

Informovanost studentů SŠ Olomouckého kraje o Alzheimerově chorobě

Martina Kavulová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Kavulová**
Osobní číslo: **H16508**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost studentů středních škol Olomouckého kraje o Alzheimerově chorobě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k problematice seniorského věku a Alzheimerovy choroby.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BRAGDON, Allen D a David GAMON. Nedovolte mozku stárnout. Vyd. 2. Přeložil Silvie STRUKOVÁ. Praha: Portál, 2009, 109 s. ISBN 978-80-7367-500-4.

CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech. Vydání 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015, 132 s. Pedagogika. ISBN 978-80-7454-553-5.

JIRÁK, Roman; KOUKOLÍK, František. Alzheimerova demence a další demence. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 232 s. ISBN 80-7169-615-3.

REGNAULT, Mathilde. Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 119 s. ISBN 978-80-262-0010-9.

ZVĚŘOVÁ, Martina. Alzheimerova demence. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2017, 143 s. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Zuzana Hrnčířková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

27. listopadu 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

26. dubna 2019

Ve Zlíně dne 27. listopadu 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.4.2019

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k větší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská zjišťuje informovanost studentů středních škol v Olomouckém kraji Alzheimerově chorobě. Práce se skládá z teoretické a praktické části.

V teoretické části uvádí definice a charakteristiku stáří společně se změnami, které k této etapě života patří. Součástí teoretické části je také definice pojmu demence a její jednotlivé druhy. Je zde také podrobněji rozpracovaná Alzheimerova choroba a její příznaky, diagnostika, léčba, příčiny i následky. V teoretické části jsou zmíněny také podpůrné terapie, které jsou neodmyslitelnou součástí péče o člověka, který trpí tímto onemocněním.

Praktická část obsahuje základní informace o tvorbě dotazníku, sběru dat a výběru výzkumného souboru. Výsledky jsou zpracovány a vyhodnocovány pomocí tabulek a grafů.

Klíčová slova: Demence, Alzheimer, Alzheimerova choroba, kognitivní funkce, stáří

ABSTRACT

The bachelor's thesis identifies the awareness of secondary school students in the Olomouc region to Alzheimer's disease. The thesis consists of the theoretical and practical part.

In the theoretical part it presents definitions and characteristics of old age together with changes that belong to this stage of life. The theoretical part also defines the concept of dementia and its individual species. There is also a more detailed description of Alzheimer's disease and its symptoms, diagnosis, treatment, causes and consequences. Supportive therapies are also mentioned in the theoretical part, which are an inseparable part of care for a person suffering from this disease.

The practical part contains basic information about the creation of the questionnaire, data collection and selection of the research file. The results are processed and evaluated using tables and graphs.

Keywords: Dementia, Alzheimer, Alzheimer's disease, cognitive function, aging

Motto:

„Stáří se nevysmívej – vždyť k němu směřuješ“

Menandros

Děkuji své vedoucí paní PhDr. Zuzaně Hrnčířikové Ph.D., za cenné rady, připomínky doporučení a pomoc při zpracování bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	12
1.1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	13
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	15
2 DEMENCE A ALZHEIMEROVA CHOROBA	17
2.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O DEMENCI	17
2.2 DEFINICE ALZHEIMEROVY CHOROBY	19
2.3 SYMPTOMY A VAROVNÉ PŘÍZNAKY ACH	22
2.4 BEHAVIORÁLNÍ A PSYCHOLOGICKÉ PŘÍZNAKY DEMENCE	23
2.5 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	24
2.6 FAKTORY VZNIKU ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	25
2.7 PÉČE O NEMOCNÉHO.....	27
3 PODPŮRNÉ TERAPIE	30
3.1 REMINISCENCE	30
3.2 BAZÁLNÍ STIMULACE.....	31
3.3 ERGOTERAPIE.....	33
4 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENCE	35
4.1 DEFINICE ADOLESCENCE	35
4.2 FÁZE ADOLESCENCE	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	41
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	41
5.2 STANOVENÍ CÍLŮ	42
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
5.4 TECHNIKA SBĚRU DAT	44
5.5 POLOŽKY V DOTAZNÍKU	44
6 ANALÝZA A INTEPRETACE DAT	47
7 DISKUZE	68
ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
INTERNETOVÉ ZDROJE.....	74
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	75
SEZNAM OBRÁZKŮ	76
SEZNAM TABULEK.....	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	78
SEZNAM GRAFŮ	79

ÚVOD

Stárnutí populace je přirozený životní proces, který se týká každého z nás. Proto je důležité věnovat mu zvýšenou pozornost. S přibývajícimi roky se horší fyzická i psychická stránka člověka. To způsobuje výskyt nejrůznějších onemocnění. V poslední době často slyšíme o nemoci zvané Alzheimerova choroba. Většina lidí si toto onemocnění spojuje pouze s tím, že lidé zapomínají. Zapomínání je jedním z následků této choroby, ale z daleka ne jediným a natolik významným faktorem.

V bakalářské práci bychom rádi poukázali na problematiku spojenou s Alzheimerovou chorobou. Jako velký problém v dnešní době vnímáme to, že spousta lidí obzvláště mladší generace má velmi zkreslenou představu o tom, co Alzheimerova choroba je, jak jí lze předcházet nebo jak s člověkem, který je takto nemocný komunikovat. Téma jsme zvolili, protože ho vnímáme jako velmi aktuální a to z toho důvodu, že počet lidí trpících Alzheimerovou chorobou rapidně stoupá.

Jakožto velkou výhodou považuji fakt, že sama jsem působila jako pečovatelka ve zlínském Alzheimercentru, kde jsou ubytováni klienti a většina z nich se potýká s demencí či konkrétně Alzheimerovou chorobou. Jelikož mi velmi záleží na tom, abych odváděla kvalitní práci na profesionální úrovni, tak se touto tematikou hodně zaobírám a snažím se jít opravdu do hloubky. Vím, jak náročná péče o klienta s takovou diagnózou je, a proto chci podávat profesionální výkon v případě jakýchkoliv potřeb klienta či jeho rodiny.

Celou práci jsme rozdělili na dvě stěžejní části a to část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se zaměřili primárně na vysvětlení pojmů stáří a stárnutí, etapy, které k tomuto procesu neodmyslitelně patří. Co tato část života přináší a co člověku naopak bere. Osobnostní, psychické, sociální a biologické změny, které v této fázi života potkávají každého stárnoucího člověka. Dále pak na charakteristiku onemocnění, diagnostiku a také případné možnosti léčby. V dalších kapitolách se věnujeme typům demencí, které s touto tematikou úzce souvisí. Podrobně jsme v práci rozpracovali však pouze Alzheimerovu chorobu, na kterou je práce zaměřena. Součástí teoretické části budou i informace o Aloisi Alzheimerovi, který jako první pracoval s pojmem Alzheimerova choroba. Práce zahrnuje informace o péči o klienta s ACH. Výstupem práce je informační brožura, která obsahuje podrobný přehled jak správně pečovat o člověka, který takovou chorobou trpí. Stručné rady jak se chovat k nemocnému, když se nachází v domácím prostředí. Jak vhodně domácí prostředí upravit atd.

Praktickou část jsme zaměřili na to, zda jsou studenti středních škol v Olomouckém kraji informovaní o ACH a zda mají vůbec představu, co všechno tohle onemocnění sebou nese. Cílili jsme se na Gymnázia, a střední školy s výjimkou technických a nekooperujících zaměření v Olomouckém kraji. Pro výběr výzkumného vzorku jsme zvolili techniku dostupného výběru. Na počátku jsme si stanovili cíle, kterých bychom chtěli výzkumem dosáhnout. Prvním a hlavním cílem pro nás bylo zjistit, zda jsou studenti středních škol Olomouckého kraje dostatečně informovaní o Alzheimerově chorobě. Druhý cíl pro nás znamenal vytvořit informační brožuru, která by měla pomoci právě rodinám, které pečují o lidi s ACH a také by měla brožura sloužit široké veřejnosti, či opora pro studenty SŠ.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

V následující kapitole se zabýváme posuzováním stáří z pohledu několika autorů. Zamíříme se také na stárnutí populace z hlediska dnešní společnosti. Nastíníme problematiku stárnutí, a čeho se lidé nejvíce bojí ve spojitosti se stárnutím. Dále se zmíníme o předpokládaném průběhu stárnutí populace v České republice. Dále rozebereme dělení stáří a také změny, které se stářím přichází. Neopomeneme také mezigenerační problematiku, která je velmi diskutovaným tématem dnešní doby.

Stárnutí populace Mühlpachr (2009, s. 22-25) vymezuje stáří a stárnutí, jako dva pojmy, které pro každého člověka znamenají mnoho, ale významově se odlišují. Délka lidského života se v porovnání se situací, která u nás byla několik let zpátky, značně změnila. Změny v délce života, která se značně prodloužila, úzce souvisí se změnou životního stylu. Důvodem je několik aspektů, jako jsou lepší ekonomické podmínky, lepší znalosti o zdravém a kvalitnějším životním stylu či rozšiřující se možnosti současné medicíny. Jednotná definice **stáří** neexistuje, ale mnohou autorů se ve finále shoduje na tom, že se jedná o konečnou etapu **stárnutí**.

Haškovcová (2010, s. 12-18) ve své publikaci uvádí, že rychlost, kterou populace stárne, se demograficky odlišuje, ale také uvádí, že v budoucnosti se může stát, že se „strom života“ otočí a počet seniorů a stárnoucích lidí bude v některých částech světa převyšovat počet mladých lidí v produktivním věku.

Problém dnešní moderní společnosti vidíme také v tom, že lidstvo se stárnutí a následného stáří bojí. Proto je tohle téma velice tabuizováno. Spousta autorů se právě této problematice věnuje a vymezuje ji z několika různých pohledů. Stárnutí české společnosti ČSÚ zveřejnil ve statistikách. Ty tvrdí, že v ČR je hranice dožití 81 let pro ženy a 75 let pro muže (Mühlpachr, 2009, s. 30).

Vrátíme – li se do minulosti a zaměříme se na to, jak se na seniora nahlíželo, zjistíme, že člověk, který se vysokého věku dožil, byl velmi vážený, hýčkaný a uznávaný. V dnešní době se tento pozitivní náhled na seniory vytrácí. I pro seniora je velmi obtížné ztotožnit se s tím, že po celém svém životě, kdy byl plnohodnotným a přínosným členem pro společnost, bude na sklonku svého života chápán jako ekonomická či společenská přítěž. Mladá generace zaujímá k seniorům také negativní postoj (Petrová Kafková, 2013, s. 14).

Čas je neúprosný a postupně ubývá a jeho naplnění je na každém z nás. Každá fáze lidského života má jisté etapy a určité naplnění. Člověk přes všechny ty prožitky, povinnosti ani nezaregistruje, že ve finále sám stojí pře branami něčeho, čeho se celý život buďto bál, nebo o tom ani nepřemýšlel a to je právě stáří (Haškovcová, 2010, s. 12-13).

Mezigenerační nepochopení a netolerance také rapidně stoupla oproti dřívější době. Vývojové etapy adolescenta zahrnují řadu změn a to primárně v oblastech utváření si názorů a vnímání světa kolem svýma očima. Vnímání seniora dospívajícím je ovlivněno spoustou aspektů, ať už je to přebírání modelu životního stylu svých rodičů v oblasti nahlížení na seniora nebo vliv médií, školního prostředí či vliv vrstevnických skupin (Petrová Kafková, 2013, s. 46-48).

1.1 Charakteristika stáří a stárnutí

Stárnutí se je proces, který provází každého z nás a jedná se o nezvratný biologický proces, který ve finále končí pro všechny organismy stejně a to smrtí. Čevela (2012, s. 19) definuje stárnutí jako *„Projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými i psychickými.“*

Dle Haškovcové (2010, s. 19-22) se stáří dříve označovalo jako třetí věk, kdy prvním, věkem bylo označováno dětství, druhým věkem dospělost a třetím věkem bylo právě stáří. Z důvodu neustále prodlužující délce života se začal používat i termín čtvrtý věk. Dnes se již s ohledem rozsáhlejšího členění seniorského období dělí **klasifikace lidského věku** následovně:

- 45-59 let – střední nebo zralý věk,
- 60-74 – vyšší věk neboli rané stáří,
- 75-89 – stařecký věk neboli sénium,
- 90 let a více – dlouhověkost (Haškovcová, 2010, s. 20).

Mühlpachr (2004, s. 21) ve svém díle Gerontopedagogika uvádí členění stáří ve třech úrovních:

- a) 65-74 let mladí senioři,
- b) 75-84 let staří senioři,
- c) 85 let a více velmi staří senioři.

Stáří neboli sénium je ve své podstatě konečná etapa procesu stárnutí. Jak jsem zmínila výše, každý definuje stáří z jiného pohledu. Jedná se o postupný úbytek tělesných, ale i duševních sil. „*Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí)*“ (Mühlpachr, 2004, s. 18).

Důležité je si také vysvětlit pojmy, které úzce souvisejí se stárnutím. Jedná se o tzv. **kalendářní věk**, ten je důležitý pro charakteristiku každého člověka, Mezi jeho výhody patří jednoznačnost. Udávají přesný počet dnů, které uplynuly od narození. Určuje přesně růst a vývoj, který má být uskutečněný v časovém rámci, který odpovídá kalendářnímu vývoji jedince.

Funkční věk je pojem, který označuje souhrnné označení biologických, psychologických a sociálních charakteristik a změn, které složí jako důležitý hodnotící prvek pro medicínské obory. K jeho určení složí celá řada testů, jejichž výsledky poskytují možnost hodnotit jednotlivé funkce každou zvlášť nebo na ně nahlížet jako na celek.

Biologický věk je velmi složité jednoznačně definovat, ale jedná se o výsledné působení genetického procesu, který ovlivňuje několik faktorů jako je okolní prostředí, způsob života prodělání nemocí. Biologický věk nám určuje i stupeň zralosti v oblasti mentální, kognitivní mentální či v oblasti tělesné zralosti. (Poledníková et al., 2006, s. 8) Jedná se o nevratné biologické změny, které předurčují větší riziko vzniku nemocí, funkčních omezení případně stanovení zbývajícího času do přirozené smrti jedince. Neexistují přesná kritéria pro stanovení přesného biologického věku, mezi vnější ukazatele biologického stáří patří stařecké změny postavy, pokožky, chůze, pokles výkonnosti apod (Čevela et al., 2012, s. 17-18).

1.2 Změny ve stáří

V kapitole se budeme zajímat změnami, které ve stáří probíhají. Bude se jednat o změny biologické, kde si rozebereme změnu stavby těla, dýchacího a kardiovaskulárního systému, ale také trávicího systému. Dále se budeme zabývat psychosociálním stárnutím a tím, co člověk s přibývajícím věkem prožívá uvnitř.

Biologické změny

Jedná se o změny, při kterých dochází k involučním změnám, které neprobíhají u všech stejně. Dochází ke zpomalení a biologických adaptačních mechanismů. Dochází ke změně svalové flexibility a zhoršení fyzické kondice. Ta začíná ubývat s přibývajícím věkem. A proto je důležité snažit se ji udržet. Dochází ke ztrátě elasticity pokožky, pokožka vykazuje také změny a to ve změně pigmentace (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 19).

Dochází k oslabení pevnosti a elasticity pokožky jak zmínila již Klevetová, Dlabalová (2008, s. 19-20), což znamená vyšší riziko natrhnutí pokožky či zvýšená tvorba dekubitů (proleženin).

Dochází také ke změnám v mechanismech, které podporují rychlejší hojení, mění se celkové krevní zásobování. Podstatnou transformací se stáří prochází také **tělesná stavba** seniora, kdy dochází k úbytku tukové a svalové hmoty, kdy tkáň ztrácí elasticitu a to způsobuje vrásčitý vzhled. S přibývajícím věkem se mění rychlost a síla funkce kosterního svalstva. Svalová aktivita a individuální funkční odlišnosti se liší u každého jedince (Poledníková et al, s. 9, 2006).

K prvotnímu poklesu dochází kolem 30 roku života člověka. Nejedná se o radikální změny, ale mírné zpomalení funkcí. Vše se odvíjí od připravenosti člověka na takové změny. Pokud je člověk na stáří a stárnutí jako takové připravený, mírné změny jej nijak radikálně neovlivní (Příbyl, s. 11 2015).

Aktivním životním stylem, cvičením může starý člověk svalovou aktivitu posílit a značně podpořit. Problémem může však být nedostatek sil a rychlejší unavitelnost, která je s přibývajícím věkem způsobena. Ve stáří se mění **tělesná stavba** člověka, dochází k atrofii (zmenšení) meziobratlových plotének, řídnutí obratlů což způsobuje, že se postupně páteř zakřivuje směrem dozadu (**kyfóza**) nebo do stran (**skolióza**) a výška seniora se zmenšuje. Shrbené držení těla je pro starý věk typické, co se kostí týká, dochází k jejich řídnutí a častější lámavosti. V kloubních spojeních dochází k degenerativním změnám,

keré zapříčiňují postupnou ztuhlost a omezenou hybnost. Ke změnám dochází i v oblasti **dýchacího a kardiovaskulárního systému**. Klesá respirační schopnost a staří lidé vdechují menší objem vzduchu a to z důvodu směn, kosterního svalstva v hrudníku, což zapříčiňuje zmenšení objemu hrudního koše. **Trávicí systém** prochází také řadou změn, mezi které řadíme postupnou atrofii jícnu, žaludku, a střeva. Ubývá tvorba trávicích enzymů, tím dochází ke zpomalení trávení a vstřebávání živit a léků. Zpomalení funkce střev, vede k zácpě. Dochází k problémům s vyprazdňováním. S přibývajícím věkem dochází ke zhoršení funkce ledvin, na což je důležité brát velký zřetel. Zpomaluje se jejich filtrační schopnost. Proto je nutné dbát na řádný příjem tekutin obzvláště v situacích, kdy senior užívá léky, které jsou ledvinami vylučovány. Ke změnám dochází také v imunitním systému, kdy je imunitní systém seniora značně oslabený a dochází tak k častějším infekčním onemocněním. Smysly jsou s přibývajícím věkem také paralyzovány (Poledníková et al., 2006, s. 9-10).

Psychosociální stárnutí – nastávají změny spojené s prožíváním a chováním, kdy dochází k propojení uvědomování si změn biologických. Proto je tedy velmi důležité nastavení mysli a ztotožnění se s faktem, že „stárneme“. Na psychosociální stárnutí má jistý vliv častější výskyt chronických onemocnění, která mnohdy vedou ke zhoršení soběstačnosti, což vede k ovlivnění společenského života. Zde už se jedná o problém z důvodu izolace, ve které se senior ocitá a neumí s ní pracovat. Odmítá přijmout fakt, že potřebuje pomoc s běžnými denními aktivitami, které dříve zvládal sám. Starý člověk se vyrovnává hůře se změnami. Situace, kdy senior přijde o svého životního partnera je pro starého člověka obzvláště velkou zátěží. Smířit se s osamělostí, ztrátou a přijetím nové role vdovy či vdovce představuje obrovské psychické vypětí a radikálně ovlivňuje kvalitu života seniora jeho psychickou stránku. Emoční stránka seniora prochází taktéž určitou změnou. Starý člověk je citlivější a více emočně labilní a snadno podléhá dojetí. Změny v oblasti psychomotoriky se projevuje zpomalením pohybů, především chůze. Senior potřebuje na vše více času, avšak zpomalení tempa při výkonu běžných činností může vykompenzovat systematickostí a důsledností. Ale vše je velmi individuální. Někteří senioři zpomalením a změnou v psychomotorické oblasti ztrácí motivaci, propadají skepsi, ztrácí trpělivost a chuť cokoli dělat. Důležitým milníkem, který seniory ovlivňuje, je odchod do důchodu. Senior v důchodu neumí pracovat s množstvím volného času, který nyní má. Proto je velmi důležité se na stáří a odchod do důchodu systematicky připravovat v průběhu života (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 22-25).

2 DEMENCE A ALZHEIMEROVA CHOROBA

V této kapitole definujeme Alzheimerovu chorobu a demenci z pohledu více odborníků. Zaměřujeme se na vysvětlení faktu, že demence není součástí normálního stárnutí. Rozdělujeme demence do skupin na základě různých kritérií. Zaměříme se také na životopis Aloise Alzheimera a na historický vývoj pojmu Alzheimerova choroba. Dále si rozebereme symptomy a následky, které s nemocí přichází a rozdělíme je do patřičných kategorií. Rozebereme také funkce mozku, na které má Alzheimerova choroba vliv a co vše v našem těle nemoc paralyzuje. Zmíníme také postupy při diagnostice Alzheimerovy choroby. Jaký druh vyšetření je nevyhnutelný či jaké testy se aplikují.

2.1 Základní informace o demenci

Pod pojmem demence rozumíme, že se jedná o soubor příznaků, které způsobují zcela nevratné poškození mozku, primárně tak mozkové kůry. Jednou z nejčastějších příčin demence jsou takové nemoci, které mají neurodegenerativní charakter. Mezi takové nemoci řadíme právě i Alzheimerovu chorobu. Pokud u člověka propukne jakýkoliv druh demence, tak můžeme říct, že jeho život končí stejně tak, jak do něj vstoupil. Jako bezmocné dítě. Vnímá pouze atmosféru kolem sebe a uspokojuje pouze své nejzákladnější biologické potřeby. (Buijssen, 2006, s. 13-14) Postižení demencí má zásadní vliv na kvalitu života nemocného, ale také na kvalitu života jeho rodiny. Není součástí normálního stárnutí. Pidrman (2007, s. 7) ve své publikaci uvádí, že *„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Dochází k narušení vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku, přitom vědomí není zastřeno. Holmerová a Jarolímová (2009, s. 9) demenci vnímají tak, že „Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních a, především paměti a intelektu, jako určitého onemocnění mozku je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, a nakonec ztráta schopnosti samostatné existence“.*

Dělení demence podle příčin do dvou skupin:

1. Demenci, které přikládají největší podíl **atroficko-degenerativnímu** procesu mozku. Kde se jedná o degradaci a degeneraci některých bílkovin a také dochází k ukládání

patologických bílkovin. Do této skupiny řadíme Alzheimerovu chorobu, kde je degenerován právě protein nervových buněk. Konkrétně se jedná o tau-protein. Dále sem patří demence u Parkinsonovy choroby, demence s Lewyho tělísky. Samotná neurodegenerace vede k poruchám mozkových funkcí, a právě tyto poruchy vedou k postupnému rozvoji, což dále vede ke vzniku syndromu demence.

2. Demence **symptomatické (sekundární)**, jde ji rozdělit ještě do dvou podskupin (vaskulární, ostatní symptomatické). Sekundární demence přiřazují příčinu vzniku k celkovému onemocnění, infekcím, intoxikaci. Mezi další příčiny se řadí úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a další poruchy, které postihují mozek (Jiráček et al, 2009, s. 19-20).

Alois Alzheimer a historický vývoj Alzheimerovy choroby

Počátky této choroby se datují k roku 1906, kdy je jako první popsal německý psychiatr a neurolog Alois Alzheimer. Ten se narodil ve městě Merckbreit v Bavorsku a to konkrétně 14. června 1864. Své studium na univerzitách v Berlíně a Würzburgu zakončil lékařským titulem v roce 1887. Jeho kroky směřovaly do Frankfurtu nad Mohanem, kde pracoval v tamním sanatoriu. Zde také navázal přátelský vztah s velmi uznávaným neurologem Franzem Nisslem se kterým se společně pustili do experimentálního studia stavby mozkové kůry. Své poznatky a výsledky si ověřovali na pacientech již zmíněného ústavu. Znalosti, které Alzheimer získal, později uplatnil na univerzitní psychiatrické klinice u profesora Kraepelina v Mnichově, kde od roku 1902 působil. Jednalo se o pracoviště, které bylo vyhlášeno, a působily zde kapacity německé psychiatrie. Alzheimer měl možnost poprvé přednášet na konferenci v Tübingeu, která se konala v roce 1906 o případu A. Deterové, která zemřela ve věku 55let zcela dementní. Alzheimer při pitvě zjistil, že mozek zemřelé není zcela v pořádku a našel několik zvláštních plaků a vláken. Uznání se Alois od svých kolegů nedočkal, to jej ale neodradilo, spíše jej neúspěch povzbudil k dalšímu bádání. Alzheimer provedl několik dalších pitev a makro- i mikroskopických analýz mozkových tkání. Rok 1910 byl pro Aloise velmi důležitý, na základě přímluvy jeho kolegy profesora Kraepelina byly charakterizované změny mozkové tkáně pojmenovány právě po svém objeviteli. O pět let později 19. prosince Alois Alzheimer zemřel. Pohřben byl na hřbitově ve Frankfurtu nad Mohanem, kde je ostatně pohřbena i jeho žena. V neposlední řadě je důležité zmínit i českého psychiatra a neuropatologa Oskara Fischera, což byl český vědec, který ve stejném roce jako A. Alzheimer (1907) vydal svou odbornou práci, která se týkala sedmi (některé publikace uvádí dvanácti)

pacientů, trpících stejnou chorobou, kterou popsal právě již A. Alzheimer (Zvěřová, 2017, s. 11-15).

2.2 Definice Alzheimerovy choroby

Dosud v literatuře neexistuje jednotná definice Alzheimerovy choroby (ACH). Pojem pochází z latinského složení slov mens = mysl a de = od, tedy „něco co po mysli zbylo“.

Lékařské, sociologické a psychologické odborné literatury nabízí velkou řadu definic, ale žádná není úplně stejná a jednotná. Pokud chápeme demenci jako získanou poruchu kognitivních funkcí, je nutné počítat s řadou zásadních změn, které ovlivňují život pacienta (Pidrman, 2007, s. 9).

Z hlediska závažnosti nastává největší problém v případě, jsou – li ohroženy funkce kognitivní. Ale jak jsem již zmínila, ACH se zjišťuje velmi obtížným způsobem. Výpadky paměti nejsou vždy příznakem ACH či jiné demence. Mezi symptomy, které demenci doprovází, řadíme:

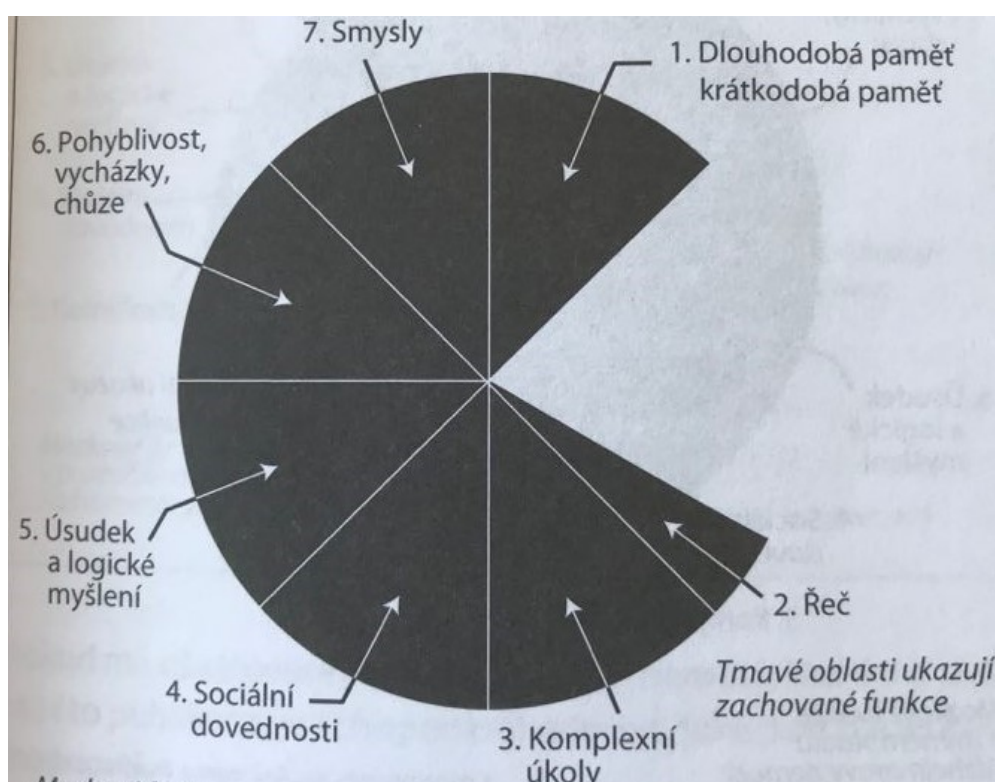
- poruchy chování,
- poruchy intelektu,
- ztráta soběstačnosti,
- poruchy osobnosti,
- poruchy orientace a abstraktního myšlení,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy emotivity,
- poruchy denního rytmu,
- neklid,
- křik, pláč,
- inkontinence,
- bludy.

Dle MKN-10 je pro správnou a přesnou diagnostiku nutné, aby symptomy přetrvávaly alespoň šest měsíců. Demence jakéhokoliv původu je progresivního původu, což znamená, že se neprojevuje hned v nejpokročilejším stádiu, ale celá tahle nemoc si vybírá svou daň po zbytek života. Dochází k postupnému zhoršování zdravotního stavu a oslabení funkcí

Callone et al (2008, s. 31-35) rozdělil Alzheimerovu chorobu rozdělil na tři základní stádia a to **lehké stádium onemocnění**, kde jsou i pacienti svých problémů vědomi. Sami

vnímají, že něco není v pořádku. Dokážou žít relativně samostatně, ale potřebují podpůrné návody, cedulky a upomínky. Výpadky paměti, na které dříve nebyli zvyklí, je potkávají častěji než kdy dříve. Mnohdy si pacient nevybaví jaký je zrovna den či roční období. Těžko si vybavují jaký je právě rok. Dochází již k narušení i běžných denních aktivit, u kterých je nutné, udržet pozornost. Pacienti svůj stav mnohdy nevědomky zhorší. Vzhledem k tomu, že si svého zhoršeného stavu všímají a uvědomují si jej, propadají do depresí a tím prohlubují již tak otevřenou emocionální stránku, která již není tak stabilní, než byla.

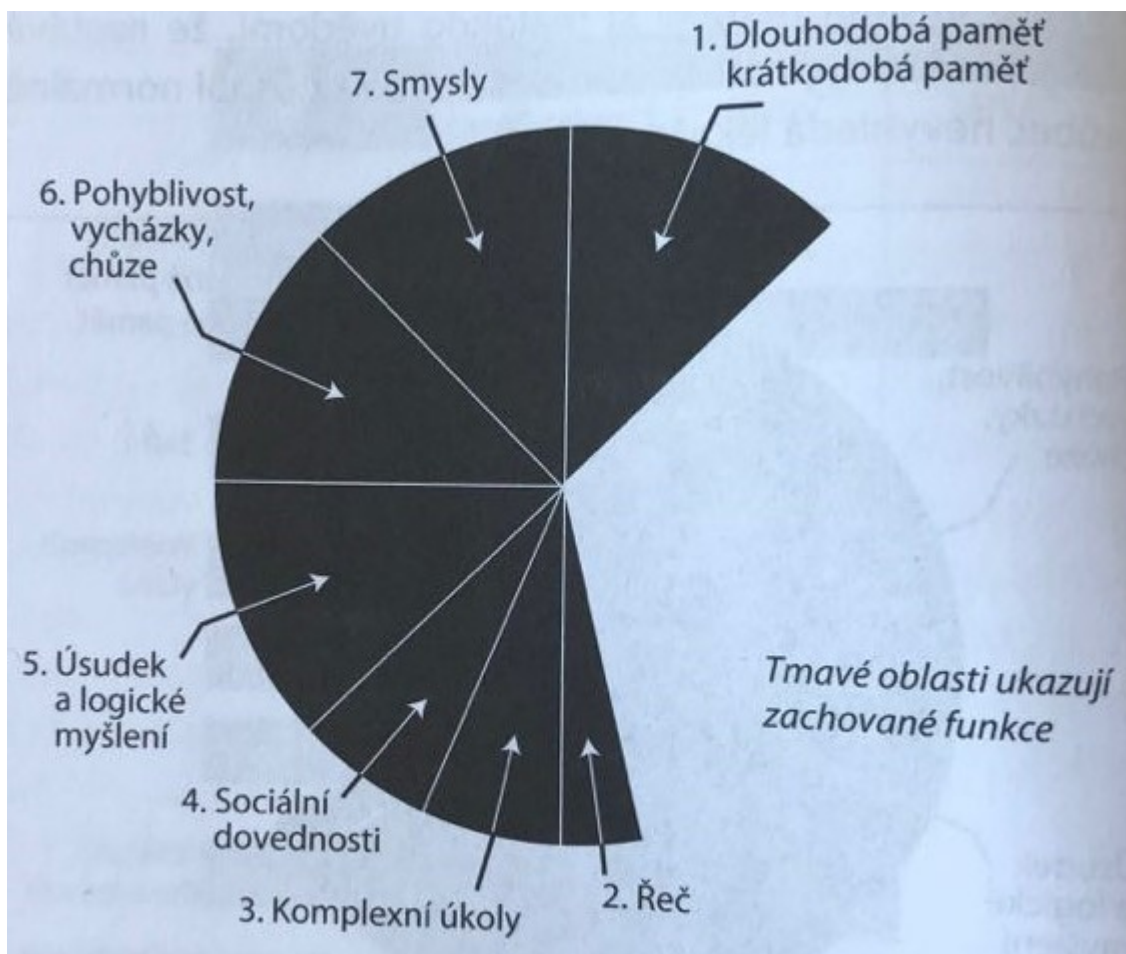
Obrázek 1 Mozkové funkce – první stádium ACH



(Callone et al., 2008, s. 31)

Dalším stádiem je tedy **střední stádium**, zde již dochází k dalšímu úbytku kognitivních poruch a k nim se přidávají poruchy řeči (fatické poruchy). Dochází k velmi rychlému progresu poruch v oblasti denních aktivit. Mezi které se řadí zejména ovládání domácích spotřebičů – televize, trouba, pračka, telefon apod. Již se vyskytují náznaky poruch chování. Vyskytuje se již velmi zhoršená orientace v čase a prostoru, ztrácí a se a bloudí ve dříve známém prostředí. Dochází již k inkontinenci moči i stolice. Zásadní změnou je také fakt, že péči o pacienta, který se nachází ve středním stádiu demence, není v silách jedince se o takového pacienta dlouhodobě postarat.

Obrázek 2 Mozkové funkce – druhé stádium ACH

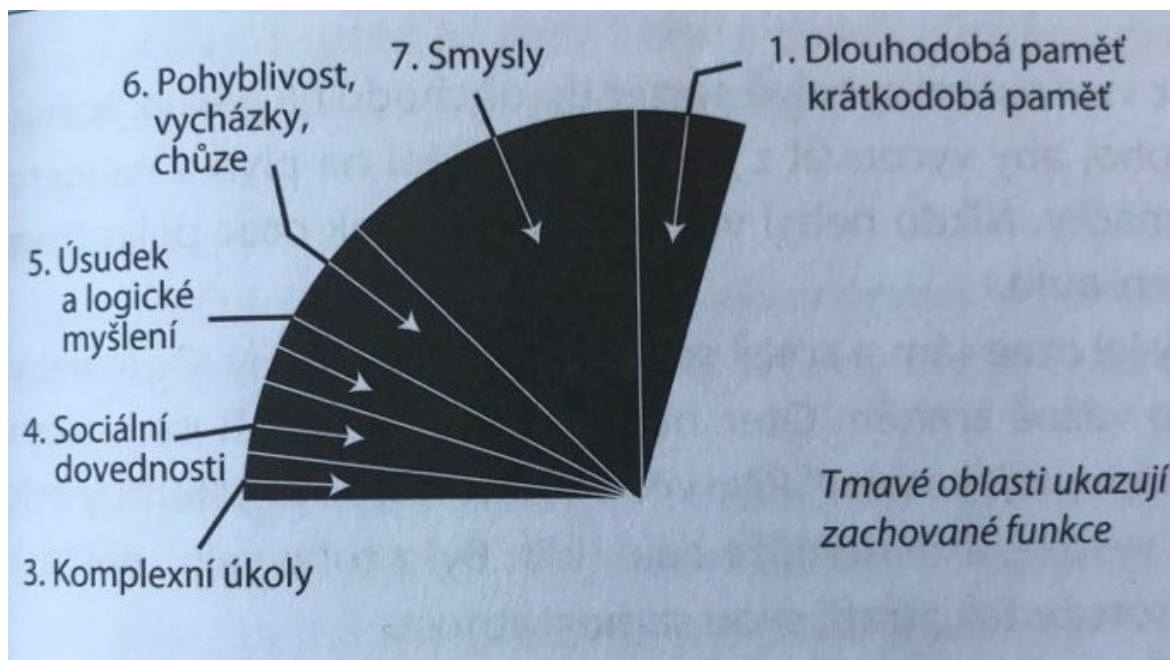


(Callone et al., 2008, s. 32)

Ve třetím stádiu se dostáváme již k **těžkému stádiu onemocnění**, tady už nastávají takové situace, že pacienti nepoznají své nejbližší příbuzné a neorientují se již ve svém okolí. Vlivem rapidního úbytku kognitivních funkcí dochází také k časové a prostorové dezorientaci. Třetí a nejtěžší stádium se stává velmi obtížné i pro příslušníky rodiny. Pacient už není schopen se o sebe postarat. Není schopen zajistit si ani ty nezákladnější životní potřeby. Stává se plně odkázaným na pomoc druhé osoby. V této fázi onemocnění dochází k velkým změnám po stránce osobnostní. Pacient neumí pracovat se svou psychikou a emoční stránkou. Má časté změny nálad a mnohdy bývá ke svým blízkým hrubý. Z čehož vyplývá, že osobnostní poruchy jsou tak označovány za nejobtížnější a nejobávanější příznaky demence pro okolí. Velmi častou chybou v této fázi je přístup mnohých odborníků, kteří zastávají názor, že pacienti v takto pokročilém stádiu nemoci již vlastně nic nepotřebuje. Opak je zde pravdou, tito lidé potřebují naopak laskavou pomoc a

pěči. Vlídny a láskyplný přístup jim navozuje příjemný pocit, který je pro ně velmi důležitý a taky mnohdy to jediné co dokážou cítit (Callone et al., 2008, s. 31-35).

Obrázek 3 Mozkové funkce – třetí stádium ACH



(Callone et al., 2008, s. 33)

2.3 Symptomy a varovné příznaky ACH

Příznaky lze rozdělit do tří základních skupin, přičemž dochází k vzájemnému provázání jednotlivých skupin.

- A - postižení aktivit denního života, (activities of daily living)
- B - behaviorální a psychologické příznaky demence (behaviour)
- C – postižení kognitivních funkcí (cognition)(Pidrman, 2007, s. 9).

Mnohdy se stává, že v počátku není důvodné podezření, že by se mohlo jednat o ACH. Z počátku se nemusí hned jednat o příznaky, kde se u pacienta objeví poruchy paměti, bezcílné bloumání. Může se stát, že jako první u osoby zaznamenáte tzv.: prvotní varovné příznaky, kdy se pacient snaží zakrýt. Zakrývá je radikální změnou chování, začíná reagovat agresivně a podrážděně. Jedná se o počáteční stádium, kdy si je sám pacient nepříznivých změn vědom. Nemusí se vždy tedy jednat o zjevné neurogenerativní onemocnění, ale je vhodné jednat rychle a neotálet. V takových případech kdy už pojmáte značné podezření, že něco není v pořádku, je dobré kontaktovat ošetřujícího lékaře,

případně příslušného odborníka, který vám pomůže objasnit situaci a pomoci jak postupovat dál (Pidrman, 2007, s. 34-39).

V mozku člověka, který trpí ACH, dochází k velké řadě změn. Konkrétně se jedná o degenerativní změny neuronů, což jsou mozkové buňky, které nám umožňují zpracovávat informace z okolí. Záleží na tom, které části mozku byly napadeny jako první. Od této skutečnosti se odvíjí příznaky, které se začnou projevovat. Existuje ale řada příznaků, které jsou pro většinu pacientů stejné (Jiráček et al, 2009, s. 29).

2.4 Behaviorální a psychologické příznaky demence

Projevy pojící se právě s touto oblastí obvykle bývají nejobtížnější pro okolí, ale mnohdy i pro pacienta samotného. Behaviorální příznaky z anglického behaviour = chování, mohou mít různý charakter. Mezi prvotní příznaky můžeme zařadit tzv. agitovanost, což je ve své podstatě neklid, který může gradovat. Může být drobný, ale také výraznější, který se může přehoupnout až v agresivitu. U demence se mohou vyskytovat i bludy či jiné psychotické příznaky. Dochází i poruchám vnímání, které se pojí s halucinacemi, ty bývají převážně zrakové. Časté poruchy emocí často jsou přechodného a kolísavého charakteru. Velmi časté střídání emocí agrese, vzteku, smutku a pláče (Jiráček et al, 2009, s. 23-24).

Často se vyskytuje i deprese. Deprese je jedním z důsledků nemoci, ale nejedná se o nemoc samotnou. A to, že se deprese stává důsledkem ACH, je zcela logické. Člověk, který ztrácí své schopnosti, a nedokáže věci dělat sám tak, jak byl po celou dobu zvyklý, může upadat do deprese. Jsou to potíže, které je trápí, ale dalším z problému, který v nich deprese ještě prohlubuje, je fakt, že o těchto problémech nechtějí mluvit. Dokonce se snaží potíže před okolím a před sebou skrývat. Tohle uzavírání do své vlastní schránky, je cesta k depresivním stavům (Regnault, 2011, s. 17-18).

Regnault (2011, s. 16-17) ve své publikaci uvádí, že **krátkodobá paměť** je napadena jako první. To znamená, že člověku s ACH se vytrácí paměť v opačném časovém sledu. Svě zážitky a vzpomínky s mládí si pamatuje výborně, ale obtížně si vybavuje a uchovává informace, které jsou pro něj čerstvé a nové. Ztráta orientačního smyslu je dalším z varovných příznaků. **Ztráta orientačního smyslu** zde není chápána tak, že pokud člověk neví, kde se nachází nějaké město či stát. Zde je tato ztráta myšlena úplně jinak. Jedná se o situace, kdy se člověk přestává orientovat ve svém domácím prostředí. Neví, jak se dostane domů. Může se jednat o výpadky velmi krátkého charakteru. Z toho důvodu jim

občas nebývá věnována tak velká pozornost. Z počátku nemoci se také můžeme setkat s **afázií** (porucha řeči a porozumění). Nemocný má problém s vyjadřováním. Nenaskakují mu příslušná slova, nedokáže si je vybavit. Opět se jedná o příznak, který může být krátkodobého charakteru, proto je velmi obtížně zjištělný, pokud s dotyčným nežijeme, nebo s ním nejsme v každodenním kontaktu. Občas se může vyskytovat i **agnózie**, nemocný ztrácí schopnost rozpoznat obličeje, předměty nedokáže interpretovat smyslové vjemy. Stává se, že nemocný daný předmět či obličej vidí, ale nedokáže jej rozpoznat. Ale v počátečním stádiu stačí, když podnítí jiný smysl, například sluch nebo hmat. V případě nerozeznání obličeje stačí, aby osoba promluvila a pacient je na základě podnětí sluchu schopný, přiřadit obličej ke konkrétní osobě a identifikovat ji. Se ztrátou krátkodobé paměti úzce souvisí i příznak častého opakování určitých úkonů. Nemocný je schopný vám 10x za sebou nabídnout šálek kávy nebo je schopný se jít několikrát za sebou osprchovat.

2.5 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Diagnóza se stanovuje na základě vyšetření moči, krve a klinického šetření, které musí plnit následující kritéria:

- je přítomen syndrom demence (testy, psychologické vyšetření prokazující poškození kognitivních funkcí),
- vyloučení přítomnosti jiného onemocnění,
- CT nebo MR (magnetická rezonance) neprokazují jiné onemocnění (nádor hematom, důsledky cévního onemocnění). (Holmerová et al., 2009, s. 29).

Vyšetřovací metody se dají rozdělit na anatomické a funkční. Mezi metody anatomické řadíme vyšetření CT (počítačová tomografie) a MR (magnetická rezonance), kde se většinou prokáže mozková atrofie¹. Naopak mezi vyšetření funkční řadíme SPECT² a PET³ vyšetření (Jiráček et al, 2009, s. 28).

Dojde - li ke splnění výše zmíněných kritérií, je velká pravděpodobnost, že se jedná o primární degenerativní proces, který k demenci vedl. Diagnóza těchto druhů onemocnění je v pravděpodobnostní. Důležité je to, v jaké fázi je onemocnění diagnostikováno.

¹ Znamená to, že se zmenšuje objem mozku, ale jedná se zatím pouze o radiologický nález, který se začíná řešit až v momentě, kdy se pojí s dalšími klinickými příznaky. (Schuler, Oster, 2010)

² SPECT – z anglického (Single Photon Emission Computed Tomography) – jednofázová emisní výpočetní tomografie (Jedlička, Keller, 2005)

³ PET – z anglického (Positron Emission Tomography) – pozitronová emisní tomografie (Jedlička, Keller, 2005)

Demence je plíživý proces, který se ze začátku vyznačuje velmi nenápadnými projevy. Z výše uvedeného vyplývá, že včasná diagnóza je základem pro účinné zahájení léčby, která by měla pomoci zachovat uspokojivý funkční stav. Což je docela problematické, jelikož si pacienti v počátečním stádiu nemoc nepřipouští a pomoc odborníka vyhledají až v pokročilém stádiu demence. Lékaři by měli poskytnout pacientům formy léčby. Jak farmakoterapeutické tak nefarmakologické, které mají příjemnější podpůrný efekt. Zkušenosti České alzheimerovské společnosti tvrdí, že u nás je velké procento lidí s Alzheimerovou chorobou, u kterých byla nemoc diagnostikována pozdě. Je to způsobeno tím, že člověk si nechce připustit, že by byl nemocný. Obecně si lidská populace nerada připouští jakékoliv duševní poruchy, poruchy paměti či myšlení. Ale ignorace změn u pacienta samotného není jediným problémem, rozmáhá se také to, že lékaři často problémy bagatelizují a zlehčují. Snaží se pacienta přesvědčit, že je zapomínání způsobeno stárnutím, že je to v jejich věku normální atd. Pacient tímto ztrácí další drahocenný čas a oddaluje se tak včasné nasazení léčby, která by zpomalila průběh, který je ještě ve stádiu, kdy lze podchytit (Holmerová et al., 2009, s. 29-31).

Žádný lék, který by dokázal tuto nemoc úplně vyléčit, neexistuje. Pouze jsou na trhu k dispozici léčiva, které zmírňují proces a zlepšují kvalitu života u lidí, kteří touto nemocí trpí. Ale chtějí-li klienti dosáhnout opravdu účinné změny, aby mohli vést v rámci možností kvalitní život, je nutné zkombinovat léčiva společně s terapeutickými postupy. Léky, které se nejvíce využívají ve spojitosti s touto chorobou, se jinak také nazývají kognitiva. Dále také neuroleptika na snížení agresivity a neklidu či antidepresiva. Důležité jsou také hypnotika při poruchách spánku (Hort, Rusina, c2007, s. 242).

2.6 Faktory vzniku Alzheimerovy choroby

V posledních letech byla ACH natolik medializovaná a zviditelňovaná, že se velmi často stává to, že o velké řadě patologických změn, které s touto nemocí ale nemají vůbec nic společného, mluví jako o ACH. Existuje spousta onemocnění, které se projevují právě poruchami paměti, ale ne vždy se musí jednat o ACH. Nehledě na to, že ve stáří paměť už selhává samovolně. Obzvláště v situacích kdy senioři svou paměť netrénují (Pidrman, 2007, s. 37).

Bavíme - li se ale o séniu, tak se také jedná o primární faktor vzniku ACH. Není to ale podmínka výskytu ACH. Výzkumy ale dokazují, že u člověka nad 65 let dochází co 5 let ke zdvojnásobení případů demence. Čím je člověk starší tím se zvyšuje i pravděpodobnost

propuknutí ACH. Podstatnou roli také hraje výskyt nemoci v rodině. Rodinná anamnéza demence může ovlivnit převážně lidi ve věku nad 80 let. Genetické faktory zde tedy hrají také důležitou roli. Pokud se choroba vyskytuje u blízkých příbuzných (sourozenci, rodiče, děti) je riziko výskytu až 4x větší (Pidrman, 2007, s. 44).

Dle Regnaulta (2011, s. 18) je ženské pohlaví ohroženější více než mužské. Bylo dokázáno, že ženy trpí Alzheimerovou chorobou častěji než muži. Ženy jsou náchylnější pro výskyt ACH a muži naopak pro výskyt vaskulární demence. Do faktorů, které ovlivňují nebo dokonce zapříčiňují vznik ACH, můžeme zařadit nezdravý životní styl, kouření, vysoký krevní tlak a některé publikace dokonce uvádějí, že i nízké vzdělání, může mít s tímto faktem úzkou souvislost.

Mezi další faktory můžeme řadit také nízkou úroveň vzdělání, kouření či alkohol. U pacientů, kteří prodělali ve svém životě úraz hlavy, se ACH vyskytuje až 2x častěji. Pod pojmem úraz hlavy rozumíme takové poranění, při kterém došlo ke ztrátě paměti na delší dobu než je 15 minut. Dalším faktorem je také vysoký cholesterol, hypertenze (vysoký krevní tlak), diabetes či snížená imunita.

U Alzheimerovy choroby není příčina zcela jasná. A to z toho důvodu, že každý člověk je individuální případ a projevení této nemoci nemusí být u všech pacientů stejné. Změny u člověka mohou být ovlivněny i jiným onemocněním. Zapomínání, výpadky paměti, změny osobnosti a kognitivní poruchy nemusí být vždy příznakem právě ACH. Projevy nemoci jsou velmi nenápadné, plíživé a pomalé. Poměrně brzy se zhoršuje orientace v prostoru a čase. Dochází k zániku logického uvažování a soudnosti. V průběhu dochází k zapomínání jmen, ale i tváře. Celkové poznání objektů, i těch, které jim byly velmi blízké (Jirák et al, 2009, s. 29).

2.7 Péče o nemocného

Role příbuzných a pečovatelů v péči o seniora

Starost o nemocného člověka s BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), klade na pečovatele a nejbližší příbuzné obrovské nároky. Pečovatel a rodiny příslušník je v tomto případě klíčovým faktorem v životě nemocného. U pacientů je nutná nepřetržitá péče. Ta obnáší dohled, který musí být poskytován 24h denně. Jelikož by pečovatel neměl nemocného opouštět ani v situacích, kdy je pacient na různých vyšetřeních. Což přináší pro pečovatele či rodinného příslušníka obrovské fyzické vypětí. Pro zjednodušení lze chápat termíny pečovatel a příbuzný synonymum. Je mezi těmito termíny velmi tenká hranice. A to z toho důvodu, nachází - li se nemocný v domácí péči je mu pečovatelem právě rodinný příslušník. Překážkou v péči o takto nemocného člověka může být i pouhé nepochopení. Proto je velmi důležité, aby pečující osoba uměla rozlišit projevy nemoci od projevů vzdoru a nespokojenosti pacienta. Pečující osoba musí být připravená na řadu emočních projevů nemocného. Intenzita těchto projevů je různá. Může se jednat např.: o pasivitu nemocného při plnění běžných denních aktivit, fyzická agrese výčitky či verbální útoky nemocného. Na všechny tyto situace musí být pečovatel připraven. Postoj pečovatele a jeho přístup k pacientovi je stěžejním faktorem, který má vliv na stav nemocného. Pečující by neměl provádět náhlé změny v okolí pacienta, neměl by měnit časy, ve kterých je nemocný zvyklý například jíst, chodit spát apod. Pečující osoba by měla být patřičně vzdělaná, pokud má přijít do každodenního kontaktu s člověkem s demencí. Proto je pro pečovatele velmi důležitá komunikace s profesionály v daném oboru. Péče o takto nemocného člověka je velkým fyzickým o psychickým vypětím. Adaptabilita pečovatele na neustálé změny, které pacient prodělává je velmi náročným prvkem. Empatie a klidný přístup k pacientovi vyžaduje opravdu enormní emoční stabilitu pečujícího (Pidrman, Kolibáš, 2005, s. 44-48). Takovou příručkou jak pečovat o nemocného může posloužit kniha od americké autorky Nancy Mace (2017), která ve své knize popisuje fakta o demenci, postupy péče, přípravy jídla apod.

Zásady vhodné komunikace se seniorem a nemocným

Jeden z prvních a nejzásadnějších kroků komunikace se starým člověkem je uvědomění si, jaký typ rozhovoru chceme vést. Zda se jedná o rozhovor vzdělávací (edukační), motivující, podporující, naslouchající, či vedeme rozhovor za účelem zjištění informací například ke zjištění zdravotních komplikací. Dále je nutné to, abychom si uvědomili, zda si senior rozhovorem žádá o pomoc, nebo chce pouze vyslechnout. Na začátku rozhovoru je důležité stanovit si délku a čas rozhovoru. Časové vymezení je nutné předem sdělit i seniorovi, vyhneme se potom pozdějšímu vysvětlování. Důležité je si také stanovit hranice profesionální pozice. Profesionál musí dát najevo, že zde nezastává roli rodiče, partnera, soudce či litující osobu. Znamená to, že by měl být pouze pomyslným vůdcem a podporovat seniora. Pomoci mu najít naději, že lze určité věci změnit a spolu s ním hledat odpovědi na otázky: Co udělat jinak. Pozdrav a oslovení se může zdát formální složkou celého rozhovoru, ale opak je pravdou. Je nutné vědět, jak si přeje být senior oslovován, jak velký význam pro něj má např.: dřívější pracovní oslovení. Je potřeba nastavit si hranice abychom neskouzli do soukromé roviny. Člověk, který vede rozhovor, si musí zachovat profesionalitu a nesmí se stát „členem rodiny“ seniora. Vytvoření vztahu laskavosti a důvěry. Ačkoli to může znít absurdně, ale již první setkání udává základ vztahu, který bude v průběhu vznikat. Profesionál by měl neustále pracovat na svých komunikačních schopnostech, které jsou základem pro vedení dobrého rozhovoru. Podařili se nám získat důvěru seniora, je to předpoklad k úspěšné spolupráci (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 97-101).

Dalším předpokladem pro kvalitní rozhovor je aktivní naslouchání. Již Rogers (in Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 102-103) přišel s názorem, je důležité, zaměřit se na jedinečnost osobnosti, opravdovost a vnitřní zážitkový svět jedince. Důležité pro pochopení pocitů člověka je umět jeho pocity reflektovat a vyjádřit slovní formou. Je důležité myšlenky seniora chápat tak jak jsou, nijak je neměnit. Příkladem může být modelová situace, kdy ve slovech seniora cítíte strach. Můžeme se jej zeptat, či zmínit, že se domníváte, že se něčeho bojí. Tato otázka probudí v pacientovi větší pocit důvěry, pocit zájmu ze strany profesionála.

Celkové naladění na stejnou vlnu pacienta je důležité porozumění, kdy dáváme najevo, že se snažíme rozumět pocitům seniora. Stačí i malá gesta jako je souhlasné pokyvování hlavou či jednoduché fráze kdy pacienta podpoříte v jeho rozhodnutích, které udělal. I drobné zdvořilostní fráze upevňují seniorovu jistotu. Ujišťování se v porozumění,

rekapitulace jsou velmi důležitým prvkem v komunikaci. Pohled i dotek se řadí mezi pozitivní faktory ovlivňující průběh rozhovoru. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 104)

3 PODPŮRNÉ TERAPIE

V kapitole budeme popisovat jednotlivé základní, terapie, které jsou pro práci s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou nezbytné

3.1 Reminiscence

Reminiscence je pojem, který pochází z latinského slova *reminiscere*, což znamená vzpomenout si a obnovit v paměti. Nejčastěji se asi setkáváme s definicí od geriatra R. Woodse, který reminiscenci definuje jako „*hlasité nebo tiché (skryté, vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňují buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí.*“ (Janečková, Vacková, 2010, s. 21).

Reminiscenční terapií se rozumí sezení terapeuta společně se starším člověkem či celou skupinou. Společně se zabývají dosavadním životem, dřívějších aktivitách či zkušenostech a událostech. Pro vyvolání vzpomínek je možné užít vhodné pomůcky, jako jsou staré fotografie, staré předměty, módní doplňky, hudba...). Podmínkou všech reminiscenčních terapií je atmosféra. Důležité je navodit klidnou a pohodovou atmosféru, pocit bezpečí a sebeuspokojení radosti a potěšení. Mnohdy ale nastává situace, kdy během terapie dojde k odhalení i negativních vzpomínek, se kterými se musí člověk vyrovnat. Jako jsou vzpomínky na traumatické zážitky z válek. V tomto případě se již nejedná o pouhou stimulaci, ale terapie získává psychoterapeutický charakter. Reminiscenci a psychoterapii spojují některé společné znaky jako je vybavování vzpomínek. Ale psychoterapie je vedena odborným psychoterapeutem, který se musí také postarat o člověka v situaci, kdy v něm pomocí vzpomínek znovu vyvolá traumata. U reminiscence se jedná o spontánní rekapitulaci života starého člověka.

Úloha vzpomínek v procesu života každého člověka hraje velkou roli. Jedná se o duševní činnost člověka. Člověk je schopen si ve své paměti znovu vybavovat věci, které byly jeho součástí. Čím byl, co prožil, prostředí, které na něj působilo, kdo tvořil jeho rodinu, co rád dělal atd. Vzpomínky jsou velmi důležité pro dotvoření celistvé identity člověka. Vzhledem tomu, že v životě každého z nás se odehrává velká řada změn, které nemusí mít na člověka vždy pozitivní vliv, je pro nás práce se vzpomínkami velmi důležitá. Jednou z velmi významných změn, kterou si člověk ve starším věku může projít, je právě umístění člověka do instituce. V ten moment je odtržen od většiny věcí, které mu připomínaly to, čím je a čím dosud žil. Přes to stačí opravdu málo, aby začal starší člověk vyprávět své

příběhy, aby zavzpomínal. Jedná se o ožívání své minulosti v představách. Vzpomínky hrají opravdu důležitou roli při vytváření duševní rovnováhy v pozdních fázích lidského života. Rozdělení funkční úrovně reminiscence do skupin:

- **oddechovou** – ta se používá v případě aktivizace ve volném čase seniorů,
- **podpůrnou** – cílem je posílení vlastní identity a sebeúcty,
- **terapeutickou** – jako prostředek rekapitulace, vyrovnávání se s nelehkými situacemi.

Vzpomínání a celý proces pomáhá starším lidem připravit se na nové životní situace, které mohou přijít (Janečková, Vacková, 2010, s. 21-23).

Kognitivní rehabilitace

Kognitivní rehabilitace a cvičení paměti má především význam u lidí s počátečním stádiem demence či u lidí, kteří demencí ještě netrpí. Trénink poznávacích (kognitivních) funkcí slouží také jako prevence vzniku demence. Cílem je zlepšit pozornost, myšlení paměť, čtení i psaní. Cvičení paměti jsou zaměřeny na správnost, rychlost a úplnost. A právě těmito náležitostmi se liší od kognitivní rehabilitace. Metoda kognitivní rehabilitace se používá pro pacienty, kteří trpí kognitivní poruchou. Důraz je zde kladen právě na podporu a procvičování poznávacích funkcí, které byly u pacientů ještě zachovány. Důležitá je také podpora v motivaci a sebevědomí pacientů. U pacientů s demencí je paralyzována právě krátkodobá paměť. Proto je nutné u pacientů s mírnou formou demence podporovat tu krátkodobou paměť. Zatím co u pacientů, kteří jsou v pokročilém stádiu demence, se terapeuti snaží stimulovat dlouhodobou paměť. Nejdůležitějším předpokladem pro kognitivní rehabilitace je, aby cvičení byla volena přiměřeně k možnostem pacientů (Holmerová a kol., 2009, s. 158-161).

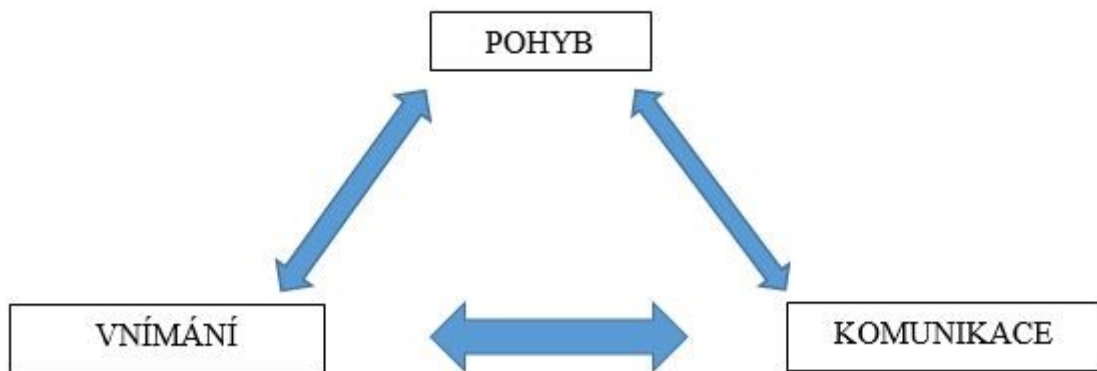
3.2 Bazální stimulace

Jedná se o koncept, který je zahrnut nejen v oblasti zdravotní a ošetrovatelské péče, ale také v oblasti pedagogické. Bazální stimulace je orientována na všechny stránky lidských potřeb. Zaměřuje se tedy na podněty, které stimulují jak psychomotorický vývoj člověka, podporuje vnímání, komunikaci a pohyblivost. Jedná se o přístup orientovaný na tělo. Tělo slouží jako hlavní objekt pro terapeutů, ošetrojící a pedagogy. Zdravý člověk na rozdíl od člověka, jehož somatický stav je z důvodu vrozeného či ze života získaného má tu schopnost, že dokáže být v neustálém kontaktu se sebou samým okolním světem. Kontakt je zprostředkováván prostřednictvím dotyků, které mají různé formy. Nejsou zde

potřebné žádné speciální pomůcky, stačí teoretické znalosti a praktické dovednosti, které se pojí s konceptem bazální stimulace. „*Bazální simulace je velmi individuální a vnímá klienta jako aktivní subjekt, který je aktérem svého vlastního vývoje, nejen jako objekt dobře míněných ošetrovatelských, pedagogických nebo terapeutických intervencí.*“ Lze říct, že bazální stimulaci nelze řadit mezi metody, ale ani techniky jedná se o koncept. Což znamená, že se nejedná o terapii, která je přesně formulovaná a definovaná, ale jde o aktivity a teorie, které se musejí rozvíjet a individuálně přizpůsobovat. Koncept je primárně uzpůsoben pro lidi v tíživých životních situacích, pod kterými můžeme chápat situace, kdy člověk nedokáže, zajisti své osobě a svému tělu péči. Proto je péče ze strany druhé osoby nevyhnutelná. Péče z pohledu konceptu bazální simulace by měla zahrnovat taková opatření, která pomohou klientovi vnímat okolní svět dále pak opatření, která mu pomohou přiblížit okolní svět na takové úrovni, na které je on sám schopen vnímat. U klientů, kteří jsou ještě alespoň částečně mobilní, by měli terapeuti usilovat o to, aby bylo nemocnému umožněno změnit svou polohu, nebo alespoň pohybovat jednotlivými částmi těla. Cílem bazální stimulace je aby se tito lidé cítili co možná nejlépe. A v neposlední řadě by měla stimulace podporovat **vnímání** jejich vlastní autonomie a sebeurčení. Vnímání je právě předpokladem k umožnění pohybu a komunikace s okolním světem. Všechny tyto aspekty jsou vzájemně provázány. Podnět vnímání je člověku vlastní již v prenatálním období člověka. Celou podstatou vnímání je fakt, že člověk se nachází v aktivním a bdělém stavu, kdy je jeho sebeuvědomování a pozornost na nejvyšším bodě. Dalším důležitým aspektem je tedy **pohyb**, což je schopnost, provázející člověka po celý jeho život. Chůze, příjem potravy, dýchání, rozmnožování, ale také komunikace (řeč, mimika, gesta), to vše jsou projevy člověka, ke kterým nezbytně pohyb potřebuje. Samotnému pohybu předchází již pouhá myšlenka pohybu, z čehož plyne, že od sebe nelze tyto aspekty oddělit. Pohyb je na vnímání závislý. Dalším zcela neodlučitelným prvkem je komunikace, která zde slouží jako zdroj výměny informací mezi subjekty. Je to proces, ve kterém na sebe působí komunikátor (mluvčí) a komunikant (příjemce). Aby obě strany dosáhly největšího úspěchu, je nutné, aby obě strany byly schopny vnímat sdělované informace. Nejedná se pouze o komunikaci verbální, ale také neverbální (bez slov). Právě v neverbální komunikaci hraje největší roli haptika (kontakt dotekem), mimika, gesta. Vzdálenost mezi subjekty je také velmi důležitý aspekt. Odborníci uvádějí 4 sféry, ve kterých právě dochází k neverbální komunikaci. Jedná se o zóny intimní, přátelskou, pracovní a veřejnou. Přičemž v případě bazálních stimulací dochází právě ke komunikaci

v intimní sféře, která se uvádí v rozmezí 0-45cm. Osoba, která stimulaci provádí, by měla umět pracovat se všemi prvky komunikace a volit je vhodně podle toho, jak daná situace vyžaduje.

Obrázek 4 Schéma propojení pohybu, vnímání a komunikace



(Friedlová, 2015, s. 31)

Samotná bazální stimulace umožňuje klientům vnímat funkce a pohyby svého těla, prožívat okolní svět a přítomnost jiného člověka, ale primárně vnímat sebe samého (Friedlová, 2015, s. 31-37).

3.3 Ergoterapie

Celou ergoterapii nelze pojmut jednou jedinou definicí. Dle autorky Jelínkové (2009, s. 12-13), která vychází z tvrzení autorky Hagedornové lze problém s definicí ergoterapie vysvětlit tak, že jednoznačný a jednotný význam komplikuje fakt, že ergoterapeut pomáhá lidem vykonávat i běžné věci jako je oblékání, dopomoc při vaření kávy, pomáhá lidem dopravit se do práce apod. Toto zjednodušování a zlehčování mnohdy vede k mystifikaci posluchače či čtenáře.

Já jsem si do své práce vybrala dvě definice, které pochází z české asociace a světové federace ergoterapeutů.

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu

života, jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.“ (Česká asociace ergoterapeutů, 2008), (Jelínková, 2009, s. 13).

„Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby.“ (Světová federace ergoterapeut, 2004), (Jelínková, 2009, s. 13).

Lze tedy souhrnně říct, že cílem ergoterapie je podporovat lidské zdraví a jeho duševní pohodu, prostřednictvím prospěšných aktivit. Působením na člověka lze zlepšit jejich schopnosti, které jsou nezbytně nutné pro to, aby snáze zvládali běžnou denní či pracovní činnost, a tím napomoci lepšímu plnění jejich sociálních rolí (Zikl, 2014, s. 33-34).

4 OBDOBÍ DOSPÍVÁNÍ – ADOLESCENCE

Následující kapitole si rozebereme definice a projevy adolescence z pohledu několika autorů. Zaměříme se také na charakteristiky, které autory spojují. Dále se budeme zabývat změnami, které u dospívajících probíhají a s jakou fází dospívání se daná změna pojí. V kapitole jednotlivé fáze podrobně rozebereme. Cílit budeme konkrétně na dělení dvou autorek, které se vývojovou psychologií zabývají. Obdobím adolescence jsme do práce zapracovali z důvodu zaměření výzkumu, který je orientovaný na studenty středních škol, kteří věkem spadají mezi adolescenty. Proto se zaměříme na změny z hlediska vývojové psychologie, které u dospívajících probíhají a ovlivňují tak jejich myšlení.

4.1 Definice adolescence

Vymezení období adolescence jsme zařadili do práce z důvodu zaměření výzkumu, který se orientuje právě na studenty středních škol, ti věkovou kategorií spadají právě do tohoto období. Dle autorky Vágnerové (2012, s. 367) se jedná o „*přechodnou dobu mezi dětstvím a dospělostí*.“ Nahlíží na dospívání jako dekádu života od 10-20let, kdy dochází ke změnám ve všech oblastech. Autorka uvádí, že většina změn, které u dospívajícího jedince proběhnou, jsou ovlivněny biologicky. Biologické změny, které nastanou, jsou z velké části ovlivněny sociálními a psychickými faktory, bez nichž by k biologickým změnám nemohlo dojít. Jedná se o etapu života, kdy si jedinec víc začíná uvědomovat vlastní existenci.

Jedná se o období, které začíná pubertou. Ta se projevuje markantními a specifickými změnami, které spouští produkci pohlavních hormonů. Společně se změnami, které jsou na první pohled zřejmé, dochází také ke změnám v oblastech kognitivních, emočních či v oblasti sociálního vývoje (Thorová, 2015, s. 414-417).

Langmeier a Krejčířová (2012, s. 142) uvádí, že v období dospívání se projevuje vyšší míra sebeuvědomování, kdy mladý člověk začíná více vnímat intenzitu svých prožitků, emočních pochodů a také stav své mysli.

Psychologický slovník adolescenci (dospívání) definuje jako „*období pubescenci, která se do ní ovšem někdy též počítá, a ranou dospělostí, nástup sekundárních pohlavních znaků, dosažení pohlavní zralosti, dozrávání rozumových schopností a dotvoření celistvosti osobnosti*.“ (Hartl, 2004, s. 8).

Vágnerová (2012, s. 367-368) uvádí, že „*Je to období hledání a přehodnocování, v němž má jedince zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si subjektivně uspokojivou, zralejší formu vlastní identity.*“ Dospívání jakožto specifická fáze života neměla vždy náležitosti jako má dnes. Dřívější společnost fázi dospívání předem určovala a byla dána tradicí. Dospívající svoji identitu nemohl nijak ovlivnit, a to z toho důvodu, že dříve přechod k dospělosti závisel na pohlavním dozrání, kdy šlo jistou formu rituálu, který měl znázorňovat počátek nové etapy. Struktura a tempo dnešní moderní doby moc neumožňuje dosáhnout vyspělosti ve všech oblastech stejně rychle. Dnešní společnost klade na dospělého či dospívajícího jedince daleko větší nároky jeho role ve společnosti je daleko náročnější. Adolescenti se snaží ze svého života vyloučit všechny dětské rysy a vlastnosti. Usilují o získání větších práv a svobody v rozhodování, ale zaujímají odmítavé postoje k přijetí zodpovědnosti a povinností, které dospělost přináší. Na dospívání můžeme nahlížet z více úhlů pohledu. Každá teorie se zaměřuje na jinou významnou složku dospívání a rozvíjí tak danou oblast. Jednou z významných teorií je **psychoanalýza**. Oblast, které psychoanalýza přikládá význam je pohlavní dozrání a nárůst sexuálních aktivit. Již Sigmund Freud, který je považován za zakladatele psychoanalýzy označil období adolescence jako fázi, kdy dochází k markantnějšímu projevení sexuálního pudu. Kde ale přichází změna v oblasti objektu uspokojení, na který byl jedinec doposud orientován. Objektem zde již není jeden z rodičů, ale dospívající přechází do fáze, kdy hledá náhradní objekt, kterým se na základě druhé oidipovské fáze stává dívka či chlapec. Záměrem je zde odpoutání se od závislosti na rodičích zejména pak v oblasti sexuální. Nemění se jen objekt, na který dospívající cílí, ale změna nastává také v přístupu k novému objektu. Adolescent přestává být egocentrický a usiluje o to, poskytnout svému partnerovi či partnerce uspokojení. Další teorií je **psychosociální teorie**, která se zaměřuje právě nato, jak dospívající dané změny prožívá a jak je zvládá, aniž by na něj měly negativní vliv. Psychosociální teorii spojujeme se jménem Erik Erikson, který na dospívání nahlížel jako na etapu života, kdy dospívající hledá vlastní identitu. Dle Eriksona se jedná o fázi, kdy člověk sám o sobě pochybuje, není si jist svým postavením ve společnosti. Eriksona s Freudem spojuje důraz, který oba kladou na odpoutání se od rodiny, ale rozcházejí se v aspektech, pro který je takové osamostatnění důležité. Na rozdíl od Freuda, Erikson shledává důležitost odpoutání v psychosociální sféře nikoli v sexuální. **Teorie sociálního učení** tyto teorie usilují o možnostech rozvíjet schopnosti a dovednosti jedince, které jsou pro dané období podstatné (Vágnerová, 2012, s. 368-369).

4.2 Fáze adolescence

1. **Ranná adolescence** – jedná se o období mezi 11.- 15. rokem jedince kdy ranou adolescenci lze také označit pojmem pubescence. Je zde značná míra variability vzhledem k individualitě každého jedince. Tělesné změny (dospívání) jsou takové, které jsou nejméně výraznější a nejnápadnější. Jedná se primárně o změny, které jsou spojeny s pohlavním dozríváním. Co se týká změn biologického rázu, musí být adolescent dostatečně připraven, aby takové změny mohly vůbec proběhnout. V rané fázi adolescence dochází také ke změnám ve **způsobu myšlení**. Začíná o věcech přemýšlet v abstraktních rovinách, které reálně neexistují. Dochází také ke změnám v oblasti emoční vyzrálosti a emočního prožívání, které je ovlivněno hormonální změnou, kdy je stimulována emoční stránka jedince. Dospívající se v této životní fázi vyznačuje potřebou osamostatnit se a odprosit se z vázanosti k rodičům. Velkým významným jeho vývojem má působení vrstevníků, sourozenců a navazování partnerských vztahů. Touha odlišit se od dětí, ale i dospělých se snaží zvýraznit změnou svého vzhledu či svými zájmy. Mezníkem, který je pro dané období velmi podstatný, je ukončení povinné školní docházky. Dále dochází ke ztrátě jistot, které si přenášel z dřívějšího věku. Pocit jistoty, který ale jedince doposud dostával od rodiny, vzhledem k vývoji by působil spíše jako bariéra v dalším rozvoji. Pro bohatý osobní rozvoj je nezbytně nutná svoboda v rozhodování, což je atribut, který značně sníží pocit jistoty, který pubescent měl v podobě rodiny. Jistotu potřebuje i v oblasti přijetí do společnosti. Již v době dospívání je přijetí společnosti směřovatelné, kdy pubescent usiluje o **pozitivní přijetí** (Vágnerová, 2012, s. 369-370).

2. **Pozdní adolescence** – ji vymezuje rozpětí následujících pěti let po rané adolescenci a to přibližně od 15 do 20 let, kde se opět operuje i s určitou individuální variabilitou. V této fázi života často dochází k prvnímu pohlavnímu styku a projevuje se tedy pohlavní dozrání jedince. „*Pozdní adolescence je především dobou komplexnější psychosociální proměny, mění osobnost dospívajícího a jeho společenskou pozici.*“ Období pozdní adolescence se pojí tak s důležitým mezníkem, stejně tak jako v období rané adolescence. Tam se jednalo o ukončení povinné školní docházky. Zde se jedná o ukončení profesní přípravy a nástup do zaměstnání, nebo pokračování ve studiu. Adolescenti jsou tedy postaveni do pozice získání ekonomické samostatnosti nebo pokračování ve studiu což ekonomickou samostatnost ještě na určitý čas oddálí. S dosažením určité finanční nezávislosti se pojí i postavení ve společnosti. Jedinci je na základě takové nezávislosti, jakožto jednoho z faktorů dospělosti přisuzovaná daleko větší prestiž v porovnání s tou,

kteřou měl v dětství. Dospívání se také projevuje zvýšenou touhou po seberealizaci. Adolescent se snaží prosazovat své chování mnohdy i extrémními způsoby. Od standardní dospělosti se odlišuje dospívající jedinec tím, že striktní volby a jasné rozhodování pro ně ještě působí moc závazně a proto raději setrvávají v „přechodném období“, které je pro ně lákavější a svobodnější (Vágnerová, 2012, s. 370-371).

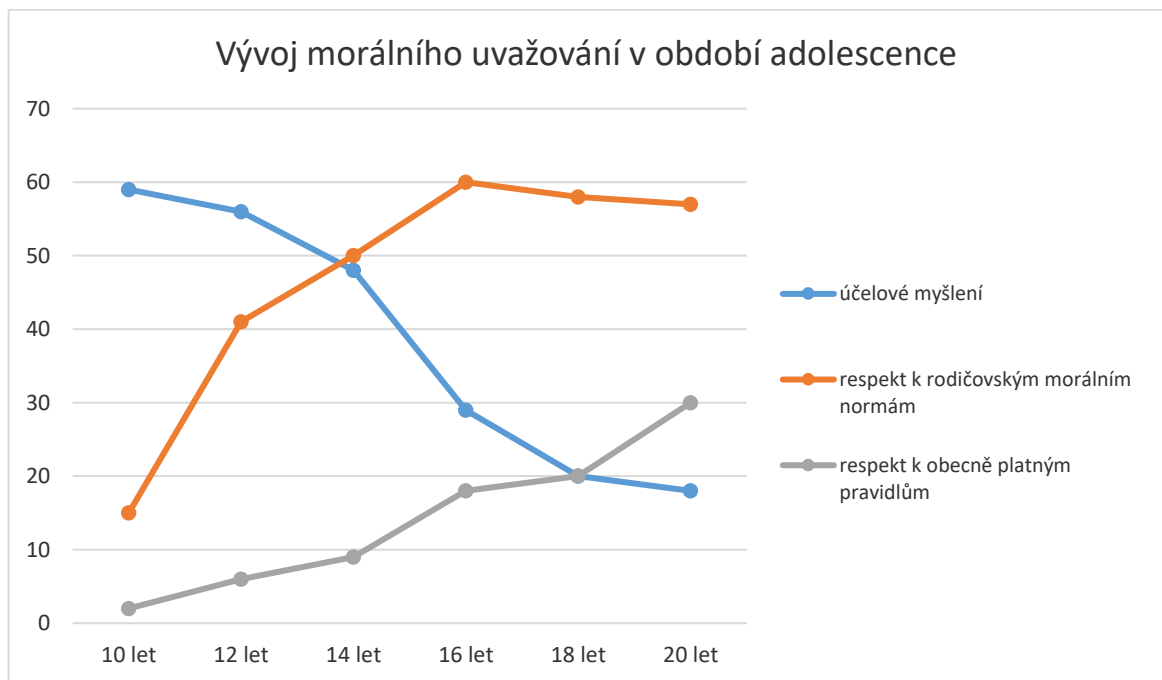
Autorka Vágnerová se v názorech ztotožňuje s autorkou Kateřinou Thorovou, která ve svém díle *Vývojová psychologie* vymezila sice 4 fáze vývoje identity adolescenta, ale obsahově se autorky vzájemně doplňují a jejich názory korespondují. Thorová (2015, s.420) dle americké psycholožky **Ruthellen Josselsonové**, dělí teda adolescenci do následujících fází.

- a) **Fáze diferenciac**e – týká se věkové kategorie 12 až 13 let. Jedná se o období, kdy si dospívající plně uvědomuje odlišnost svých názorů a postojů od okolí, ale pevně si za nimi stojí. Zaujímá opozici vůči názorům svých vrstevníků, ale primárně se staví vůči rodičům.
- b) **Fáze získávání zkušeností a experimentování – (14–15 let)**:Období, adolescent usiluje o co možná největší autonomii. Staví se do pozice, kdy své názory považuje za jediné správné a snaží se vymanit z pozice podřízenosti autoritě. Zaměřuje se primárně na plnění a uspokojování svých potřeb.
- c) **Fáze sblížení s přáteli (16-17 let)** – Dochází k vybalancování vztahů s rodiči, kdy adolescent opouští o extrémní vyhraněnosti v názorech. Stoupá zájem a význam v oblasti vztahů jak přátelských tak erotických.
- d) **Konsolidace vztahu k sobě (18 let – konec dospívání)** – Jedná se o fázi, kdy už se formuje pocit jedinečnosti a tolik vytoužené autonomie (Thorová, 2015, s. 420).

Vývoj morálního uvažování

Jak už jsme zmínili v předchozí kapitole, adolescence je období odmítání společenských norem, pravidel a konvencí. Adolescent se staví do opoziční pozice všemu, co je mu nařízeno a je po něm vyžadováno. Změna k autoritám a přijetí společenských norem přichází v moment, kdy si začne jedinec vybírat hodnoty a normy které by měl respektovat a začne je uznávat. Učiní tak ale na základě vlastního rozumu. Jedná se o fázi autoidentifikace, kdy už adolescent nepřijímá pravidla a normy jen proto, že to autorita vyžaduje, ale snaží se svými silami dojít k zjištění, proč na nich dospělí tak lpí a proč jsou tak důležité.

Graf 1 – Vývoj morálního uvažování adolescenta



(Vágnerová, 2012, s. 447)

Adolescenta můžeme považovat za idealistu, který se začíná zapojovat do občanských aktivit a snaží se prosazovat morální principy. Idealismus adolescenta stojí mnohdy v opozici s realitou. Příčinou tohoto rozporu a nesouladu je nedostatečná životní zkušenost dospívajícího způsobena vývojovým stádiem, které je zatím v průběhu. Někdy se může stát, že se adolescent dostane do střetu se situacemi, které mu mohou způsobit traumatizující zážitek či jisté emoční zklamání. Může se jednat o násilí, rozvod rodičů, smrt blízkého člověka, apod. Takové situace ovlivní a naruší právě ideály dospívajícího a ten od počátku zaujme postoj nespravedlivosti světa a nabude přesvědčení, že jeho primární potřeba je plnit své potřeby a nezohledňuje okolí. (Thorová, 2015, s. 421-422)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V následující kapitole jsme se zaměřili na popis jednotlivých úkonů, které jsme v průběhu výzkumu aplikovali.

5.1 Výzkumný problém

Výzkum jsme cílili na **informovanost studentů středních škol v Olomouckém kraji v problematice Alzheimerovy choroby**. Cílem je zjistit, zda se orientují v dané problematice. Zaměření se na tuhle cílovou skupinu bylo úmyslné. Na základě vlastních profesních a osobních zkušeností jsem byla mnohokrát svědkem, kdy studenti právě v této věkové kategorii nemají ani základní znalosti o dané problematice. Na základě již uskutečněných výzkumů si dovoluujeme si tvrdit, že v ČR je nedostatečná informovanost v oblasti onemocnění Alzheimerovy choroby. Povová et al. (2013, s. 117-120) ve své výzkumu, který se zaměřuje na problematiku Alzheimerovy choroby a riziky spojenými s tímto onemocněním pro další generaci uvádí, že *„Problematika seniorů patří mezi prioritní programy na nejvyšší úrovni státu. Podle demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a téměř tři miliony osob starších 65 let (31,3 %). Zároveň vznikla koncepce Plán Alzheimer, na níž se vedle Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva školství ČR podílí také Ministerstvo spravedlnosti ČR.“* K výzkumu pro bakalářské práci se nám jedná primárně o adolescentní věk, kdy studenti vykazují známky lhostejnosti a nezájmu vůči seniorům.

Sak a Kolesárová (2012, s. 118) ve své publikaci **Sociologie stáří a seniorů**, problematiku postojů české populace k seniorům podrobně rozebírají v kapitole **propast generací, mezník věků**. Kde uvádějí, že *„Protikladný vývoj staré a mladé generace vedl k nejhlubší generační propasti mezi mladou a starou generací. Tato propast není dána tak jako v minulosti politicko-společenskou událostí, ale je příkopem vedoucím mezi věkem gramotné kultury a věkem kyberkultury.“* Existuje mnoho dalších výzkumů, které na danou problematiku poukazují.

Další bariéru ve vývoji dnešní mladé generace shledáváme ve faktu, že většina populace nemá dostatečné informace o péči a institucích, které jsou pro lidi s demencí či konkrétně Alzheimerovou chorobou dostupné a potřebné. Jsou rodiny, které si troufnou na

samostatnou péči o takto nemocného člověka a zastávají názor, že domácí péče je pro seniora to nejlepší, co mu můžou dát. V této situaci je potom nutné, aby si Ti, kteří budou o nemocného pečovat, zjistili a nastudovali nesčetné množství informací. Což samozřejmě platí i pro nejbližší okolí lidí, kteří se sice na péči podílet nebudou, ale budou s nemocným v bezprostředním kontaktu. To je jeden názor, který stojí v opozici situacím, kdy rodina uzná, že nemůže nemocnému poskytnout natolik odbornou a profesionální péči a proto se rozhodnou umístit seniora do institucionální péče. Proto je edukace v této oblasti nutná už od dospívání. O složitosti dané problematiky pojednává článek **Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA**, který se zaměřuje právě na péči a podporu lidí, postiženým syndromem demence. *„Spolupráce s rodinou a podpora rodinných příslušníků je důležitá i tehdy, když člověk s demencí pobývá v denním stacionáři nebo v pobytovém zařízení, ať již krátkodobě či dlouhodobě. I tehdy představují rodinní příslušníci partnery pro péči. Komunikace s rodinou je stejně důležitá jako komunikace s člověkem s demencí. Poskytnutí informací a zaučení v péči je důležitou podmínkou její kontinuity a kvality. Blízcí člověka s demencí jsou nemocí postiženi také, i když jinak než samotný nemocný, a to v důsledku změn rodinných rolí a kompetencí, finanční náročnosti péče i dalších problémů.“* (Holmerová, et al, 2013, s. 158- 164), Výzkumem také zjišťujeme, kde se studenti s informacemi o Alzheimerově chorobě dozvěděli. Kde z výsledků můžeme vyvodit doporučení pro praxi a zařadit problematiku onemocnění do výuky na středních školách. Výzkumem jsme se snažili docílit toho, abychom zjistili, zda by studenti byli schopni dle svého názoru o takto nemocného člověka pečovat. Zda mají přehled o službách v jejich okolí, které jsou jim v takových situacích k dispozici.

5.2 Stanovení cílů

Hlavním výzkumným cílem výzkumného šetření bylo zjistit, informovanost studentů SŠ v Olomouckém kraji o průběhu, následcích a péči o lidi s Alzheimerovou chorobou.

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda mají studenti povědomí o pojmu Alzheimerova choroba a kde se s tímto pojmem setkali.
- Zjistit, zda už se setkali s člověkem trpícím Alzheimerovou chorobou a co péče o takto nemocného obnáší.
- Zjistit informovanost studentů v oblasti péče o takto nemocného.

- Zjistit, zda je pro takto nemocného člověka lepší domácí či institucionální péče zároveň zda mají ve svém okolí takové zařízení.

5.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaká je informovanost studentů středních škol v Olomouckém kraji o Alzheimerově chorobě?

Dílčí výzkumné otázky:

- Máš povědomí o pojmu Alzheimerova choroba? Kde jsi se s pojmem setkal/a?
- Setkal/a jsi se s člověkem, který trpí Alzheimerovou chorobou?
- Co si myslíš, že obnáší péče o člověka, který trpí Alzheimerovou chorobou?
- Myslíš si, že je pro nemocného lepší domácí péče či institucionální?
- Máš ve svém okolí zařízení, které je vhodné pro lidi s Alzheimerovou chorobou?

5.4 Technika sběru dat

Práce je konstruována tak, že k vyhodnocení výsledku jsme použili dotazníkové šetření, což odpovídá kvantitativnímu výzkumu. Chráska (2007, s. 12) ve své publikaci uvádí, definici, která je univerzálně použitelná pro výzkumy ve všech oblastech. Uvádí že: „*Vědecký výzkum je systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy.*“ Celý výzkum je konstruovaný tak aby náležitě naplnil všechny neopomenutelné fáze, které musí výzkum splňovat.

Chráska, (2007, s. 163) definuje dotazník jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“. Jedná se o soubor otázek, které jsme předem sestavili k dané problematice. Dotazník obsahuje 20 položek, které vedou k vyjasnění cílů, které jsme předem stanovili. Na úplném začátku dotazníku se nachází představení mé osoby jakožto výzkumníka a následně oslovení respondentů. Úvodní část dále obsahuje vysvětlení, k čemu nám získaná data poslouží a je zde také zdůrazněna anonymita respondentů.

5.5 Položky v dotazníku

Položky v dotazníku:

- **Otázky otevřené (nestrukturované)** – respondenti mají možnost se rozepsat a nejsou limitováni nabízenými možnostmi, nejsou jim nabízeny žádné předem

hotové odpovědi. Je zde určena jen oblast, ke které se svobodně vyjádří. Respondent zde není nikterak limitován. (Chráska, 2007, s. 164-166) Jedná se o položky č. 4, 6, 16, 18, 20. Přičemž i položky č. 2 a 3 lze řadit mezi otázky otevřené. Zde jsou respondenti tázáni na věk a střední školu, kterou navštěvují.

- **otázky polouzavřené** – zde mají respondenti výčet možností, mezi kterými mohli vybrat jednu nebo více odpovědí. Pokud jim žádná z nabídnutých možností nevyhovovala, měli možnost vybrat si variantu vlastní odpovědi. Polouzavřené otázky zahrnují položky č. 5, 7, 8, 14.
- **otázky uzavřené (strukturované)** – Jedná se o položky, kdy mají respondenti předepsané možnosti odpovědí. Nevýhodou tohoto typu otázek je limitování a omezení studentova rozhodnutí. (Chráska, 2007, s. 164-166) V dotazníku se jedná konkrétně o položky č. 1, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 19.

Charakteristika položek v dotazníku

V položkách 1, 2, 3 respondenti sdělují své pohlaví, svůj věk a jakou střední školu navštěvují. Jedná se tedy o položky, které jsou zaměřeny na **identifikační údaje** respondenta. Položka č. 4 zjišťuje, zda studenti vědí, co je to Alzheimerova choroba. Pátá položka se ptá na to, kde se studenti s daným pojmem setkali. Položky 6-8 se zabývají příznaky Alzheimerovy choroby a také faktory, které toto onemocnění způsobují. Odpovědi na otázky, jaký orgán onemocnění postihuje a zda se jedná o onemocnění pouze u starých lidí či zda jde o vyléčitelné a dědičné onemocnění se zaměřují položky č. 9 – 12. V položkách 13 – 15 se dotazují studentů, zda mají ve svém okolí někoho, kdo takovým onemocněním trpí. Jaké změny u nemocného zpozorovali a zda by byli schopni se o takto nemocného postarat. Položky č. 16-18 se zabývají informacemi o péči, kterou takto nemocní potřebují, zda je pro ně institucionální péče lepší než domácí a také jaké výhody může mít domácí péče. V závěru dotazníku se ptám na otázky zaměřené na zjištění faktu, zda v okolí svého bydliště mají zařízení, které je určené pro takto nemocné a také jaké profese jsou nezbytně nutné pro takto nemocného člověka. Jedná se o položky 19-20.

Konstrukce dotazníku

Při konstrukci dotazníku jsme kladli důraz na pravidla, která náleží zásadám a požadavkům při sestavování dotazníku jako celku. Jako první jsme se zaměřili na cílovou skupinu, které bude dotazník předkládán. Položky v dotazníku by měly být konstruovány co možná nejstručněji, ale zároveň musí být jasné a srozumitelné pro cílovou skupinu respondentů. Dotazník jsme konstruovali tak, aby neobsahoval příliš mnoho otevřených položek, z důvodu ztráty motivace odpovídat na ně. Respondenti obecně nejsou ochotni vypisovat rozsáhlé odpovědi. Dotazník byl konstruován tak, abychom jej mezi školy mohli rozesílat i elektronickou formou. Z toho důvodu byl kladen důraz na jasné pokyny, které jsme upřesnili u každé otázky, kde by mohli respondenti zaváhat. Dotazník je konstruovaný tak, že jednoduché položky se nachází v první části dotazníku a ty nejdůležitější „zjišťovací“ otázky, které jsou nejvíce směrodatné pro výzkum, jsme umístili do střední části dotazníku. Při konstrukci jednotlivých položek jsme se zaměřili na splnění vlastností dobrého dotazníku a to je **validita, reliabilita a praktičnost**. Co se validity týká, jedná se o zjištění skutečností zaměřit se na fakta, která povedou k tomu, na co je výzkum zaměřen. Reliabilita je nezbytná k přesnému a spolehlivému zachycení zkoumaných jevů, ty jsme mohli ovlivnit pouze konstrukcí otázky. Reliabilitu nám udává kvalita odpovědi respondenta, a proto musí být položka natolik kvalitně a přesně zformulována, a aby na ni dokázal respondent odpovědět. Jak jsem zmínila již výše, dotazník jsme sestavili tak, aby bylo možné jej rozeslat elektronicky, ale také aby byl možný publikovatelný osobně. Dotazník se v bakalářské práci nachází v příloze č. 1.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum mé bakalářské práce jsem zaměřila na informovanost studentů SŠ v Olomouckém kraji. Jednalo se o SŠ zdravotnické, sociální, pedagogické či gymnázia. Vynechala jsem školy technického zaměření či zaměření, které tak úplně nejsou podstatné pro znalost problematiky Alzheimerovy choroby. Vzorek tedy zahrnoval studenty SŠ ve věku 15-19 let. Celkem jsme získali 124 respondentů, ale vzhledem k tomu, že někteří nespĺňovali určitá kritéria, museli jsme jich 14 vyřadit. Dostali jsme se tedy na finální počet 110 respondentů.

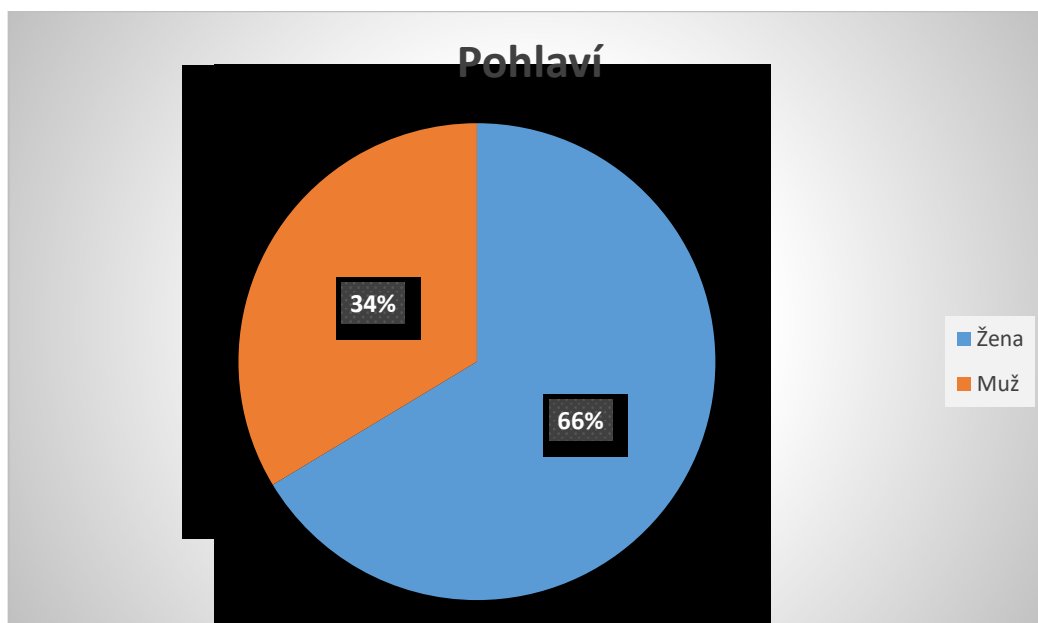
6 ANALÝZA A INTEPRETACE DAT

V následující kapitole se zaměříme na rozbor a analýzu získaných dat. Z celkového počtu 124 respondentů jsme museli 14 dotazníků vyřadit, protože nekořespondovali s předem stanovenými kritérii (věk, lokace střední školy). Proto všechny výsledky interpretujeme na výsledný počet respondentů, který tedy činí 110 studentů. Z důvodů neochoty některých z ředitelů školských zařízení, které jsme oslovili, jsme se rozhodli rozšířit dotazník mezi studenty středních škol i pomocí internetového portálu. Dotazníky byly na jednotlivé školy zprostředkovány přes internetový portál. Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné, a proto není ze všech škol stejná koncentrace odpovědí.

A) IDENTIFIKAČNÍ OTÁZKY

1. Pohlaví

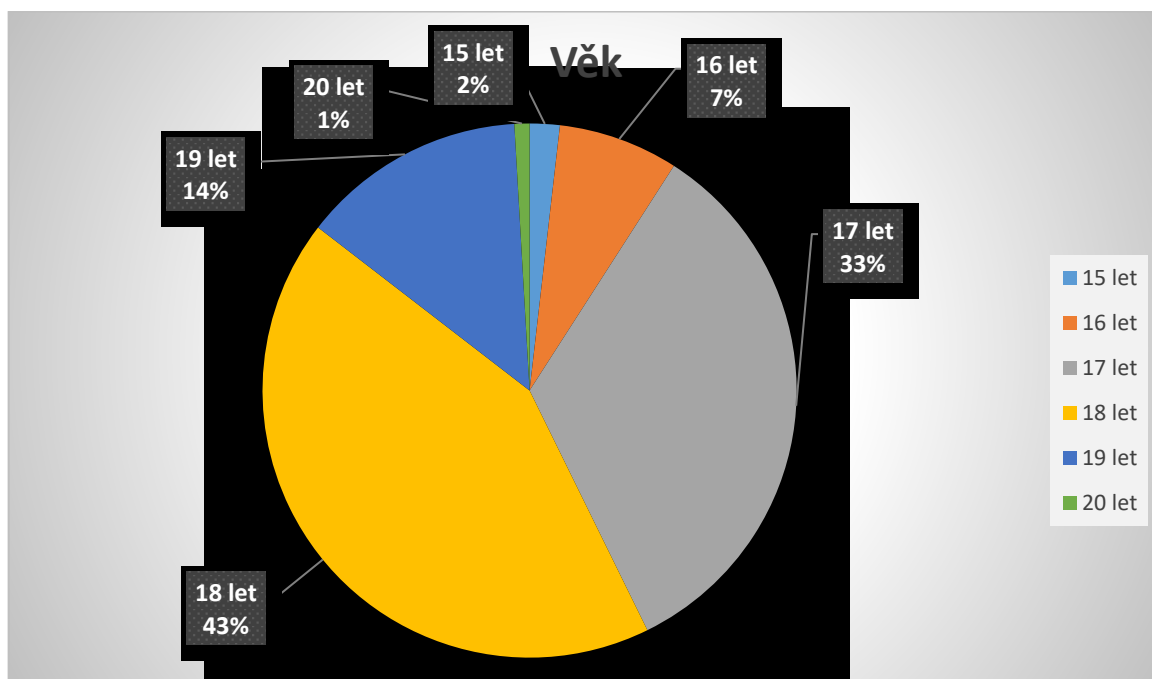
Graf 2 - Pohlaví



Data jsme sbírali mezi studenty středních škol v Olomouckém kraji. Z celkového počtu dotazovaných nám graf ukazuje, že mezi respondenty bylo celkem 73 žen, což tvoří 66,4% a 37 mužů což je 33,6%.

2. Věk respondentů

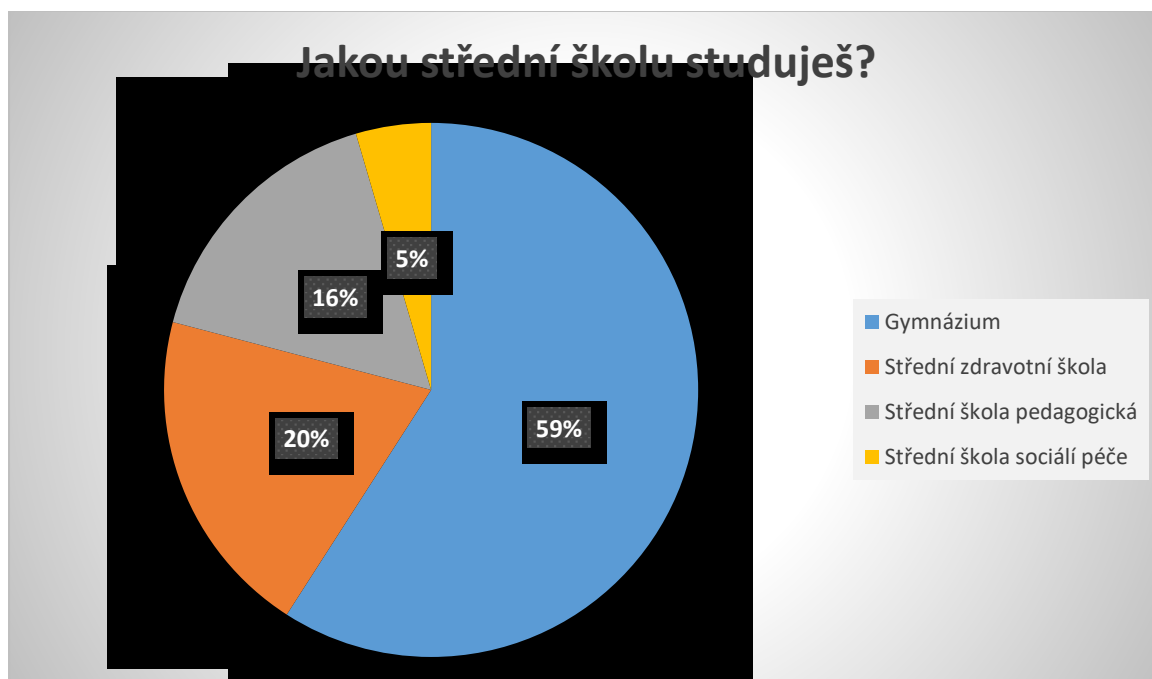
Graf 3 – Věk respondentů



Našimi respondenti byli studenti středních škol ve věku 15 – 20 let. Jedná se tedy o studenty druhého stupně středních škol. Graf zřetelně ukazuje procentuální výčet jednotlivých věkových kategorií. Největší procentuální podíl měli respondenti ve věku 18 let, kterýchž bylo 47, což tvořilo 43%. O 10 respondentů méně tvořila skupina studentů ve věku 17 let, počet odpovídal 33%. Další skupinu tvořili studenti ve věku 19 let, podíl studentů v tomto věku byl 14%. Studenti ve věku 16 let tvořili 7% z celku. Počet studentů, kteří v dotazníku uvedli věk 15 let, tvořili 2%. Zbýlé 1% procento tvořil student ve věku 20 let. Jednalo se o studenta, který ze zdravotních důvodů absolvoval roční odklad ve škole.

3. Jakou střední školu studuješ?

Graf 4 – Jakou střední školu studuješ?

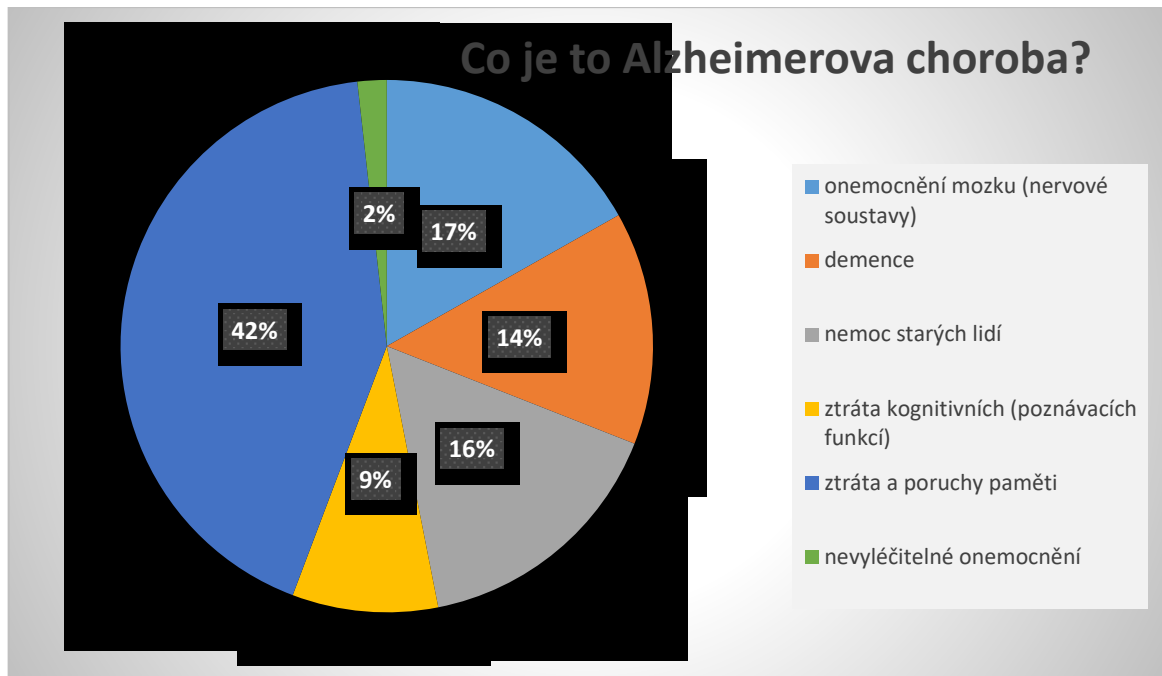


Školy jsme vyseletovali na oblasti zaměření. Mezi vyřazené dotazníky jsme zařadili i školy, které nespĺňovaly všeobecné, pedagogické, zdravotní či sociální zaměření. Jednalo se tedy o střední školy zdravotnické, pedagogické, gymnázia, střední školy pedagogického či humanitního zaměření. Mezi pedagogické školy jsme zahrnuli i pedagogická lycea a mezi gymnázia jsme zařadili i několik respondentů z církevních gymnázií. Více než nadpoloviční většinu tvořili studenti z gymnázií. Celkem se jednalo o 65 studentů, což tvořilo 59%. Respondenti navštěvující střední školy se zdravotním zaměření měli 20% zastoupení, jednalo se o 22 respondentů. Střední školy pedagogické tvořily 16%. Jednalo se tedy o 18 studentů pedagogického zaměření. Pouhých 5% tvořili studenti středních škol se zaměřením v oblasti sociální péče.

B) OTÁZKY ZAMĚŘENÉ NA INFORMOVANOST

4. Co je to Alzheimerova choroba?

Graf 5 – Co je to Alzheimerova choroba?



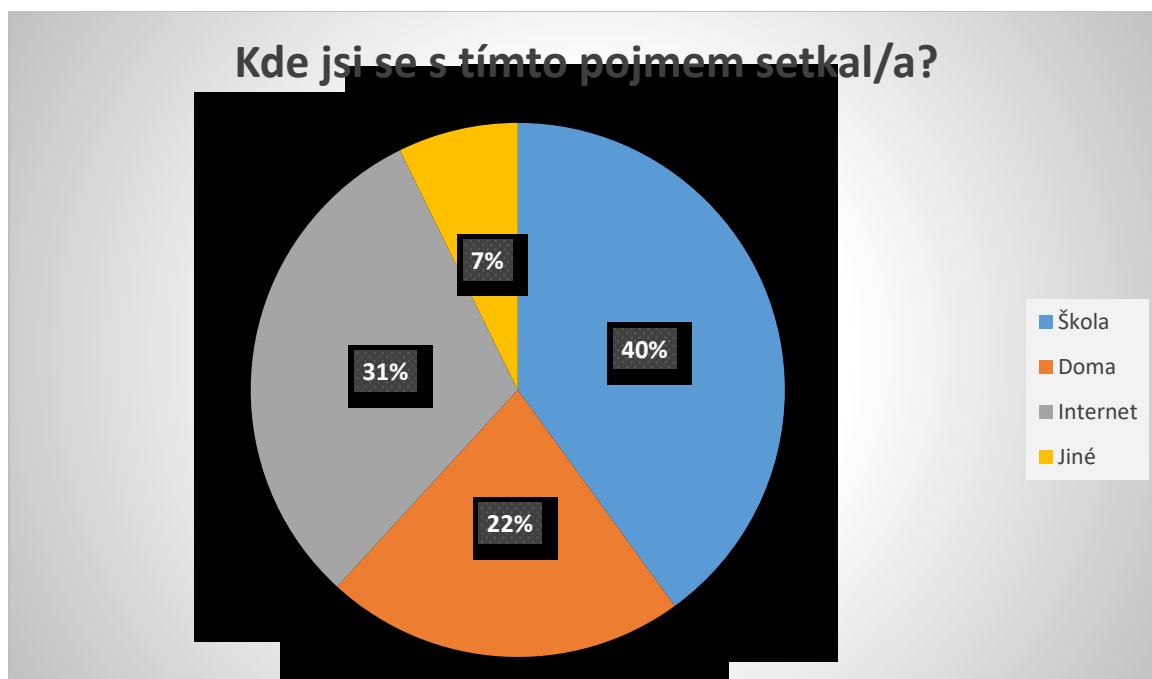
Zpracování otázky č. 4 jsme museli přizpůsobit charakteru položené otázky. Jednalo se o položku, která měla otevřený charakter. Odpovědi respondentů se lišili ve formulaci dané odpovědi, ale ve finále se daly odpovědi sjednotit do jednotlivých kategorií, které jejich odpověď zahrnují. Studenti mnohdy ve svých odpovědích obsáhli více kategorií souběžně. Vytvořili jsme tedy následující kategorie. **Kategorie č. 1 poruchy a ztráta paměti** – zde respondenti v odpovědích nejvíce shodovali. Uváděli zde, že se jedná o potupné až úplné zapomínání. Někteří konkretizovali, že jde o onemocnění kdy je paralyzována krátkodobá paměť a že dochází k zapomínání běžných věcí a denních činností. Tahle kategorie tvořila **42%**. **Kategorie č. 2 onemocnění mozku (nervové soustavy)** – do této kategorie jsme zařadili takové odpovědi, které v sobě obsahovaly spojitost s onemocněním mozku. Studenti zde uváděli odpovědi, že se jedná o nemoc, při které odumírá mozková tkáň. Někteří respondenti opět byli poněkud přesnější a uváděli, že jde konkrétně o degenerativní onemocnění mozku. Odpovědi v této kategorii činily **17%** z celku.

Kategorie č. 3 nemoc starých lidí – Tahle kategorie tvořila **16%** a obsahovala odpovědi, které jakkoli souvisely s názory, že jde o nemocnění, které postihuje staré lidi. *Kategorie č. 4 demence* – do této kategorie jsme zařadili odpovědi, kde studenti uváděli, že se jedná o typ demence, nebo že se jedná o jednu z fází demence. Kategorie tvořila **14%**. *Kategorie č. 5 ztráta kognitivních funkcí* – do této kategorie jsme zařadily ty odpovědi, kde respondenti zmiňovali jakékoli fakta spojené se ztrátou kognitivních (poznávacích) funkcí. Odpovědi se ve většině případu opakovaly. Nejčastěji zde studenti uváděli, že se jedná o onemocnění, kdy nemocná nepoznává své blízké, přestává se orientovat v čase i prostoru. Procentuálně obsáhla kategorie **10%**.

Poslední *kategorie č. 6 – nevléčitelné onemocnění* - do poslední kategorie jsme zařadili ty odpovědi, které uváděli, že se jedná o nevléčitelné onemocnění, ve většině případů se jednalo o součást odpovědi, která v sobě mimo jiné obsahovala informace i z jiné kategorie. Kategorie č. 6 tvořila ve finále pouhé **2%**.

5. Kde jsi se s tímto pojmem setkal/a?

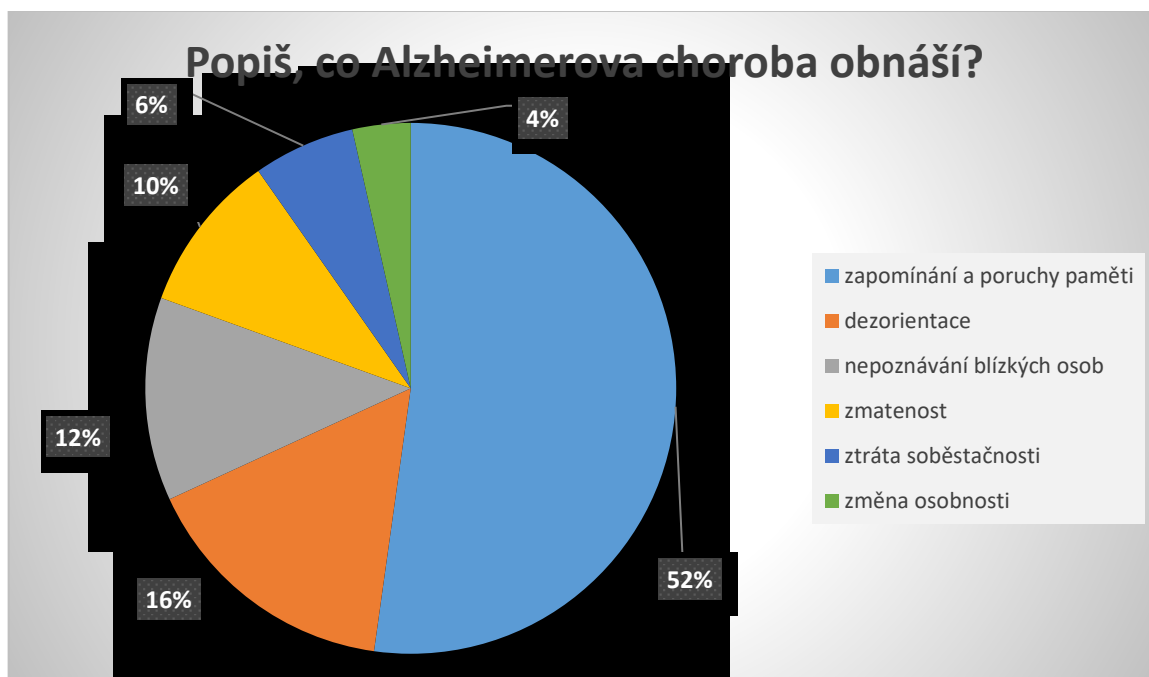
Graf 6 – Kde jsi se s tímto pojmem setkal/a?



Studenti měli u otázky možnost vybrat si z předem zvolených odpovědí, kde přišli s pojmem Alzheimerova choroba do kontaktu. Nejčastěji respondenti uváděli, že se s daným pojmem setkali ve škole, jednalo se o 44 respondentů, což činilo 40% ze všech dotazovaných. Druhou nejčtenější odpovědí byla volba, že daný pojem znají z internetu. Odpovědělo tak 34 respondentů, což ve finále dalo 31%. Respondenti, kteří zvolili možnost „doma“ tvořili 22%. Nejnižší podíl znázorňovala položka „jiné“. Tuhle položku zvolilo 8 respondentů ze 110, což tvořilo 7%. Odpověď „jiné“ dávala studentům možnost volby, kterou neměli v nabídce. Respondenti, v ní uváděli možnost kombinací více odpovědí, které měli předem nabídnuté. Respondenti odpovídali, že o pojmu slyšeli v televizi. Vyskytla se i odpověď, že si o daném pojmu přečetli v encyklopedii. Z možností, které respondenti uvedli v možnosti jiné, vypovídají odpovědi o tom, že internet není jediná možnost médií, jak předat informace o problematice.

6. Popiš, co Alzheimerova choroba obnáší.

Graf 7 – Popiš, co Alzheimerova choroba obnáší?

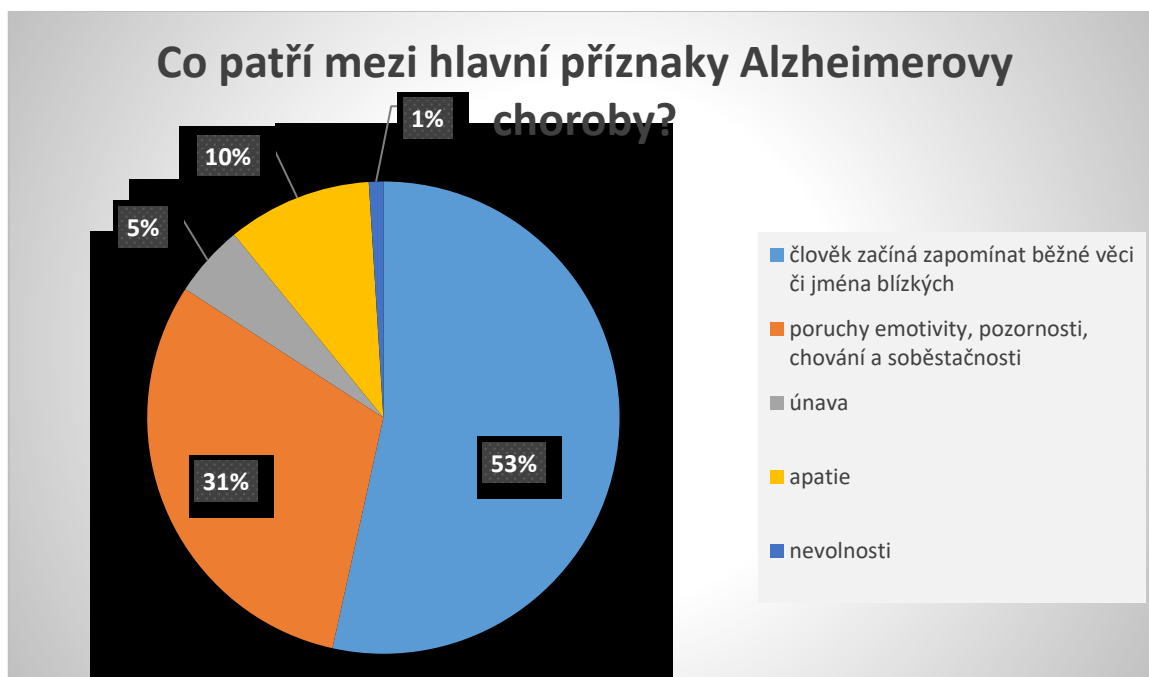


Při zpracování otázky č. 6 jsme postupovali stejně jako u otázky č. 4, kde jsme vzhledem charakteru položky museli vytvořit, kategorie abychom nepřišli o důležitá data. Vytvořili jsme tedy příslušné kategorie, které zahrnovaly možnosti obsažené v odpovědích respondentů. *Kategorie č. 1 – zapomínání a poruchy paměti*, do dané kategorie jsme zahrnuli veškeré odpovědi, ve kterých studenti popisovali problémy s poruchou paměti. Někteří v odpovědích uváděli problémy s konkrétním druhem paměti (krátkodobé, dlouhodobé). Studenti ve svých odpovědích zmiňovali také časté výpadky paměti u nemocných. Problém vybavovat si, různé situace. Jednalo se o kategorii, kterou ve svých odpovědích obsáhlo nejvíce respondentů, a kategorie pak ve finále tvořila **52%** z dotazovaných. *Kategorie č. 2 – dezorientace*, do kategorie dezorientace jsme zařadili odpovědi, kde respondenti uváděli dezorientaci jak v čase tak i prostoru. Odpovědi, které se týkaly dezorientace, uvedlo ve svých odpovědích **16%** respondentů. Další kategorií je *kategorie č. 3 – nepoznávání blízkých osob*, kterou tvořilo **12%**. Do kategorie jsme zařadili odpovědi, kde se studenti zmínili o situacích, kdy nemocný přestává poznávat své blízké, se kterými je mnohdy i v každodenním kontaktu. Nemocný si nevybavuje známé tváře. *Kategorie č. 4 – zmatenost*, do páté kategorie jsme zařadili odpovědi, kde studenti popisují situace, kdy je nemocný zmatený. Zmatenost, se v odpovědích velmi často pojila s problémovou komunikací, kterou jsme do kategorie také zařadili. Respondenti uváděli, že

zmatenost a komplikovanější komunikace s nemocným je v úzké souvislosti. Nemocný motá různé informace dohromady a vytváří tak nesmyslné celky. Pátou kategorií tak tvořilo **10%** odpovědí. *Kategorie č. 5 – ztráta soběstačnosti*, do páté kategorie jsme zahrnuli odpovědi, kde se studenti vyjadřovali k problematice, kterou Alzheimerova choroba přináší ve spojitosti se situací, kdy už se nemocný není schopný sám o sebe postarat a potřebuje neustálý dohled a péči. Do kategorie jsme zahrnuli i odpovědi, kde respondenti zaminují i fázi, kdy dochází ke zhoršení stavu pacienta natolik, že nastává i bariéra v komunikaci. Odpovědi, které jsme zařadili, do dané kategorie, tvořily ve finále **6 %**. Poslední *kategorie č. 6 – změna osobnosti*, do této kategorie jsme zahrnuli odpovědi, kdy respondenti uváděli, že u nemocného člověka dochází ke změnám osobnosti, častým výkyvům nálad, které mnohdy přejdou až k agresi. Zahrnuli jsme sem i změnu emocionality a emoční nestabilitu, která se s danou problematikou také pojí. Šestá kategorie tak tvořila **4%** podíl.

7. Co patří mezi hlavní příznaky Alzheimerovy choroby?

Graf 8 – Co patří mezi hlavní příznaky Alzheimerovy choroby?



Tabulka 1 – Hlavní příznaky Alzheimerovy choroby.

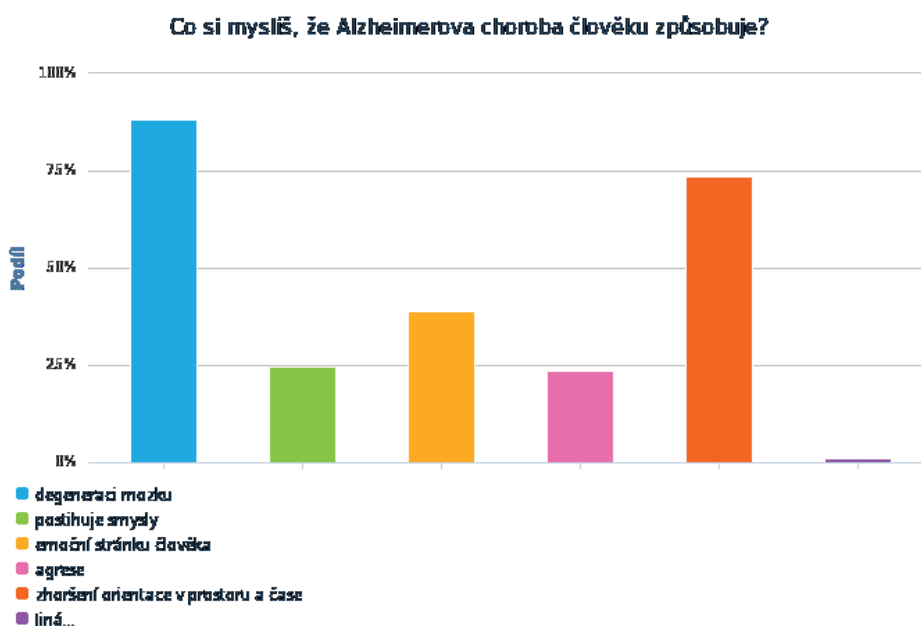
Možnosti odpovědí	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Zapomínání běžných věcí či jmen blízkých	108	98,2%
Poruchy emotivity, pozornosti, chování a soběstačnosti	62	56,4%
Únava	10	9,1%
Apatie	20	18,2%
Nevolnosti	1	0,9%

Respondenti měli vybrat z předem zadaných možností ty, které si myslí, že jsou správně. Jednalo se o položku s možností vybrat jednu či více variant, o kterých si myslí, že patří mezi příznaky Alzheimerovy choroby. Nejčastěji studenti ve svých odpovědích uváděli, že jeden z hlavních příznaků je ztráta paměti a zapomínání věcí či jmen. Tuhle variantu odpovědi zvolilo 108 respondentů, což činilo 98,2 %. Dalších 62 responzí uvedli studenti u možnosti, která uváděla jako příznaky ACH poruchy emotivity, pozornosti, chování

a soběstačnosti. Procentuální podíl tedy čítal 56,4%. Únavu jako hlavní příznak Alzheimerovy choroby uvedlo 10 respondentů, to se rovnalo 9,1%. Možnost apatie, jako hlavní příznak zvolilo 20 respondentů, tento počet se tedy rovnal 18,2%. Možnost nevolnosti a jiné, zvolili dva respondenti, kdy do odpovědi jiné uvedl student jako hlavní příznak zapominání.

8. Co si myslíš, že Alzheimerova choroba způsobuje?

Graf 9 – Co Alzheimerova choroba způsobuje?



Tabulka 2 – Co Alzheimerova choroba způsobuje?

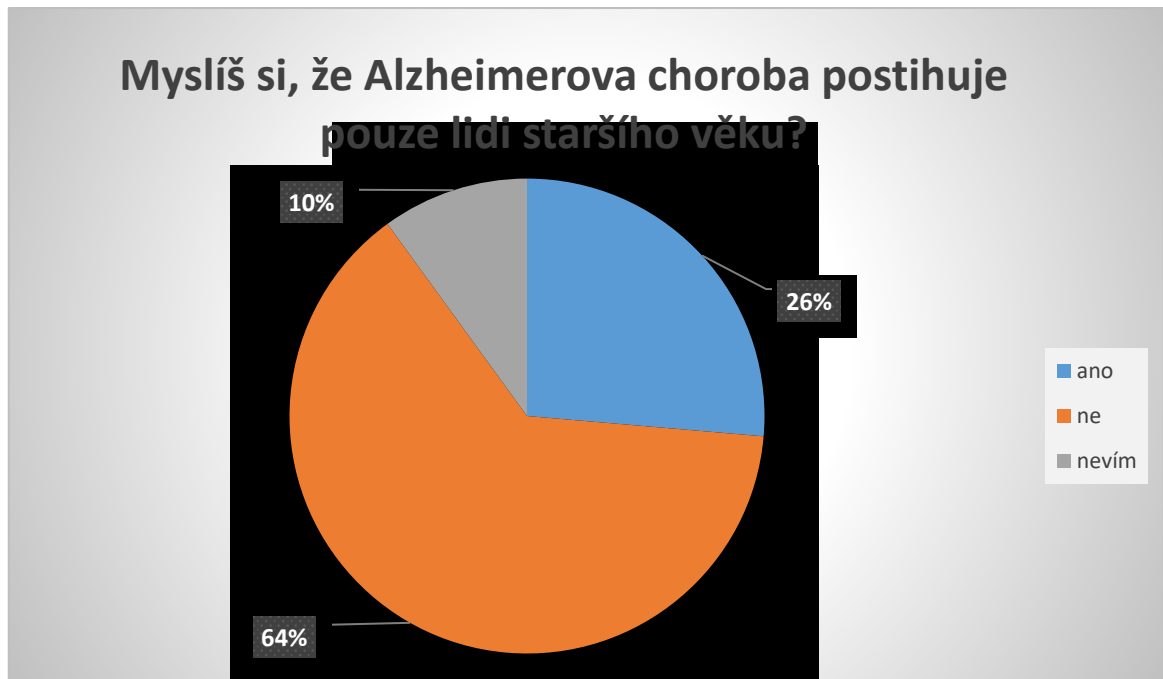
Možnosti odpovědí	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Degenerace mozku	97	88,2%
Postihuje smysly	27	24,5%
Postihuje emoční stránku člověka	43	39,1%
Způsobuje agresi	26	23,6%
Způsobuje zhoršenou orientaci v čase a prostou	81	73,6%

Z tabulky a grafu můžeme vidět, že nejvíce respondenti volili možnost, kde uváděli, že nemoc způsobuje degeneraci mozku, kdy tuhle odpověď zvolilo 88,2% respondentů. Myslíme si, že si tuhle odpověď spojili také s hlavními příznaky Alzheimerovy choroby. Další velmi četnou odpovědí byla volba zhoršené orientace (v čase i prostoru), která čítala

73,6%. Všechny uvedené volby byly správné, našim cílem bylo zjistit, zda so studenti uvědomují i ostatní parametry, které se hodnotí při diagnostice Alzheimerovy choroby.

9. Myslí si, že Alzheimerova choroba postihuje pouze lidi staršího věku?

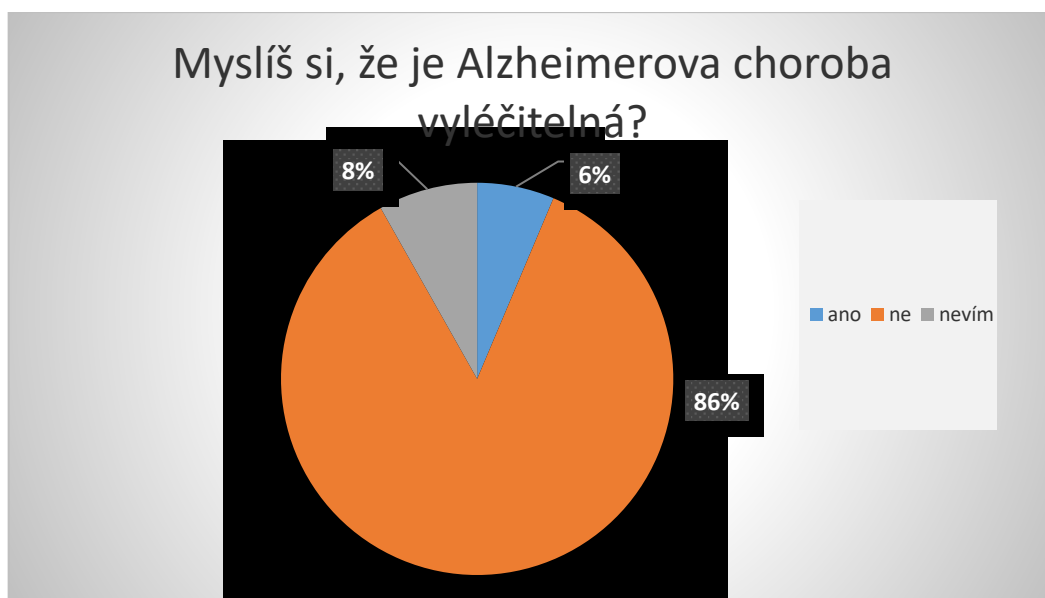
Graf 10 – Myslí si, že Alzheimerova choroba postihuje pouze lidi staršího věku?



Ze 110 respondentů si 64%, což tvoří 70 respondentů myslí, že Alzheimerova choroba je nemoc, která postihuje převážně lidi staršího věku. Zbýlých 36% se dělilo mezi možnosti NE a NEVÍM. Přičemž 26% (29 respondentů) dotazovaných si myslí, že Alzheimerova choroba může postihnout i lidi, kteří nespádají do kategorie seniora. Zbýlých 10% se uchýlilo k možnosti nevím. Z čehož vyplývá, že 11 studentů nemá ponětí, zda se jedná o nemoc starých lidí.

C) **OVĚŘOVACÍ POLOŽKY**10. **Myslíš si, že je Alzheimerova choroba vyléčitelná?**

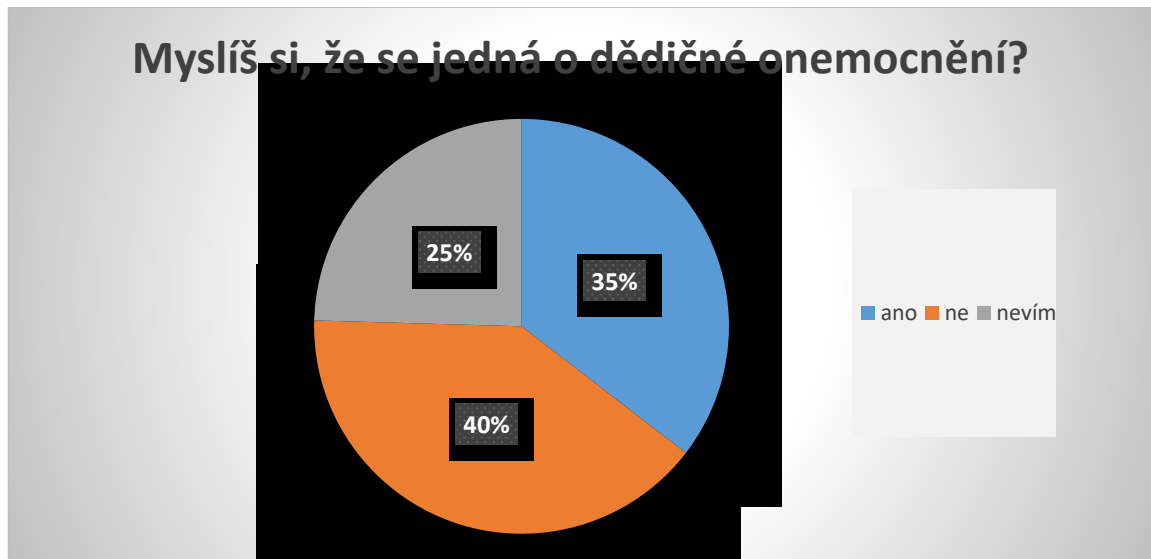
Graf 11 – Je Alzheimerova choroba vyléčitelná?



Z grafu můžeme vidět, že 86% respondentů odpovědělo, že si myslí, že Alzheimerova choroba je nevyléčitelným onemocněním. Z čehož vyplývá, že 94 studentů si myslí, že jde o onemocnění, na které doposud neexistuje léčba. Ze 110 dotazovaných se 6% respondentů rozhodlo pro možnost ANO, znamená to, že 7 studentů si myslí, že existuje možná léčba na Alzheimerovu chorobu. Mezi respondenty byli i studenti, kteří si nejsou jistí, zda se jedná o nemoc, na kterou existuje léčba, z čehož plyne, že 8% dotazovaných zvolilo odpověď nevím.

11. Myslíš si, že se jedná o dědičné onemocnění?

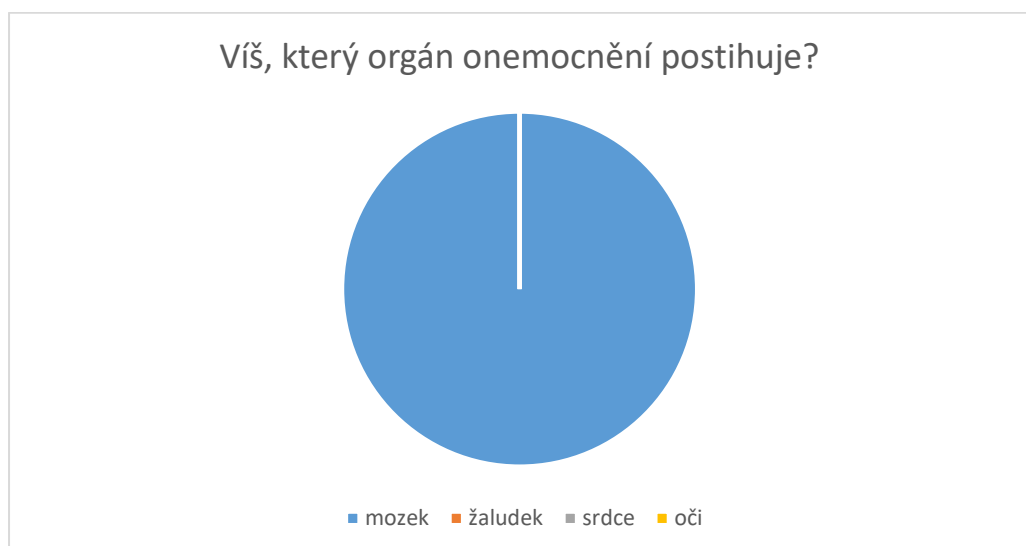
Graf 12 – Je onemocnění dědičné?



Touto položkou jsme cílili na to, abychom zjistili, kolik studentů si myslí, že se nejedná vyloženě o dědičné onemocnění, ale že je zde pouze zvýšený předpoklad. Rozdíl mezi odpovědí ANO a NE činilo pouze 5%. Odpověď NE uvedlo 40% respondentů. Odpověď ano měla 35% zastoupení. 25% studentů, se uchýlilo k odpovědi nevím.

12. Víš, který orgán onemocnění postihuje?

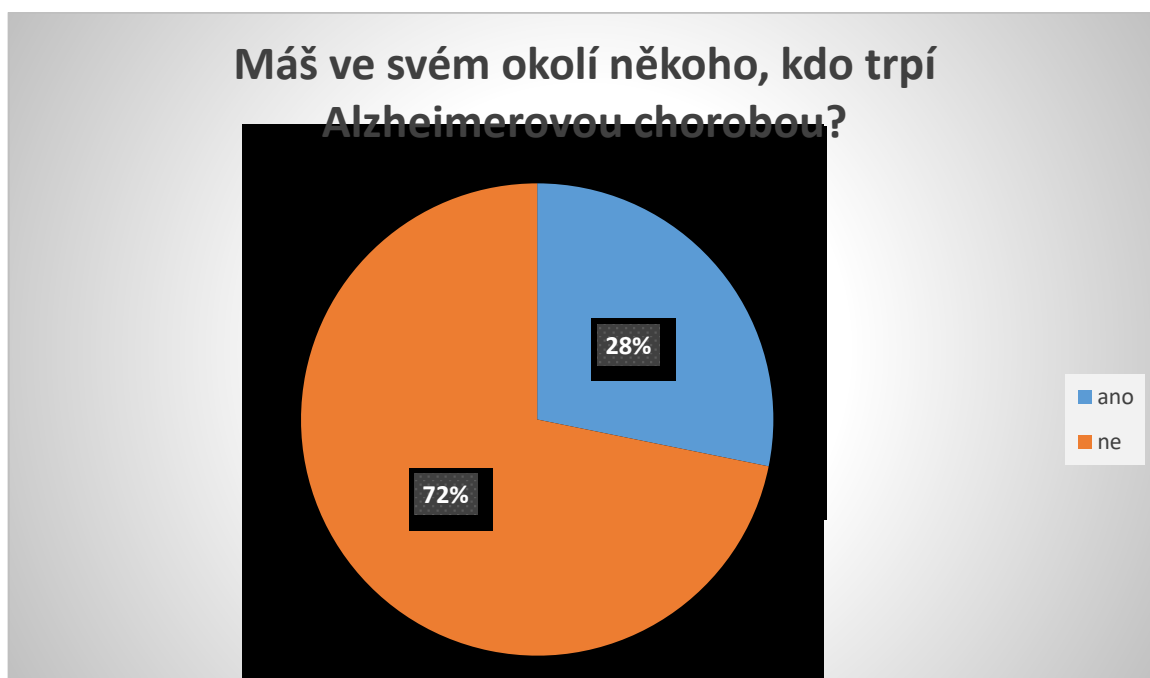
Graf 13 – Který orgán onemocnění postihuje?



Na otázku, který orgán onemocnění postihuje, odpovědělo všech 110 respondentů stejně. Což znamená, že 100% dotazovaných si myslí, že onemocnění postihuje mozek.

Máš ve svém okolí někoho, kdo trpí Alzheimerovou chorobou?

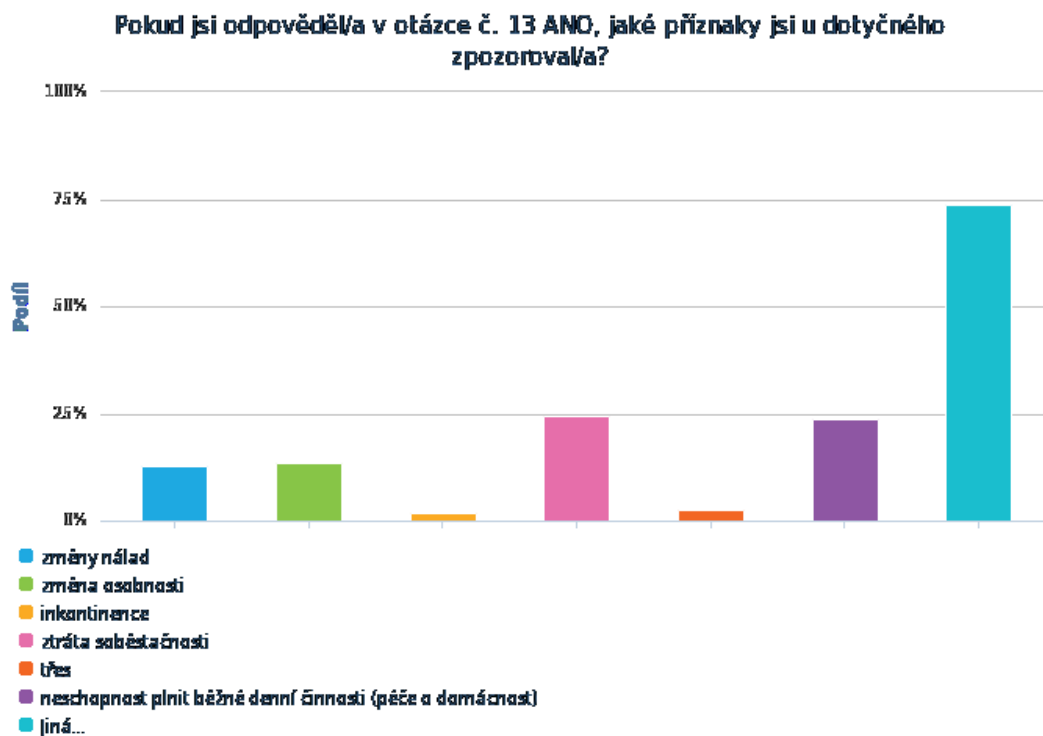
Graf 14 – Máš ve svém okolí někoho, kdo trpí Alzheimerovou chorobou?



Většina respondentů uvedla, že ve svém okolí nemá nikoho, kdo by trpěl Alzheimerovou chorobou. Pouhých 28% respondentů uvedlo, že znají někoho, kdo takovou nemocí trpí.

13. Pokud jsi odpověděl/a v otázce č. 13 ANO, jaké příznaky jsi u dotyčného zpozoroval/a?

Graf 15 – Zpozorované příznaky



Tabulka 3 – Zpozorované změny

Možnosti odpovědí	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Změny nálad	27	24,6%
Změna osobnosti	15	13,6%
Inkontinence	2	1,8%
Ztráta soběstačnosti	14	12,7%
Třes	3	2,7%
Neschopnost plnit běžné denní činnosti (péče o domácnost)	26	23,6 %
Jiná	81	73,6%

Největší podíl odpovědí respondenti uvedli u možnosti **jiná**, což je vzhledem k výsledkům z předchozí položky logické. V položce č. 13 uvedlo 79 respondentů, že ve svém okolí nemají nikoho, kdo by takovou nemocí trpěl, proto nemohli uvést příznaky, které u nich zpozorovali. Ti z respondentů, kteří odpověděli, že ve svém okolí mají někoho, kdo

takovým onemocněním trpí, uváděli mezi nejčastější příznaky **změny nálad**, kdy položka čítala asi 25 %. Jako další a podle počtu odpovědí nejčtenější příznak, uváděli dotazovaní **Neschopnost plnit běžné denní činnosti (péče o domácnost)**. Dále **ztrátu soběstačnosti** a **neschopnost plnit běžné denní činnosti**, jednalo se cca 13% podíl. Zbylá procenta byla obsažena v odpovědích, kde uvedli studenti jako příznak, který **zpozorovali třes** a **inkontinenci**. Studenti měli možnost více odpovědí. Mezi odpovědi **jiná** uvedli respondenti i jako příznaky **agresi**, **zmatenost** či **úzkostné pocity** mnohdy až **emoční labilitu**.

14. Myslíš si, že bys byl/a schopný/a postarat se o takto nemocného člověka?

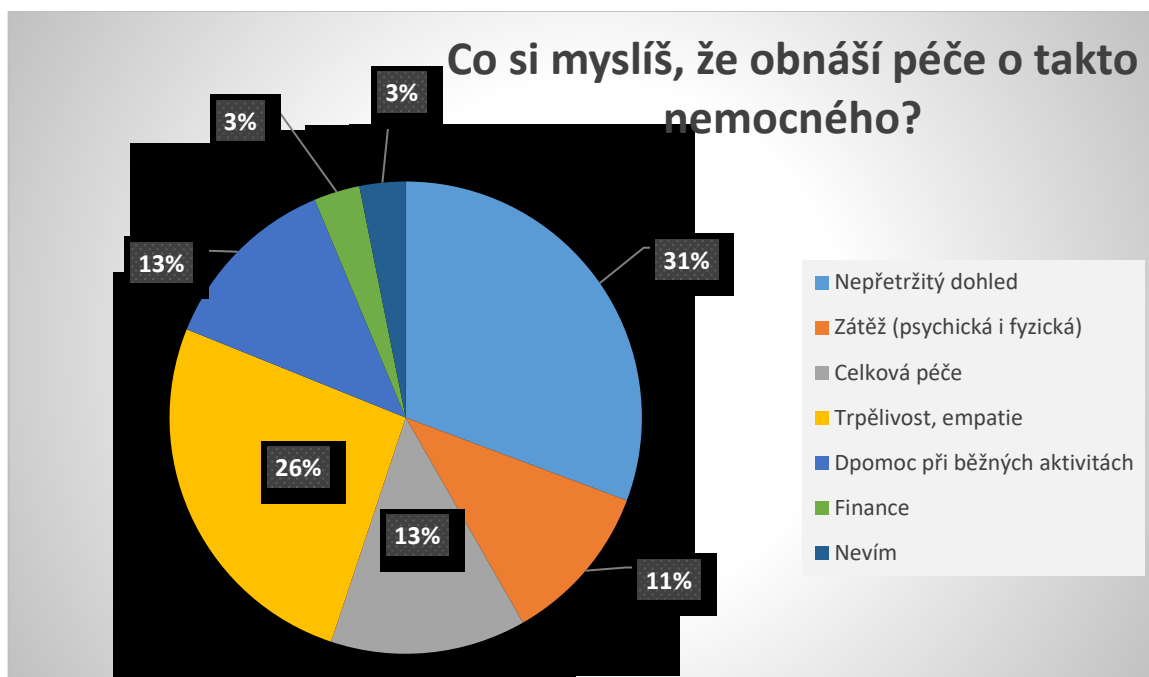
Graf 16 – Péče o nemocného



Nejčastěji volili respondenti možnost, kdy uvedli, že o situaci, kdy by se měli starat o nemocného, nepřemýšleli. Odpověď tedy činila 46%, což je skoro polovina. Druhá polovina odpovědí se dělila mezi ano či ne. Možnost **NE** zvolilo 34% dotazovaných, z čehož usuzujeme, že si myslí, že by z nějakého důvodu o nemocného nezvládli pečovat. Zbýlých 20% studentů uvedlo ve svých odpovědích, že si myslí, že by dokázali o člověka, který trpí Alzheimerovou chorobou pečovat, je možné, že zde studenti volili odpověď na základě předchozích zkušeností.

15. Co si myslíš, že obnáší péče o takto nemocného?

Graf 17 – Péče o nemocného



V položce č. 16 vzhledem k rozsáhlým odpovědím respondentů, jsme opět zvolili k vyhodnocení vytvoření příslušných kategorií, které obsáhnout všechny odpovědi respondentů. Stejně tak tomu bylo u položek č. 4 a 6. Zde jsme zvolili sedm příslušných kategorií. *Kategorie č. 1 – nepřetržitý dohled* obsahovala všechny odpovědi, kdy respondenti zmínili nepřetržitou pozornost a dohled nad nemocným. Někteří z respondentů uvedli, že záleží na stádiu onemocnění, ve kterém se člověk nachází. Stádium nemoci, dle odpovědí studentů, je směrodatné pro míru pozornosti a ohledu, který musí nad nemocným být. První kategorie obsáhla 31%. *Kategorie č. 2 – zátěž*, druhá kategorie zahrnovala ty odpovědi, ve kterých respondenti zmiňovali náročnost péče jak fyzické tak psychické. *Kategorie č. 3 – celková péče* do třetí kategorie jsme zařadili takové odpovědi, kdy respondenti zmiňují dopomoc při podávání stravy či léků, dále jsme do dané kategorie zahrnuli položky, které se týkaly dopomoci s hygienou či asistence při cvičení kognitivních či motorických schopností. *Kategorie č. 4 – trpělivost, empatie*, do čtvrté kategorie jsme řadili odpovědi, kde se studenti shodují, že při péči o takto nemocného je nutné vymezit si dostatečné množství času. Péče o člověka s Alzheimerovou nemocí vyžaduje empatický přístup a velkou dávku trpělivost, nemocnému vše déle trvá a mnohdy nemusí být práce s ním úspěšná. Čtvrtá kategorie tvořila hned po první kategorii největší podíl a to 26%. *Kategorie č. 5 – dopomoc při běžných aktivitách*, do této kategorie jsme zařadili

odpovědi, kdy studenti zmiňovali nutnou dopomoc při aktivitách, které nemocný dříve zvládal sám a bez pomoci, jakou jsou návštěvy lékařů či úřadů, nákupy, vaření apod. *Kategorie č. 6 – finance*, 3% respondentů ve svých odpovědích zmínili i jistou finanční náročnost, domníváme se, že studenti měli na mysli financování léků, vyšetření, inkontinenčních pomůcek či placení asistenta. *Kategorie č. 7 – nevím*, poslední kategorie, kterou činili odpovědi 4 respondentů, kteří uvedli ve svých odpovědích, že nemají tušení, co taková péče o nemocného obnáší. Nejsme si zde jisti, zda šlo o pouhou „lenost“ respondentů o vyplnění položky, nebo zda vážně netuší, co péče obnáší.

16. Myslíš si, že je domácí péče pro nemocného lepší, než péče v zařízení?

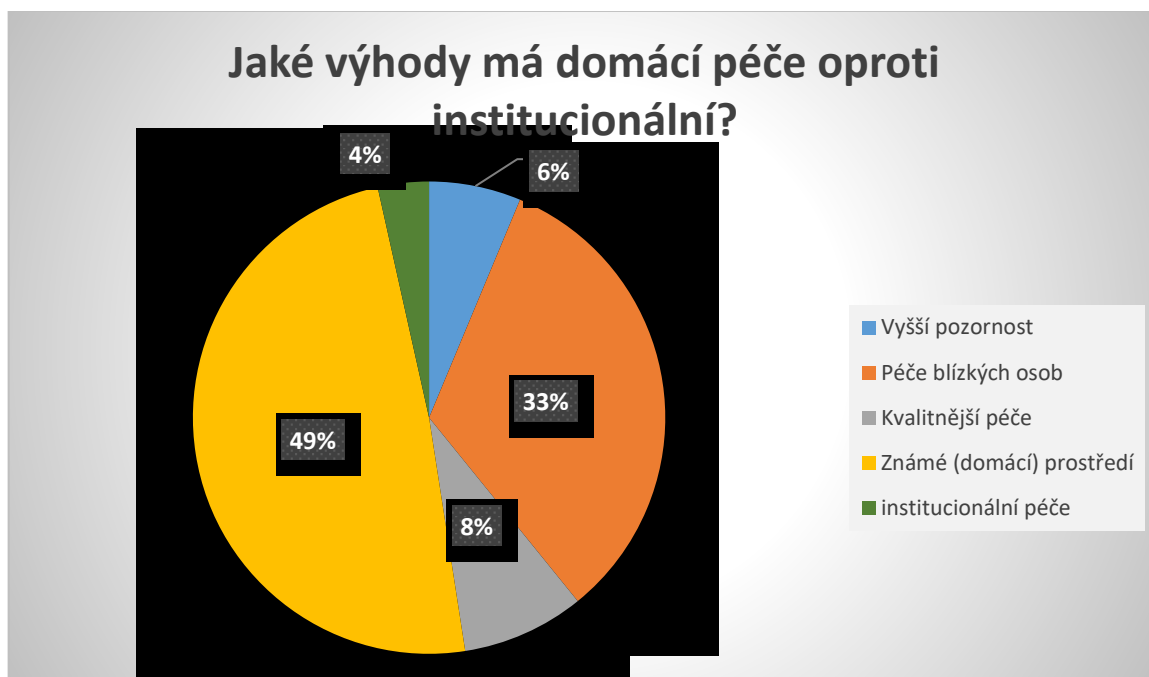
Graf 18 – Institucionální péče X domácí péče



Cílem této položky bylo zjistit od respondentů, zda si myslí, že péče o nemocného v domácím prostředí je lepší než péče v instituci. Přesně polovina respondentů uvedla, že domácí péče je lepší než institucionální. Dalších 37 studentů uvedlo, že je dle jejich názoru lepší institucionální péče. Zbýlých 16% respondentů volilo odpověď nevím. Z čehož vyplývá, že si nejsou jisti, která péče je pro nemocného vhodnější.

17. Jaké výhody podle tebe má domácí péče oproti institucionální?

Graf 19 – Výhody domácí péče



Opět jsme při vyhodnocování otevřené otázky zvolili systém kategorizace odpovědí. *Kategorie č. 1 – vyšší pozornost*, do této kategorie jsme při vyhodnocování zahrnuli odpovědi, kdy respondenti uvádějí jako výhody větší časové možnosti, které nemocnému věnují pečující v domácím prostředí. *Kategorie č. 2 – péče blízkých osob*, zde jsme zahrnuli odpovědi, které obsahovaly zmínky o vztahu mezi pečujícím a nemocným. Studenti uváděli jako jednu z mnoha výhod domácího prostředí vztah, který mezi pečujícím a nemocným je, a jaký vliv má na nemocného. Jako velké plus uváděli, že nemocný má ke známé osobě větší důvěru. Přítomnost blízkých osob jako jeden z výhodných faktorů péče o nemocného v domácím prostředí uvedlo 33% respondentů. *Kategorie č. 3 – kvalitnější péče* do třetí kategorie jsme zahrnuli odpovědi, ve kterých respondenti zmiňovali jako výhodu domácí péče samotnou kvalitu péče. Studenti většinou zastávali názor, že kvalitnější péče v domácím prostředí je zapříčiněna především přístupem pečující osoby. Přístup v domácí péči je více osobní a pečující má na starost „jen“ jednoho nemocného, kdežto v organizaci bývá pacientů víc a proto nemají pečovatelé tolik času na kvalitní péči, dle názoru studentů. *Kategorie č. 4 – známé (domácí) prostředí* – zde se nejčastěji respondenti shodovali v názoru, že domácí prostředí, ve kterém senior prožil převážnou většinu svého života, je pro něj nejlepší z důvodu, že se cítí bezpečně, cítí se klidně a působí pozitivně na psychickou stránku

nemocného. Senioři obzvláště ti, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, špatně snáší změny. Změna prostředí by u nich mohla vyvolat zhoršení zdravotního stavu. Čtvrtá kategorie čítala největší podíl odpovědí a to skoro polovinu z celku jednalo se tedy o 49%. *Kategorie č. 5–institucionální péče*, do této kategorie jsme zařadili ty odpovědi, kde respondenti uvedli, že péče v organizaci je pro nemocného lepší z důvodu proškoleného personálu, ale uvedli i nevýhody, které v institucionální péči shledávají. Na jednu stranu staví proškolený personál, ale na druhou stranu málo pečovatелů na velký počet lidí, neosobní přístup ke klientům a nekvalitně odvedená péče. Někteří respondenti uvedli, že v počátečním stádiu nemoci má zůstat klient v domácí péči a v pokročilém stádiu přemístěn do instituce do péče odborníků.

18. Je v místě tvého bydliště služba, která poskytuje pomoc lidem s takovým onemocněním?

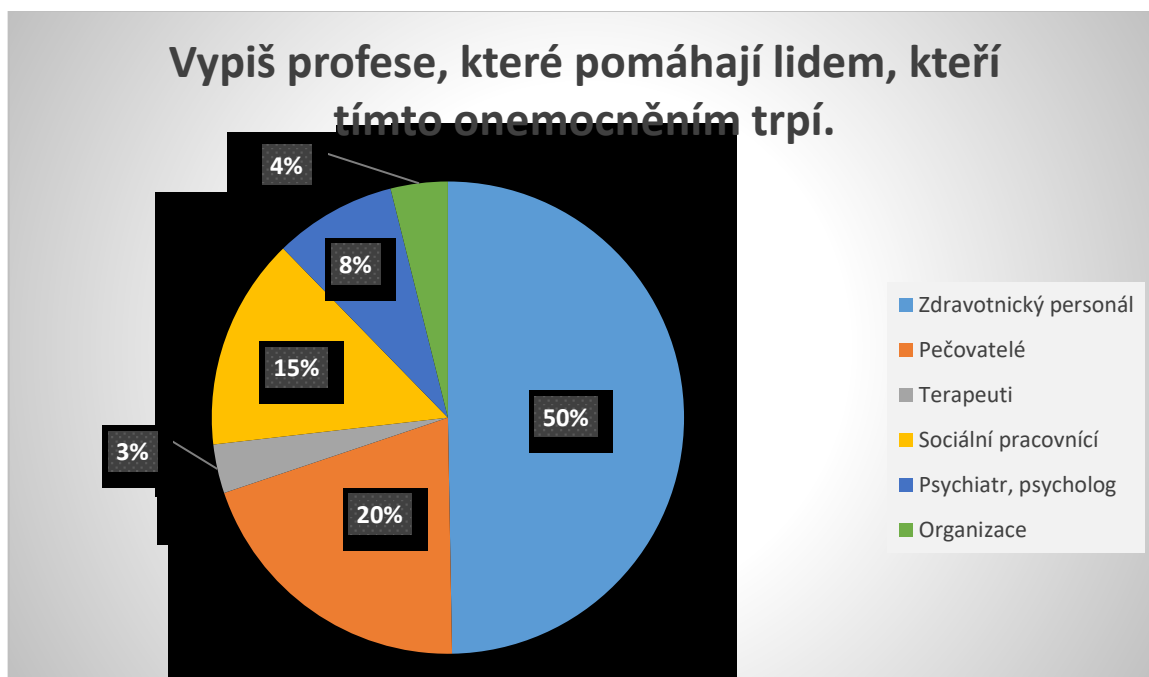
Graf 20 – Dostupná služba v místě bydliště



Touhle položkou jsme cílili na to, zda jsou respondenti informováni o možnostech péče a služeb v okolí jejich bydliště pro takto nemocné. Z uvedeného grafu můžeme vidět, že 41% respondentů neví, zda v okolí jejich bydliště existuje služba, která je pro takto nemocné lidi určena. Dalších 36% respondentů v okolí svého bydliště mají službu, která je pro lidi s Alzheimerovou chorobou určena. Zbylých 23% respondentů uvedlo, že v okolí jejich bydliště taková služba není.

19. Vypiš profese, které pomáhají lidem, kteří tímto onemocněním trpí.

Graf 21 – Pomáhající profese



1. *Kategorie- zdravotnický personál*, z grafu můžeme vidět, že polovina respondentů uvedla, že mezi primární profese péče o nemocného je proškolený zdravotní personál, do kterého jsme zařadili zdravotní bratry, sestry, lékaře a specializované lékaře (neurolog, gerontolog...). **Psycholog a psychiatr** tvořili samostatnou *kategorii*, která tvořila 8%. Třetí *kategorii* – **pečovatelé**, tvořily odpovědi, ve kterých dotazovaní zmínili, že nepostradatelnou součástí při péči o člověka s Alzheimerovou chorobou jsou pečovatelé, ošetřovatelé, asistenti či pracovníci v sociálních službách. Další profese jsme zařadili do *kategorie č. 4 – sociální pracovníci*. Čtvrtá *kategorie* tvořila 15%. *Kategorie č. 5 – terapeuti*, pár respondentů ve svých odpovědích uvedlo, že v péči o nemocného jsou velmi důležití i terapeuti a ergoterapeuti. Poslední *kategorie č. 6 – organizace*, zde se nejedná sice o konkrétní profese, ale v odpovědích respondentů se opakovaly zmínky o organizacích, které péči zastřešují, byla zde zmíněna např. LDN (léčebna dlouhodobě nemocných), charita či denní/týdenní stacionáře. Do šesté *kategorie* jsme mezi organizace zařadili i rodinu, ačkoli se nejedná o profesi, jedná se dle odpovědí respondentů o nedílnou součást péče o nemocného.

7 DISKUZE

Jako téma bakalářské práce jsme zvolili Informovanost studentů středních škol v Olomouckém kraji o Alzheimerově chorobě.

Ke zpracování zvoleného tématu jsme zvolili kvantitativní výzkum, ve kterém jsme oslovili několik středních škol z Olomouckého kraje. Překvapením pro nás byla neochota škol spolupracovat, ale dotazníky se nám přece jen podařilo rozšířit mezi 124 respondentů, ze kterých jsme při zpracování museli 10 dotazníků vyřadit, protože neodpovídaly zvoleným kritériím, jako byl věk, či místo školy. Více jak polovina respondentů (59 %), byli studenti a studentky z gymnázií. Položkou č. 4 jsme chtěli zjistit, zda ví, co je samotná Alzheimerova choroba. Jednalo se o položku, která byla otevřená a respondenti tak měli možnost rozepsat se. Jak se ukázalo tak, pouhých 17 % respondentů uvedlo, že se jedná o onemocnění mozku. Ale 42 % dotazovaných se správně shodlo, že se onemocnění, které se pojí se ztrátou a poruchou paměti. Z otázky č. 5 jsme se snažili zjistit, kde se s pojmem setkali. Nejvíce studenti uváděli školu a internet. Škola měla zastoupení 40 % respondentů a internet 31%. Další otázkou jsme cílili na to, aby respondenti vypsali, co si myslí, že daná choroba obnáší. A stejně tak jako v položce č. 4 se nejvíce respondenti shodli na tom, že primárně jde o ztrátu a poruchy paměti (52 %). Nerozlišovali ve svých odpovědích, v jakém stádiu nemoci ztráta paměti nastává. Myslíme si, že nemají dostatečné povědomí o stádiích nemoci. V položce č. 8 jsme již dali respondentům možnosti, ze kterých vybírali tu, o které si myslí, že by mohla být správná. V případě, kdy měli studenti sami uvést co je to Alzheimerova choroba, uváděli jako primární faktor zapomínání a poruchy paměti, nezmínili se o onemocnění mozku. V otázce č. 8 již měli možnosti předepsané a 88% respondentů se správně rozhodlo pro možnost **degenerace mozku**. Jednalo se o položku, kde mohli vybrat více možností z nabízených odpovědí. Možnost zhoršení orientace v prostoru a čase byla další z nejčtenějších odpovědí (73 %). V položce č. 10 jsme se dotazovali respondentů, zda si myslí, že je Alzheimerova choroba vyléčitelná. Většina dotazovaných (96 %) respondentů se v odpovědích shodlo, že se jedná o nevyléčitelnou nemoc. V dnešní době již existují medikace, které mohou průběh nemoci zpomalit. Hradecká univerzita vydala v roce 2014 článek o výzkumu, který se chystá realizovat. Jedná se o výzkum, kdy spolupracují s laboratoří ve Skotsku, kde se zaměřují na enzym, který právě v mozku reaguje s bílkovinou, a enzym se touto reakcí časem ničí, což zapříčiňuje onemocnění. Ve skotské laboratoři testují látku na buňkách a v Americe testují na zvířatech. Vedoucí katedry Kamil Musílek (2014) tvrdí, že „Výsledkem může být lék,

trvat to však bude nejméně deset let. Věříme, že naším komplexním přístupem se budeme schopni za nějaký čas dostat k molekulám, které rozvoji nemoci zabrání. Účinné jistě budou, otázkou je, aby nebyly toxické“. Otázka č. 14, navazovala na položku č. 13, kde studenti odpovídali, zda ve svém okolí mají někoho, kdo trpí Alzheimerovou chorobou. Převážná většina odpověděla, že ve svém okolí nikoho takového nemají. Ti, kteří v otázce č. 13 odpověděli ano, v položce 14 vybírali z předem nabízených možností tu změnu, kterou u nemocného zpozorovali. Nejčastěji zmiňované změny se týkaly změn nálad, ztráty soběstačnosti a neschopnosti plnit běžné aktivity. Z čeho vyplývá, že respondenti si změn v nemoci většinou všímají až v pokročilejším stádiu. (Callone et al., (2008, s. 31-33) změny v jednotlivých stádiích nemoci popisuje ve své publikaci. Položky č. 17 a 18 byly zaměřeny na to, abychom zjistili, zda asi respondenti myslí, jaký druh péče je pro nemocného nejlepší a jaké výhody má podle jejich názoru domácí péče oproti institucionální. Kalvach et al, (2011, s. 78-80) se ve své publikaci problematikou práce s lidmi s duševním onemocněním zabývá a uvádí druhy stigmatizace, které jsou pro člověka velmi nebezpečné při špatně poskytnuté péči. Předposlední položkou č. 19 jsme cílili na to, abychom zjistili, zda jsou si respondenti vědomi, služeb, které poskytují pomoc a podporu pro takto nemocné lidi, které mají ve svém okolí. Většina respondentů si není ani vědoma zda taková služba v jejich okolí je. Poslední otázka č. 20 byla otevřená a respondenti měli možnost se libovolně rozepsat o tom, které profese jsou dle jejich názoru nezbytně nutné pro péči o takto nemocného.

Přínos bakalářské práce vidím v tom, že by mohla pomoci lidem, kteří stojí před rozhodnutím, zda umístit svého nejbližšího do instituce nebo si jej ponechat v domácí péči. Práce by mohla lidem v mladém věku rozšířit informace o problematice stáří, které čeká každého z nás a také o zákeřné nemoci, která může potkat kohokoliv naprosto nečekaně. Čím dřív se o problematice Alzheimerovy choroby dozvíme co nejvíce, máme možnost v čas zasáhnout a předejít tak nežádoucím a nepříjemným situacím, které s nemocí souvisí.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili primárně na informovanost studentů SŠ v Olomouckém kraji o Alzheimerově chorobě. Jeden z mnoha aspektů, který hrál roli při výběru tématu, byla osobní zkušenost s péčí o takto nemocné lidi. Mezi další důvody řadíme fakt, že stárnutí populace je aktuálním problémem, který je nutné řešit. Stárnutím populace se zvyšuje riziko výskytu nejrůznějších závažných onemocnění a právě Alzheimerova choroba je jednou z nich.

Práci jsme rozdělili do dvou částí a to teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se zabývali samotnou charakteristikou stáří a změnami, které ve stáří můžeme pozorovat. V navazujících kapitolách jsme se zaměřili na historický kontext a základní informace o Alzheimerově chorobě. Vymezili jsme několik definicí a pohledů jednotlivých autorů na pojem demence. Dále jsme se v práci věnovali varovným příznakům a symptomům Alzheimerovy choroby. Zmínili jsme také samotnou diagnostiku nemoci, faktory, které ovlivňují vývoj, průběh nemoci a mají tak radikální vliv na péči o nemocného, jsme věnovali samotnou podkapitolu. Součástí práce je také vymezení základních, ale nejpotřebnějších podpůrných terapií jako je reminiscence, ergoterapie či bazální stimulace. Poslední velkou kapitolou práce je kapitola, která je věnována období adolescence, dospívání. Kapitola obsahuje definici adolescence a podrobně popisuje jednotlivé fáze adolescenta. Kapitola o adolescenci a dospívání jsme do práce zahrnuli cíleně. A to proto, že celý výzkum byl orientován na studenty středních škol, kteří svým věkem spadají právě do této vývojové etapy života.

Praktickou část jsme věnovali samotnému výzkumu a úkonům, které výzkumu předcházely. Pro vyhodnocení jsme použili dotazníkové šetření. Dotazník jsme konstruovali tak, aby výsledky, které z výzkumu získáme, odpovídali na cíle, které jsme si stanovili před začátkem výzkumu. Pro tvorbu dotazníku jsme zvolili otevřené a uzavřené otázky.

Shrnutím výsledků jsme došli k závěru, že studenti středních škol jsou o Alzheimerově chorobě informováni pouze povrchově. Informace, které o nemoci mají, jsou mnohdy zkreslené a neúplné. Překvapením pro nás byly odpovědi zejména studentů zdravotních škol, které dle našeho názoru neodpovídaly kvalitě, kterou by takto zaměření studenti mít měli. Na základě těchto skutečností, jsme vypracovali i brožuru, která by měla plnit účely pro studijní opory středních škol či pro rodiny pečující o takto nemocného člověka.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Přeložil Hana KAŠPAROVSKÁ. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X
2. CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4
3. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4
4. FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.
5. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
7. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURÁŠKOVÁ, Dana MÜLLEROVÁ, Lucie VIDOVICOVÁ, Lada HABRCETLOVÁ, Martin MATOULEK, Jitka SUCHÁ a Martina ŠIMŮNKOVÁ. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.
8. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2009. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
9. HORT, Jakub a Robert RUSINA. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-004-5.
10. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
11. JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-246-1079-5.

12. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
13. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
14. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
15. KUCKIR, Martina, Hana VAŇKOVÁ, Iva HOLMEROVÁ, Slávka VÍTEČKOVÁ, Eva JAROLÍMOVÁ, Radim KRUPIČKA a Zoltán SZABÓ. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.
16. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
17. MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. *The 36-hour day: a family guide to caring for people who have Alzheimer disease, other dementias, and memory loss*. 6th edition. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2017. ISBN 9781421422220.
18. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2
19. PETROVÁ KAFKOVÁ, Marcela. *Šedivějící hodnoty?: aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2013. ISBN 978-80-210-6310-5.
20. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
21. PIDRMAN, Vladimír a Eduard KOLIBÁŠ. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-363-x
22. POLEDNÍKOVÁ, Lubica a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: OSVETA, 2006. ISBN 80-8063-208-1.
23. POVOVÁ, Jana, TOMÁŠKOVÁ, Hana, ŠERÝ, Omar, AMBROZ, Petr, VAŘECHOVÁ, Kateřina, JANOUT, Vladimír. *Alzheimerova choroba a její rizika pro další generace*. Hygiena, 2013/09/01 2013, vol. 58, no. 3, s. 117-120.
24. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

25. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
26. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing, 2012, 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
27. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
28. THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.
29. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
30. ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.
31. ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) HOLMEROVÁ, Iva et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2013, 2013, **2**(3), 158-164 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/archiv-cisel>
- 2) POŠMURA, Ladislav. *Hradecká univerzita věří, že dokáže přibrzdit Alzheimerovu nemoc* [online]. 2015 [cit. 2019-04-19]. Dostupné z: <https://www.uhk.cz/cs-CZ/UHK/Zpravy/UHK-v-mediich/Hradecka-univerzita-veri,-ze-dokaze-pribrzdit-Alzh>
- 3) POVOVÁ, Jana et al. Alzheimerova choroba a její rizika pro další generace. *Hygiena* [online]. 2013, 2013, **58**(3), 117-120 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- P-PA-IA** - „označuje jednotlivá stadia vývoje demence, která jsou spojena s nároky na péči a podporu. „**P**“ označuje první stadium, které vyžaduje zejména podporu, psychologickou pomoc a poradenství. „**PA**“ je zkratkou pro programované aktivity, které jsou potřebné zejména ve druhém stadiu. „**IA**“ označuje individuální asistenci nutnou ve třetím stadiu, tedy při pokročilé demenci.“ (Holmerová et al, 2013, s. 159)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Mozkové funkce – první stádium ACH	20
Obrázek 2 Mozkové funkce – druhé stádium ACH.....	21
Obrázek 3Mozkové funkce – třetí stádium ACH	22
Obrázek 4 Schéma propojení pohybu, vnímání a komunikace	33

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Hlavní příznaky Alzheimerovy choroby.	55
Tabulka 2 – Co Alzheimerova choroba způsobuje?	56
Tabulka 3 – Zpozorované změny.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Vzor dotazníku

Příloha č. 2 – MMSE test

Příloha č. 3 – Test hodin

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Vývoj morálního uvažování adolescenta.....	39
Graf 2 - Pohlaví.....	47
Graf 3 – Věk respondentů.....	48
Graf 4 – Jakou střední školu studuješ?	49
Graf 5 – Co je to Alzheimerova choroba?	50
Graf 6 – Kde jsi se s tímto pojmem setkal/a?	52
Graf 7 – Popiš, co Alzheimerova choroba obnáší?.....	53
Graf 8 – Co patří mezi hlavní příznaky Alzheimerovy choroby?.....	55
Graf 9 – Co Alzheimerova choroba způsobuje?	56
Graf 10 – Myslíš si, že Alzheimerova choroba postihuje pouze lidi staršího věku?	57
Graf 11 – Je Alzheimerova choroba vyléčitelná?	58
Graf 12 – Je onemocnění dědičné?	59
Graf 13 – Který orgán onemocnění postihuje?	59
Graf 14 – Máš ve svém okolí někoho, kdo trpí Alzheimerovou chorobou?.....	60
Graf 15 – Zpozorované příznaky	61
Graf 16 – Péče o nemocného	62
Graf 17 – Péče o nemocného	63
Graf 18 – Institucionální péče X domácí péče.....	64
Graf 19 – Výhody domácí péče	65
Graf 20 – Dostupná služba v místě bydliště	66
Graf 21 – Pomáhající profese	67

PŘÍLOHA Č. 1 : DOTAZNÍK

Vážení respondenti, jmenuji se Martina Kavulová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

Tento dotazník doplňuje mou bakalářskou práci na téma Informovanost studentů Středních škol v Olomouckém kraji o Alzheimerově chorobě. Analýzou výsledků tohoto dotazníku bych ráda zjistila informovanost a vůbec základní povědomí studentů o problematice Alzheimerovy choroby. Proto bych Vás ráda poprosila o zamyšlení a vyplnění.

Dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity pouze k vypracování bakalářské práce.

Za ochotu předem děkuji.

Martina Kavulová

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Tvůj věk (doplň):

3. Jakou SŠ studuješ? (doplň)

4. Co znamená pojem Alzheimerova choroba? (doplň)

5. Kde jsi se s tímto pojmem setkal/a?

- a) škola
- b) doma
- c) internet
- d) jinde (vypiš)

6. Popiš, co Alzheimerova choroba obnáší.

7. Co patří mezi hlavní příznaky Alzheimerovy choroby? (Více možností)

- a) člověk začíná zapomínat běžné věci či jména blízkých
- b) poruchy emotivity, pozornosti, chování a soběstačnosti
- c) únava
- d) apatie
- e) nevolnosti
- f) jiné (vypiš)

8. Co si myslíš, že Alzheimerova choroba způsobuje? (více možností)

- a) degeneraci mozku
- b) postihuje smysly
- c) mění emoční stránku člověka
- d) agresi
- e) zhoršení orientace v prostoru a čase
- f) jiné (vypiš)

9. Myslíš si, že Alzheimerova choroba postihuje pouze lidi staršího věku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

10. Myslíš si, že je Alzheimerova choroba vyléčitelná

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Myslíš si, že se jedná o dědičné onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Víš, který orgán toto onemocnění postihuje?

- a) mozek
- b) žaludek
- c) srdce
- d) oči

13. Máš ve svém okolí někoho, kdo trpí Alzheimerovou chorobou?

- a) ano
- b) ne

14. Pokud jsi odpověděl/a v otázce č. 13 ANO, jaké příznaky jsi u dotyčného zpozoroval/a? Více možností.

- a) změny nálad
- b) změna osobnosti
- c) inkontinence
- d) ztráta soběstačnosti
- e) třes
- f) neschopnost plnit běžné denní činnosti (péče o domácnost)
- g) Jiné (vypiš).....

15. Myslíš si, že bys byl/a schopna postarat se o takto nemocného člověka?

- a) ano
- b) ne
- c) nepřemýšlel/a jsem o tom

16. Co si myslíš, že obnáší péče o takto nemocného? Vypiš.

17. Myslíš si, že je domácí péče pro nemocného lepší, než péče v zařízení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

18. Jaké výhody podle tebe má domácí péče oproti institucionální. (Vypiš)

19. Je v místě tvého bydliště služba, která poskytuje pomoc lidem s tímto onemocněním?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

20. Vypiš profese, které jsou nezbytné pro lidi, kteří tímto onemocněním trpí.

PŘÍLOHA Č. 2 – MMSE TEST

Orientační diagnostický test (MMSE)

Za každý správně provedený úkol zatrhněte x, tj. 1 bod.

1. *ORIENTACE - odpověď do 10 s*

- Které je toční období?
- Který máme nyní rok?
- Kolikátého je dnes?
- Který den v týdnu je dnes?
- Který je měsíc?
- Ve kterém jsme městě?
- Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- V jaké jsme zemi?
- Jak se jmenuje toto zdravotní zařízení, kde jsme?
- V kolikátém jsme poschodí?

2. *ZAPAMATOVÁNÍ*

"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, abyste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte! Za několik minut se vás na tyto předměty znovu zeptám."

Bod přidělte za každou správnou odpověď. Pořadí je libovolné. Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte útvary, dokud si je nezapamatuje, maximálně však ještě pětkrát. Je to podmínka pro úkol číslo 4, tj. Vybavování.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

"A nyní prosím tato slova opakujte."

3. *POZORNOST A POČÍTÁNÍ*

"Nyní odečtete od 100 vždy 7, až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

Jestliže udělá pacient chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

93 86 79 72 65 (... ..)

Pokud pacient nechce počítat, vyzvěte jej: "Hláskujte pozpátku slovo POKRM."

Dejte vždy bod za každé správné písmeno, např. M R K O P = 5 (... ..)

4. *VYBAVOVÁNÍ*

"A teď, prosím zopakujte slova, která jsem vám před chvílí říkal." Za každou správnou odpověď přísluší jeden bod.

LOPATA ŠÁTEK VÁZA (... ..)

5. POJMENOVÁNÍ PŘEDMĚTU

- "Co je to?" (ukážte hodinky)
- "Co je to?" (ukážte tužku)

6. OPAKOVÁNÍ

Za odpověď celou větou přidejte pacientovi jeden bod. Ale jen je-li odpovězeno bezchybně na první pokus.

"Opakujte!: "První pražská paroplavba." (...)

7. STUPŇOVANÝ PŘÍKAZ

Dejte pacientovi do ruky čistý papír a dejte mu tento úkol: "Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej na půl a dejte ho na zem."

1. stupeň - uchopení papíru do pravice (...)
2. stupeň - přeložení papíru na polovinu (...)
3. stupeň - položení papíru na zem (...)

8. ČTENÍ A PLNĚNÍ PŘÍKAZU

Pacientovi ukažte kartičku s nápisem: ZAVŘETE OČI. Zároveň ho vyzvěte:

"Přečtěte, co je tady napsáno a udělejte to!"

Jeden bod přidejte pacientovi za splnění příkazu do 10 sekund, maximálně na tři pokusy. (...)

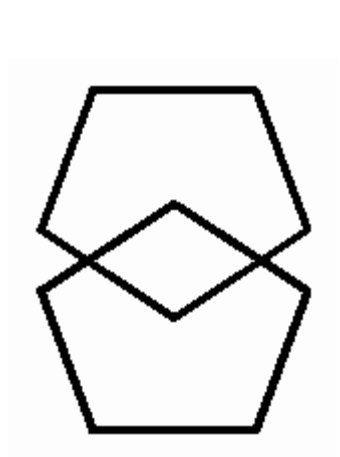
9. PSANÍ

Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej: "Napište libovolnou větu."

Věta může obsahovat pravopisné chyby, musí ale mít smysl a musí obsahovat podmět a přísudek.

10. OBKRESLOVÁNÍ

Dejte pacientovi bílé papíry a psací potřeby, vyzvěte jej, aby namaloval níže uvedený obrázek. Úkol může plnit na několik pokusů, ale v limitu jedné minuty. Nevadí zrotování ani roztřesenost. Musí být ale zachovány všechny strany a všechny úhly. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník.



Dosažené skóre

HODNOCENÍ

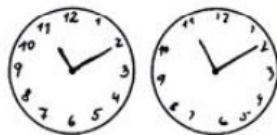
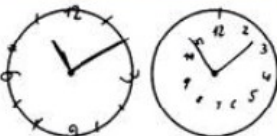
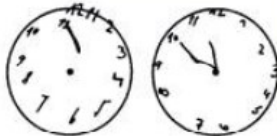
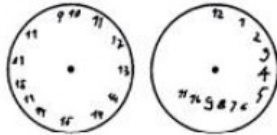
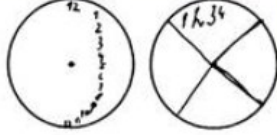
Maximální počet je 30 bodů.

27 - 30 bodů	normální stav
25 - 26 bodů	hraniční nález, možnost demence
10 - 24 bodů	patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
6 bodů	demence středního až těžkého stupně
6 a méně bodů	demence těžkého stupně

(Hermanová et al, 2008, s. 49)

PŘÍLOHA Č. 3 – TEST HODIN

Tento typ testu napomáhá k odhalení postižení kognitivních funkcí, absenci prostorového citění a schopnosti tvořit obrazce. Avšak nelze pouze podle následujícího testu klientovi stanovit diagnózu demence. Test spočívá v tom, že je klientovi předložen papír s předkreslenou kružnicí. Hlavním úkolem klienta je, doplnit čísla tak, aby vznikl klasický hodinový ciferník. Jakmile čísla zaznamená, poprosíme ho, aby nastavoval ručičky dle našich pokynů. Mezi první příznaky postižení kognitivních funkcí na základě tohoto testu pozorujeme špatně zapsané číslice, či čísla zapsaná mimo ciferník, kresby jsou rozpadlé nebo obsahují více jak dvanáct číslic.

Skóre	Popis	Příklady
1	Bezchybné provedení <ul style="list-style-type: none"> • číslice 1–12 ve správném pořadí i místě • dvě ručičky ve správné poloze 	
2	Lehká prostorová chyba ciferníku hodin <ul style="list-style-type: none"> • vzdálenosti mezi číslicemi nerovnoměrné • číslice mimo kruh • otočení papíru s otočením číslic • použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3	Chybné zaznamenání času, zachované prostorové uspořádání hodin <ul style="list-style-type: none"> • pouze jedna ručička • čas zaznamenán slovně „10 hodin 10 minut“ • čas vůbec nezaznamenán 	
4	Střední stupeň prostorové dezorganizace, takže zaznamenání času není možné <ul style="list-style-type: none"> • nepravidelné mezery • zapomenutí čísel • perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 • záměna pravý-levý (čísllice proti směru) • dysgrafie – chybějí čitelné číslice 	
5	Těžká prostorová dezorganizace <ul style="list-style-type: none"> • jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno 	
6	Chybí zakreslení hodin (CAVE: vylučte depresi/delirium) <ul style="list-style-type: none"> • žádný pokus zakreslit hodiny • ani vzdálená podobnost s hodinami • napsáno slovo nebo jméno 	