



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra klinických a preklinických oborů

Bakalářská práce

Mezigenerační názory na problematiku demencí

Vypracoval: Lenka Švaříčková
Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmerlová, Ph.D.

České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Název práce: Mezigenerační názory na problematiku demencí

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku demencí, převážně na názory a znalosti v různých věkových kategoriích. Demence patří mezi častá onemocnění staršího věku, ale připadá mi, že se o této problematice málo hovoří. V této práci jsem chtěla zjistit znalosti a zkušenosti ve třech věkových kategoriích (mladí – do 25 let, střední věk – do 45 let a předseniorský věk – starší 50 let). Zajímalo mě, jestli vědomosti a informovanost souvisejí s přibývajícím věkem.

Práce má 2 části – teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřuji na problematiku demencí, převážně ze sociálního pohledu. Ze zdravotnických informací jsem se snažila vybrat ty nejdůležitější, které jsou nezbytné pro pochopení této problematiky, a které by měli znát pečovatelé takto nemocných osob. V praktické části jsou přepsány rozhovory s vybranými respondenty, kteří odpovídali na otázky spojené s tímto onemocněním. Pro získání dat byl zvolen kvalitativní výzkum, konkrétně metoda dotazování a technika polostandardizovaných rozhovorů. Tři respondenti souhlasili s nahráváním rozhovorů a s jejich následným doslovným přepisem. Tyto záznamy byly doslovně přepsány se zachováním hovorových výrazů. Ostatní respondenti s nahráváním nesouhlasili, proto byly jejich odpovědi písemně zaznamenány.

Ze získaných rozhovorů jsem zjistila, že většina respondentů základní znalosti má, ale není si svou odpovědí jista. Z každé generace jsem vždy vybírala ženu a muže, aby byly zastoupeny názory obou pohlaví. Zjistila jsem, že tyto znalosti nesouvisejí s věkem. Základní informace o onemocnění měli všichni, ale lépe je dokázali vysvětlit ti, kteří znali, nebo pečovali o osobu s demencí. Vzhledem k získaným informacím z rozhovorů, by bylo podle mě dobré, aby se lékaři, organizace (hlavně domovy pro seniory), ale i média postarali o šíření důležitých informací mezi všechny generace.

Klíčová slova: demence, Alzheimerova choroba, stáří.

ABSTRACT

Title: Intergenerational opinions on dementia problematics

In my thesis I have focused on the issues of dementias, in particular on views and knowledge in different age groups. Dementias belong among frequent diseases in the old age; however in my opinion this issue is very little discussed. In my thesis I have attempted to determine the knowledge and experience in three age groups (the youth until the age of 25, middle age until the age of 45 and pre-senior age, that is persons older than 50 years of age). It has been of particular concern to me if knowledge and awareness if the issue are linked to increasing age.

The thesis consists of a theoretical and a practical part. In the theoretical part, I focus on the issues of dementias, from a social point of view in particular: from health field I have attempted to choose the most important information, which is necessary to understand the issue and which should also be mastered by those who care for persons suffering from the disease. In the practical part, I have included transcripts of interview with respondents who answered my questions in connection with the disease. I have chosen a qualitative survey, method of inquiry and semi-structured interview techniques to obtain the data. Three respondents agreed that I record the interviews and transcribe them in a verbatim manner. These interviews have been transcribed word-for-word including colloquial expressions that respondents used. Other respondents did not agree to record the interviews; their answers have been noted in writing only.

From the acquired interviews I have found out that most of the respondents have essential knowledge however they often do not know particular answers or are uncertain of them. I have chosen a male and a female from each generation to represent views of both sexes. I have determined that the knowledge is not linked to age: all respondents displayed basic information about the disease; however it was those respondents knowing or caring for a person with dementia who were able to explain the information better. On the basis of the information I have obtained from the interviews I consider it to be a good idea not only for physicians, organizations (especially nursing homes) but

also mass-media to arrange for spreading the important information among all generations.

Key words: dementia, Alzheimer's disease, old age.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2014

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Zimmerlové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní bakalářské práce a všem dotázaným respondentům, kteří souhlasili s rozhovorem k této práci. Dále bych chtěla poděkovat i svým rodičům a přátelům za podporu a pomoc během celého studia.

OBSAH

OBSAH.....	7
ÚVOD.....	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Stáří a stárnutí	10
1.1.1 Stárnutí populace	11
1.2 Definice demence	11
1.2.1 Příznaky demencí	12
1.3 Druhy demencí.....	13
1.3.1 Primárně degenerativní demence.....	13
1.3.2 Sekundární demence.....	15
1.4 Stadia demencí.....	16
1.4.1 Mírná demence	16
1.4.2 Rozvinutá demence.....	16
1.4.3 Terminální fáze	16
1.5 Vyšetřovací metody	17
1.6 Léčba.....	18
1.7 Problémové chování (BPSD).....	19
1.8 Komunikace s jedincem s demencí.....	20
1.8.1 Komunikační prostředky vhodné pro nekomunikující klienty	22
1.9 Možnosti péče o člověka s demencí	23
1.9.1 Rodina.....	23
1.9.2 Registrované služby pro osoby s demencí.....	25
1.10 Trénování paměti	26
1.11 Česká alzheimerská společnost.....	27
1.12 Možnosti finanční podpory osob s demencí a jejich pečovateli	27
1.12.1 Příspěvek na péči	27
1.12.2 Jednorázové dávky	28
1.13 Způsobilost k právním úkonům (svěprávnost)	29

2 CÍLPRÁCE	30
2.1 Cíl práce.....	30
2.2 Výzkumná otázka	30
3 METODIKA	31
3.1 Použitá metodika	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
4 VÝSLEDKY	32
5 DISKUZE	46
6 ZÁVĚR	51
7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	52
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	55

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala problematiku demencí. Myslím si, že je to velmi závažné téma, o kterém se ve společnosti moc nemluví. Počet lidí s demencí neustále stoupá, což souvisí s prodlužováním délky života a stárnutím populace. Názory veřejnosti se liší vzhledem k jejich věku a vlastním zkušenostem. Většina z nich se o toto onemocnění začne zajímat, až když postihne někoho jim blízkého nebo známého z jejich okolí. Přitom je velmi důležité včasné zachycení tohoto onemocnění a lepší informovanost všech generací by tomu mohla pomoci. Někteří lidé ale demenci považují za běžný projev stárnutí, neuvědomují si, že by to mohl být patologický stav, který by se objevit neměl, nebo by se měl začít řešit v počátečních stadiích.

Demence se nejčastěji vyskytuje u osob vyššího věku a je to velmi obávaná nemoc. Člověk s demencí postupně ztrácí paměť, nerozumí svému okolí a stává se závislým na péči jiného člověka. Není to tedy problémem jen seniora, ale i jeho blízkého okolí. Je to velmi těžká situace, se kterou se musí vyrovnat všichni členové rodiny i blízcí známí (ať už se jedná o jeho partnera, děti nebo i vnoučata), tato nemoc zasahuje všechny generace rodiny.

V dnešní době trpí demencí přibližně 6% populace nad 65 let. Předpokládá se, že v důsledku prodlužování délky života se počet nemocných v následujících 40 letech zvedne až na trojnásobek. Nejčastější formou tohoto onemocnění je Alzheimerova demence, kterou v České republice trpí zhruba 120 000 – 130 000 seniorů (1).

V této souvislosti je důležité zjistit informovanost veřejnosti v různých věkových skupinách a podle získaných výsledků upravit informace o demencích pro každou generaci zvlášť, podle jejich věku a znalostí. Díky tomu by se mohla zvýšit míra včasného zachycení této nemoci.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na problematiku demencí ze zdravotního a sociálního pohledu a na jejich důsledky. V praktické části zjišťuji názory zástupců různých generací na tuto problematiku pomocí polostandardizovaných rozhovorů.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Stáří a stárnutí

Většina lidí si starého člověka představí jako prošedivělého a zkušeného člověka, který díky svým životním zkušenostem může těm mladším často poradit a být jim vzorem.

Vágnerová (2) dělí stáří na dvě období – rané (60-75 let) a pravé (75 a více let). Popisuje je jako období, které je spojené s úbytkem sil a s výraznými tělesnými, psychickými i sociálními změnami. Z těch sociálních je to např. odchod do starobního důchodu – to ovlivňuje životní styl i postavení seniora ve společnosti. Těžší situací, se kterou se musí starý člověk vyrovnat, je ztráta partnera, přátel a vrstevníků (2). Čvela a kolektiv (3) se shodují, že se na zdravotním stavu začne více projevovat dosavadní životní styl, výživa a následky úrazů a chronických onemocnění. Tyto změny mohou být i tak závažné, že jsou někteří senioři částečně nebo zcela závislí na péči druhé osoby, která je často cizí – senior ztrácí své soukromí, což pro něho znamená další psychickou zátěž.

Stárnutí se projevuje řadou tělesných změn, kterými se zabývá Jiráček a kolektiv (4), zejména se mění postava a postoj seniora, zpomaluje se chůze, častěji se projevuje nejistota při pohybu, mění se i obličej, kde se objevují vrásky a ochabování pokožky. U seniorů je typická i sarkopenie (úbytek svaloviny i svalové síly) a často i změny nervového systému, osteoporóza a osteoartróza. „Opotřebovanost“ smyslů se projevuje hlavně presbyakuzií u sluchu (zhoršené vnímání vysokých tónů a mluvené řeči v hlučném prostředí) a presbyopií u zraku (ztráta akomodace čočky).

1.1.1 Stárnutí populace

V dnešní době výrazně narůstá podíl osob v seniorském věku, jedná se o tzv. demografické stárnutí, pro které je určující věková hranice 65 let (3). Je to důsledkem snižováním porodnosti i úmrtnosti. Prognóza stárnutí populace je taková, že by v roce 2050 mohlo v České republice žít přibližně 229 133 osob starších 90ti let (v roce 1997 jich bylo pouze 27 008) (4).

1.2 Definice demence

Demence je jednou z nejzávažnějších nemocí seniorského věku. Odhaduje se, že touto nemocí v Česku trpí asi 130 000 osob a tento počet bude i nadále stoupat v souvislosti se stárnutím populace (1).

Definice tohoto onemocnění se u každého autora drobně liší, vybrala jsem tu, která podle mě vystihuje všechny podstatné projevy demence. „*Podle definice je demence syndrom, který vznikl v důsledku onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení více vyšších korových funkcí včetně paměti, myšlení, orientace, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku (kognitivních funkcí) v takové míře, která omezuje soběstačnost a trvá minimálně 6 měsíců. Vědomí není zastřené. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.*“ (1, str. 13). Dochází k poškození 3 skupin: kognitivních funkcí, postižení aktivit denního života, behaviorální a psychologické příznaky (poruchy cyklu bdění a spánku, emocí a chování) (4).

1.2.1 Příznaky demencí

Kolibáš (5) ve své publikaci uvádí následující příznaky:

Poruchy kognitivních funkcí:

Porucha paměti: při lehkých demencích se projevuje zneřecněním vzpomínek na nedávné události a ztrátou nepodstatných detailů. Při těžších demencích si pacienti nepamatují ani důležité události a při těžkých demencích si nepamatují celé bloky vzpomínek - tyto mezery vyplňují jinými vzpomínkami. Mají narušenou i orientaci, nejčastěji časovou.

Poruchy myšlení: porucha abstraktního myšlení, špatné vybavování představ, obsahově chudé myšlení.

Poruchy chápavosti a úsudku: špatně hodnotí změny ve svém okolí, neumí správně reagovat, nechápe smysl některých věcí.

Porucha poznávání (agnózie): nejsou schopni poznat známé tváře blízkých osob, neidentifikují známé okolní předměty.

Porucha exekutivních činností: nejsou schopni plánovat a vykonávat složité úkony.

Porucha vizuálně prostorových schopností: porucha vnímání prostorového uspořádání. (5)

Poruchy behaviorálních funkcí:

Poruchy osobnosti: ztrácí zájmy, nemají dostatečnou motivaci k činnostem. Jsou narušeny i etické, sociální a estetické city (nerespektují společenská pravidla, zanedbávají osobní hygienu; projevuje se pudové chování, někdy až deviantní sexuální pudy).

Poruchy konání: útlum konání (inaktivita až hypoaktivita), hyperaktivita a agitovanost (výkřiky, opakování slov a pohybů po jiných osobách), verbální a fyzická agrese, sebepoškozování, poškozování okolních předmětů – agresivní chování se vyskytuje až u poloviny seniorů s těžkou demencí.

Poruchy emotivity: u 20 – 50% pacientů se objevuje deprese, je to spojeno se zhoršováním paměti a strachem z budoucnosti. Opakem je mánie – povznesená nálada,

zvýšená aktivita a sebevědomí. Objevují se i úzkostné poruchy způsobené napětím a obavami z toho, jak to bude dál.

Psychotické příznaky: časté jsou bludy (chorobné přesvědčení, které není možné ovlivnit), které souvisí s poruchou paměti (např. říkají, že jsou okrádáni svými známými – vysvětlují si tím to, že si nemůžou vzpomenout, kam věci uložili), halucinace – vyskytují se méně, jsou to chorobné vjemy, které vznikají z vnitřního prostředí a nejsou ovlivněny vnějším okolím.

Poruchy cyklu bdění/spánek: nedostatečný noční spánek si nahrazují pospáváním během dne, může dojít až k úplné inverzi spánku. (5)

Tyto a další poruchy (např. porucha funkční kapacity a samostatnosti) vedou k tomu, že se pacient stává nesoběstačným a závislým na péči druhých. Se vznikem demencí nesouvisí jen Alzheimerova choroba, ale i desítky dalších nemocí (5).

1.3 Druhy demencí

Podle poškození mozku se mohou dělit na kortikální a subkortikální, podle věku na senilní a presenilní. Další dělení je rozdělení na primární – primárně postihují mozek, a sekundární – poškození mozku je způsobené jinou chorobou. V následujících kapitolách (Primárně degenerativní demence a Sekundární demence) vycházím z poznatků slovenského autora Eduarda Kolibáše (5) a z knihy Romana Jiráka a kolektivu (4).

1.3.1 Primárně degenerativní demence

Demence při Alzheimerově chorobě

Nejčastější typ (50 – 60% všech demencí), který většinou postihuje ženy. Chronická degenerativní choroba, která způsobuje atrofii mozku a výrazně zkracuje život nemocného. Je to dědičné onemocnění, další rizikové faktory jsou např. vyšší věk,

výskyt Alzheimerovy demence v prvním stupni příbuzenstva, nižší vzdělání (lidé s vyšším vzděláním mají vyšší hustotu synaptických spojení v neokortexe), úrazy hlavy. Typické pro Alzheimerovu chorobu je ztráta neuronů, velké množství patologického β -amyloidu a τ -proteinu, deficit acetylcholinu. (5)

Klinický obraz: Začíná většinou mezi 65. – 90. rokem, má nenápadný začátek. Postupně se zhoršuje krátkodobá paměť, v pokročilejším stadiu je to těžká porucha paměti, přestává rozumět vnějšímu okolí, má poruchy úsudku a chápavosti, symbolických funkcí (afázie, agnózie, apraxie) a orientace, není schopen plánovat a realizovat těžší úkoly. Tato nemoc průměrně trvá 8 let a je smrtelná – příčinou úmrtí je většinou respirační infekční onemocnění. (5)

Demence s Lewyho tělísky

Lewyho tělíska jsou typickým nálezem při Parkinsonově chorobě. Objevuje se častěji u mužů a z celkového počtu nemocných s demencí je to 7%. Typický je rychlý nástup demenčního syndromu s poruchou paměti a pozornosti, časté jsou halucinace (až u 75% nemocných) a porucha spánku a rovnováhy. (5)

Demence při Parkinsonově chorobě

Vyskytuje se u více než 20% pacientů s Parkinsonovou chorobou (4). Klinický obraz: porucha exekutivních funkcí, paměti a abstraktního myšlení; velmi častá je deprese - až u poloviny pacientů (5).

Demence při Huntingtonově chorobě

První příznaky se objevují již mezi 25. a 50. rokem (5).

1.3.2 Sekundární demence

Vaskulární demence

Vyskytuje se při různých typech cévní patologie (4). Je to 10 – 20% všech demencí vyskytujících se ve starobě. Mezi vaskulární demence patří např. *multiinfarktová demence* – zhoršování souvisí s dalšími cévními mozkovými příhodami, nebo *demence při rozsáhlé cévní mozkové příhodě* - tzv. strategická mozková příhoda, vzniká náhle. Nutná je léčba hypertenze a dalších faktorů, které ovlivňují vznik cévní mozkové příhody. (5)

Alkoholová demence

Alkoholovou demencí trpí asi 10% lidí závislých na alkoholu. Má pomalý vývoj a vzniká působením neurotoxických účinků alkoholu, v důsledku kardiovaskulárního onemocnění, úrazů hlavy a dalších. Ke zmírnění této demence může pomoci abstinence, správná životospráva a léčba přidružených nemocí. (5)

Poúrazové demence

Může být způsobena rozsáhlým poraněním mozku nebo opakovanými lehkými úrazy (např. u boxerů) (5).

Demence při infekčních chorobách

Patří sem např. *Creutzfeldtova-Jakobova choroba* – velmi vzácná (1 případ z 1 milionu), velmi často je to dědičné onemocnění. *Demence při AIDS* – vyskytuje se až u poloviny pacientů s AIDS, kdy se vir HIV dostává do centrální nervové soustavy a většinou se objevuje u lidí užívajících injekčně psychoaktivní látky (5).

1.4 Stadia demenci

Níže uvedené příznaky jsou ty nejčastější, ale nemusejí se vyskytovat u všech pacientů. Každý má trochu odlišný průběh onemocnění a zhoršování stavu se nemusí projevovat přesně v těchto stadiích.

1.4.1 Mírná demence

Toto stadium popisuje Glenner a kol. (6) jako období, kdy se objevují první příznaky, ale není snadné v této fázi demenci rozpoznat. Člověk v této fázi je ještě soběstačný a není závislý na péči druhých. U dotyčné osoby můžeme pozorovat zmatenost, zapomínání, problémy s udržení pozornosti, někdy i nezvyklé reakce na určité podněty. Senior může být více uzavřený do sebe, úzkostný nebo až depresivní (6).

1.4.2 Rozvinutá demence

Výše uvedené příznaky se stále více prohlubují a přidávají se k nim i další, jako např. dezorientovanost, neklid, hypertonie, opakující se chování, problémy s vnímáním, zhoršená jemná motorika, problémy s dalšími denními aktivitami (6). Tato fáze je velmi dlouhé období, lidé již potřebují pomoc od svého okolí, stávají se nesoběstačnými, potřebují nepřetržitý dohled a pomoc (4).

1.4.3 Terminální fáze demence

Pacient není schopen soběstačnosti, je nutný dohled a asistence druhé osoby a nutná je i ošetrovatelská péče (6). V této fázi se mohou objevit i bludy a halucinace, častá je inkontinence, hubnutí, problémy s polykáním, přestává reagovat na okolní podněty (6).

Demence postihuje i motorické centrum v mozku a pacient má velké problémy s chůzí, které se stále zhoršují a později je klient připoután na lůžko (17).

1.5 Vyšetřovací metody

Popis vyšetřujících metod vychází z poznatků Jiráka, Holmerové a kolektivu (4). Na diagnostice demence se podílí nemocný, jeho pečovatel i lékař. Je nutné, aby pacienta dobře znal a při jakýchkoli pochybnostech poslal pacienta ke specialistovi.

Anamnéza: senior trpící demencí si problém často neuvědomuje nebo si ho nechce připustit, proto je důležité, aby se na anamnéze podílela další osoba, která o seniora pečuje a zná průběh onemocnění i stav před ním. Je nutné, zaměřit se na úrazy hlavy, mozkové příhody, deprese, užívané léky a na onemocnění srdce, cukrovku a další rizikové faktory (např. hladinu cholesterolu). (4)

Vyšetření poznávacích funkcí - k tomuto vyšetření se používají různé testy:

- nejčastěji test MMSE (Mini-Mental State Examination): je ale pouze orientační, není vhodný pro diagnostiku všech typů demencí. Testuje: paměť, řeč, orientaci v prostoru a čase, schopnost obsluhovat různé přístroje, poznávací funkce, změny chování a osobnosti.
- dále se používají metody, jako je např. Weschlerova škála paměti (slovní a zraková paměť, orientace, logická paměť), WAB (testy řečových funkcí – např. porozumění), test řečové plynulosti (musí vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání), Bender-Gestalsův test (schopnost obkreslit obrazce s různou náročností), test kreslení dráhy (schopnost plánování, zrakově-pohybová koordinace, pozornost), Stroopův test (posouzení míry pozornosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž). (4)

Somatické vyšetření: TK, pulz, EKG, EEG (upozorňuje na zpomalení mozkové aktivity), MR a CT (zobrazují úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení nebo např. i

útvary), laboratorní vyšetření, jaterní testy, hormony štítné žlázy, neurologická vyšetření. (4)

Paní Hanzová ve svém příspěvku (17, str. 16) v časopise Sociální služby upozorňuje na následující: „*V súčasnosti táto choroba ešte nie je vyliečiteľnou chorobou. Neexistujú ani metódy, ktoré by chorobu stopercentne potvrdili, diagnóza se však stanovuje s vysokou pravdepodobnosťou.*“.

1.6 Léčba

V práci se věnuji většinou sociální problematice demence, proto bych v této myšlence chtěla pokračovat i v této kapitole. Farmakologická i behaviorální nefarmakologická léčba jsou spolu velmi spjaty a vzájemně propojeny (20), proto okrajově zmíním i farmakologickou léčbu, ale především budu svoji pozornost věnovat léčbě behaviorální.

Pidrman ve své publikaci (20) uvádí následující informace o léčbě:

Hlavní cílem léčby je stabilizovat pacienta s demencí a co možno nejdéle oddalovat zhoršování stavu. Pacient může být déle soběstačný a zůstat v domácím prostředí. Průběh onemocnění je ale u každého jedince jiný, proto se může jeho stav zhoršovat rychleji než u druhého pacienta ve stejném stadiu a se stejnou léčbou.

Nefarmakologická léčba se snaží o zachování současné úrovně dovedností a soběstačnosti. Zvolené aktivity by měly být pro klienta jednoduché, jejich zvládnutí by ho mělo podporovat a motivovat k dalším činnostem. Tyto činnosti by měly být vykonávány ve známém prostředí a měly by být pravidelnou součástí každodenního života. Nefarmakologická léčba má 5 důležitých oblastí: životní styl (podpora a péče o pacienta, jeho prostředí) – jde o zachování sociálních vztahů a fungování v nich, fyzickou aktivitu (přiměřená fyzická aktivita během dne omezuje narušení cyklu bdění-spánek, bude zachována i chuť k jídlu – omezí se nutriční problémy), psychickou aktivitu (udržovat orientaci v prostoru – neměnit jeho prostředí, nenavštěvovat s ním

neznámá prostředí; i v čase – velké hodiny i kalendář na viditelném místě; aktivity jako např. trénování paměti), optimalizace senzorických funkcí (pečovatel by měl vědět, v jakém stavu je klientův zrak a sluch, tím se vyhne řadě nedorozumění) a výživa.

Farmakoterapie se rozlišuje na léčbu kognitivních funkcí a podpůrnou léčbu. K léčbě se využívají především inhibitory cholinesteráz a memantin.

1.7 Problémové chování (BPSD)

Problémovým chováním se zabývá především Pidrman (5) a Franková (4), z jejich knih jsem vycházela i v této kapitole:

Některé symptomy a poruchy chování jsem již zmínila u příznaků, problémové chování je ale spojeno hlavně s psychiatrickými symptomy. Poruchy chování se označují jako BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) (5). Pacient se tímto chováním většinou snaží sdělit nějaký problém, svoji potřebu, nebo je to důsledek nudy nebo únavy (4). Nejčastěji se jedná o agitovanost, poruchy spánku, deprese, pocity úzkosti, psychotické příznaky, jako jsou např. bludy, halucinace a iluze (5). Dalšími, o kterých jsem se ještě nezmínila, jsou:

Bránění se péči: nechce, aby o něho někdo pečoval. Má zavedený svůj způsob života, se kterým dosud nepotřeboval pomoci. Nechápe změny, které se s ním dějí. Nechápe, proč by mu měl někdo pomáhat. Neměli bychom dělat věci za něho, pouze mu asistovat. (4)

Večerní stavy zmatenosti: „syndrom zapadajícího slunce“, stavy zmatenosti a neklidu ve večerních hodinách, způsobené špatným osvětlením a únavou (4).

Toulání se a bloudění: snaží se utéct z neznámého prostředí, chce najít něco známého nebo pokračuje v činnostech, které do té doby pravidelně dělal (např. odchod do práce). Česká alzheimerovská společnost spustila projekt „Bezpečný návrat“, kdy

nemocný dostane náramek s identifikačním číslem a telefonním číslem na ČALS a služba přes databázi zjistí identitu ztraceného a kontaktuje jeho příbuzné. (4)

Misidentifikace: nemocný své příbuzné zaměňuje za cizí osoby, nepoznává je, nebo jde o opačný proces, kdy cizí osobu považuje za blízkého příbuzného, např. dceru (4).

Problémové chování jde zmírnit např. nefarmakologickými postupy, jako je např. péče o celkový tělesný stav (léčba tělesných onemocnění, dostatečná výživa a pití,...), úprava prostředí (bezpečnost bydlení, lepší osvětlení, věci ponechávat tak, jak je na ně nemocný zvyklý,...), vhodný přístup ostatních osob (klid, trpělivost, vlídnost, jednoznačné vyjadřování,...), výběr vhodných aktivit (nemocnému dávají pocit užitečnosti), individuální přístup, psychoterapeutické techniky (arteterapie, muzikoterapie, animoterapie), behaviorální přístup (odstranění/zmírnění stresorů z prostředí, sociální kontakty, vhodné aktivity, vhodné reakce na jeho chování,...). Některé stavy, ale vyžadují farmakologickou léčbu, jsou to stavy, kdy nemocný ohrožuje sebe nebo své okolí. (4)

Demence patří ve většině případů mezi neléčitelné nemoci. Vhodná léčba však může vést ke zpomalení průběhu nemoci a ke zkvalitnění života pacientů.

1.8 Komunikace s jedincem s demencí

„Návod“ jak komunikovat s jedincem s demencí popisuje Holmerová a Jarolímová (4), v této kapitole jsem vycházela právě z jejich poznatků. Je nutné ke každému člověku přistupovat individuálně, každý z nich má jiné zájmy a prožil něco jiného, nelze je zaškatulkovat všechny do jedné hromádky a vést s nimi nějakou „univerzální“ formu konverzace. Nedostatečná komunikace může pro nemocného znamenat osamocení a izolování. Komunikace je důležitá v jakémkoli stadiu demence, i když je již třeba narušena schopnost komunikace. Je třeba trpělivost a empatie, komunikovat pomalu, i nonverbálně a třeba i s humorem – demence většinou neznamena ztrátu humoru. Nikdo by jim neměl připomínat jejich nesoběstačnost a závislost na jiných osobách.

Obecné zásady v přístupu k pacientům (4):

- *dobré přijetí* – zájem o pacienta musí být opravdový, měla by se mu věnovat pozornost, pacient by měl cítit náš zájem, cítí se pak lépe; většinou, když je přehlížen, reaguje negativně; musí být ujišťován o tom, že mu chceme pomoci
- *respektování osobnosti* – důležité je znát maximum informací o pacientovi, jeho životě. Klíčové přitom je navázat s pacientem dobrý kontakt a přizpůsobit se mu.
- *ocenění* – je vhodné k pacientovi přistupovat podobně jako v minulosti, kdy byl ještě zdravý; potřebuje být oceněn a mít vlastní hodnotu
- *zdvořilost* – nekritizovat ho, nepřipomínat mu jeho nedostatky
- *laskavost*
- *podpora dobré nálady* – povzbuzování; jednotlivé činnosti by měl dělat tempem, které mu vyhovuje; vyhýbat se otázkám a činnostem, ve kterých by mohl selhat
- *podpora paměti* – potřebuje pravidelnost, opakování a zaběhnuté postupy
- *pozornost* – věnovat mu dostatek pozornosti
- *nonverbální komunikace a fyzický kontakt*
- *jednoduchá komunikace s krátkým sdělením*
- *dostatek času a porozumění, pochopení*
- *odstranit přebytečné předměty, které by ho rušily*
- *mluvit zřetelně, pomalu a dostatečně hlasitě; důležité je, aby viděl druhému do tváře*
- *názorně ukázat předmět, o kterém hovoříme*
- *umět pochopit jeho signály, zmírňovat agresi a neklid*

Bolest – často přehlédnuta, velmi obtížně diagnostikovaná; projevuje se poruchami chování; zkušený ošetřovatelé si všimnou akutní bolesti, chronická bolest se poznává obtížněji (4).

1.8.1 Komunikační prostředky vhodné pro nekomunikující klienty

Následující možnosti uvádí Malíková (10) jako vhodné pro osoby v různých stadiích demence:

Reminiscence:

Tato technika se zaměřuje na řízené vyvolávání vzpomínek každého klienta. Velmi často se využívá u klientů imobilních a u osob s demencí, u nichž jsou ještě částečně zachovány kognitivní funkce, a které si mohou vzpomenout na svoji minulost. Nejčastějšími okruhy, na které klient během reminiscence vzpomíná, jsou jeho život, manželství, děti a práce. K vybavení vzpomínek se hodně využívají klientovi fotografie, předměty a pohlednice. Všechny tyto předměty mohou být uloženy v tzv. vzpomínkové krabici. Vybavováním příjemných vzpomínek se u klientů objevují příjemné emoce, které mají pozitivní vliv i na jeho zdravotní stav. (10)

Validace:

Vychází z předpokladu, že chování klienta je spojeno s nevyřešenými emočními prožitky, které se na konci svého života snaží urovnat. Terapeut mu pomůže tyto situace najít, pojmenovat a vyrovnat se s nimi. Důležitá je empatie a pomoc pracovníka. Klient může povídat, o čem chce, přeskakovat, popisovat emoce. Velký význam má i neverbální komunikace – haptika, pohled do očí. Důležité je pochopení a akceptace klienta takového, jaký je. (10)

Rezoluční terapie:

Nejvhodnější je pro osoby v pokročilém stavu demence, které si již plně neuvědomují současnost. Hlavní myšlenkou této terapie je, že se klientova minulost projevuje v současnosti. Klient opět prožívá zážitky z minulosti, není vhodné klienta usměrňovat, snaha „navrátit“ klienta do reality je nevhodná. Pokud klienta nikdo neupravuje a pracovník se vžije do jeho „reality“, zvyšuje to jeho spokojenost. Nevyhnutelné je ale to, aby pracovník dobře znal klienta a jeho životní příběh. Když pracovníci umí použít tento přístup, znamená to i zmenšení konfliktů s klientem. (10)

Preterapie:

Jedná se o slovní, zvukové a pohybové zrcadlení klientova chování. Klient si díky tomu lépe uvědomuje sám sebe i své okolí. Zakladatelem je Garry Prouty a další psychoterapeuti. Důležitý je opravdový zájem o klienta, empatie a kongruence (je to souhra mezi zkušenostmi a vlastním já). (10)

Techniky preterapie (10):

- situační reflexe – pracovník popisuje klientovo chování a prostředí, které pozoruje
- obličejové reflexe – pracovník komentuje změny ve tváři klienta, kde se odráží právě prožívané emoce a jejich změny
- tělové reflexe – terapeut může klientův postoj (např. strnulý nebo nepřirozený) slovně popsat nebo názorně předvést
- slovní reproduktivní reflexe – používá se, pokud má klient problémy s vyjádřením (zasekává se v řeči, mluví nesouvisle, má špatný slovosled, opakuje se). Pracovník jeho vyjádření a slova opakuje (i když jim nerozumí), tím dostává klient pocit, že je rovnocenným partnerem.
- zopakované reflexe – terapeut např. reaguje slovně na klientův úsměv, pokud na to klient již nezareaguje, může to pracovník znovu zmínit, aby měl klient nový podnět pro reakci

1.9 Možnosti péče o člověka s demencí

1.9.1 Rodina

Sak a Kolesárová (7) ve své publikaci popisují postupný vývoj rodiny. Během dlouhého vývoje společnosti se měnila i rodina, hlavně její typ a fungování. Přestávala fungovat velká multigenerační rodina, ženy se chtěly podílet na ekonomickém zabezpečení, začaly se vzdělávat a pracovat, chtěly se dostat do stejného postavení jako

muži. Většina rodin se stěhovala z vesnic do měst, kvůli větší možnosti sehnat pracovní pozici. Dnešní generace seniorů si během svého života prošla mnohými změnami – v dětství znali pouze knihy, během jejich života se postupně vyvíjelo televizní vysílání a ve stáří se učí pracovat s počítači a internetem – je to velký technický pokrok, který zažila. Čevela a kolektiv (3) dodávají, že senioři svým rodinám pomáhají nejen s hlídáním dětí a vedením domácnosti, ale jsou i velmi důležití pro předávání a uchovávání tradic. V komplikované situaci se nacházejí mladší senioři, kteří pomáhají rodinám svých dětí, ale zároveň se starají o své staré rodiče, kteří jsou již často nesoběstační. Někteří staří lidé se ale nacházejí v opačné situaci – neudržují kontakty s rodinou ani s přáteli, stávají se sociálně izolovanými.

Rodina je nejdůležitější skupinou v životě každého jedince. „*Pokud někdo z rodiny vážně onemocní nebo se dostane do jiných nesnází, je rodina schopna mobilizovat značné rezervy, poskytovat svému příslušníku velkou podporu a všemi dostupnými způsoby usilovat o návrat do původního stavu. Dobrá rodina dává každému, kdo do ní patří, pocit bezpečného zázemí.*“ (8, str. 10).

Péče o osobu s demencí je starostí celé rodiny, která se musí s touto chorobou vyrovnat a prochází fázemi (podle Elisabeth Kübler-Rossové), které ve své publikaci popisují Bartoš a Hasalíková (9, str. 115): „*I. Fáze – šok, popírání; II. Fáze – zlost a agrese; III. Fáze – smlouvání (často hledají alternativní metodu léčby); IV. Fáze - deprese; V. fáze – přijetí a smíření*“. Podle pana Bartoše a paní Hasalíkové (9) je důležité, aby měl hlavní pečovatel čas sám na sebe, na odreagování. Je nezbytné, aby ho v péči někdo vystřídal. Demence se postupně zhoršuje a péče je čím dál náročnější. Také doporučují, aby si pečovatelé vytvořili síť kontaktů na různé odborníky – od poraden, přes pečovatelské služby, až po vyřizování příspěvku na péči. Pečovatel tráví s nemocným stále více času a to velmi narušuje vztahy s ostatními členy rodiny, v takovýchto případech je dobré navštívit poradnu nebo psychologa, kde jim poradí.

Myslím si, že když se rodina rozhodne pečovat o seniora s demencí, měla by být velmi dobře informována o všech projevech, progresi a neléčitelnosti tohoto onemocnění. S tím ale souvisí i přístup ošetřujícího lékaře a dalších odborníků. Pokud je

jejich přístup vstřícný a dokážou vše „lidsky“ vysvětlit, usnadní to rodině vyrovnání s nemocí. Bude vědět, že je tu někdo, na koho se mohou obrátit.

Autoři (9) také upozorňují na problém v období, kdy se demence dostane do fáze, kdy je nutná 24 hodinová péče a starost v domácnosti je velmi obtížná. Pečovatelé prakticky nemají čas na nic jiného, ztrácí přátele a v podstatě i realitu, protože žijí společně s nemocným ve světě demence. V této době se často volí ústavní péče, ale přijetí nemocného je zdoluhavý proces, protože tato zařízení bývají plná a dokud rodina péči zvládá, nemyslí na tuto možnost a žádost často podává „na poslední chvíli“.

1.9.2 Registrované služby pro osoby s demencí

Podle zákona o sociálních službách (z. č. 108/2006, Sb.), který ve své knize popisuje i paní Malíková (10) mohou lidé s demencí a jejich rodiny využívat následující služby:

Osobní asistence: je to terénní služba, kterou mohou využívat osoby se sníženou soběstačností (z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení), které potřebují neustálou pomoc jiné osoby. Služba se poskytuje v klientově prostředí a bez jakéhokoli časového omezení.

Pečovatelská služba: poskytuje se terénně nebo ambulantně všem osobám, které potřebují pomoc jiného člověka. Služba se poskytuje pouze ve vymezeném čase a většinou v domácnostech klientů.

Odlehčovací služba: označuje se také jako respitní služba nebo péče. Hlavním cílem je ulehčit pečující osobě, aby si mohla odpočinout od celodenní péče. Služba se poskytuje v terénní, ambulantní nebo i v pobytové formě.

Centra denních služeb a denní stacionáře: je to ambulantní služba určená osobám se sníženou soběstačností, kteří potřebují pomoc druhé osoby.

Domovy pro seniory: pobytová služba pro seniory, kteří se o sebe z důvodu věku nedokážou postarat sami. Některé domovy pro seniory osoby s demencí nepřijímají, nemají pro ně uzpůsobené prostory nebo to režim domova neumožňuje. Domovy, které tyto osoby přijímají, mají většinou speciální oddělení (Oddělení se zvláštním režimem), které požadavkům péče vyhovuje.

Domovy se zvláštním režimem: je to pobytová služba určená i pro osoby se stařeckou, Alzheimerovou, demencí a s ostatními typy demencí. Tyto zařízení mají režim přizpůsobený specifickým potřebám těchto jedinců.

1.10 Trénování paměti

Preiss a Křivohlavý (18) ve své publikaci uvádějí, že tréninkové programy mají větší vliv na osoby s mírnějším poškozením mozku, než na osoby s těžším postižením. Také se shodují na tom, že u Alzheimerovy choroby se význam nedá přesně určit, jsou to převážně krátkodobá sledování a na pacienty mají vliv farmaka, která užívají.

Podle Suché (19) má trénování paměti u osob s demencí specifickou formu. V počátečních stádiích by se měl „menší“ trénink objevovat každý den i opakovaně. V rámci tohoto rozhovoru by si měli např. připomenout co je za den, kolikátého je, jaký je měsíc a třeba i činnosti, které předcházeli, jedná se o tzv. orientaci v realitě. Velmi důležité je eliminovat rušivé elementy, které by mohly klienty vyrušovat a odvádět jejich pozornost. Dále je důležité mít nachystané všechny potřebné věci a v průběhu sezení pro ně neodbíhat. Osoby s demencí mají často narušenou motoriku (jemnou i hrubou), takže když třeba nemůže psát, vymyslet pro něj jinou variantu, a tím je nevystavovat zbytečnému stresu.

1.11 Česká alzheimerovská společnost

Česká alzheimerovská společnost (ČALS) je jednou z nejvýznamnějších organizací v České republice, která se zabývá problematikou demencí, převážně Alzheimerovou chorobou. Na internetových stránkách společnosti – www.alzheimer.cz (11), jsou uvedeny základní informace, např. o vzniku, fungování a poskytovaných službách. ČALS vznikla v roce 1996, ale až o rok později byla zaregistrovaná jako občanská sdružení. Sídli v Gerontologickém centru v pražských Kobylisích, ale kontaktní místa má po celé republice. Sdružení má 2 registrované sociální služby: poradenství (jak pro osoby s demencí, tak i pro rodinné příslušníky) a respitní (odlehčovací) službu v domácnosti (jedná se o ulehčení pečujícímu, aby si dopřál nezbytný odpočinek). ČALS dále pořádá svépomocné skupiny rodinných pečujících – „Čaje o páté“ – na tomto setkání si pečující často vyměňují své zkušenosti s ostatními, snaží se společně najít řešení některých problémů, které se v péči o osobu s demencí mohou vyskytnout. Mohou jim poradit i odborníci, kteří se také účastní. Tyto skupiny pořádají i kontaktní místa po celé České republice. Pro klienty v počáteční fázi demence pořádají „Toulky pamětí a duší“, pomáhají jim vyrovnat se s onemocněním, poskytují jim podporu.

1.12 Možnosti finanční podpory osob s demencí a jejich pečovateli

1.12.1 Příspěvek na péči

Problematicou příspěvku na péči se zabývá nejen zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, ale i řada internetových stránek, kde si informace může najít i laická veřejnost. Např. na webové stránce (15), zabývající se sociálními dávkami můžeme o příspěvku na péči zjistit následující důležité údaje:

Příspěvek na péči je určen osobám, které se minimálně 1 rok, v důsledku zhoršeného zdravotního stavu, o sebe nemůžou sami postarat. Jedná se o měsíční dávku, která se klientovi poskytuje každý měsíc po dobu jeho nepříznivého zdravotního stavu. Pokud se jeho stav bude i nadále zhoršovat, může se tento příspěvek navyšovat. Částka,

kterou klient obdrží, se odvíjí od tzv. stupně závislosti (hodnotí se podle vyhlášky č. 505/2006 Sb.). Jde o zhodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby, jako je např. hygiena, oblékání, stravování, orientace a komunikace. Jsou 4 základní stupně závislosti: lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost. Výše jednotlivých příspěvků (pro osoby starší 18 let) se odvíjí od daného stupně: I. stupeň = 800 Kč, II. stupeň = 4000 Kč, III. stupeň = 8000 Kč, IV. stupeň = 12000 Kč.

O příspěvek na péči je možné požádat na pobočce Úřadu práce, podle místa trvalého bydliště žadatele. V rámci posuzování žádosti je zahrnuta i návštěva pracovníka v domácnosti nemocného a vyšetření praktického lékaře, poté rozhodne posudkový lékař (9).

1.12.2 Jednorázové dávky

Dávek tohoto typu je více, ale jedinci s demencí mají nárok pouze na některé z nich. Záleží na jejich stavu, pokud se jejich stav zhorší, může se objevit i nárok na další. Z jednorázových dávek sociální péče se jedná především o jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek a o příspěvek na úpravu bytu (9):

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek – jedná se o dávky na rehabilitační a kompenzační pomůcky, např. o polohovací postel, chodítko, invalidní vozík, apod.

Příspěvek na úpravu bytu – pokud se nemoc dostane do takového stadia, kdy je ve velkém rozsahu narušena pohyblivost, může být poskytnuta dávka na bezbariérovou úpravu bytu. Většinou se jedná o úpravy koupelen, rozšíření dveří, atd.

1.13 Způsobilost k právním úkonům (svéprávnost)

Právní subjektivita v plném rozsahu vzniká zletilostí (dovršením 18 roku, popř. dříve z důvodu uzavření manželství) a zaniká smrtí jedince. Některé osoby ale nejsou schopny se sami rozhodovat, zejména kvůli těžkému onemocnění (především duševnímu nebo mentálnímu) (16). V této oblasti letos nastaly významné změny (16):

Od 1.1.2014 podle Nového občanského zákoníku lze jedince na svéprávnosti pouze omezit (dříve ji mohl být plně zbaven) a to třeba i jen na některé úkony. Zásahy do svéprávnosti mohou být ve 3 stupních (vždy o nich rozhoduje soud) – klade se důraz na to, aby tyto zásahy byly co nejmenší (poslední stupeň – omezení svéprávnosti – nastává pouze v nevyhnutelných případech):

- a) nápomoc při rozhodování (tuto nápomoc vykonává osoba blízká)
- b) zastupování členem domácnosti (pouze v běžných záležitostech)
- c) omezení svéprávnosti (nejtěžší stupeň) – omezit lze pouze na 3 roky, potom je nutné opětovné přezkoumání soudu

Osoby, které byly zbaveny svéprávnosti do tohoto roku, spadají do posledního stupně a platí pro ně stejná pravidla.

NOZ také dovoluje tzv. „předběžné prohlášení“ – osoba si může „preventivně“ určit jak bude jeho majetek a záležitosti spravovány, pokud by se u něj došlo k vážnému narušení způsobilosti. O omezení způsobilosti k právním úkonům rozhoduje soud – v místě trvalého bydliště, kam se i podává návrh k zahájení řízení (k návrhu je možné přidat i lékařskou zprávu a návrh na ustanovení opatrovníka). Opatrovník tuto činnost vykonává bezplatně.

2 CÍL PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda se zásadně liší názory na problematiku demencí u osob v různých generacích: mladí (do 25 let), střední věk (do 45 let) a předseniorský věk (starší 50 let).

2.2 Výzkumná otázka

Hlavní výzkumnou otázkou je: V čem se liší názory na tuto problematiku mezi generacemi?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro výzkum byl použit kvalitativní výzkum, metoda dotazování a technika polostandardizovaných (polostrukturovaných) rozhovorů (12). Pro výběr respondentů byla použita metoda sněhové koule, kdy se další respondenti volili na základě doporučení předchozích dotazovaných (13). Z důvodu dosažitelnosti a časové náročnosti byli respondenti vybráni z Kraje Vysočina.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 6 respondentů ve 3 jednotlivých věkových skupinách. Z každé generace byla vždy vybrána žena i muž, aby byly zastoupeny názory obou pohlaví.

Rozdělení věkových skupin (14):

- mladá dospělost (do 25 let)
- střední dospělost (do 45 let)
- pozdní dospělost - předseniorský věk (staší 50 let)

4 VÝSLEDKY

Tři rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon, ostatní respondenti s nahráváním nesouhlasili, proto byly jejich odpovědi během rozhovorů písemně zaznamenávány. Respondenti, kteří s nahráváním rozhovoru souhlasili, byli upozorněni na to, že nahrávka bude přiložena k bakalářské práci. Jména, ani další osobní údaje respondentů nejsou nikde zveřejněny. Odpovědi respondentů jsou označeny písmeny R, u hlasově zaznamenaných rozhovorů je písmenem T označen tazatel. V rozhovorech, které byly zaznamenány písemně, je uvedena pouze otázka. Pro zachování autentičnosti, jsou rozhovory přepsány hovorově.

Respondent, 21 let:

T.: „Víte, co je to „dementia“? Dokázal byste tento pojem nějak vysvětlit?“

R.: „*Co je to dementia... To je nějaká psychologická...psychická porucha. Nejsem si úplně jistý s odpovědí na toto.*“

T.: „A když se zeptám, jestli znáte nějaké druhy dementia?“

R.: „*Nemám vůbec ponětí o žádných druzích.*“

T.: „A alespoň nějaké příznaky?“

R.: „*Příznaky...ztráta paměti, nějaké nevysvětlitelné chování, víc Vám asi nepovím.*“

T.: „Dobře. A u jaké generace si myslíte, že je toto onemocnění nejčastější?“

R.: „*Podle mého názoru generace mezi 50 a 70.*“

T.: „Dobře. A myslíte si, že to může postihnout i mladší generace nebo je to pouze u starších?“

R.: „*Určitě to může postihnout i mladší.*“

T.: „Myslíte si, že se toto onemocnění dá úplně vyléčit?“

R.: *Myslím si, že se nedá vyléčit, možná...*

T.: „Proč si to myslíte?“

R.: *„Takováhle nemoc nebo onemocnění napadá mozek a myslím si, že prostě takováhle nemoc se nedá z člověka nějak dostat. Ta prostě je hluboko uvnitř a... nejsem si jistý.“*

T.: *„A znáte někoho ve svém okolí, kdo touto nemocí trpí?“*

R.: *„Dřív to byla moje prababička, ale ta už dávno nežije. Ted' ne“*

T.: *„A pamatujete si jí? Nebo zažil jste tuto její nemoc?“*

R.: *„Byla taková zapomnětlivá, dost taková... ztracená jakoby furt v myšlenkách.“*

T.: *„Kde byste třeba hledal informace o této nemoci nebo o léčbě?“*

R.: *„Bud'to u svého doktora - lékaře, a nebo bych si něco našel na internetu – tam si myslím, že bude dost věcí. Ale spíš ten doktor.“*

T.: *„Znáte nějaké zařízení, které se touto problematikou zabývá?“*

R.: *„No... Jedno, nejsem si jistý, jestli přímo touhle problematikou, jestli léčením, ale v Jihlavě je ten ústav Na Kopečku.“*

T.: *„Kam byste se obrátil s prosbou o pomoc nebo o nějaké informace? Šel byste k lékaři nebo třeba do nějaké organizace přímo?“*

R.: *„Nejdřív bych to zkusil u doktora – u lékaře, a pokud bych chtěl víc informací, tak si myslím, že nějaké ty ústavy by měly víc informací tady o tomhle, tak bych si něco našel.“*

T.: *„A myslíte si, že osob s demencí přibývá nebo ubývá?“*

R.: *„No... Já si myslím, že přibývá.“*

T.: *„Proč si to myslíte?“*

R.: *„No... Dnešní doba je taková hektická a ono to na lidi prostě nemá úplně nejlepší dopady. Lidi tomu více méně propadají tady týhle době a není to úplně nejlepší.“*

T.: *„Dobře. A to byla poslední otázka a já Vám děkuji za rozhovor.“*

Tabulka č.1 – Respondent, 21 let – informace získané z rozhovoru

Definice pojmu	Demenci označuje za psychickou poruchu, odpovědi si není úplně jistý
Vyjmenované druhy demence	Neví
Vyjmenované příznaky demence	Ztráta paměti, nevysvětlitelné chování
Nejčastější výskyt v generaci:	Generace mezi 50 a 70, může postihnout i mladší
Dá se demence úplně vyléčit?	Nedá se úplně vyléčit
Zná někoho ve svém okolí s touto nemocí?	Ano, z dětství si pamatuje svoji prababičku
Kde by hledal informace?	U praktického lékaře, na internetu, více informací by sháněl i v „ústavech“
Zná nějaká zařízení?	V Jihlavě Na Kopečku; není si jistý, zda se zabývá přímo touto problematikou
Osob s demencí přibývá/ubývá?	přibývá

Respondentka, 25 let:

Respondentka nesouhlasila s nahráváním rozhovoru, její odpovědi byly písemně zaznamenány.

„Víte, co je to „dementia“? Dokázala byste tento pojem nějak vysvětlit?“

R.: „*Dementia je jakési onemocnění mozku. Vyznačuje se ztrátou paměti, kognitivních funkcí a dalšími přidruženými projevy.*“

„Znáte nějaké druhy dementia?“

R.: „*Alzheimerová, vaskulární, smíšená, dementia při degenerativním onemocnění mozku, parkinson, Creutzfeld - Jacobova nemoc, Pickova choroba, Huntingtonova nemoc...*“

„Dokázala byste vyjmenovat nějaké příznaky tohoto onemocnění?“

R.: „*Ztráta paměti, dezorientace, ztráta kognitivních funkcí, ztráta schopnosti sebeobsluhy, agrese...*“

„U jaké generace, si myslíte, že je toto onemocnění nejčastěji? Myslíte si, že může postihnout i mladší?“

R.: „*Myslím, že dementia se může objevit již ve chvíli, kdy se mozek dovyvine a prakticky začne stárnout, být náchylný na poškození ap., nejčastěji bych ale demenci spojila s věkem cca 60+.*“

„Myslíte si, že se toto onemocnění dá úplně vyléčit?“

R.: „*Nemyslím, že se dá toto onemocnění vyléčit. Přece jen je to určitá degenerace a my nejsme Bohy.*“

„Znáte někoho ve svém okolí, kdo touto nemocí trpí?“

R.: „*Myslím si, že demenci začíná trpět moje babička. Začíná zapomínat, je občas agresivní (bez příčiny), zmatená....ale zatím to nijak neřešíme a o onemocnění informace nesháníme...*“

„Kde byste hledala informace o této nemoci nebo o léčbě?“

R.: „*Na internetu, v odborné literatuře, odborné oddělení nebo poradna.*“

„Znáte nějaké zařízení, které se touto problematikou zabývá?“

R.: „*Domov Matky Vojtěchy v Prachaticích, jinak ne.*“

„Kam byste se obrátili s prosbou o pomoc a nějaké informace?“

R.: „*Lékař, odborník, literatura, internet...*“

„Myslíte si, že osob s demencí přibývá nebo ubývá? A proč?“

R.: „*Myslím, že demencí je stále stejně, jen se zlepšily způsoby pro „odhalování“, větší zájem odborné i laické veřejnosti...*“

Tabulka č.2 – Respondentka, 25 let – informace získané z rozhovoru

Definice pojmu	Onemocnění mozku, které se vyznačuje ztrátou paměti, kognitivních funkcí a dalšími přidruženými projevy
Vyjmenované druhy demence	Alzheimerova, vaskulární, smíšená, demence při degenerativním onemocnění mozku, Parkinson, Creutzfeld - Jacobova nemoc, Pickova choroba, Huntigtonova nemoc
Vyjmenované příznaky demence	Ztráta paměti, dezorientace, ztráta kognitivních funkcí, ztráta schopnosti sebeobsluhy, agresivita
Nejčastější výskyt v generaci:	Nejčastěji ve věku 60+; může se objevit ve chvíli, kdy se mozek dovyvine
Dá se demence úplně vyléčit?	Nedá
Zná někoho ve svém okolí s touto nemocí?	Myslí si, že touto nemocí začíná trpět její babička; zatím to nijak neřeší
Kde by hledal informace?	Na internetu, v odborné literatuře, odborné oddělení nebo poradny, u lékaře a odborníka
Zná nějaká zařízení?	Domov Matky Vojtěchy v Prachaticích
Osob s demencí přibývá/ubývá?	Myslí si, že osob s demencí je stále stejně, jen se zlepšily způsoby pro „odhalování“

Respondentka, 42 let:

T.: „Dobrý den, děkuji, že jste souhlasila s dnešním rozhovorem k mojí bakalářské práci. Rovnou se Vás zeptám: víte co je to demence? Dokázala byste tento pojem nějak vysvětlit?“

R.: „*Demence je degenerativní onemocnění mozku, postihuje teda mozek a postihuje ho především...není teda to vrozený onemocnění, ale nějakým teda následkem, takže může to být i třeba v důsledku třeba užívání i nějakých i drog nebo i v důsledku teda stárí, že tam dochází k těm změnám.*“

T.: „Znáte třeba nějaké druhy demencí?“

R.: „*Tak nejznámější je Alzheimerova choroba, potom je Huntingtnova choroba a to jsou takový nejznámější, co si myslím.*“

T.: „A dokázala byste třeba i vyjmenovat nějaké příznaky tohoto onemocnění?“

R.: „*Tak u těch demencí bývá nejčastěji postižená paměť, pozornost, je tam dezorientovanost, ty osoby se neorientují v čase ani prostoru, prostě zapomínají, často i mají problémy s komunikací, že se třeba špatně vyjadřují, taky zapomínají jména, osoby. Nebo taky častým projevem je, že třeba dávají i věci na jiná místa než kam patří a je tam prostě taková ta zmatenost, celkově prostě je s nima vlastně jakoby těžký i kolikrát teda komunikovat a vůbec nechávat je, že jo třeba sami, že jsou pak třeba i nebezpeční sami, sami sobě.*“

T.: „A u jaké generace si myslíte, že je toto onemocnění nejčastěji?“

R.: „*Tak myslím si, že nejčastější jsou u těch starších věkových skupin, tam si myslím, že je to rozšířenější a u těch mladších je to potom třeba v důsledku, dejme tomu, třeba nějaký nádorový onemocnění, nebo třeba po užívání... nadměrného užívání alkoholu nebo nějakých těch drog nebo ještě choroba třeba ta syfilis taky může způsobit vlastně taky tady ty demence nebo nějaký ty projevy.*“

T.: „Myslíte si, že toto onemocnění se dá úplně vyléčit?“

R.: „*Hmm...myslím si, že se nedá vyléčit, myslím si, že se dá zmírnit nějak trochu ten projev, nějaký léky na to asi jsou, ale myslím si, že vyléčit se to nedá.*“

T.: „A znáte někoho ve svém okolí. Kdo touto nemocí trpí nebo trpěl?“

R.: „*Ano, touto nemocí trpěl můj dědeček, takže jsme zažili to, co jsem již tady popisovala, tu jeho zmatenost dezorientaci, v čase vůbec se neorientoval a utíkal nám. Hledal prostě své příbuzný, který už byli dávno po smrti, a takhle se teda projevovalo to u něj.*“

T.: „Kde byste třeba hledala informace o této nemoci nebo o její léčbě?“

R.: „*Určitě na webových stránkách, vím, že existuje nějaká Česká Alzheimerova společnost, tam jsou odkazy na všechny ostatní i další třeba i nějaký zařízení nebo nějaký ty informace kolem toho, takže na tom internetu určitě by se dalo najít.*“

T.: „A znáte třeba nějaké zařízení, které se touto problematikou zabývá?“

R.: „*Na Třebíčsku vím, že v Myslibořicích Diakonie má lůžkový oddělení vlastně pro tyto osoby a potom je domov pro seniory v Třebíči, taky tam mají pro osoby s Alzheimerem na umístění, pak je stacionář v Třebíči Domovinka a pro ještě v Domově pro seniory na té Koutkové v Třebíči ještě funguje svépomocná skupina pro rodiny, které mají někoho takhle postiženého doma.*“

T.: „Kam byste se třeba obrátila s prosbou o pomoc nebo nějaké informace další?“

R.: „*Tak dalo by se i přes lékaře, dalo by se i přes tady ty zařízení si myslím, že by taky o tom mohli odkázat, mají zkušenosti jak třeba dál postupovat, asi by se mělo začít tím lékařem a neurologická vyšetření.*“

T.: „A poslední otázka: Myslíte si, že osob s demencí přibývá nebo ubývá?“

R.: „*Tak statistiku žádnou neznám, ale tipla bych si, že asi přibývá.*“

T.: „A proč si to myslíte?“

R.: „*Myslím si, že jednak jak stárne ta populace, tak je vlastně čím dál víc seniorů a jelikož se to projevuje nejvíc v tom seniorském věku, tak si myslím, že asi proto.*“

T.: „Dobře. To bude vše a já Vám děkuji za rozhovor.“

Tabulka č.3 – Respondentka, 42 let – informace získané z rozhovoru

Definice pojmu	Degenerativní onemocnění mozku; není to vrozené onemocnění
Vyjmenované druhy demence	Alzheimerova choroba, Huntingtonova choroba, v důsledku užívání drog a změnám ve stáří
Vyjmenované příznaky demence	Postižená paměť - zapomínají, pozornost, dezorientovanost (neorientují se v čase ani prostoru), problémy s komunikací, špatně se vyjadřují, zapomínají jména a osoby; dávají věci na jiná místa, než kam patří; zmatenost, mohou být nebezpeční i sami sobě
Nejčastější výskyt v generaci:	U starších věkových skupin; u mladších - v důsledku nádorových onemocnění, nadměrného užívání alkoholu nebo drog, i syfilis
Dá se demence úplně vyléčit?	Nedá se úplně vyléčit, pouze zmírnit
Zná někoho ve svém okolí s touto nemocí?	Ano, její dědeček
Kde by hledal informace?	Internet, ČALS, konkrétní zařízení, lékař
Zná nějaká zařízení?	Diakonie v Myslibořicích, stacionář Domovinka v Třebíči; Domov pro seniory Třebíč, Koutkova - Kubešova
Osob s demencí přibývá/ubývá?	přibývá

Respondent, 45 let:

T.: „Dobrý den, děkuji, že jste souhlasil s tímto rozhovorem. Hned se Vás zeptám, víte co to je demence? Dokázal byste tento pojem nějak vysvětlit?“

R.: „*Demence, tak jedná se o nějaké duševní onemocnění. Původem může být třeba Alzheimerova choroba, Creutzfeld-Jacobova choroba, demence v mladším věku nebo u mladších lidí se prakticky nevyskytuje, vyskytuje se až u starších lidí.*“

T.: „Dobře, tak to jste shrnul i vlastně další dvě otázky, které jsem Vám nepoložila, tak přejdeme na další. Dokázal byste vyjmenovat i příznaky tohoto onemocnění třeba?“

R.: „*Příznaky...tak člověk může být zmatený, postrádá orientační smysly, ztrácí věci, zapomíná.*“

T.: „Už jste zmínil i to, že se většinou vyskytuje u starší generace, myslíte, že třeba může postihnout i mladší?“

R.: „*No mladší... mladší asi může, ale těch případů je podle mě, nějak hrozně málo.*“

T.: „Myslíte si, že se toto onemocnění dá úplně vyléčit?“

R.: „*Úplně vyléčit se nedá, dá se nějak v těch ranějších stadiích nebo v těch raných stadiích se dá jenom zpomalit průběh.*“

T.: „Znáte nebo znal jste někoho ve svém okolí, kdo by touto nemocí trpěl?“

R.: „*Ne.*“

T.: „A třeba, kde byste hledal informace o této nemoci?“

R.: „*Na internetu.*“

T.: „A znáte třeba nějaké konkrétní zařízení, které se touto problematikou zabývá?“

R.: „*Konkrétní zařízení jako třeba, nevím, nemocnice nebo přímo na to...nevím no, nevím, neznám.*“

T.: „Dobře. Kam byste se třeba obrátil s prosbou o pomoc nebo o další informace, které byste třeba na internetu nenašel a podobně?“

R.: „*Tak asi v první řadě, buďto praktický lékař, dejme tomu nějakého toho postiženého nebo toho člověka, a nebo potom psycholog nebo psychiatr.*“

T.: „A myslíte si, že se osob s demencí přibývá nebo ubývá?“

R.: „*No myslím si, že přibývá, s tím jak se prodlužuje průměrná délka života, tak si myslím, že jich přibývá a bude jich přibývat.*“

T.: „Dobře, děkuji, To byla poslední otázka a já Vám děkuji za rozhovor.“

R.: „*Děkuji.*“

Tabulka č.4 – Respondent, 45 let – informace získané z rozhovoru

Definice pojmu	Duševní onemocnění
Vyjmenované druhy demence	Alzheimerova choroba, Creutzfeld-Jacobova nemoc
Vyjmenované příznaky demence	Člověk s demencí může být zmatený, postrádá orientační smysly, ztrácí věci, zapomíná
Nejčastější výskyt v generaci:	U starších lidí; u mladších se prakticky nevyskytuje – případů je velmi málo
Dá se demence úplně vyléčit?	Nedá, dá se jen zpomalit průběh
Zná někoho ve svém okolí s touto nemocí?	Ne
Kde by hledal informace?	Na internetu, u praktického lékaře, u psychologa nebo u psychiatra
Zná nějaká zařízení?	Nemocnice, konkrétní nezná
Osob s demencí přibývá/ubývá?	přibývá

Respondentka, 62 let:

Respondentka nesouhlasila s nahráváním rozhovoru, její odpovědi byly během rozhovoru písemně zapisovány.

„Víte, co je to „demence“? Dokázala byste tento pojem vysvětlit?“

R.: „*Demence je nějaké poškození mozku. Ti lidé jsou zmatení a projevuje se to především zapomínáním. Já bych tam zařadila třeba i lidi, co se s postižením narodí, ale nejsem si jistá, jestli tam opravdu patří.*“

„Znáte nějaké druhy demence?“

R.: „*Tak nejznámější je asi Alzheimerova choroba. Ale kdyby tam patřili i ti lidé co se s postižením narodí, tak by to mohla být i obrna, ale to si asi s něčím pletu.*“

„Dokázala byste vyjmenovat nějaké příznaky tohoto onemocnění?“

R.: „*Tak asi zmatenost, zapomínání a ti postižení mohou být i agresivní a mohou utíkat.*“

„U jaké generace si myslíte, že je toto onemocnění nejčastěji?“

R.: „*Nejčastěji asi u starších, hlavně u důchodců.*“

„Myslíte si, že může postihnout i mladší?“

R.: „*Určitě ano, ale nebude jich moc.*“

„Myslíte si, že se toto onemocnění dá úplně vyléčit?“

R.: „*Myslím, že nedá.*“

„Znáte někoho ve svém okolí, kdo touto nemocí trpí nebo trpěl?“

R.: „*Ano, měla to moje babička, ale doktoři to označili jako sklerózu. Ale to už je strašně dávno. Bylo jí asi 70 a často nám utíkala z domu, třeba k sousedům, byla zmatená a nepoznávala nikoho z rodiny, vykala nám. Někdy se to u ní projevovalo málo, někdy naopak hodně.*“

„Kde byste hledala informace o této nemoci nebo o léčbě?“

R.: „*Asi na internetu.*“

„Znáte nějaké zařízení, které se touto problematikou zabývá?“

R.: „*Tak mohla by to být třeba léčebna dlouhodobě nemocných nebo třeba i pečovatelská služba přímo tady. Nic jiného mě nenapadá.*“

„Kam byste se obrátili s prosbou o pomoc a nějaké informace?“

R.: *Nejdřív bych asi navštívila praktického lékaře a potom třeba nějakého specialistu.*“

„Myslíte si, že osob s demencí přibývá nebo ubývá? A proč?“

R.: *„Myslím, že přibývá. Může za to asi tahle doba, všechno je rychlejší, všichni někam spěchají a to se musí někde projevit.“*

Tabulka č.5 – Respondentka, 62 let – informace získané z rozhovoru

Definice pojmu	Poškození mozku; zařadila by sem i lidi, co se s postižením narodí (není si jistá, jestli to sem také patří)
Vyjmenované druhy demence	Alzheimerova choroba; možná i obrna (dodala, že obrna sem nejspíš nepatří)
Vyjmenované příznaky demence	Zmatenost, zapomínání, agresivita, mohou utíkat
Nejčastější výskyt v generaci:	Hlavně u starších; může postihnout i mladší, ale nebude jich mnoho
Dá se demence úplně vyléčit?	Nedá
Zná někoho ve svém okolí s touto nemocí?	Ano, babička (od lékařů označeno jako skleróza)
Kde by hledal informace?	A internetu, u praktického lékaře nebo specialisty
Zná nějaká zařízení?	Léčebna dlouhodobě nemocných, možná i pečovatelská služba
Osob s demencí přibývá/ubývá?	přibývá

Respondent, 52 let:

Respondent nesouhlasil s nahráváním rozhovoru, jeho odpovědi byly písemně zaznamenány.

„Víte co je to „dementia“? Dokázal byste tento pojem nějak vysvětlit?“

R.: „*Dementia je onemocnění mozku, většinou ve stáří. Připadá mi to jako nějaký návrat do raného dětství, to zapomínání občas vede i k tomu, že ti lidé potom neví, jak se chovat ve společnosti, stejně jako malé děti.*“

„Znáte nějaké druhy demence?“

R.: „*Stařecká.*“

„Dokázal byste vyjmenovat nějaké příznaky tohoto onemocnění?“

R.: „*Hlavně zapomínání, ztráta orientace a dosavadních návyků.*“

„U jaké generace si myslíte, že je toto onemocnění nejčastější?“

R.: „*Nejčastěji se objevuje asi u starších.*“

„Myslíte si, že může postihnout i mladší?“

R.: „*Určitě může postihnout i mladší.*“

„Myslíte si, že se dá toto onemocnění úplně vyléčit?“

R.: „*Nedá.*“

„Znáte někoho ve svém okolí, kdo touto nemocí trpí nebo trpěl?“

R.: „*Nikdo mě nenapadá.*“

„Kde byste hledal informace o této nemoci nebo o její léčbě?“

R.: „*Asi na internetu, u lékaře nebo v odborných knihách.*“

„Znáte nějaké zařízení, které se touto problematikou zabývá?“

R.: „*Neznám, žádné mě zrovna nenapadá.*“

„Kam byste se obrátil s prosbou o pomoc nebo o nějaké podrobnější informace?“

R.: „*Asi bych se obrátil nejprve na praktického lékaře a potom na nějakého specialistu.*“

„Myslíte si, že osob s demencí přibývá nebo ubývá?“

R.: „*Určitě přibývá.*“

„Proč si myslíte, že zrovna přibývá?“

R.: „Protože celkově přibývá starších lidí a nejčastěji se toto onemocnění objevuje právě u nich.“

Tabulka č.6 – Respondent, 52 let – informace získané z rozhovoru

Definice pojmu	Onemocnění mozku, většinou ve stáří (připadá mu to jako „návrat do raného dětství“)
Vyjmenované druhy demence	Stařecká
Vyjmenované příznaky demence	Zapomínání, ztráta orientace a dosavadních návyků
Nejčastější výskyt v generaci:	U starších, může se objevit u mladších
Dá se demence úplně vyléčit?	Nedá
Zná někoho ve svém okolí s touto nemocí?	Ne
Kde by hledal informace?	Na internetu, u praktického lékaře nebo specialisty, v odborných knihách
Zná nějaká zařízení?	Nezná
Osob s demencí přibývá/ubývá?	Přibývá

5 DISKUZE

Většina autorů se shoduje na tom, že velmi důležitou roli v péči o osoby s demencí mají jejich rodinní příslušníci. K těmto autorům se přidává i Mathilde Regnault (21, str. 7): „*Ve všech vyspělých zemích se v posledních patnácti letech ukazuje, že zásadní roli v péči o osoby postižené Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demence plní jejich rodina, především pak jeden z jejích členů. Různé studie zjistily, že ve zkoumaných zemích pečující z řad rodinných příslušníků zajišťují mezi 70% a 85% pomoci postiženým osobám. Z poloviny to pak jsou manželé (manželky) a čtvrtinu tvoří děti. Tento fakt logicky vyplývá z toho, že ve velké většině případů se o nemocného člověka stará nejbližší rodina, a to přinejmenším jednou týdně, ve více než polovině případů každý den.*“. Vzhledem k těmto poznatkům, jsem očekávala, že respondenti, kteří měli v rodině osobu s demencí, budou mít větší povědomí o této problematice a více znalostí. Myslela jsem si, že s přibývajícím věkem budou tyto znalosti stoupat, starší lidé budou více informováni o příznacích a budou mít k této problematice blíže. Schuler a Oster (23) dodávají, že je velmi důležitá i péče o této rodinné příslušníky, kteří mohou mít často závažnější problémy než osoby, o které pečují.

Z mého výzkumu vyplynulo, že o tomto onemocnění mají všichni respondenti nějaké znalosti, nezáleželo na věku nebo pohlaví. Příznaky demencí většinou logicky odvodili, ale někteří si nebyli jisti, která konkrétní onemocnění do této problematiky patří a která zařízení v jejich okolí se demencemi zabývají, toto většinou tipovali.

Když jsem tyto vybrané respondenty postupně oslovila, všichni reagovali stejně, rozhovoru se báli a pořád se ptali, proč byli vybráni zrovna oni na takovéto téma. Když jsem jim vysvětlila, že mi každého z nich doporučil předchozí respondent, trochu je to uklidnilo, ale stále byli z rozhovoru nervózní a obávali se toho, že nebudou umět správně odpovědět a nebudou o této problematice nic vědět. Když sami během rozhovorů zjistili, že všechny otázky jsou jednoduché a že se nic neděje, když na nějakou neumí odpovědět, tak z nich nervozita opadla a rozhovor přirozeně plynul.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jestli se zásadně liší názory zástupců jednotlivých věkových skupin, kdy byl z každé vybrán zástupce mužského i ženského pohlaví, aby byly zastoupeny oba názory. Pro výzkum byly zvoleny tři věkové skupiny: mladí (do 25 let), střední dospělost (do 45 let) a předseniorský věk (50 let a starší). Otázky kladené během rozhovoru se týkaly definice pojmu „demence“, druhů, příznaků, v kterém věkovém období se objevuje nejčastěji, zda se dá úplně vyléčit nebo pouze zmírnit příznaky, jestli respondent zná nebo znal někoho ve svém okolí s touto nemocí, kde by hledal informace, jestli má přehled o specializovaných zařízeních v okolí svého bydliště a jestli osob s demencí přibývá nebo ubývá.

V první generaci (do 25 let) respondenti označili demenci jako psychickou poruchu a onemocnění mozku, které se vyznačuje ztrátou paměti a kognitivních funkcí. Respondentka vyjmenovala rovnou několik druhů tohoto onemocnění, ale na druhé straně muž neuvedl žádný. Příznaky vyjmenovali podobné, na některých se shodovali. Jako nejčastější výskyt uvedli věkovou skupinu osob starších 60 let (respondent uvedl rozpětí 50 až 70 let). Informace by oba hledali na internetu a u lékaře, v odborných organizacích a v literatuře. Žena uvedla jako jedinou organizaci, kterou zná Domov Matky Vojtěchy v Prachaticích a muž uvedl psychiatrickou léčebnu v Jihlavě (obě tyto zařízení jsou vzdálené od jejich míst bydliště, ve svém bližším okolí žádnou neznají). Respondent si ze svého dětství pamatuje svoji prababičku, která trpěla demencí. Popsal ji jako velmi zapomnětlivou a jakoby „ztracenou“ ve svých myšlenkách. Respondentka si myslí, že se demence začíná projevovat u její babičky, která zapomíná, je zmatená a občas agresivní (bez příčiny), tento problém s rodinou zatím nijak neřeší.

Ve druhé věkové skupině (do 45 let) se objevily větší rozdíly mezi znalostmi muže a ženy. Respondentka byla s touto problematikou více seznámena, demencí trpěl její dědeček, o kterého se také částečně starala. Demenci označila jako degenerativní onemocnění mozku, které není vrozené, ale může vzniknout z důsledku stáří nebo užívání drog a alkoholu. Jako nejznámější druhy uvedla Alzheimerovu chorobu a Huntingtonovu chorobu, a s tím i spojenou řadu příznaků jako např. postižení paměti a pozornosti, ztráta orientace v čase i prostoru, problémy s komunikací a řečí apod. Nejčastější výskyt je podle ní u starších osob, ale může se vyskytnout i u mladších,

vzhledem k nadměrnému užívání drog a alkoholu nebo kvůli nádorovému onemocnění. Léčbou se dají projevy pouze zmírnit, ne úplně vyléčit. Informace by hledala na internetu, v konkrétních zařízeních a u lékaře. Ve svém okolí zná 3 zařízení: Diakonie v Myslibořicích (Jednou z poskytovaných služeb je Domov se zvláštním režimem určený lidem s demencí, kteří nejsou schopni se o sebe postarat sami. Jsou držitelem certifikátu „Vážka“ a kontaktním pracovištěm České alzheimerovské společnosti. (23)), stacionář Domovinka v Třebíči (*„Nabízí denní pobyt s kulturním a aktivizačním programem seniorům a osobám se zdravotním handicapem, kteří nemohou nebo nechťejí zůstat doma sami.“* (24)) a Domov pro seniory Třebíč na ulici Koutkova (*„Posláním Domova se zvláštním režimem Třebíč, Koutkova – Kubešova, příspěvková organizace, je pomoc a včítění se do potřeb osob s demencí. Domov se zvláštním režimem poskytuje nepřetržitou pobytovou sociální službu lidem s chronickým duševním onemocněním, zejména osobám trpícími demencemi.“* (25)). Svého dědečka, který touto nemocí trpěl, popisuje jako zmateného a dezorientovaného, který neustále utíkal a hledal své příbuzné, kteří byli již dávno po smrti. Naopak respondent byl u rozhovoru velmi nervózní a na otázky odpovídal velmi rychle. Demenci považuje za duševní onemocnění a zároveň uvádí, že jejím původem může být Alzheimerova choroba a Creutzfeld-Jacobova nemoc. Názor na výskyt tohoto onemocnění je takový, že se v mladších věkových skupinách prakticky nevyskytuje, je charakteristický až pro starší osoby. Člověka s demencí popisuje jako zmateného, bez orientačních smyslů, který zapomíná a ztrácí věci. Informace ohledně této nemoci by hledal především na internetu, u praktického lékaře, psychologa nebo psychiatra. Jako konkrétní zařízení uvedl pouze nemocnici, žádné jiné zaměřené na tuto problematiku nezná.

V poslední generaci (starší 50 let) si oba respondenti nebyli jisti v této problematice, odmítli nahrávání rozhovorů, a proto byly jejich odpovědi písemně zapsány. Respondentka označila demenci jako poškození mozku, ale tohoto onemocnění zařadila i osoby, které se s postižením již narodili (nebyla si jistá, jestli sem také patří). Jako druh uvedla Alzheimerovu chorobu a z příznaků zmatenost, zapomínání a agresivitu. Informace by hledala převážně na internetu nebo u praktického lékaře, podrobnosti by zjišťovala až u specialisty. Nejčastěji se tato nemoc objevuje ve

stáří, ale může postihnout i mladší, ale ne moc často. Demencí trpěla respondentky babička, ale lékaři tuto nemoc dříve označovali jako sklerózu. Jako zařízení uvedla léčebnu dlouhodobě nemocných a pečovatelskou službu. Respondentovi tato nemoc připomíná „návrat do raného dětství“ – tento úhel pohledu mě osobně nikdy nenapadl a musela jsem se nad tím později zamyslet, myslím si, že tento „návrat“ některé příznaky a projevy vystihuje. Zná pouze stařeckou demenci, ale zároveň dodává, že může postihnout i mladší. Jeho ostatní odpovědi jsou podobné jako ostatních.

Všichni respondenti se shodují na tom, že osob s demencí přibývá, pouze jedna respondentka si myslí, že těchto osob je pořád stejně, pouze je v dnešní době více možností a přístrojů, jak tuto nemoc odhalit.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že respondenti mají většinou velmi podobné názory a znalosti, nezáleží na pohlaví ani na věku. O trochu lépe byli informováni osoby, které pečovali nebo alespoň znali někoho ve svém blízkém okolí, kdo touto nemocí trpěl. Myslím si, že rozdíly mezi generacemi skoro žádné nejsou, ale mělo by se zapracovat na tom, aby si lidé byli jistější v této oblasti, hlavně by se měly rozšířit informace o konkrétních specializovaných zařízeních, kde si respondenti nebyli úplně jistí.

V jednotlivých rozhovorech mě velmi překvapilo, kolik respondentů mělo někoho takto nemocného ve svém okolí. Ani jsem nečekala, že „laická“ veřejnost bude znát tolik informací o této problematice. Proto částečně nemůžu souhlasit s poznatky Prim. MUDr. Jiřího Konráda z Psychiatrické léčebny Havlíčkův brod, který ve svém článku uvádí větu: „*Značná část lidí není o existenci demencí informována nebo ji podceňuje. To se týká i některých lékařů.*“ (26). Myslím si, že veřejnost určité povědomí má, ale rozšířených informací o této nemoci by mohlo být podstatně víc. S podceňováním této nemoci souhlasím, podle mě, si většina lidí myslí, že se jich tato problematika netýká a nikdy se s touto nemocí nepotkají, měli by ale vědět, že jsou demence docela rozšířenou a především velmi závažnou a nevyléčitelnou nemocí seniorů. Kdyby touto nemocí onemocněl někdo z jejich rodiny nebo známých, zasáhne tato nemoc i je, ale uvědomí si to až později, kdy budou muset hledat různé detaily a doslova „spadnou“ do této problematiky. O tom vypovídá i názor paní Moravcové: stařeckou demenci popisuje

jako onemocnění, které výrazně ovlivňuje nejen pacientův život, ale i život nejbližší rodiny i jeho okolí (27). V počátečním období – v období nástupu nemoc, je velmi těžké tuto nemoc rozpoznat, tento fakt popisuje i MUDr. Lukáš: „*Jedním, často pozvolným nástupem obtíží, s nedramaticky nastupujícím onemocněním mozku, je demence.*“ (28). Dále popisuje i „trápení“ rodinných příslušníků: „*Mnohdy jsou to lidé, kteří byli během svého aktivního života velmi uznávaní, společensky aktivní, čiperní... no prostě fit. Jediné, co nás může trochu utěšit je, že maminka, tatínek,... si svůj stav neuvědomují a netrápí se tím. Tím bolestnější a náročnější může být tato situace pro nás – z osoby, které jsme si doposud vážili a respektovali, se může stát nemocný člověk.*“ (28). Tento výrok dokazuje, že demence si nevybírá a může opravdu postihnout každého z nás.

Respondenti, kteří ve svém okolí měli takto nemocnou osobu, se v rozhovorech shodovali v popisu jejich blízkých s demencí, všichni zmínili, že nemocní často utíkali, zapomínali jména svých nejbližších nebo i známých osobností, často svým rodinným příslušníkům nadávali nebo byli agresivní. Tyto stavy jsou u lidí s demencí časté. K těmto popsaným příznakům by daly přidat i další, jako např. to, že se o sebe přestávají starat, nedodržují hygienu a postupem času jejich stav přechází až v imobilitu. MUDr. Kučerová popisuje péči následovně: „*Práce s lidmi postiženými demencí patří k nejtěžším. Je náročná duševně a někdy i tělesně, zejména jde-li o pacienta, který neudrží čistotu a je nepohyblivý.*“ (29, str. 27).

V teoretické, ani v praktické části jsem nezmínila možnosti prevence, proto tuto možnost okrajově zmíním tady. Zaujal mě názor a doporučení paní Moreiry, jak snížit pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění, na internetových stránkách: „*Mozek by měl být pravidelně zatěžován, využíván a cvičen, nenechte jej proto zahálet! Doporučuje se pravidelná činnost k podpoře myšlení formou čtení, luštění křížovek, můžete zkusit i matematické příklady apod. Je nutné neuzavírat se do sebe a rozvíjet a udržovat styk a komunikaci s okolím. Pěstujte koníčky – vyšívání, pletení, zahradničení, hraní společenských her a kvízů, zkrátka používejte mozek!*“ (30). S tímto názorem musím jen souhlasit, člověk by měl svůj mozek „posilovat“ celý život a nenechat ho zahálet. Každý z nás by si měl najít chvíli čas sám na sebe a využít ho pro svoje dobro.

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jestli se zásadně liší názory na problematiku demencí mezi různými věkovými skupinami. Myslím si, že tento cíl byl v práci splněn. Základní vědomosti o tomto onemocnění měla většina respondentů. Všichni respondenti byli z Třebíčska, ale většinou nevěděli o žádném specializovaném zařízení, které by se touto problematikou zabíralo, někteří nějaké zařízení uvedli, ale často si nebyli úplně jisti, zda se věnují této nemoci. Myslím si, že propagace těchto zařízení by měla být větší, a to nejen na Třebíčsku.

Problematika demencí je velmi složitá, a myslím si, že bude stále, více aktuálnější, kvůli stárnutí populace, přibývání starších občanů a tím i k přibývání osob s demencí. Většina lidí, zná z médií především obraz spokojeného stáří, které se objevuje nejvíce v reklamách, ale realita je jiná. Stáří doprovází řada nemocí a o jedné z nejzávažnějších, o demencích, se na veřejnosti skoro nemluví. Myslím si, že by se tato informovanost měla zvýšit.

Tato bakalářská práce by se dala použít jako materiál ke školení pracovníků různých organizací, které se věnují osobám s demencí a jejich rodinným příslušníkům, nebo k vytvoření letáků, které by mohli veřejnost informovat.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. FRANKOVÁ, V., J. HORT, I. HOMEROVÁ, R. JIRÁK, M. VYHNÁLEK. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2423-5.
2. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
3. ČEVELA, R., Z. KALVACH, L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
4. JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ, C. BORZOVÁ a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
5. PIDRMAN, V., E. KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
6. GLENNER, J. A. a kol. *Péče o člověka s demencí: Průvodce pro rodinné příslušníky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
7. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
8. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-19-9.
9. BARTOŠ, A., M. HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2282-8.
10. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
11. Česká alzheimerovská společnost [online]. © 2014 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>
12. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

14. LANGMEIER, J., D. KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
15. Příspěvek na péči 2014. *Sociální-Dávky-2014.eu* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://socialni-davky-2014.eu/prispevek-na-peci-2014/>
16. Nový občanský zákoník – 2.část (omezení svéprávnosti). *Vozíčkář... aby vám život neujel* [online]. © 2013 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://vozickar.com/novy-obcansky-zakonik-2-cast/>
17. HANZLOVÁ, Juliana. Komunikácia s chorými na Alzheimerovu chorobu. *Sociální služby: odborný časopis*. 2013, č. 6-7, s. 16-17. ISSN 1803-7348.
18. PREISS, M., J. KŘIVOHLAVÝ. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2738-7.
19. SUCHÁ, Jitka. Trénování paměti u seniorů a lidí s různými poruchami paměti. *Sociální služby: odborný časopis*. 2013, č. 5, s. 34-36. ISSN 1803-7348.
20. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
21. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: Průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
22. SCHULER, M., P. OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.
23. Domov se zvláštním režimem. *Diakonie Českobratrské církve evangelické: Středisko v Myslibořicích* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://www.domovmysliborice.cz/nase-sluzby1/domov-se-zvlastnim-rezimem/>
24. Domovinka Třebíč. *Oblastní charita Třebíč* [online]. © 2014 [cit. 2014-04-15]. Dostupné z: <http://trebic.charita.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domovinka-trebic#directory-detail>
25. Oddělení se zvláštním režimem. *Domov pro seniory Koutkova - Kubešova, Třebíč* [online]. © 2007 [cit. 2014-04-17]. Dostupné z: http://www.dpstrebic.cz/zvlastni_rezim_poslani.html
26. Demence není jen porucha paměti. *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/demence-neni-jen-porucha-pameti>

27. Hlavní stránka / Rodina / Senioři. Jak se žije se stařeckou demencí. *Žijeme naplno.cz: pro lidi, kteří chtějí žít* [online]. © 2010 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://www.zijemenaplno.cz/Clanky/a521-Jak-se-zije-se-stareckou-demenci.aspx>
28. Úvod – co se dovíte. Demence, Alzheimerova nemoc. *Život po mrtvici* [online]. © 2012 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://www.pomrtvici.cz/news/demence-alzheimerova-nemoc/>
29. KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1491-4.
30. Téma Demence. Stařecká demence. *Zdravě.cz* [online]. © 1999 - 2014 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://demence.zdrave.cz/starecka-demence/>

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha – CD se záznamy rozhovorů