
16. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 29.

33. Roth, J., Růžička, E., Kaňovský, P., *Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy*. Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7. s. 210-211.
34. Roth, J., Růžička, E., Kaňovský, P., *Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy*. Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7. s. 212.
35. Roth, J., Růžička, E., Kaňovský, P., *Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy*. Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7. s. 213.
36. Rektor, I. *Parkinsonova nemoc : Doporučené postupy diagnostiky a léčby*. Galén. 2004. ISBN 80-7262-298-6. s. 50-53.
37. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 2. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-63-2. s. 112-113.
38. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 147.
39. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 147-148.
40. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 147.
41. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 148-149.
42. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 148-149.
43. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 149-150.
44. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, <http://i.info.cz/urs-att/p-155-95-110254786258559.htm>
45. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 149-150.
46. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 2. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-63-2. s. 115-116.
47. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 2. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-63-2. s. 117-119.
48. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 151-153.
49. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5. s. 155-159.

50. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. rošřif. vyd. Praha : Maxdorf, 2005.
ISBN 80-7345-044-5. s.156.
51. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. rošřif. vyd. Praha : Maxdorf, 2005.
ISBN 80-7345-044-5. s. 157.
52. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. rošřif. vyd. Praha : Maxdorf, 2005.
ISBN 80-7345-044-5. s. 157-158.

6 Bibliografické citace

1. Berger, J., Kalita, Z., Ulč, I. *Parkinsonova choroba*. Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-13-9.
2. Časopis společnosti Parkinson. *Parkinson*, květen 2004 č. 15
3. Hrdlička, M., Hrdličková, D. *Demence a poruchy paměti*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-797-4.
4. Rektor, I., Rektorová, I. *Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi* Triton, 1999. ISBN 80-7254-026-2.
5. Rektor, I. *Parkinsonova nemoc : Doporučené postupy diagnostiky a léčby*. Galén. 2004. ISBN 80-7262-298-6.
6. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 3. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-044-5.
7. Roth, J., Sekyrová, M., Růžička, E. *Parkinsonova nemoc*. 2. ročník. vyd. Praha : Maxdorf, 1999. ISBN 80-85800-63-2.
8. Růžička, E., Roth, J. *Parkinsonova nemoc : Diagnostický a léčebný standard*. Praha : Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0.
9. Roth, J., Růžička, E., Kaňovský, P., *Parkinsonova nemoc a Parkinsonské syndromy*. Galén, 2000. ISBN 80-7262-048-7. s. 213.
10. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, <http://i.info.cz/urs-att/p-155-95-110254786258559.htm>
11. Ždichynec, B. *Tajemství mozku*. Praha : ISV, 2002. ISBN 80-86642-07-0. s. 122

7 Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník pro seniory

Dobrý den ,

jmenuji se Žaneta Masnerová a jsem studentkou Teologické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vám předložit dotazník pro bakalářskou práci na téma Parkinsonova nemoc z pohledu sociálního pracovníka. Cílem práce je zjistit všeobecné povědomí seniorů o Parkinsonově nemoci.

Tento dotazník je anonymní a všechny údaje budou použity výhradně pro potřeby této práce. Každou odpověď, kterou vyberete, označte prosím křížkem v příslušném poli. Děkuji Vám za jeho vyplnění.

1) Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2) Věk:

- a) 60 – 64 let
- b) 65 – 69 let
- c) 70 – 74 let
- d) 75 – 79 let
- e) 80 a více let

3) Vzdělání:

- a) nedokončené základní
- b) základní
- c) vyučen/a
- d) vyučen/a s maturitou
- e) odborné s maturitou
- f) gymnázium
- g) VŠ

4) Je Vám znám pojem Parkinsonova nemoc?

- a) Ano, znám ho a dokáži ho vysvětlit
- b) Ano, znám ho, ale nedokáži ho vysvětlit
- c) Ne, nikdy jsem o něm neslyšel – **Pokud jste zaškrtl/a tuto odpověď, v dalších**

otázkách již prosím nepokračujete. Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

5) Máte ve svém okolí (rodina, přátelé, sousedé apod.) někoho, o němž je Vám známo, že onemocněl Parkinsonovou nemocí?

- a) ano
- b) ne

6) Jakým způsobem jste získal/a informace o Parkinsonově nemoci?

- a) četl/a jsem odbornou literaturu
 - b) navštívil/a jsem odbornou přednášku
 - c) informoval/a mě lékař nebo jiný zdravotní pracovník
 - d) dozvěděl/a jsem se informace z propagačního letáku, akce, apod.
 - e) z médií (rozhlas, televize, časopisy, noviny, apod.)
 - f) od rodinných příslušníků, známých nebo jiných osob
 - g) v domově důchodců a činnosti ČČK
 - h) jinde – kde
-

8 Abstrakt

Masnerová, Ž. *Parkinsonova nemoc z pohledu sociálního pracovníka*. Písek 2006. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce L. Motlová.

Klíčové pojmy: Parkinsonova nemoc, senioři, domov důchodců, senioři žijící v domácnostech

Práce se zabývá Parkinsonovou nemocí z pohledu sociálního pracovníka. V teoretické části charakterizuje vznik, vývoj nemoci od ranného stádia až po pozdní stádia, projevy nemoci, léčbu Parkinsonovy nemoci, demencí v pozdějším stádiu nemoci. Sociálními problémy osob s Parkinsonovou nemocí. Dále popisuje typy zařízení, do kterých je možno umístit nemocné Parkinsonem.

Cílem praktické části je srovnání informovanosti seniorů stejných věkových skupin žijících v domově důchodců a seniorů žijících v domácím prostředí ve městě Písku a porovnat výsledky výzkumu.

9 Abstract

Masnerová, Ž. *Parkinson`s disease from the social workers point of view*. Pisek 2006. Bachelor`s work. South Bohemia University in CB. Fakulty of Theology. The Practical Theology Department. Supervisor L. Motlova.

Key words and expressions: Parkinson`s disease, seniors, senior house, seniors in home environment.

The work deals with Parkinson`s disease from the social worker`s point of view. In the theoretical part it specifies the beginning, development of the disease from the early symptoms to the progresses, the symptoms of the disease, treatment of the disease, dementia in the later progress of the disease. Further it describes social problems of people living with Parkinson`s disease. Moreover, it describes the types of social and health care centres where the patients with Parkinson`s disease are able to be placed.

The aim of the practical part is the comparison of informative awareness of seniors the same age groups living in senior houses and seniors living in home environment in Pisek and to evaluate the results of the survey.

JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
TEOLOGICKÁ FAKULTA
knihovna
Kněžská 8
370 01 Česká Budějovice