UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

Stáří a Parkinsonova nemoc

Vedoucí bakalářské práce	PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.
Autor bakalářské práce	Marcela Kožantová
Obor studia	Speciální pedagogika
Typ studia	kombinované
Ročník	3.
Měsíc a rok dokončení	červenec 2010

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Stáří a Parkinsonova nemoc“ vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 27.7.2010

Marcela Kožantová

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za odborné vedení při zpracování této bakalářské práce. Také děkuji všem, především rodičům a nejbližším přátelům, za jejich podporu. V neposlední řadě děkuji respondentům za ochotu hovořit o svém životním příběhu.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá především změnami, ke kterým dochází vlivem stáří a vlivem Parkinsonovy nemoci.

Případová studie odráží dva životní příběhy lidí s Parkinsonovou nemocí reprodukované na základě informací získaných z rozhovorů s nimi. Hlavním cílem bylo seznámení se prostřednictvím životních příběhů s vnímáním vlastního onemocnění u konkrétních jedinců s Parkinsonovou nemocí. Záměrem bylo čerpat informace a doporučení od těchto jedinců a zároveň prohloubení si znalostí o problematice Parkinsonovy nemoci.

Klíčová slova:

Stáří, Parkinsonova nemoc, změny vlivem stáří, změny vlivem Parkinsonovy nemoci

Annotation

This work is mainly focused on changes that occur due to the influence of age and Parkinson`s disease.

This case study reflects two life stories of people with Parkinson`s disease compiled on the basis of information obtained from interviews with them. The main goal was to become acquainted with own perception of the disease in particular individuals with Parkinson's disease through their life stories. The intention was to gather information and recommendations from the particular individuals sufferring from Parkinson`s dinase and also to deepen the knowledge of this illness at the same time.

Keywords:

Old-age, Parkinson`s disease, changes due to ageing, changes due to Parkinson`s disease

OBSAH

ÚVOD 7

1 CÍLE PRÁCE 9

2 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ 10

2.1 Charakteristika raného stáří 10

2.2 Charakteristika pravého stáří 11

2.3 Sociální význam stáří 12

3 CHARAKTERISTIKA PARKINSONOVY NEMOCI 13

3.1 Definice Parkinsonovy nemoci 13

3.2 Příčiny vzniku Parkinsonovy nemoci 13

3.2.1 Nová hypotéza vývoje Parkinsonovy nemoci 14

3.2.2 Typická osobnost jedince s Parkinsonovou nemocí 14

3.3 Prevalence Parkinsonovy nemoci 15

3.4 Oznámení diagnózy Parkinsonovy nemoci 15

3.5 Souvislost Parkinsonovy nemoci se stářím 16

4 ZMĚNY VE STÁŘÍ A ZMĚNY ZPŮSOBENÉ VLIVEM PARKINSONOVY NEMOCI 17

4.1 Tělesné změny 17

4.1.1 Tělesné změny ve stáří 17

4.1.2 Tělesné změny u jedince s Parkinsonovou nemocí 18

4.2 Změny v sociální oblasti 23

4.2.1 Změny v sociální oblasti ve stáří 23

4.2.2 Změny v sociální oblasti u jedince s Parkinsonovou nemocí 24

4.3 Psychické změny 25

4.3.1 Psychické změny ve stáří 25

4.3.2 Psychické změny u jedince s Parkinsonovou nemocí 28

4.4 Přidružené příznaky vyskytující se u Parkinsonovy nemoci 30

4.5 Obecné znaky u pacienta s Parkinsonovou nemocí s pozdním začátkem 31

5 PŘÍPADOVÁ STUDIE 33

5.1 Použitá metoda 33

5.2 Způsob zpracování rozhovorů 33

5.3 Popis respondentů 33

5.4 Průběh spolupráce s respondenty 34

5.5 Paní S. 35

5.6 Pan V. 43

ZÁVĚR 53

Použitá literatura 56

Seznam obrázků 58

Seznam příloh 59

„Život vždycky stál a stojí a bude stát za to,
aby byl dožit. Ono se s ním popravdě
ani nic víc dělat nedá."

JAN WERICH

ÚVOD

Stáří je pojem, se kterým se setkáváme denně, ať již v konkrétní rovině nebo v rovině teoretické. Tento pojem verbálně označuje určitou časovou osu v životě živých organismů i neživých věcí. Zastávám názor, že stárneme již početím, taktéž neživé předměty stárnou ode dne vyhotovení.

Ve svých dvaceti čtyřech letech (v roce 2004) jsem se rozhodla pro zásadní změnu v mém životě – pracovat v zahraničí, konkrétně ve Velké Británii, na pozici zdravotní asistentky a pečovatelky. Pracovní náplň na těchto pozicích má společný cíl, a to pečovat o osoby se sníženou soběstačností, o jejich potřeby s cílem zapojit je do majority s poskytnutím přátelské atmosféry. Činnost jsem vykonávala v několika různých zařízeních, mezi které patřily gerontopsychiatrie, domácí péče a fakultní nemocnice. Proto jsem měla možnost setkat se s desítkami seniorů s různými onemocněními, konkrétně i seniorů s Parkinsonovou nemocí. Právě především pracovní zkušenost s lidmi s Parkinsonovou nemocí a můj vztah ke stáří a k seniorům se staly rozhodujícími pro výběr tématu mé bakalářské práce. Zároveň prostřednictvím této práce bych si ráda prohloubila znalosti o problematice Parkinsonovy nemoci s využitím studia odborné literatury a z osobních výpovědí dvou jedinců s Parkinsonovou nemocí.

V současné době obor speciální pedagogika rozšiřuje své pole působnosti na dobu od narození až do doby stáří. Domnívám se, že problematika Parkinsonovy nemoci si zaslouží náležitou pozornost nejen v oblasti medicínské, ale i v oblasti speciální pedagogiky.

Vzhledem k tomu, že problematika stáří a Parkinsonovy nemoci je velice obsáhlá, rozhodla jsem se pro účely této práce zaměřit se především na změny vlivem stáří a změny vlivem Parkinsonovy nemoci. Zároveň se pokusím charakterizovat stáří a Parkinsonovu nemoc, kdy se hodlám podrobněji zabývat příčinami vzniku Parkinsonovy nemoci a prevalencí Parkinsonovy nemoci.

Případová studie – praktická část práce, bude obsahovat dvě kazuistiky, které hodlám zpracovat na základě získaných informací z rozhovorů od dvou respondentů s Parkinsonovou nemocí, od jejich partnerů, z informací z lékařských zpráv a z informací z dalších zdrojů. Pro získání potřebných informací bude použita metoda semistrukturovaného rozhovoru. Ke zjišťování bude vybrán malý vzorek respondentů (2 respondenti), a tak nelze proto vyvozovat obecné závěry. Budu se moci vyjádřit pouze ke konkrétním případům.

Vzhledem k tomu, že respondenty případové studie jsou dva senioři, hodlám v práci informovat o souvislosti Parkinsonovy nemoci se stářím a o obecných změnách u pacienta s Parkinsonovou nemocí s pozdním začátkem. To proto, že oběma respondentům byla diagnóza stanovena ve věku pozdního začátku Parkinsonovy nemoci.

Hlavním cílem práce bude seznámit se s vnímáním vlastního onemocnění u dvou konkrétních osob s Parkinsonovou nemocí. Záměrem je čerpat informace a doporučení od konkrétních jedinců, kteří onemocněli Parkinsonovou nemocí a zároveň si prohloubit znalosti k problematice Parkinsonovy nemoci.

Práce by mohla být vhodná pro ty, kteří se zajímají o problematiku stáří a problematiku Parkinsonovy nemoci, o to k jakým změnám dochází u jedince ve stáří a zároveň k jakým změnám dochází u jedince vlivem Parkinsonovy nemoci.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce je seznámení se prostřednictvím dvou případových studií s vnímáním vlastního onemocnění u konkrétních jedinců s Parkinsonovou nemocí.

2 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ

2.1 Charakteristika raného stáří

Stárnutím a stářím se zabývá věda zvaná Gerontologie. Vychází z biopsychosociální podstaty člověka a procesů stárnutí (Zavázalová et al., 2001) a *„je současně biologická a lékařská disciplína"* (Ďoubal et al., 1997, s. 58). V knize Vývojová psychologie (Vágnerová, 2007) je stáří označeno jako poslední etapa života, fáze, která je označována jako postvývojová. (Bromley, in Vágnerová, 2007)

Dle Junga je nutno stáří chápat jako výsledek procesu individuace. *„Proces individuace se odehrává především ve druhé polovině lidského života, kdy vnější úspěchy a zisky ztrácejí svůj význam."* (Jung, in Vágnerová, 2007, s. 301) Stáří představuje vrchol osobnostního rozvoje, zvládnutí této fáze je stejně těžkým úkolem jako je dosažení dospělosti. (Jung, in Vágnerová, 2007) Starší člověk již necítí potřebu udržovat své profesně společenské postavení a může si konečně dovolit realizovat dosud nenaplněné vnitřní potřeby, již není zaměřen na obdiv okolí. (Sheehyová, in Vágnerová, 2007)

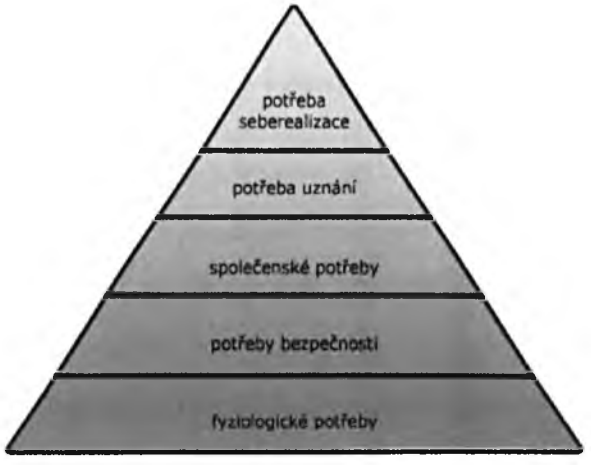
Muži starší 60 let považují za mezník stáří věk v průměru 69,03 let. Pro ženy starší 60 let je průměrný věk dosažení stáří 67,2 let. (Vágnerová, 2007)

V kapitole *Biologický věk a indikátory stárnutí* (Ďoubal et al., 1997) je zmíněno na kolik je důležitý chronologický či kalendářní věk pro určení stáří. Kolektiv autorů se shoduje, že tento věk je spíše orientační, odborníky spíše zajímají dovednosti a vlastnosti daného jedince. Medvedev tvrdí, že jedním z velmi důležitých mechanismů, které mají vliv na stárnutí je dědičnost. (Medvedev, in Ďoubal et al., 1997) Podle slov Ďoubala: *„Teorie volných radikálů, patřící dnes mezi nejčastěji citované teorie stárnutí, vycházejí z dějů na molekulární úrovni. Také její autor D. Harman, se do jisté míry pokusil o překlenutí strukturální vzdálenosti mezi volně-radikálovými reakcemi a úmrtnosti organismu."* (Ďoubal et al., 1997, s. 57) Avšak Armstrong (Armstrong, in Ďoubal et al., 1997) tvrdí, že dodnes žádný z badatelů

nepředložil přesvědčivé kvantitativní vysvětlení vzájemných vztahů na strukturálně rozdílných úrovních.

Obecně známá je pyramida potřeb člověka podle Maslowa, tzv. Maslowova pyramida: *„Je hierarchií lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie má člověk 5 základních potřeb.“* (dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida, 2010)

Obr. 1 Pyramida potřeb dle Maslow



Zdroj: http://is.muni.cz/th/62744/esf_m/

Zajímavý popis starého člověka sděluje Prchlík (1969, s. 13): *„Starý člověk je jiný, než dospělý. Má svoje tělesné i duševní zvláštnosti. Jinak myslí, cítí, prožívá a mění se i jeho chování. Starší člověk nežije hůře nebo lépe, povrchněji nebo hlouběji než mladistvý a dospělý, nýbrž žije jinak.“*

2.2 Charakteristika pravého stáří

Vágnerová ve své knize (2007) popisuje období po 75. roce života jako životní fázi pravého stáří. Po dovršení 80. roku zažívá senior tzv. čtvrtý věk, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace.

Nejčastější zátěžové situace pravého stáří (Zavázalová et al., in Vágnerová, 2007):

- Nemoc a úmrtí partnera – dochází k redukci sociální sítě, k větší sociální izolovanosti. Dle Zavázalové lze považovat za seniory sociálně izolované ty, kteří žijí sami, bez kontaktů s rodinou, sousedy apod. Odhaduje se, že v populaci starších seniorů žije v sociální izolaci minimálně kolem 25% lidí.
- Zhoršení zdravotního stavu – vede k postupné ztrátě soběstačnosti. Z lidí, kteří dosáhli věku 75 let, je soběstačných jen něco kolem 50%.
- Ztráta jistoty a soukromí – spojeno s hospitalizací či přemístěním do ústavní péče.

2.3 Sociální význam stáří

Dle Vágnerové (2007, s. 308) *„je současný postoj ke stáří a starým lidem více negativní, než pozitivní. Veřejnost chápe stáří jako něco přebytečného, jako období, kdy člověk má za úkol pouze chátrat a nevyvíjet se. Hodnotový systém současné seniory znevýhodňuje, což podporují média, která neustále podporují názor, že je třeba pro úspěch krásný zevnějšek a neutuchající svěžest"*.

Zde bych se ráda zmínila o pojmu „ageismus", který shrnuje přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří, kdy společnost nečeká nic pozitivního od seniorů a značí o nízkém sociálním statutu. (Bytheway, in Vágnerová, 2007) Ageismus je definován jako *„apriorní vyřazování starších lidí z různých aktivit, z činností, které vyžadují zvýšenou odpovědnost, pozornost nebo z vedoucích a nadřízených pozic pod dojmem, že nebudou schopni kvalifikovaně rozhodovat a adekvátně jednat. Způsoben je pocitem, že stáří je nemoc, respektive že staří lidé už na většinu věcí prostě nestačí."* (dostupné z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Ageismus, 2010)

3 CHARAKTERISTIKA PARKINSONOVY NEMOCI

3.1 Definice Parkinsonovy nemoci

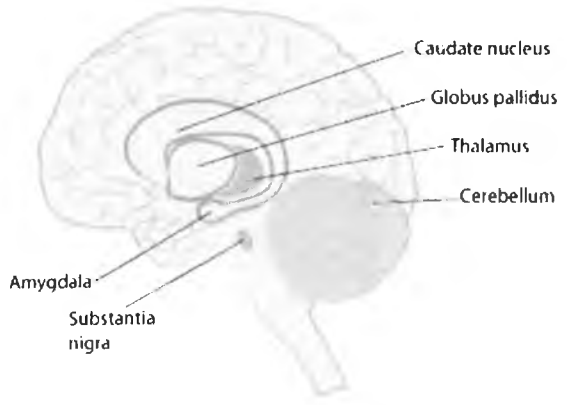
„Klinická definice Parkinsonovy nemoci říká, že jde o progresivní motorickou poruchu v dospělosti, kterou doprovázejí dva nebo více následujících příznaků: klidový třes, bradykineze, končetinová rigidita, v pozdějším průběhu instabilita chůze." (Koukolík, in Jirák, 2004, s. 199) Další popis Parkinsonovy nemoci je definován takto: *„Parkinsonova nemoc je chronické progresivní onemocnění nervové soustavy. Klinickým projevem Parkinsonovy nemoci je hypokineticko-rigidní syndrom provázený obvykle klidovým třesem a posturálními poruchami."* (Růžička et al. 2002, s. 8)

„Parkinsonova nemoc patří mezi extrapyramidové poruchy vznikající při postižení bazálních ganglií a jejich spojů." (Růžička et al., 2002, s. 230) *„Označení extrapyramidová onemocnění či extrapyramidové pohybové poruchy se používá pro pestrou skupinu syndromů a onemocnění vyznačujících se omezením volní a automatické hybnosti a abnormálním držením částí těla nebo mimovolními pohyby."* (Růžička et al., 2000, s. 15)

3.2 Příčiny vzniku Parkinsonovy nemoci

„Vzniká na podkladu degenerativního zániku neuronů pars compacta substantiv nigrae, vedoucího k nedostatku dopaminu ve striatu." (Růžička et al. 2002, s. 8) Nedostatek dopaminu naruší správnou regulaci činnosti bazálních ganglií a tím nemoc propukne. Příčiny odumírání neuronů, však nejsou dosud objasněny. Tudíž i účinná prevence proti Parkinsonově nemoci není známa. (Roth et al., 2009)

Obr. 2 Řez mozkem



Zdroj: http://www.stefajir.cz/?q=parkinsonova-nemoc

Na obrázku č. 2 je znázorněn průřez mozkem, kdy zeleně znázorněné struktury značí bazální ganglia a malá oranžově značená oblast je substantia nigra. (dostupné z: http://www.stefajir.cz/?q=parkinsonova-nemoc, 2008)

3.2.1 Nová hypotéza vývoje Parkinsonovy nemoci

Z výsledků studií Braaka, německého neuropatologa, vznikla nová hypotéza, podle které k prvním změnám dochází několik let před počátkem hybných obtíží v dolní části mozkového kmene a projevují se poruchami spánku, zhoršením čichu a depresemi. Až později dojde ke změnám charakteristickým pro Parkinsonovu nemoc, tedy k hybným projevům způsobených nedostatkem dopaminu, neboť dochází k zániku nervových buněk horního kmene, které dopamin produkují. V dalších fázích se změny přesouvají do mozkových hemisfér, což způsobuje další projevy pozdních fází Parkinsonovy nemoci. Tato hypotéza není zatím všeobecně akceptována a bohužel neodpovídá na příčiny vzniku Parkinsonovy nemoci. (Roth et al., 2009)

3.2.2 Typická osobnost jedince s Parkinsonovou nemocí

Zajímavá jsou zjištění některých badatelů, a to, že existuje tzv. typická osobnost pacienta s Parkinsonovou nemocí. Jedná se o lidi s povahovými rysy, jako je sklon k uzavřenosti, systematičnosti až pedantičnosti, horší přizpůsobivostí a sklonem k depresím. (Roth et al., 2009) Růžička et al. (2000), v tomto ohledu hovoří

o „premorbidní" osobnosti, tj. člověk, který onemocněl Parkinsonovou nemocí má určité osobnostní rysy, o kterých se výše zmiňuje Roth. Jedná se o sklon k depresím, uzavřenosti, opatrnost, perfekcionalismus. Deprese je nejčastějším psychiatrickým projevem provázejícím Parkinsonovu nemoc.

3.3 Prevalence Parkinsonovy nemoci

„Výskyt Parkinsonovy nemoci v Evropě se pohybuje mezi 84 až 187 postiženými na 100 000 obyvatel. Tedy přibližně každý tisící člověk trpí Parkinsonovou nemocí. Toto onemocnění se vyskytuje na celém světě." (Roth et al. 2009, s. 15-16)

Větším počtem studií byla sledována prevalence Parkinsonovy nemoci u osob starších 60 let, kdy byly zjištěny příznaky Parkinsonovy nemoci cca u každého 100. člověka. (Roth et al., 2000)

„Zdá se, že případů pacientů s Parkinsonovou nemocí za posledních 50 let přibylo, je bohužel zatím jen spekulativní, zda se tak děje jen díky zlepšení diagnostiky a prodloužení průměrného věku v populaci. Riziko výskytu Parkinsonovy nemoci u potomků je v případě, že jedinec onemocněl po 50. roce života, pouze 2%. Ovšem riziko dědičnosti stoupá na cca 10 – 20% v případě, že jedinec onemocněl před 40. rokem života." (Roth et al. 2009, s. 15-16) Dle Růžičky se *„výskyt demence zvyšuje s tíží motorického postižení a s jeho typem – akineticko-rigidní forma onemocnění je provázena demencí častěji, než tremor-dominantní typ."* (Růžička et al., 2000, s. 108)

Růžička a Roth (Růžička; Roth, in Jedlička et al., 2005) uvádějí, že mezi pacienty s Parkinsonovou nemocí je lehká převaha mužů (1,2 : 1). Dále zmiňují skutečnost, že výsledky určitých studií poukazují na vyšší výskyt u Indoevropanů než u Afričanů a Asiatů.

3.4 Oznámení diagnózy Parkinsonovy nemoci

Růžička informuje o tom, že důležité je správně oznámit diagnózu. Povinností každého lékaře je podat pacientovi přiměřenou míru informací o dané nemoci,

aby se zabránilo traumatizaci, poté postupně rozšiřovat o další informace a tím získat důvěru pacienta. (Růžička, 2000)

„Pro člověka, který trpí Parkinsonovou nemocí, jsou pouze dvě možnosti: vzdát se, nebo bojovat. Druhá možnost je těžká – přináší nutnost každodenního vzdorování tělesným obtížím i skepsi a nejistotě. Je to však jediná cesta, jak úspěšně nemoci čelit a současně se naučit s ní žít. Ze zkušeností svých pacientů vím, že to možné je.“ (Roth et al., 2009, s. 11)

3.5 Souvislost Parkinsonovy nemoci se stářím

Podle jednoho z významnějších internetových serverů, který se věnuje problematice osobní asistence, je Parkinsonova nemoc považována za jednu z nejčastějších chorob vyskytujících se ve stáří.
(dostupné z: http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=2&detail=4#starnuti, 2009)

Větším počtem studií byla sledována prevalence Parkinsonovy nemoci u osob starších 60 let, kdy byly zjištěny příznaky Parkinsonovy nemoci cca u každého 100. člověka. (Roth, in Růžička et al., 2000)

4 ZMĚNY VE STÁŘÍ A ZMĚNY ZPŮSOBENÉ VLIVEM PARKINSONOVY NEMOCI

4.1 Tělesné změny

Kapitoly *Tělesné změny ve stáří* a *Tělesné změny u jedince s Parkinsonovou nemocí* informují o tom, k jakým tělesným změnám dochází vlivem času a vlivem konkrétního onemocnění.

4.1.1 Tělesné změny ve stáří

Dle Vágnerové (2007) stárnutí přináší zhoršení somatického i psychického stavu. Avšak proces zhoršení je čistě individuálně variabilní. *„Za zdravého lze považovat takového člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocný a je soběstačný – zdraví získává ve stáří jiné dimenze.“* (Pacovský, in Vágnerová, 2007, s. 312)

Zhoršení zdravotního stavu a úbytek kompetencí je typickým projevem stáří. Průběh chorob má sklon k chronicitě. Nejčastější jsou chronická onemocnění oběhové soustavy, kterými onemocní přibližně 75% lidí starších 60 let. (Zavázalová et al., in Vágnerová, 2007) Pozornost zasluhuje nejistota pohybů ve stáří. Ve vysokém věku může právě tato nejistota jedince ohrožovat. Dochází tak k častým frakturám, neboť kosti jsou křehčí. Ve vyšším věku není radno zapojovat se do takových pracovních úkonů, které vyžadují rychlé tempo či náhlé zrychlení. (Švancara, 1979) Četné cévní mozkové příhody mohou nést nepříznivé důsledky I na psychiku. Lidé, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu se hůře soustředí, pomaleji reagují nebo bývají podrážděni. (Vágnerová, 2007)

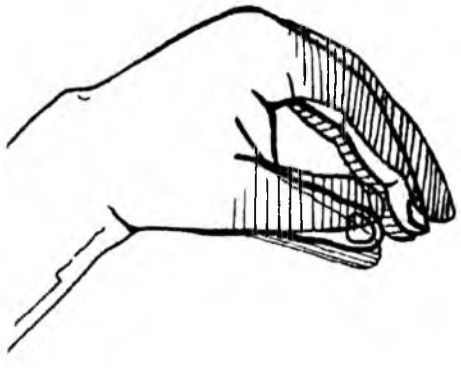
Častým problémem stáří je demence, závažnější úbytek rozumových schopností. Podle Jiráka trpí v populaci demencí 20% 80tiletých (Jirák, in Vágnerová, 2007) Dalším častým jevem stáří, jsou nemoci pohybového ústrojí, které postihují přibližně 40% lidí starších 60 let. (Zavázalová, in Vágnerová, 2007)

4.1.2 Tělesné změny u jedince s Parkinsonovou nemocí

Obtíže počínají tím, že si pacienti stěžují na tíži končetin, bolesti zad, zvýšenou únavnost a sníženou sexuální výkonnost, poruchy spánku, monotónnost hlasu apod. Ovšem tyto prvopočáteční příznaky mohou být projevy i jiných onemocnění, nejen Parkinsonovy nemoci. Proto jsou pro lékaře důležité příznaky, které se dostaví o několik měsíců později a díky kterým již lze určit správnou diagnózu. O Parkinsonovu nemoc se jedná v případě, že se dostaví tyto příznaky: třes (tremor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost a chudost pohybů, poruchy stoje a chůze. Třes bývá charakteristickým znakem tohoto onemocnění, ale je třeba mýt na mysli, že Parkinsonovu nemoc nelze diagnostikovat pouze na základě zjištění třesu. Vyskytují se totiž i lidé s Parkinsonovou nemocí, u kterých se třes neprojevil. Existují ale také jiné nemoci, u kterých se třes naopak vyskytuje. (Roth et al., 2009) Až u 75% pacientů bývá prvním příznakem třes. (Benetin et al., 2007)

- Třes (tremor) – bývá klasickým příznakem Parkinsonovy nemoci. Mezi odborníky je to nejčastější obtíž. (Roth et al., 2009)

Obr. 3 Třes u Parkinsonovy nemoci_detail ruky



Zdroj: Roth et al., 2009

Obr. 4 Třes u Parkinsonovy nemoci

Zdroj: Roth et al., 2009

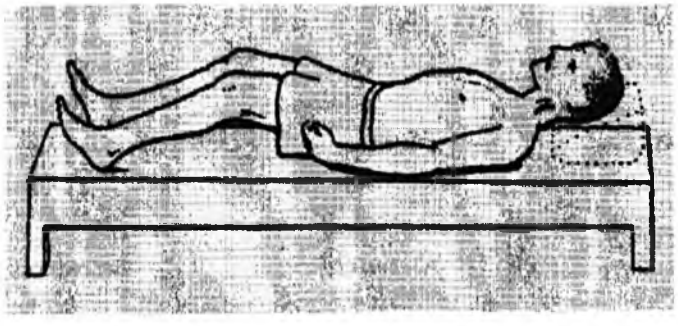
Třes typický pro Parkinsonovu nemoc má několik základních vlastností (Roth et al., 2009):

- ✓ Objevuje se především na končetinách, hlava bývá třesem postižena velmi ojediněle.
- ✓ Začíná obvykle na prstech horních končetin, výrazně buď vlevo nebo vpravo. Pohyb třesoucích se prstů bývá přirovnáván k pohybům při počítání peněz. Pokračováním nemoci se třes přesouvá na stejnostrannou dolní končetinu. Není pravidlem, že přechází i na druhou polovinu těla (obr. 3) a (obr. 4).
- ✓ Frekvence třesu je asi 4 až 6 kmitů za sekundu.
- ✓ Třes je převážně klidového charakteru, tj. Vyskytuje se v situacích, kdy se pacient nehýbe. Jakmile pacient začne rukama něco dělat, tak se zpravidla třes zmírní. V pokročilejších stadiích se třes již nemusí mnohdy zmírňovat a obtěžuje i při samotných pohybech, např. při jídle apod.

- ✓ Rozrušením, strachem či radostí se třes zvýrazní, naopak ve spánku prakticky vymizí.

- Svalová ztuhlost (rigidita) – projevuje se abnormálním zvýšením normálního svalového napětí, které je potřebné k udržení vzpřímeného postoje a k provedení pohybu (obr. 5). Tento příznak začíná většinou nesymetricky, vpravo nebo vlevo. V časných fázích nemoci bývá svalová ztuhlost příčinou pocitu bolesti v ramenech nebo v zádech. (Roth et al., 2009)

Obr. 5 Fiktivní poduška



Zdroj: Růžička et al., 2000

- Zpomalenost (bradykineze), chudost (akineze) a omezení rozsahu pohybů (hypokineze):
  Projevy jsou nezávislé na míře svalové ztuhlosti. Projevují se ztrátou či snížením schopností začít pohyb. Tzv. automatické pohyby jsou sníženy. Spontánnost pohybů je zpomalená. Je to patrné i na mimice, řídkém mrkání, tiché, monotonní řeči, zmenšování písma apod. Typické je, že nemocní mají problém rozejít

se z místa, stále jakoby přešlapují na jednom místě. Vyskytuje se „zamrznutí" pohybu (freezing), kdy uprostřed pohybu nemocný náhle „strne" a není na chvíli schopen jakéhokoli pohybu. (Roth et al., 2009)

Příklady poruchy spontánnosti pohybů (Roth et al., 2009):

- ✓ Tzv. maskovitý obličej – jedinec nedostatečně vyjadřuje pocity ve výrazu tváře. Působí apaticky.

- ✓ Porucha řeči (dysartrie) – vyskytuje se u většiny lidí postižených Parkinsonovou nemocí. Jedná se především o ztišení hlasu a nedostatečnou melodičnost.

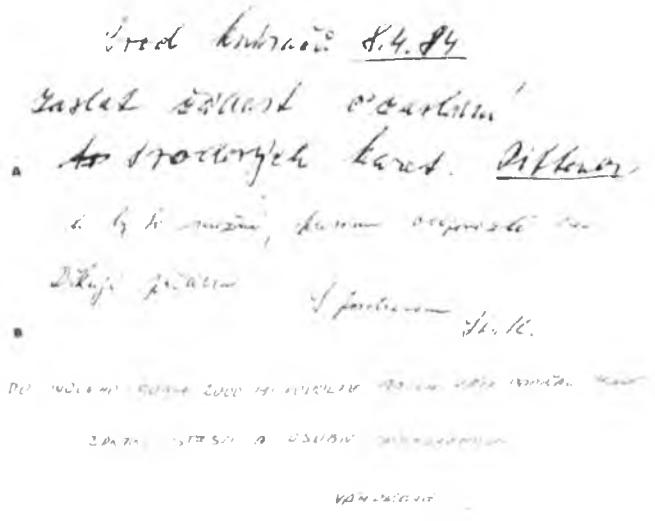
- ✓ Narušení komunikace - Parkinsonova nemoc může mít vliv na komunikaci. Ke snížení schopnosti mluvit může dojít buď nemocí samotnou, nebo užíváním léků na potlačení příznaků tohoto onemocnění. Je velmi důležité zabývat se komunikací s lidmi s Parkinsonovou nemocí. Shwarz doporučuje všem trpícím Parkinsonovou nemocí, aby mluvili tak často, jak to jen jde, a to i sami se sebou – čím více budou trénovat mluvu, tím déle budou soběstační a neodkázáni na pomoc druhých. Je důležité, aby tito lidé vyjádřili své emoce i slovně, neboť výraz ve tváři nemusí odpovídat jeho pocitům díky hypomimii. (Shwarz, 2008)

- ✓ Neklid dolních končetin při usínání – u některých osob dochází k nutkavému pohybu dolních končetin. Uprostřed spánku může dojít k velmi silnému záškubu celým tělem. Což může vyústit až v ohrožení partnera.

- ✓ Porucha písma (mikrografie = zmenšení písma) – je typickým příznakem Parkinsonovy nemoci.

✓ Na následujícím obrázku je znázorněna ukázka písma v různých stádií pacienta – Písmo 8 let před začátkem onemocnění (horní ukázka písma). Písmo v době počínajících příznaků, bez léčby (ukázka písma uprostřed) Po devíti letech trvání nemoci, léčba zavedena – pacient raději používá hůlkové písmo (dolní ukázka písma).

Obr. 6 Mikrografie - vývoj poruchy písma u 44 letého nemocného jedince s Parkinsonovou nemocí od 35 let věku



Zdroj: Růžička et al., 2000

- Poruchy stoje a chůze – jedná se o poruchy, které jsou nedílnou součástí Parkinsonovy nemoci. Tyto příznaky výrazně komplikují lidem s tímto onemocněním život. Charakteristické je sehnuté držení trupu, šíje a pokrčení končetin. Pro pacienty, u kterých je nemoc v pokročilejším stadiu, je typická chůze o drobných krůčcích s nejistými otáčkami, kdy může a dochází až k pádům. Člověku s Parkinsonovou nemocí činí větší potíže chůze po rovině, nikoli do schodů a ze schodů. (Roth et al., 2009)

Obr. 7 Typické držení těla u Parkinsonovy nemoci

Zdroj: Roth et al., 2009

- Náhlé změny hybnosti – k těmto stavům dochází v pokročilých stadiích nemoci. (Roth et al., 2009)

  - ✓ Náhlé zhoršení hybného stavu – bez varovných signálů se objeví zpomalenost či neschopnost pohybu společně s třesem a se svalovou ztuhlostí.

  - ✓ Náhlé těžké mimovolní pohyby (dyskineze)

4.2 Změny v sociální oblasti

Kapitoly *Změny v sociální oblasti v období stáří* a *Změny v sociální oblasti u jedince s Parkinsonovou nemocí* informují o tom, k jakým změnám dochází v sociální oblasti vlivem času a vlivem konkrétního onemocnění.

4.2.1 Změny v sociální oblasti v období stáří

Staří lidé mají vysokou potřebu udržovat kontakt s lidmi, kteří jsou jim blízcí, ze kterých cítí oporu a jistotu. (Lang, in Vágnerová, 2007) Dle Vágnerové se zhoršuje

emoční regulace, staří lidé mají nižší schopnost korigovat své emoce. (Vágnerová, 2007)

Prostor, kde se senioři pohybují se stále zužuje a nakonec se z něho stává velmi limitovaný prostor v rámci domova nebo instituce. Často dochází k izolaci od společnosti a ke ztrátě kontaktů. (Zavázalová, in Vágnerová, 2007)

Po 70. roce života mívá komunikace u takto starých lidí typické znaky. Je poznamenána zhoršením sluchu, úbytkem paměti, změnou kognitivních procesů apod. Problémy se vyskytují jak v oblasti porozumění, tak v oblasti vlastního vyjádření. Postupně se člověk stává závislejším na druhých. Určitou pomocí se stává pečovatelská služba, kdy pečovatelé hrají důležitou sociální roli, protože přispívají k určitému dennímu režimu. (Vágnerová, 2007)

4.2.2 Změny v sociální oblasti u jedince s Parkinsonovou nemocí

Třes bývá pacienty s Parkinsonovou nemocí velmi těžko snášen, neboť se jedná o projev, který je viditelný a zároveň neovlivnitelný. Stává se, že právě třes u takto nemocných lidí je příčinou mnoha sociálních zábran. (Roth et al., 2009)

Tzv. maskovitý obličej – jedinec nedostatečně vyjadřuje pocity ve výrazu tváře, působí apaticky. (Roth et al., 2009) Je důležité, aby tito lidé vyjádřili své emoce i slovně, neboť výraz ve tváři nemusí díky hypomimii odpovídat jejich pocitům. (Shwarz, 2008)

Porucha písma (mikrografie = zmenšení písma) – je typickým příznakem Parkinsonovy nemoci. Může velmi komplikovat situace, které vyžadují stejný podpisový vzor. (Roth et al., 2009)

Porucha řeči (dysartrie) – vyskytuje se u většiny lidí postižených Parkinsonovou nemocí. Jedná se především o ztišení hlasu a nedostatečnou melodičnost. (Roth et al., 2009) Parkinsonova nemoc může mít vliv na komunikaci.

Ke snížení schopnosti mluvit může dojít buď nemocí samotnou nebo užíváním léků na potlačení příznaků tohoto onemocnění. (Shwarz, 2008)

4.3 Psychické změny

Kapitoly *Psychické změny ve stáří* a *Psychické změny u jedince s Parkinsonovou nemocí* informují o tom, k jakým psychickým změnám dochází vlivem času a vlivem konkrétního onemocnění.

4.3.1 Psychické změny ve stáří

„V období stáří se různým způsobem mění i mnohé psychické funkce. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starší lidé reagují, jsou individuálně rozdílné.“ (Vágnerová, 2007, s. 315)

Ráda bych zde zmínila tvrzení Kolaříkové (Prchlík, 1969), která se domnívá, že prožitky a smiřování se se stářím jde ruku v ruce s temperamentem a převažující životní náladou. Optimista se snáze přenese přes vzniklé potíže spojené se stářím, naopak člověk se sklonem ke smutku může prožívat stáří ještě smutněji a depresivněji, než svůj život v mládí. I na tento fakt je nutno myslet a vždy pracovat s uměním empatie.

Je důležité zaměřit se na schopnost percepce. Percepce je dle elektronické encyklopedie definována *„jako vnímání, které zachycuje to, co v daný okamžik působí na smysly, informuje o vnějším světě (barvy, chuť) i vnitřním (bolest, zadýchání). Vnímání je subjektivním odrazem objektivní reality v našem vědomí prostřednictvím receptorů. Umožňuje základní orientaci v prostředí, respektive v aktuálním prostředí. Výsledky vnímání jsou počitky a vjemy.“*
(dostupné z:http://cs.wikipedia.org/wiki/Percepce)

Příjem podnětů bývá narušen zhoršováním zrakových a sluchových funkcí. Pro staršího člověka to znamená nutnost více se soustředit a mnohdy použít kompenzační pomůcku (sluchadla, silnější brýle), ale i přes tyto pomůcky má problém s prostorovou orientací. (Vágnerová, 2007)

Jak zmiňuje Carstensen, věk přináší i pozitiva: *„Celoživotní zkušenost se v raném stáří projevuje lepším porozuměním vlastním emocím.“* (Carstensen et al., in Vágnerová, 2007, s. 335) Intimita se ve stáří projevuje jinak než dříve. Nejdůležitější roli zde hraje potřeba blízkosti druhého. Zajímavé je, že ve stáří dochází k posílení párové identity u těch párů, které spolu strávily většinu svého života. Jedná se o to, že opět začne převládat pocit „my“ nad individuálním „já“. Co se týče sexuality jako takové, z výsledků studií vyplývá, že nezanedbatelná část lidí má i v tomto věku sexuální potřeby, které dovede uspokojovat. (Zvěřina, in Vágnerová, 2007) Proměny emočního prožívání nemusí být ani v pozdním stáří příliš nápadné. (Labouvie-Vief, in Vágnerová, 2007) V období pozdního stáří klesá intenzita a frekvence emočních prožitků, jejich kvalita se mění málo a pomalu. (Novotná; Daatland, in Vágnerová, 2007)

V pozdním stáří dochází k proměně kognitivních funkcí, proces zpomalování se prohlubuje. (Rabbitt; Maylor, in Vágnerová, 2007) Dochází k dalšímu poklesu fluidní inteligence – staří lidé jsou méně flexibilní, jejich reakce jsou pomalejší, nové informace nedokáží dostatečně zpracovat a uchovat. Po 70. roce života, výjimečně až po 80. roce života dochází k postupnému zhoršování krystalické inteligence. Lidé ztrácejí schopnost používat dříve osvojené znalosti, způsoby uvažování. (Whithbourne et al., in Vágnerová, 2007)

Ve stáří dochází ke zhoršení časového odhadu. Je to zapříčiněno zpomalením psychických procesů. Staří lidé mají pocit, že na ně ostatní spěchají. Důsledkem časového zmatení může být stres. (Draaisma, in Vágnerová, 2007) Podle Schaie a kolektivu je pro seniory ve fázi pozdního stáří velmi důležitá nezávislost. Senioři jsou v tomto období více vázáni na krystalickou inteligenci. Avšak ke konci 7. a na počátku

8. desetiletí života dochází k progresi zhoršení i krystalické inteligence. (Schai et al., in Vágnerová, 2007)

„Ve stáří dochází k postupné proměně intelektových funkcí. Rychlost proměny a míra jejího úbytku je individuálně variabilní a závisí na mnoha faktorech, biologických i sociálních. Biologické a sociální faktory se vzájemně ovlivňují." (McClearn, Petrill, in Vágnerová, 2007, s. 326) *„Ani v době raného stáří změny nepostihují složky inteligence stejnou měrou, kdy jejich úbytek se projevuje v různé míře. Zároveň stáří je charakteristické tím, že člověk dosahuje jakéhosi nadhledu, obecně označováno jako moudrost, ale zároveň ubývá bystrost a kreativita."* (Stuart-Hamilton, in Vágnerová, 2007, s. 327)

Na tomto místě se zmíním o charakteristickém znaku seniorů, a to o jejich potřebě stereotypu, „zaběhlého" postupu. Ze své mnohé zkušenosti s prací se seniory mohu jen souhlasit se slovy Whitbourne a Rabbitta, kteří tvrdí, že uvažování starších lidí mívá společné znaky, které jsou podmíněny stárnutím, ale i změnou životního stylu. Zvětšuje se tendence k dogmatismu, k odmítání nových a neověřených způsobů uvažování. Senioři dávají přednost rutině a stereotypu. A proč ten strach z něčeho nového? Děje se proto, že dochází k pomalejšímu zpracování informací a porozumění kontextu, starší člověk se obtížně orientuje, proto se hůře přizpůsobuje. (Whitbourne; Rabbitt, in Vágnerová, 2007)

„V raném stáří se začínají objevovat nedostatky paměťových funkcí a s nimi spojené obtíže v učení. Zhoršení paměti je běžně známým projevem stárnutí, který ve značné míře souvisí i s větší unavitelností a obtížnější koncentrací pozornosti. Někdy může jít o důsledek somatického onemocnění, především různých variant postižení CNS (centrální nervová soustava), ale na paměť starších lidí může mít nepříznivý dopad např. i kolísání hladiny krevního cukru, resp. zvýšená hladina inzulinu. Zhoršení paměťových funkcí má průběh individuálně specifický." (Vanhanen, in Vágnerová, 2007, s. 321) Z praxe se seniory mohu potvrdit, že zhoršení paměťových funkcí je záležitost individuální a každý jedinec reaguje na projevy stáří jinak. U někoho

se deficity v paměti objeví již v raném stáří, u někoho v pravém stáří a někdo má to štěstí, že se dožije vysokého věku bez znatelných známek potíží s pamětí.

4.3.2 Psychické změny u jedince s Parkinsonovou nemocí

Psychické problémy se u pacientů s Parkinsonovou nemocí objevují velmi často, a to v každé fázi nemoci. Jde především o deprese. *"Deprese je nejčastějším psychiatrickým projevem provázejícím Parkinsonovu nemoc."*(Růžička et al., 2000, s. 106)

Příznaky deprese se projevují velmi plíživě a postupně zahlcují celou mysl nemocného. Rodinní příslušníci ne vždy rozpoznají závažnost psychického stavu svého blízkého. Pozdě rozpoznaná či neléčená deprese vede k sebevražednému pokusu či dokonané sebevraždě. Deprese není závislá na stupni hybného postižení. (Roth et al., 2009) *"Nejméně 50% nemocných prožije v průběhu onemocnění období deprese."* (Růžička et al., 2000, s. 106) Deprese je obecně charakterizována 2 týdenním trváním depresivní nálady takového stupně, kdy se jedinec vyznačuje ztrátou zájmu a radosti z oblíbených aktivit, snížením energie a zvýšenou únavností. Dále se přidávají stavy neoprávněných sebevýčitek, vracející se myšlenky na smrt, snížená schopnost soustředit se a poruchy spánku. Deprese může být jedním z prvních příznaků, jindy nastupuje až v těžších stadiích a v období pozdních komplikací. Průvodním jevem každého závažného chronického onemocnění je úzkost. (Růžička et al., 2000)

Někteří pacienti s Parkinsonovou nemocí v pokročilejším stupni mohou působit dojmem duševní nedostatečnosti – pomalá a monotónní řeč, někdy až obtížně srozumitelná, chudost pohybů, zpomalené reakce, maskovitý obličej bez mimiky, bez projevů emocí. Tyto projevy se odborně nazývají bradyfrenie. I přes tyto projevy, je pacient schopen svého úsudku, prožívá citové vztahy, má reálný náhled na svou osobu i na činy okolí. (Roth et al., 2009) Za jeden z klasických parkinsonských projevů je považována bradyfrenie. Je duševní obdobou hybného zpomalení. Bradyfrenie nemá jednoznačný obsah, pojmem je myšlen soubor příznaků jako apatie, zpomalené využití dříve získaných znalostí a poruchy pozornosti. (Růžička et al., 2000)

V pokročilých stadiích nemoci může dojít k nahlé změně duševní kondice, takřka z hodiny na hodinu. (Roth et al., 2009)

- ✓ Náhle vzniklé stavy zmatenosti a nenormálního chování – příčinou mohou být kromě předávkování užívanými léky i infekce nebo stavy po úrazu mozku.

"Menší část pacientů s Parkinsonovou nemocí trpí v pozdních fázích onemocnění úbytkem rozumových schopností, intelektu (tzv. demencí). Pokud se u pacienta s Parkinsonovou nemocí výraznější úbytek intelektových funkcí projeví, je jeho schopnost dále pracovat, pečovat o sebe zhoršena či téměř zněmožněna. Nemocní začínají selhávat v běžných denních aktivitách, zapomínají a bloudí. Může u nich docházet ke stavům zmatenosti. Později mohou přestávat rozpoznávat své nejbližší. Proč k tomu u některých nemocných dochází, není doposud objasněno a léčebné možnosti k zásadnějšímu ovlivnění demence jsou u nemocných s Parkinsonovou nemocí zatím mizivé. U některých osob se nemusí rozvinout obraz plně vyjádřené demence, ale některé specifické duševní funkce mohou být omezeny. Obvykle to bývá porucha orientace v prostoru nebo porucha paměti." (Roth et al., 2009, s. 31)

S výskytem demence se setkáváme u 10-20% lidí s Parkinsonovou nemocí. Ve výskytu demence hraje roli věk na začátku onemocnění Parkinsonovou nemocí. Clovek s Parkinsonovou nemocí časného typu (do 40 let věku) má podstatně vyšší šance, že jeho onemocnění nebude doprovázeno demencí. Vyšší riziko výskytu demence je u Parkinsonovy nemoci s pozdním začátkem. (dostupné z: http://parkinson-cz.net/forum3/n_p_a_vek.php)

„Porucha paměti se považuje za hlavní příznak demence, jejíž tíže se hodnotí právě podle závažnosti poruchy paměti. Paměťové poruchy se však nacházejí i u nedementních pacientů, a naopak u dementních nemocných s Parkinsonovou nemocí mohou být – na rozdíl od Alzheimerovy nemoci – některé kvality paměti zachovány. Paměť totiž není unitární funkce, podle různých kritérií ji lze dělit do několika funkčních oddílů, které mohou být postiženy samostatně." (Růžička et al., 2000, s. 111)

- ✓ Primární paměť – udržuje informaci, která je středem aktuální pozornosti. Jestliže u jedince s Parkinsonovou nemocí jsou zjištěny poruchy primární paměti, pak se projevují spíše jako deficit pozornosti. (Růžička et al., 2000)
- ✓ Sekundární (dlouhodobá paměť) – lze ji dělit (Růžička et al., 2000):

  Paměť explicitní – tato paměť se týká údajů získaných učením a přístupných vědomému vybavení. Mnohými studiemi bylo zjištěno, že aktivní vybavování předem obdržené informace je u jedinců s Parkinsonovou nemocí narušeno.

  Paměť implicitní – vztahuje se k paměťovým dějům s nízkým podílem vědomé kontroly pro zapamatování. U pacientů s Parkinsonovou nemocí bývá tato forma paměti narušena a pacienti mají problém naučit se nové dovednosti či si vybavit již dříve získané automatické úkony.

4.4 Přidružené příznaky vyskytující se u Parkinsonovy nemoci

Další příznaky (Růžička et al., 2000):

- Poruchy pohybů očí a víček
- Vegetativní dysfunkce – v různé míře jsou přítomny u všech pacientů s Parkinsonovou nemocí
  - ✓ Obstipace (zácpa)
  - ✓ Dysfagie (potíže s polykáním)
  - ✓ Sialorrhoea (nadměrná tvorba slin)
  - ✓ Seborrhoea (zvýšený mazotok kůže) – obzvláště na obličeji
  - ✓ Hyperhidrosis (zvýšené pocení)
  - ✓ Ztráta tělesné hmotnosti – v pokročilejších stadií
  - ✓ Ortostatická hypotenze (náhlý pokles krevního tlaku)
  - ✓ Sexuální poruchy – asi u 1/3 pacientů s Parkinsonovou nemocí
  - ✓ Poruchy spánku - časté
  - ✓ Termoregulace – bez výrazných změn u lidí s Parkinsonovou nemocí

- Senzorické dysfunkce
  - ✓ Zvýšení čichového prahu
  - ✓ Zhoršení v rozlišování kvalit podle čichu
- Senzitivní dysfunkce
  - ✓ Freezing – pacienti popisují jako nepříjemné pocity dyskomfortu

4.5 Obecné změny u pacienta s Parkinsonovou nemocí s pozdním začátkem

Přibližným věkovým rozmezím začátku Parkinsonovy nemoci pozdní formy je věk 65-70 let. Parkinsonova nemoc s pozdním začátkem se několika svými rysy liší od klasické formy onemocnění i od nemoci s časným začátkem. Hlavním rysem Pakinsonovy nemoci s pozdním začátkem je rychlý rozvoj onemocnění. S vyšším věkem se obvykle léčebná odpověď snižuje. K nemoci se přidávají další příznaky, jejichž podíl na postižení se časem zvyšuje – poruchy výslovnosti, problémy s držením těla, nestabilita postoje a poruchy chůze, častěji dochází k úbytku mentálních schopností, mohou se objevit psychotické komplikace spojené s léčbou (halucinace, bludy), menší riziko rozvoje mimovolních pohybů a kolísání hybnosti než u časné formy onemocnění. (dostupné z: http://parkinson-cz.net/forum3/n_p_a_vek.php)

Pacientka postižená Parkinsonovou nemocí subjektivně hodnotí hlavní rozdíl mezi Parkinsonovou nemocí s pozdním začátkem a Parkinsonovou nemocí s časným začátkem: "*Hlavní rozdíl je v tom, že všechny příznaky jsou mnohem intenzivnější a probíhají skokem. Mně Parkinsonovu nemoc identifikovali v roce 2002, tedy před 8 lety. A to jen proto, že jsem špatně chodila a rodině to vadilo víc než mě. Tak jsem šla k lékaři a ten mi po vyšetření sdělil, že se pravděpodobně jedná o Parkinsonovu nemoc. Od té doby se můj stav rychle zhoršil, příznaky se objevovaly skokem. Vyvrcholilo to letos v únoru, kdy jsem si ráno ještě mohla dojít na záchod a k večeru jsem se ani nepostavila. Od té doby se léčím intenzivně, ale stejně se nemohu pohybovat sama. Chodit se učím, ale sama se nepostavím ani nikam nedojdu. Všechno*

jde mnohem rychleji než u člověka, kterému byly příznaky PN zjištěny v mladším věku."
(respondent, žena, věk: 79 let)

Při léčbě Parkinsonovy nemoci ve stáří a celkově u všech lidí vyššího věku se nedoporučuje podávat léky, které mohou vyvolávat či zhoršovat psychické změny. V nejtěžších případech Parkinsonovy nemoci ve stáří může téměř jakýkoli lék zhoršovat tělesné a psychické komplikace onemocnění. Život v těžkých fázích Parkinsonovy nemoci je ztížen úbytkem mentálních funkcí, depresí, možnými psychotickými projevy, poruchami chůze a postoje, což vede k nepředvídatelným a nebezpečným pádům. (dostupné z: http://parkinson-cz.net/forum3/n_p_a_vek.php)

5 PŘÍPADOVÁ STUDIE

5.1 Použitá metoda

Zatímco předchozí část mé bakalářské práce vychází především ze studia literatury k danému tématu, pro zpracování případové studie jsem zvolila formu kvalitativního přístupu a metodu semistrukturovaného rozhovoru.

5.2 Způsob zpracování rozhovorů

Otázky byly předem vypracovány s tím, že jsem počítala s možností, že mohou být během rozhovoru doplněny o další. Rozhovor jsem se snažila vést, ale zároveň jsem využívala i nových témat, která vznikla.

Otázky, které uvádím v příloze nazvané *Otázky pro respondenty*, byly vodítkem pro zpracování případové studie a zároveň byly podkladem pro rozhovory s respondenty.

Držela jsem se zásady triangulace. Informace k případové studii pana V. jsem získala z rozhovoru s respondentem, z rozhovoru s jeho manželkou a z lékařských zpráv. Informace k případové studii paní S. jsem získala z rozhovoru s respondentkou S., z elektronické komunikace s jejím manželem a z jejích osobních webových stránek.

Kladla jsem důraz na etiku během provádění rozhovorů, protože se domnívám, že mé zvolené téma je velmi citlivé, a tak jsem mnohdy uznala i krátkou odpověď jako dostačující a více jsem se k dané otázce nevracela nebo až tehdy, kdy jsem uznala, že je respondent lépe připraven odpovědět blíženi na konkrétní otázku.

5.3 Popis respondentů

Respondenty jsem volila selektivní metodou, kdy jsem se držela konkrétního tématu. Proto jsem si zvolila dva jedince, kterým byla diagnostikována Parkinsonova nemoc. A sice pana V., 81 let, kterého jsem znala ještě v době, kdy byl zdráv, čili shledávám jako výhodné, že mohu ke kazuistice přidat i subjektivní vyjádření k vývoji změn v životě pana V. Jako druhého respondenta jsem zvolila ženu, paní S.,

74 let. Paní S. sice znám delší dobu, ale spíše povrchně a měla jsem zájem seznámit se s jejím životním příběhem spjatým s Parkinsonovou nemocí důvěrněji.

5.4 Průběh spolupráce s respondenty

Oslovení budoucí respondenti přijali velmi ochotně spolupráci formou rozhovoru a rádi mi sdělili svůj životní příběh spojený s Parkinsonovu nemocí. Zároveň byli ochotni předat svá doporučení pro lidi se stejným onemocněním. Byla jsem nadšena z jejich ochoty, která se projevovala během celé fáze spolupráce.

Rozhovory s respondenty jsem provedla osobně, před zahájením rozhovoru jsem každého z respondentů poprosila, aby podepsal souhlas se zveřejněním dat, který si důkladně přečetli a podepsali. Oba podepsané souhlasy mám uloženy. V příloze nazvané *Souhlas respondentů se zveřejněním jejich příběhu s Parkinsonovou nemocí* je vložena kopie jeho znění.

Rozhovory probíhaly pokaždé tak, že jsem odpovědi zapisovala přímo na místě, s čímž oba respondenti souhlasili. Snažila jsem se provádět rozhovory v klidném prostředí a zároveň v soukromí. Rozhovory s respondentkou S. jsem provedla v klidné kavárně a rozhovory s respondentem V. jsem provedla v jeho domácnosti. Obě prostředí byla respondenty vybrána, tudíž se právě tam cítili příjemně. Pro účely této práce jsem se s každým z respondentů setkala dvakrát, neboť se jedná o náročné téma a vzhledem k rychlejší unavitelnosti respondentů by ani nebylo jedno setkání vhodné.

Pokud došlo k oboustrannému ostychu, ten opadl velmi rychle a respondenti se sami rozpovídali o svém životě s Parkinsonovou nemocí a rozhovor obohacovali mnohými zážitky ze života.

5.5 Paní S.

Životní příběh paní S. spojený s Parkinsonovou nemocí mě velmi zajímal, a tak jsem neváhala a oslovila jsem ji s přáním zveřejnit její příběh v mé bakalářské práci.

Přes elektronickou komunikaci a posléze osobně, jsem paní S. seznámila s mým záměrem, o čem bych ráda psala a proč. Velmi jí téma zaujalo a formou elektronické komunikace vyjádřila předběžný souhlas k poskytnutí rozhovoru. První reakce respondentky na mou prosbu byla tato: *„Dobrý večer, Marcelo, mám vždycky radost, když se zajímají studenti, mladí sociální pracovníci nebo vnoučata."* S paní S. jsme se sešly dvakrát pro účel provedení rozhovorů. Na začátku prvního rozhovoru respondentka podepsala souhlas se zveřejněním jejího příběhu. Pro upřesnění informací jsme spolu byly i v kontaktu elektronickém. K získání dalších informací o paní S. mi dopomohl manžel paní S., který mi poskytl odpovědi na mé dotazy formou elektronické pošty a také osobní webové stránky respondentky.

Paní S. je 74 let, je vdaná, nyní je ve starobním důchodu. Vystudovala střední školu s maturitou a po celý život se věnovala profesi zdravotní sestry či povoláním s touto profesí spojených. Syn jí tragicky zahynul ve svých 22 letech. Roku 2001 jí byla stanovena diagnóza Parkinsonova nemoc. Od paní S. se dozvídám, že její zesnulý syn trpěl epilepsií, která se mu projevila v období dospívání. Epilepsií ještě trpěla její teta z maminčiny strany. Respondetka sama epilepsií netrpí. Během rozhovoru nahlas přemýšlí o tom, zda epilepsie nehraje nějakou roli ve vzniku Parkinsonovy nemoci. Není jí známo, že by někdo z její rodiny dosud onemocněl Parkinsonovou nemocí.

V odstavci níže je popsán sled událostí před určením správné diagnózy paní S.

Paní S. měla několik let podezření na to, že má Parkinsonovu nemoc, neboť sama je zdravotní sestra (již zmíněno výše), tudíž příznaky Parkinsonovy nemoci jí byly dobře známy. Na můj dotaz, zda by byla schopna vyjmenovat několik příznaků Parkinsonovy nemoci zareagovala velmi rychle a vyjmenovávala jeden příznak za druhým. Původně ale zpomalení a ztuhlost pohybu přikládala stresu po smrti syna,

stejně tak jako její kolegové – zdravotníci. Spíše si všichni kolem mysleli, že se jedná o stavy depresivní. Svému obvodnímu lékaři nikdy neměla a nemá obavy svěřovat své pocity o zdravotním stavu. Paní S. v něm nachází oporu, vždy ví, že se na něj může obrátit. Ještě před stanovením diagnózy konzultovala své stavy a pocity jak s obvodním lékařem, tak s neurologem. Neurolog zpočátku tvrdil, že se nejedná o Parkinsonovu nemoc. Respondetka byla ovšem jiného názoru a své podezření řešila s psychiatrem, který doporučil podrobnější vyšetření na specializované neurologické klinice, neboť trpěla depresemi a úzkostnými stavy, které mohly předznamenávat Parkinsonovu nemoc, nikoli spojitost s úmrtím syna. Byla jí nasazena antidepresiva, která pomohla srovnat psychický stav. Deprese se u ní projevila především apatií. Celé toto období trvalo cca 4 roky, než jí byla indikována Parkinsonova nemoc. Byla léčena pouze antidepresivy. Ke správné diagnóze došlo shodou okolností, když byla respondetka na neurologické ambulanci kvůli vyšetření krční páteře. Do té doby nevzniklo od lékařů žádné podezření na Parkinsonovu nemoc. Paní doktorce se během vyšetření *„něco nezdálo"*, poradila se se svými kolegy a nakonec, ještě v týž den, bylo respondentce sděleno, že se jedná nejspíše o Parkinsonovu nemoc. Odtud tedy pocházely její problémy se zády, šíjí a podobně, což jsou průvodní příznaky možné počínající Parkinsonovy nemoci. Příznaky byly respondentce dobře známy, vzhledem k její profesi zdravotní sestry, a tak nevyžadovala žádné velké vysvětlování v souvislosti s nemocí.

Od stanovení diagnózy, po dobu cca 3 měsíců, se u paní S. opět projevily stavy deprese, stavy naprosté apatie - o domácnost se jí tehdy starala její maminka.

Paní S. dobře a rychle pochopila, že je nutností, aby se člověk smířil s diagnózou, ať je už jakákoli a naučil se s ní žít. Tvrdí, že je třeba stále doufat ve vyléčitelnost nemoci a neztrácet naději. Od stanovení diagnózy se respondentka se situací vyrovnala do půl roku, k čemuž jí pomohlo i správné určení diagnózy, neboť ta nejistota byla podle slov paní S. možná horší, než diagnóza sama. Svými slovy popisuje pocity, kdy nevěděla, co s ní je v nepořádku: *„Čtyři roky trvalo, než mi byla diagnóza určena, a to je dlouhé čekání a velká nekonečná nejistota."*

A nyní, zjištěním diagnózy, se paní S. zároveň dost ulevilo. Pro paní S. bylo velmi nepříjemné vědět, že není vše v pořádku a nevědět proč. Nejbližší okolí jí pomáhalo, jak to jen bylo možné, aby se co nejrychleji vyrovnala s novou situací. Respondentka nejvíce za pomoc děkuje své mamince, která bohužel před dvěma lety zemřela a svému manželovi. Manžel byl již před tím, než jí byla zjištěna Parkinsonova nemoc částečně informován, co znamená toto onemocnění pro ni a jejich společnou budoucnost, neboť měla již delší dobu podezření, že ji tato nemoc postihla (jak je již výše zmíněno).

Manžel paní S. mi sdělil, že se snažil stát nohama na zemi, aby byl tou správnou oporou. Snažil se o této zákeřné nemoci získat co možná nejvíce informací z různých zdrojů, aby mohl manželce co nejlépe pomoci zvládat tuto novou situaci. Paní S. se domnívá, že manžel dobře pochopil, jak se k ní má chovat v určitých situacích a jaké příznaky ji budou provázet a tížit. Paní S. cítí velkou oporu ve své rodině, nicméně snaží se nezneužívat toho, že je nemocná. Uvědomuje si, že přijdou chvíle, kdy pomoc a opora budou daleko potřebnější než nyní. Paní S. se snaží být samostatná, dokud je to možné.

Po stanovení diagnózy jí velmi pomohla rada pana profesora Růžičky, který jí doporučil, aby se obrátila na Společnost Parkinson o.s. s žádostí o informace. Respondetka S. poměrně rychle zareagovala na tuto pobídku, přihlásila se ke společnosti a brzy poté se zúčastnila rekondičního pobytu s dalšími padesáti parkinsoniky. Tento pobyt jí podle jejích slov definitivně pomohl vyrovnat se s onemocněním. A to především díky tomu, že paní S. viděla, že není s tímto onemocněním zdaleka sama. Najednou kolem ní byli lidé se stejným problémem a řešili ho společně. Nemusela se již stydět za některé nemilé příznaky. Najednou pociťovala svobodu a možnost otevřeně hovořit s dalšími o svých problémech spojených s Parkinsonovou nemocí.

Paní S. se velmi záhy objevila příležitost založit jeden z klubů Společnosti Parkinson o.s. a díky svým osobním zkušenostem a zkušenostem ze zdravotnictví mohla skutečně pomoci druhým parkinsonikům radou a informacemi. Toto poslání jí nesmírně naplňuje život již několik, a to i přes veškeré problémy. Na paní S. je vidět

radost z jejích počinů. Manžel respondentky potvrdil: *„Pravidelná setkání s dalšími parkinsoniky mé manželce velmi prospívají a jsem rád za to, že našla i přes své závažné onemocnění nový smysl pro co žít."*

Život s diagnózou Parkinsonova nemoc se paní S. změnil částečně od doby, kdy byla zdráva. Část společenského života zůstala v pozadí, a to především sport a tanec, v neposlední řadě se nemůže věnovat své profesi zdravotní sestry, kterým tolik žila. Ale zároveň si respondentka uvědomuje, že nebýt Parkinsonovy nemoci, nepoznala by tolik dobrých přátel. Tento pozitivní přístup se mi velice líbil.

Čas od času se paní S. vrací stav deprese a úzkosti. Tyto stavy údajně přicházejí většinou, když se respondentka nevyspí. Pak moc přemýšlí o své budoucnosti spojené s onemocněním Parkinsonovou nemocí. V toto období se snaží nepřenášet své zármutky na svou rodinu. Je velká bojovnice a ví o tom, že myslet pozitivně je základem úspěchu. Zároveň se snaží být v kontaktu se svými přáteli, se kterými si navzájem pomáhají, což jí dává sílu přenést se přes potíže. Ví, že deprese je jedním z projevů Parkinsonovy nemoci, u respondentky se projevila jako jeden z prvních příznaků vůbec.

Největší starost měla paní S. od začátku onemocnění s neskutečným zpomalením všech pohybů a se ztrátou síly. Únavu svalů, nebo naopak ztuhlost svalů, pociťovala a pociťuje často po ránu v lýtku i na jiných místech. Většinou pokaždé na jiném místě. Někdy tato ztuhlost přechází až do křečí. Nedokáže přesně určit, co tyto stavy vyvolává. Má to ale, podle slov respondentky, dopad na zpomalení veškerých pohybů. Nemůže dále pracovat a musí si odpočinout. Někdy u ní nastupuje únava velmi rychle, a to i po jednoduché činnosti. Respondentka soudí, že může mít únava souvislost nejen s Parkinsonovou nemocí, ale i s psychickým stavem a s počasím.

Paní S. mívá problémy s rovnováhou těla a s udržením těla ve vzpřímené poloze, proto chodí s hůlkou. *„Často zpozoruji, že se dost předkláním, až se někdy přistihnu, že jsem předkloněna do pravého úhlu,"* sděluje respondentka se smíchem.

Chůze není u paní S. typicky „šouravá", spíše kulhá následkem jiné nemoci. K bezpečnější chůzi si dopomáhá holí. Nemívá stavy „freezing". Úzké prostory a tma jí

ovšem dělají velké problémy. Respondentka se domnívá, že jde o společný problém parkinsoniků.

Doma má po stěnách madla, aby se mohla přidržovat. Paní S. doporučuje madla všem parkinsonikům. Předcházejí pádům, časem se pro parkinsonika stanou velkou jistotou pro přesun do jiné místnosti. Stačí madla obyčejná, není třeba žádných speciálních madel ze specializované prodejny pro lidi s postižením.

Při chůzi venku se paní S. snaží myslet na to, aby nezakopla, a zvedá poctivě nohy a vždy chodí s hůlkou. Zatím nepotřebuje pomoc druhé osoby. Občas se jí nevyhne pád, ale zatím se vše obešlo bez vážnějších následků.

Třes se u respondentky objevuje velmi zřídka. Pokud se objeví, je spíše vyvolaný psychicky. Třes pak respondentka pociťuje vně i uvnitř celého těla.

Podle slov respondentky se její písmo od dob, kdy byla zdráva (obr. 8), velmi zhoršilo (obr. 9). V současné době má sama problémy své písmo „vyluštit", proto se naučila psát na počítači. Ten za ni tyto problémy vyřešil.

Obr. 8 Ukázka písma respondentky S. - z doby, kdy byla zdráva

Zdroj: respondentka S.

Obr. 9 Ukázka písma respondentky S. z roku 2010 – již 9 let u ní diagnostikována Parkinsonova nemoc

Zdroj: respondentka S.

Paní S. nepociťuje v současné době problém s řečí a artikulací. Snaží se předcházet těmto změnám hlasitým zpíváním a občas si mluví nahlas sama se sebou.

Respondentka nevnímá žádné převratné zhoršení paměti, občas si nemůže vybavit určité slovo, ale vcelku si myslí, že na tom není nijak špatně. Paní S. si velmi rychle vybavuje příhody, které zažila v nedávné době.

Paní S. necvičí, i když ví, že to obecně velmi pomáhá. Slibuje, že to napraví. V blízké době totiž jede na rekondiční pobyt s parkinsoniky, kde se cvičí třikrát denně. Otázkou však je, zda paní S. bude pokračovat ve cvičení i po příjezdu z rekondičního pobytu.

Jako kompenzační pomůcky používá paní S. madla na stěnách svého bytu, hůlku při chůzi a počítač pro usnadnění psaní.

Po užití léků vždy cítí úlevu. V současné době již musí užívat léky v kratších intervalech. Původně užívala léky dvakrát denně, v současné době je užívá pětkrát denně, kdy první lék užívá v 6hod. ráno a poslední v 18hod., poté má 12hod. pauzu.

Paní S. slyšela o léčivých účincích marihuany, o úspěších s alternativní medicínou, o prospěšnosti zdravé stravy. Nic z toho ovšem dodnes nevyzkoušela, pouze akupunkturu, která se týkala pročištění čaker. Nijak zvlášť ale nepociťuje, že by jí akupunktura pomohla ve zvládání příznaků nebo dokonce ve vyléčení Parkinsonovy nemoci. Marihuanu respondetka vyzkoušet nechce, neboť se obává jejích účinků na svůj organizmus. Respondenta se smíchem říká, že ji v užití marihuany také odradily otřesné zážitky předávkovaných kamarádů parkinsoniků.

Po nasazení léčby se vždy na nějaký čas situace zlepší. Tento stav ale netrvá věčně, takže paní S. musela začít uvažovat jinak, pokud si chtěla uchovat vlastní soběstačnost. Dopomohla si při běžných aktivitách - na nádobí si pořídila myčku, následovala koupě kvalitnější automatické pračky, k psaní si pořídila počítač a část povinností si převzal manžel. V současnosti pobírá příspěvek na péči. Paní S. žije ve společné domácnosti se svým manželem a využívá sociální službu pro výpomoc v domácnosti. Tuto službu jí zajišťuje Centrum sociálních a zdravotních služeb. Jinou sociální službu prozatím paní S. nevyužívá, a co možná nejdéle ani využívat nechce – snaží se být maximálně soběstačná.

Respondetka S. vnímá a cítí, že její zdravotní stav se pomalu, ale jistě zhoršuje. Především chůze je nejistá, pomalá. Rychle se unavuje i jednoduchou činností.

Snaží se maximálně zapojovat do společenských aktivit. Přestože jsou chvíle, kdy také potřebuje být sama, se svými myšlenkami, je celkově paní S. velmi ráda mezi lidmi. Všem lidem s Parkinsonovou nemocí doporučuje nezůstat se svou chorobou sám a snažit se jakkoli zapojit do společnosti.

Od doby stanovení nemoci se samozřejmě více zajímá o veškeré dění kolem této problematiky. Je členkou Společnosti Parkinson o.s. Dochází k závěru, že veřejnost není dobře informována o této nemoci, neboť si lidé stále pletou Parkinsonovu nemoc s Alzheimerovou nemocí. Podle jejího mínění je třeba šířit osvětu a podávat o Parkinsonově nemoci správné informace na správných místech. V neposlední řadě se paní S. domnívá, že je třeba školit do problematiky tohoto onemocnění zdravotnický personál i personál pracující v sociální sféře.

Paní S. bojuje s nemocí aktivním přístupem k problému. Zakazuje si negativní myšlenky, pokud to jde. Snaží se pomáhat druhým a aktivně spolupracuje s kolegy ve Společnosti Parkinson o.s. na zlepšení přístupu veřejnosti k chronicky nemocným a k lidem s postižením.

Paní S. lituje toho, že stále v České republice neexistuje žádná specializovaná síť sociálních služeb pro parkinsoniky. Domnívá se, že Společnost Parkinson o.s. by měla iniciovat vznik právě těchto služeb.

Respondentku trápí představa, že jednoho dne nebude soběstačná a že bude závislá na pomoci druhých. Toho se opravdu bojí. Nedovede se smířit s tím, že jednou může přijít den, kdy bude potřebovat asistenci při osobní hygieně, při oblékání apod. Stále doufá, že jí nemoc nebude natolik progredovat. Na druhou stranu zná i lidi, kterým nemoc progreduje daleko pomaleji než jí osobně. Doufá v sebe, ve své léky a v pokrok.

Respondentka by ráda sdělila nemocným s Parkinsonovou nemocí toto: *„Nezůstávejte se svou nemocí sami, přihlaste se do Společnosti Parkinson o.s. a navštivte naše webové stránky www.parkinson-cz.net, kde získáte informace, které Vám pomohou zdolávat strach z nemoci a problémy, které s sebou přináší. Zapojte se do našich aktivit, srdečně každého z Vás přijmeme jako svého nového kamaráda. Postižený člověk by si měl uvědomit, že jeho partner – pečující, má právo i na své soukromí, na své koníčky a že vede celou domácnost. Nemocný by neměl zneužívat ochoty a lásky svého partnera. Skutečně není zákonnou povinností, aby se o nás partner nepřetržitě staral.“*

Zároveň jsem se chtěla seznámit s tím, co by paní S. sdělila pečujícím o člověka s Parkinsonovou nemocí. Na tuto otázku mi ochotně a velmi výstižně odpověděla: *„Je třeba si uvědomit, že pečující člověk má právo na volný čas, na správné informace a možnost využít pomoci u těžkých stadií Parkinsonovy nemoci. Pečující o vážně nemocného člověka potřebuje psychickou i fyzickou podporu. Doporučuji obrátit se na sociální pracovníky pro získání informací o možnostech sociální podpory. Je nutno si uvědomit, že těžce postižený člověk nemůže vždy vyjádřit své myšlenky, pocity a nemůže být stále v dobré náladě.“*

5.6 Pan V.

Pro druhý rozhovor jsem oslovila muže, kterého znám ještě z období před stanovením diagnózy, a to byl jeden z důvodů, proč jsem si vybrala právě jeho. Zajímal mě jeho příběh související s Parkinsonovou nemocí.

Neváhala jsem a kontaktovala telefonicky pana V. s prosbou o poskytnutí rozhovoru. Po telefonu jsem ho seznámila s mým záměrem, o čem bych ráda psala a proč. Pan V. mi velmi ochotně vyšel vstříc a předběžně souhlasil. Samotná moje práce na toto téma ho velice zajímala. Doufá, že každý jeho poznatek může posloužit nebo aspoň potěšit někoho se stejným onemocněním. Před zahájením rozhovoru jsem zopakovala můj záměr a poté respondent podepsal připravený souhlas se zveřejněním jeho příběhu. Pro účely této práce jsem se s panem V. setkala dvakrát. Pro upřesnění informací jsme spolu byli v kontaktu telefonickém i písemném (dopisy). Další informace o panu V. jsem čerpala z osobních výpovědí manželky pana V. a z lékařských zpráv respondenta.

Panu V. je 81 let, je ženatý, v současné době ve starobním důchodu. Vystudoval nejdříve učební obor soustružník kovů a následně pokračoval ve studiu ve večerní průmyslové škole. Po celý život byl zaměstnán v jedné továrně, nejdříve ve funkci normovač pro obráběcí stroje, a posléze byl povýšen do funkce vedoucího odboru plánování a ekonomiky.

Před 22 lety se respondent podrobil operaci prostaty, od 11 let má perforaci levého ucha a před 6 lety prodělal perforaci pravého ucha. Následkem těchto problémů má časté záněty středoušní a záněty močových cest. S perforací uší souvisí i částečná nedoslýchavost, na pravém uchu používá sluchadlo. Respondent má dlouhodobý problém udržet se ve stoji spatném bez kolíbání sem a tam – tělo má tendence chovat se jako v podnapilém stavu, kýve se ze strany na stranu. V 60 letech mu byla zjištěna angina pectoris. Před provedením rozhovoru právě pan V. absolvoval vyšetření krve. Výsledky byly velmi uspokojivé, byl zjištěn pouze nedostatek magnesia v krvi. V roce

2005 byla panu V. zjištěna Parkinsonova nemoc. Není mu známo, že by někdo z jeho rodiny dosud onemocněl Parkinsonovou nemocí.

Pan V. nepozoroval žádné převratné změny před diagnostikováním Parkinsonovy nemoci. Nicméně již dříve občasně užíval léky na zklidnění psychiky, konkrétně lék Radepur. Jeho psychické vypětí mělo původ nejspíše v jeho profesi, neboť prakticky po celou kariéru se věnoval psychicky náročnému povolání vedoucího odboru plánování a ekonomiky a zároveň vykonával po dobu 22 let nepřetržitě funkci trenéra kopané. V roce 1970 byl pan V. zvolen jako nejlepší trenér svého okresu. Pan V. měl velkou radost z toho, že ke svým 80. narozeninám mu byl dán věcný dar, a to soška Zlatý míč, kterou mu darovali hráči z týmu.

Pan V. se domnívá, že dlouhodobý psychický tlak může mít vliv na vznik Parkinsonovy nemoci, zároveň se domnívá, že lidé s větším sklonem k nervozitě mají také větší pravděpodobnost, že onemocní touto zákeřnou nemocí. Ještě dříve, než mu indikovali Parkinsonovu nemoc, pociťoval pan V. na své psychice změny, a to když došlo ke změně barometrického tlaku. V tyto dny respondent trpěl bolestmi hlavy, pociťoval zvýšený tlak za krkem, bolesti zad, zvýšenou únavu a horší náladu. O těchto změnách věděl, a také si uvědomoval a uvědomuje, že tento stav je vždy dočasného rázu. I dnes pan V. sleduje denně barometr, který mu téměř s přesností určí, zda bude mít den, kdy se bude cítit svěží, a nebo zda naopak přijde den, kdy raději zůstává doma, protože se necítí dobře.

Zajímalo mě, zda manželka respondenta na něm pozorovala nějaké změny v období těsně před stanovením diagnózy. Manželka mi sdělila toto: *„Na svém muži jsem pozorovala stavy častých bolestí hlavy, zvýšenou nervozitu a horší náladu, a to ve dnech změn tlaku.“*

Pan V. neměl problém mluvit o svých zdravotních problémech se svou obvodní lékařkou. Ošetřující lékařce plně důvěřuje, její lékařské metody plně uznává. Její chování a vystupování vůči respondentovi, jako pacientovi, je dobré. Léčení nemoci však spíše spočívá v pohovoru o jeho zdravotním stavu, psychice a tělesných problémech.

V odstavci níže je popsán sled událostí před určením správné diagnózy pana V.

Po dlouhodobých problémech s krční páteří (bolesti v oblasti krční páteře a jakési chrupání při hýbání hlavou do strany) byly panu V. na rehabilitaci zjištěny příčiny problémů, a to spazmus horních trapézů, předsunuté držení hlavy. Přestože mu byly prováděny masáže, došlo k tuhé blokaci krční páteře. Byla nutná léčba, kterou respondent podstoupil na oddělení neurologie. Léčba krční páteře byla prováděna formou kapaček a zároveň masáží během čtrnáctidenního pobytu. Pan V. se domníval, že mu léčí pouze krční páteř. Až při propuštění z nemocnice, dostal zprávu pro obvodní lékařku, ve které bylo uvedeno, že se jedná o Parkinsonovu nemoc. Jemu ovšem do té chvíle nikdo diagnózu nesdělil, ale ani nevysvětlil, o jaké onemocnění se jedná. Pacient nikdy dříve o této nemoci neslyšel. O příznacích nemoci se dozvěděl až po přečtení plakátu, který visel v čekárně neurologie v nemocnici. Vedle visel i plakát, o Alzheimerově nemoci. Respondent tvrdí, že dnes už tam tyto plakáty nejsou. Podrobněji ho s projevy nemoci seznámila až jeho obvodní lékařka.

S přihlédnutím na závažnost onemocnění se respondent domnívá, že počáteční neznalost průběhu onemocnění mu možná usnadnila přijetí reality. Právě z důvodu malých znalostí o Parkinsonově nemoci pan V. nevnímal její nepěkné, zákeřné až depresivní poruchy. Tudíž v počáteční fázi onemocnění tento stav nebral nijak tragicky a smířil se s ním. Až postupem času (několik let), začal respondent poznávat její psychické a pohybové vlastnosti. Smířil se s tím, že doposud není možné tuto nemoc vyléčit.

Dále panu V. pomohlo k vyrovnání se s Parkinsonovou nemocí několik zásadních uvědomění:

- ✓ smířit se s osudem, který ho postihl onemocněním Parkinsonovou nemocí
- ✓ nepodléhat syndromům této nemoci a účinně proti nim bojovat
- ✓ v rámci možností se věnovat původním zálibám
- ✓ snažit se o psychickou pohodu, nepodléhat skepsi
- ✓ nepodléhat samotě a snažit se zapojovat do kolektivu svých přátel
- ✓ v rodině jednat a působit jako platný člen rodiny
- ✓ veřejnosti nedávat najevo, že touto nemocí trpíte

Život se mu nezměnil nějak zásadně. Spíše musí počítat s tím, že jsou dny, kdy se necítí dobře, vše mu trvá o něco déle, než tomu bylo dříve. Pan V. je sportovní typ. Dříve sport provozoval aktivně, nyní bohužel spíše pasivně. Domnívá se, že k této změně došlo nejen následkem Parkinsonovy nemoci, ale vliv na tuto skutečnost má i stáří.

Manželka respondenta mi sdělila, že manželovo onemocnění přijala rychle. Snaží se vidět odjakživa vše pozitivně. Snaží se být svému manželovi maximální oporou. Byly dny, kdy pan V. měl úzkostné stavy, bál se například do autobusu nebo kamkoli mezi lidi. Tam byla třeba pomoc manželky s doprovodem. Rodina přijala onemocnění manžela a tatínka s nadhledem, bez problému. Respondent s úsměvem sděluje, že dcera mu na jeho onemocnění sdělila, že třes patří ke stáří, jen dnes tomu říkají Parkinson. Prý mu tato odpověď velmi pomohla. Rodina a přátelé jsou pro pana V. velkou a důležitou oporou.

Podle slov pana V. má Parkinsonova nemoc zvláštní průběh: *„Člověk může jen málokdy předvídat, v který den bude stav dobrý a kdy naopak nesnesitelný."* Dovoluje si tvrdit, že na změny stavu má vliv počasí a hlavně barometrický tlak. Dlouhodobým pozorováním má ověřeno, že při poklesu barometrického tlaku a při zátěži BIO 3, mu není dobře. Respondent říká: *„V tyto dny prožívám den „blbec". Sužují mě bolesti hlavy, bolesti krční páteře, při pohybu hlavy mi v krku vrže jak „ve starých vratech", svědí mě záda a bolí nohy. Chůze mám jak „po pěti rumech", často se budím a mám hrozné, neskutečné sny. Po psychické stránce bych se v takový den raději neviděl."* Když je mu nejhůře, snaží se mu manželka ulevit masáží. Každému, kdo trpí Parkinsonovou nemocí a „chytil" den „blbec", doporučuje pan V. pořádnou masáž. Pan V. si vytvořil vlastní stupnici hodnocení denních stavů. Stavy hodnotí známkami 1,2,3. Známka 1 vyjadřuje dobrý psychický stav a celkové zlepšení nepříjemných příznaků nemoci. Známkou 2 hodnotí stav vyjadřující již zhoršení, ale bez výskytu deprese. Známkou 3 hodnotí stav velice špatný. Pan V. nazývá takový den - den „blbec" (již zmíněno výše). V dny, které odpovídají hodnotě známky 3 (když se budu držet hodnocení pana V.), přemýšlí respondent nad tím, co komu špatného udělal nebo komu ublížil, že mu osud nadělil takovou nemoc a takhle ho trestá. Jedinou útěchou je, relativně řečeno, že tento stav netrvá dlouho a je pomíjivý. Pan V. pečlivě sleduje

předpovědi o počasí a hlavně o tvorbě nízké nebo vysoké brázdy tlaku a zátěži BIO, která nás zasáhne. O tom jsem se zmínila již výše.

Pan V. depresemi trpěl spíše ze začátku, nyní se cítí lépe díky léčbě antidepresivy a jen občas se u něho vyskytují úzkostné stavy. Manželka popisuje stavy úzkosti pana V. jako okamžiky, kdy nerad komunikuje, raději je sám na gauči a čte si noviny. Pan V. mívá ve stavech deprese děsivé sny – respondent v těchto snech často bloudí, prožívá něco neskutečného. Manželka respondenta mi potvrdila, že je tomu tak pouze v jeho spánku, že se u jejího manžela neprojevují stavy bloudění či halucinace v bdělém stavu. Nyní je již pan V. informován o tom, že deprese patří mezi projevy Parkinsonovy nemoci.

Respondent nepociťuje velkou únavu svalů a napětí ve svalech. Pouze mírnou bolest a napětí pociťuje ráno ve stehenních a lýtkových svalech. Velké bolesti a únavě dolních končetin se snaží předcházet každodenním cvičením dolních končetin – skrčení a napínání nohou vleže, střídavé zvedání nohou a provádění dřepů, nepociťuje velkou bolest nebo únavu dolních končetin. V ojedinělých případech si provádí masáže svalů končetin francovkou Alpa. Únavu pociťuje, ale osobně se domnívá, že to nemusí být vždy příznakem Parkinsonovy nemoci, ale například věkem nebo anginou pectoris, kterou také onemocněl.

Dalším projevem Parkinsonovy nemoci je problém s udržením stability těla ve vzpřímené poloze. Pan V. se snaží tomuto problému čelit pravidelným ranním cvičením. Cvik, při kterém udržuje tělo ve vzpřímené poloze, popisuje jako stoj spatný a trvalým pohledem na jedno místo, přičemž se tělo snaží přepadnout do pravé strany a vpřed. Čím větší má tělo snahu přepadnout, tím horší pak je udržet stabilitu při chůzi.

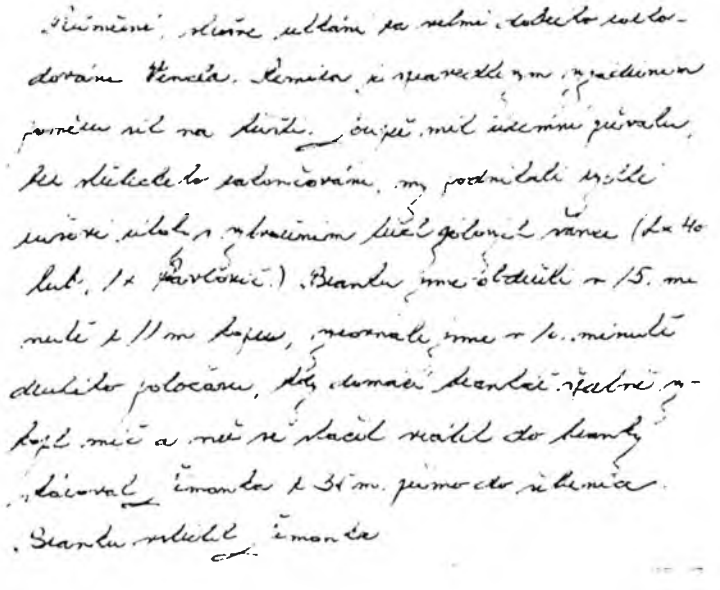
Má problém s chůzí, a to především ve dnech, které si označil jako dny „blbec", na stupnici známkou 3. Jsou to dny, kdy pociťuje plně projevy Parkinsonovy nemoci. V těchto dnech musí vynaložit patřičné úsilí pro udržení rovnováhy. V tyto dny se pan V. zdržuje jedině doma, dívá se například na televizi nebo si čte noviny. Ven jde pouze v případech nutnosti. Při hodnocení známkou 1 (dny, kdy se respondent cítí nejlépe) a za pomoci hole nemá s chůzí problém. Celkově je pro pana V. problémem

chůze do schodů a ze schodů, za šera nebo tmy, a svitu slunce přímo do očí. Doma v bytě hůl nepoužívá. Nikdy nepociťoval, že by mu vadily úzké prostory. Zároveň pan V. tvrdí, že u něj nikdy nedošlo k pádu a že nikdy nepociťoval stavy podobné „freezing".

Dům, ve kterém respondent žije je natolik dobře vybaven, že se nic kvůli zvýšení jeho bezpečnosti nemuselo předělávat. Schody jsou vybaveny zábradlím, kterého se musí při chůzi přidržovat. Všude si může rozsvítit, takže ani tma není pro něho problém. Jediná věc, ke které došlo ve prospěch zlepšení spíše jeho stavu, byla změna matrace v posteli. Dcera ji nechala plně naplnit molitanem, tudíž nedochází k deformaci matrace jejím proležením. Respondent nyní používá pouze jeden polštář, který drží tělo v rovině, čímž i krční páteř je v rovině těla, bez vychýlení.

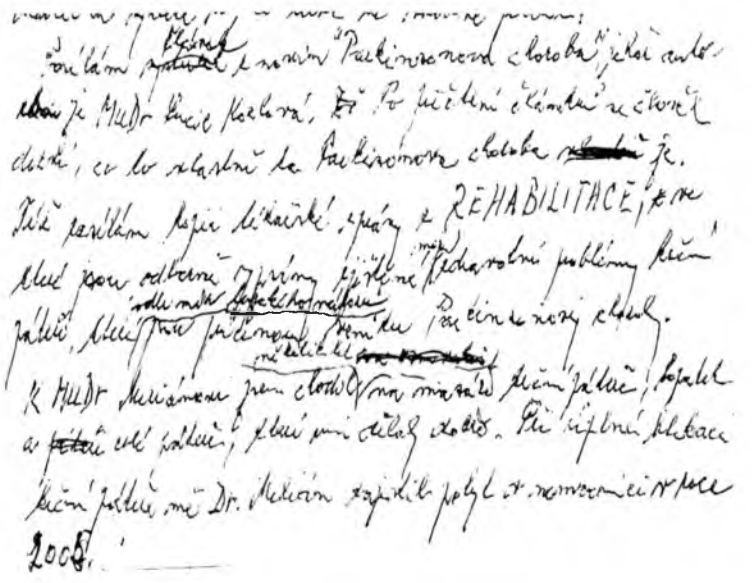
U pana V. se ojediněle vyskytuje třes rukou, a to v případech, kdy stav projevu nemoci hodnotí známkou 3 (tzn. v dny, kdy se u něho projevuje Parkinsonova nemoc ve zvýšené míře). Též v ojedinělých případech cítí vnitřní chvění těla. V těchto dnech mívá také určité problémy se psaním. Písmo je kostrbaté podle třesu ruky. Při potřebě něco krátkého napsat používá raději tiskacího písma.

Obr. 10 Ukázka písma respondenta V. z roku 1981 – v tuto dobu respondent zdráv



Zdroj: respondent, V.

Obr. 11 Ukázka písma respondenta V. z roku 2010 – již 5 let u něho diagnostikována Parkinsonova nemoc



Zdroj: respondent, V.

Problém s artikulací se u pana V. vyskytuje pouze v ojedinělých případech, především pak ve dnech, které sám hodnotí známkou 3.

Problémy s pamětí má respondent časté. Domnívá se, že jsou dány Parkinsonovou nemocí a také stářím, mozek již nepracuje jako dříve. Zapomíná na události současnosti, jména přátel a spolupracovníků, časovou posloupnost a schopnost plynulého vyjadřování. Pan V. je schopen přednést plynule Romanci o Karlu IV., ale co měl včera k obědu si těžko vybavuje. Při nákupu třech věcí si již musí tyto tři věci napsat. Nebo se mu náhle přihodí, že potřebuje určitou věc z dílny, a když do dílny přijde, neví, co tam chtěl. Pan V. zapomíná události současnosti, ale dobře si pamatuje určité události z mládí.

Respondent se každodenně věnuje cvičení dolních končetin – skrčení a napínání nohou vleže, střídavé zvedání nohou a provádění dřepů, pomáhá mu to snížit velkou bolest nebo únavu dolních končetin.

Pan V. používá hůl jako jedinou kompenzační pomůcku. Domnívá se, že pravidelný přísun malé denní dávky slivovice pomáhá zlepšit zdravotní stav,

a tak i slivovici samotnou považuje za kompenzační pomůcku, která pomáhá snížit projevy Parkinsonovy nemoci. Během tohoto sdělení se respondent usmívá.

Pravidelně užívá léky na Parkinsonovu nemoc a na „nervíčky", slovy respondenta. Užívané léky potlačují a zmírňují nežádoucí účinky a příznaky Parkinsonovy nemoci. Respondent tvrdí, že jejich užívání je nutné. Potvrzuje, že díky pravidelnému užívání doporučených léků se cítí den ode dne lépe. Momentálně pan V. pociťuje, že se mu zdravotní stav lepší s porovnáním stavu, který pociťoval dříve po stanovení diagnózy. Ale lituje, že přes veškeré vynálezy 21. století se bohužel stále neobjevil lék, který by postiženého pacienta z této nemoci plně vyléčil.

Pan V. neslyšel o alternativních metodách léčby, a ani ošetřující lékařka v jeho případě takovéto metody nejspíše nepoužívá. Zda tuto metodu používají v nemocnici na neurologickém oddělení, respondent neví. Pan V. tuto otázku později doplnil – reagoval tím na můj dotaz, zda slyšel o pozitivních účincích marihuany na Parkinsonovu nemoc: *„Nevím mnoho o léčbě pomocí marihuany, snad spíše vůbec nic. Nedávno jsem se v novinách dočetl, že starší nemocná žena, která marihuanu pěstovala pro svoji potřebu, byla od soudu osvobozena. Ještě vím, že je to indická rostlina, která se nesmí pěstovat a prodávat. Obsahuje omamnou látku. Zda by mohla být účinná proti Parkinsonově nemoci, nevím. V nejkrajnějším případě bych byl ochoten vyzkoušet účinky marihuany na mé onemocnění, ale až tehdy, kdy by nebylo jiných účinných a dostupných léků."* Manželka respondenta mi sděluje, že by neměla nejmenší problém ani s touto léčbou u manžela.

V současné době pan V. sdílí společnou domácnost se svou manželkou a momentálně neuvažuje o žádné podpoře formou sociální služby. Cítí se mnohem lépe, než například před rokem. Nyní má spíše pocit zlepšení stavu. Stále ale bývá unaven i po jednoduché činnosti.

Respondent se domnívá, že pro zlepšení vlastního stavu je důležité dodržovat pokyny lékařů, užívat pravidelně předepsané léky. Důležité je cvičení a vypozorovat situace, které mu stav zhoršují, a které naopak zlepšují, a tím se řídit. Každému, kdo trpí Parkinsonovou nemocí a „chytil" den „blbec", doporučuje pan V. pořádnou masáž.

Pan V. není členem žádné organizace, která sdružuje lidi s Parkinsonovou nemocí a nemá zájem setkávat se s lidmi stejného onemocnění. Spíše bych řekla, že se obává vidět na dalších nemocných s Parkinsonovou nemocí, kam až může progredovat toto zákeřné onemocnění a snaží se toho vyvarovat. Myslí si, že by mu taková setkání spíše ublížila, než že by mu pomohla vyrovnat se lépe se skutečností. Je spokojen se svým společenským a rodinným životem a v současné době nevyhledává lidi se stejným onemocněním. V „dobrých dnech" je velmi rád mezi lidmi, pravidelně se schází se svými bývalými hráči kopané, což ho velmi naplňuje. Cítí, že patří do skupiny, která ho „bere" takového, jaký je.

Domnívá se, že obecně o Parkinsonově nemoci toho moc známo není. Jediný článek, který se mu dostal do rukou a který ho zaujal, byl v jednom nejmenovaném deníku. Další veřejný oznamovatel Parkinsonovy nemoci a jejích příznaků byl plakát v čekárně neurologie.

Respondent se prozatím nezajímal o žádné sociální služby, tak ani nemá zmapovánu dostupnost těchto služeb pro lidi jeho onemocnění.

Pan V. má pocit, že ho v budoucnu nic hezkého nečeká, jak z důvodů stáří, tak i Parkinsonovou nemocí. Jako bývalý sportovec a trenér se ale nevzdává předem. Zároveň vždy nerad prohrával, a i s touto nemocí je rozhodnut bojovat jako doposud. Dle slov respondenta má snahu zůstat tu ještě nějaký „ten pátek". Na světě je moc rád, ale konce se pan V. obává. To, co respondenta trápí, je realita, že ho postihla Parkinsonova nemoc.

Manželka respondenta se domnívá, že je důležité nebrat Parkinsonovu nemoc tak vážně, což pomůže pacientovi i jeho okolí. Je dobré chápat tento stav jako přirozenou věc života a stáří.

Respondent se domnívá, že pro zlepšení vlastního stavu každého jednotlivce je důležité dodržovat pokyny lékařů, užívat pravidelně předepsané léky. Důležité je cvičení a víra ve zlepšení stavu.

Pan V. by si přál, aby pečující o lidi s Parkinsonovou nemocí byli zvláště ohleduplní ke svým pacientům, protože se domnívá, že se jedná o skupinu lidí, kteří jsou zvláště citlivý.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé práce bylo seznámení se prostřednictvím dvou případových studií s vnímáním vlastního onemocnění u konkrétních jedinců s Parkinsonovou nemocí.

Pro vhled do života lidí s Parkinsonovou nemocí jsem si vybrala dva jedince s tímto onemocněním. Otázky, které uvádím v příloze, byly vodítkem pro zpracování případové studie a zároveň byly podkladem pro rozhovor s respondenty. V této bakalářské práci jsem si nekladla za cíl rozpracovat každou odpověď zvlášť, ale chtěla jsem, aby výsledkem byla případová studie, konkrétně dvou lidí s Parkinsonovou nemocí.

Cílem této práce nebylo zjistit obecné závěry o tom, jak lidé s Parkinsonovou nemocí vnímají vlastní onemocnění, nýbrž cílem bylo seznámit se s vnímáním vlastního onemocnění u konkrétních jedinců s Parkinsonovou nemocí.

Domnívám se, že hlavní cíl bakalářské práce byl naplněn, neboť jsem se prostřednictvím případových studií seznámila s tím, jak konkrétní jedinci s Parkinsonovou nemocí vnímají vlastní onemocnění. Celou práci vnímám jako pozitivní přínos pro mě samotnou, protože jsem si za použití literatury prohloubila své znalosti k dané problematice, kterou jsem si přiblížila prostřednictvím dvou životních příběhů lidí s Parkinsonovou nemocí. Setkání s respondenty mě velmi obohatilo.

Příznaky, o kterých se respondenti během rozhovorů vyjádřili, více či méně korespondují s charakteristickými příznaky Parkinsonovy nemoci, avšak nedovoluji si soudit, do jaké míry jsou příznaky vyvolané vlivem Parkinsonovy nemoci a do jaké míry nikoli.

Případová studie nabízí konkrétní vhled do života dvou lidí postižených Parkinsonovou nemocí. Respondenti informují o tom, jaké změny pociťují, jaké se jim dostalo podpory od rodiny po stanovení diagnózy apod. Podařilo se mi získat od obou respondentů ukázky písma z doby, kdy byli zdraví a z období, kdy u nich již byla

zjištěna Parkinsonova nemoc. Ke změně písma došlo v průběhu doby u obou respondentů, což je dobře patrné z ukázek, uvedených u konkrétních kazuistik.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že se obávají zhoršení jejich zdravotního stavu, nicméně oba se snaží nemoci čelit, a to všemi dostupnými možnostmi, které konkrétně jim stav a situaci zlepšují a usnadňují. Paní S. nalezla smysl svého života v tom, že založila klub pro parkinsoniky a snaží se co nejvíce se zapojovat do společenského života a zároveň pomáhat lidem se stejným onemocněním. Pan V. se snaží udržet kontakt se svými přáteli. Oba respondenti se se svým onemocněním částečně smířili, k čemuž jim dopomáhá optimistický duch a jejich rodina. Dotazovaní pociťují, že život od stanovení diagnózy se jim změnil částečně, vlivem projevů onemocnění museli opustit část svých oblíbených aktivit.

Během rozhovorů jsem u paní S. zachytila především nezáměrné pohyby levé dolní končetiny, a to když byla respondentka v klidu a seděla. Občas měla problém srozumitelně artikulovat, jako by jí to nedovolily obličejové svaly, mluva působila zpomaleně.

Vzhledem k tomu, že pana V. znám osobně delší dobu, mohu soudit, že jeho mluva je zhoršena s porovnáním s minulostí. Během rozhovorů byla u něho znát určitá ztuhlost obličejových svalů, což se projevovalo tím, že se mu hůře mluvilo a mluva byla celkově znatelně pomalejší.

Z poskytnutých informací uvedených v případových studií vyplývá, že oběma respondentům byla stanovena Parkinsonova nemoc s pozdním začátkem. Přibližné věkové rozmezí začátku Parkinsonovy nemoci pozdní formy je věk 65-70 let. (dostupné z: http://parkinson-cz.net/forum3/n_p_a_vek.php)

Osobně mě velmi zajímalo, co předcházelo indikaci Parkinsonovy nemoci u respondentů. Odpověď obou respondentů se překvapivě velmi shodovala. Vůbec prvotní potíží byly bolesti krční páteře u obou dotazovaných. Později byla u obou jedinců stanovena Parkinsonova nemoc, kdy právě bolesti a ztuhlost krční páteře byly jedním z prvních projevů tohoto onemocnění u dotazovaných. Za přínosný postřeh k příčinám vzniku Parkinsonovy nemoci považuji hypotézu pana V., který se domnívá,

že dlouhodobý psychický tlak může mít vliv na vznik Parkinsonovy nemoci. Zároveň se domnívá, že lidé s větším sklonem k nervozitě mají také větší pravděpodobnost, že onemocní touto zákeřnou nemocí. Zajímavé je to, že pan V. nečetl žádnou odbornou literaturu o této problematice, a přesto dospěl k podobným závěrům, které jsou popsány v kapitole *Typická osobnost pacienta s Parkinsonovou nemocí.*

Domnívám se, že zpracování této práce může být přínosné nejen pro medicínské obory, nýbrž i pro obory sociálně a speciálně pedagogicky zaměřené. Obor speciální pedagogika nalezne své uplatnění i v problematice člověka s Parkinsonovou nemocí, neboť i jedinci s tímto onemocněním potřebují náležitou speciálně pedagogickou podporu. Mohou ji nalézt napříč celým speciálně pedagogickým spektrem, a proto je nezbytné, aby se speciální pedagogové touto problematikou zabývali. Případová studie může sloužit jako vodítko k porozumění problematiky Parkinsonovy nemoci na konkrétních případech.

V případě, že bych měla možnost pokračovat v tématu o Parkinsonově nemoci, pak bych se ráda zaměřila na zmapování nabídky sociálních služeb pro osoby s Parkinsonovou nemocí ve Středočeském kraji.

Použitá literatura

BENETIN, Ján, et al. *Ako žiť s Parkinsonovou chorobou : Informácie pre pacientov a ich blízkych.* Vyd.1. Bratislava : Zuzana Čičelová, 2007. Klinický obraz Parkinsonovej choroby, s. 47. ISBN 978-80-969505-4-6.

ĎOUBAL, Stanislav, et al. *Teoretická gerontologie.* Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997. 103 s. ISBN 80-7184-481-0.

JEDLIČKA, Pavel, et al. *Speciální neurologie.* Vyd. 1. Praha: Galén – Karolinum, 2005. 424 s. ISBN 80-7262-312-5; ISBN 80-246-1079-5.

JIRÁK, Roman, KOUKOLÍK, František. *Demence: Neurobiologie, klinický obraz, terapie.* Praha : Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4.

PRCHLÍK, Miloš. *Úvod do normální psychologické gerontologie : Psychologická problematika starých občanů.* Praha: Výzkumný ústav sociálního zabezpečení v Praze, 1969. 56 s.

ROTH, Jan, et al. *Parkinsonova nemoc.* Vyd. 4. Praha: Maxdorf, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3.

RŮŽIČKA, Evžen, et al. *Parkinsonova nemoc a jiné extrapyramidové poruchy: Příručka pro neurologickou praxi.* Vyd. 1. Praha: Academia Medica Pragensis, 2002. 100 s.

RŮŽIČKA, Evžen, et al. *Parkinsonova nemoc a parkinsonské syndromy: Extrapyramidová onemocnění I.* Vyd. 1. Praha: Galén, 2000. 293 s. ISBN 80-7262-048-7.

SCHWARZ, Shelley Peterman. *Parkinsonova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe.* Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008. 112 s. ISBN 978-80-247-2321-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. : Dospělost a stáří.* Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

ZAVÁZALOVÁ, Helena, et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.* Praha: Karolinum, 2001. 95 s. ISBN 80-246-0326-8.

Elektronické zdroje [online]

RŮŽIČKA, Evžen. *Http://parkinson-cz.net* [online]. 2010 [cit. 2010-07-19]. Parkinsonova nemoc a věk. Dostupné z WWW: <http://parkinson-cz.net/forum3/n_p_a_vek.php>.

WALES, Jimmy; SANGER, Larry. *Http://cs.wikipedia.org* [online]. 2001 [cit. 2010-03-14]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida>.

WALES, Jimmy; SANGER, Larry. *Http://cs.wikipedia.org* [online]. 2001 [cit. 2010-03-14]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ageismus>.

WALES, Jimmy; SANGER, Larry. *Http://cs.wikipedia.org* [online]. 2001 [cit. 2010-03-14]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Percepce>.

Www.osobniasistence.cz [online]. 2009 [cit. 2010-07-19]. Stárnutí, stáří a související problémy. Dostupné z WWW: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=2&detail=4#starnuti>.

Www.stefajir.cz [online]. 2008 [cit. 2010-07-19]. Parkinsonova nemoc. Dostupné z WWW: <http://www.stefajir.cz/?q=parkinsonova-nemoc>.

Seznam obrázků

Obr. 1: **Maslowova pyramida** 11

Obr. 2: **Řez mozkem** 14

Obr. 3: **Třes u Parkinsonovy nemoci_detail ruky** 18

Obr. 4: **Třes u Parkinsonovy nemoci** 19

Obr. 5: **Fiktivní poduška** 20

Obr. 6: **Mikrografie** 22

Obr. 7: **Typické držení těla u Parkinsonovy nemoci** 23

Obr. 8: **Ukázka písma respondentky S. – zdráva** 39

Obr. 9: **Ukázka písma respondentky S. z roku 2010 – Parkinsonova nemoc** 40

Obr. 10: **Ukázka písma respondenta V. – zdráv** 48

Obr. 11: **Ukázka písma respondenta V. z roku 2010 – Parkinsonova nemoc** 49

Seznam příloh

Příloha 1 - **Souhlas respondentů se zveřejněním jejich příběhu s Parkinsonovou nemocí**

Příloha 2 - **Otázky pro respondenty**

Příloha 3 - **Úvaha seniorky o stáří**

Název přílohy: **Souhlas respondentů se zveřejněním jejich příběhu s Parkinsonovou nemocí**

Souhlasím s tím, aby byl pro účely této bakalářské práce popsán můj životní příběh s Parkinsonovou nemocí.

Marcela bude sdělovat změny, které u mě nastaly od zjištění Parkinsonovy nemoci a bude se věnovat mému životnímu příběhu s tímto onemocněním a částečně i době před propuknutím nemoci.

Marcela zkonstruuje můj příběh na základě osobního rozhovoru se mnou. Dále se můžeme navzájem kontaktovat pomocí dopisů, přes elektronickou poštu a telefonická spojení.

V případě, že mám přístup ke své lékařské zprávě, souhlasím s tím, aby si ji Marcela přečetla a následně z ní čerpala další informace. Sám/sama se rozhoduji, co Marcela o mně napíše a co nikoli.

Celý rozhovor bude anonymní – nebude sděleno jméno ani město, kde nyní žiji. Tudíž nikdo nepozná, že se jedná právě o můj příběh.

Název přílohy: **Otázky pro respondenty**

Proč jste se rozhodl/a účastnit tohoto rozhovoru?

Onemocněl někdo další ve Vaší rodině Parkinsonovou nemocí?

Kde Vám byla diagnóza sdělena? Byly Vám její příznaky vysvětleny?

Vzpomínáte si, zda jste na sobě pozoroval/a první změny před stanovením Parkinsonovy nemoci? Dokázal/a byste změny popsat?

Měl/a jste obavy svěřit se svému lékaři se svými změnami zdravotního stavu?

Jak jste se cítil/a při zjištění své diagnózy?

Smířil/a jste se s diagnózou Parkinsonovy nemoci?

Pokud jste se smířil/a s diagnózou Parkinsonovy nemoci – Mohl/a byste poradit lidem se stejným osudem, jak se přenést přes tuto realitu, a co Vám třeba k tomu pomohlo?

Změnil se Váš život od doby, kdy znáte svou diagnózu? Je něco, čemu jste se dříve věnoval/a a nyní jste od toho musel/a upustit následky Parkinsonovy nemoci?

Jak přijalo Vaše nejbližší okolí diagnózu?

Cítíte oporu ve své rodině?

Cítíte se někdy unaven/a i po jednoduché práci?

Míváte stavy deprese a úzkosti? Pokud ano, jak se v tyto dny cítíte, nad čím přemýšlíte, a jak se snažíte bojovat proti těmto stavům?

Víte o tom, že právě deprese je jedním z dalších možných projevů Parkinsonovy nemoci?

Cítíte někdy velkou únavu svalů a někdy naopak ztuhlost ve svalech? Pokud ano, mohl/a byste sdělit, jestli má tento stav nějaký dopad?

Míváte problém s rovnováhou těla a s udržením těla ve vzpřímené poloze?

Prosím, popište Vaši chůzi.

Trápí Vás nenadálé pády? Jak jim předcházíte například ve svém bydlení?

Objevuje se u Vás třes? Na jakých místech těla a kdy?

Vaše písmo je stále stejné od dob, kdy nebyla ještě diagnóza stanovena? Pokud tomu tak není, prosím, popište Vaše písmo nyní.

Popište svou řeč. Máte problém s artikulací?

Máte problémy s pamětí?

Cvičíte pravidelně? Pokud ano, popište Vaše cvičení.

Používáte kompenzační pomůcky, jako např. madla v bytě apod.?

Co Vás po celou dobu onemocnění nejvíce trápí?

Cítíte, že Vám předepsané léky přináší po jejich užití bezprostřední úlevu a potlačují příznaky Parkinsonovy nemoci?

Slyšel/a jste o alternativních metodách léčby Parkinsonovy nemoci? Zkoušíte i takové metody?

Využíváte některou z dostupných sociálních služeb?

Je Váš zdravotní stav stejný od doby stanovení diagnózy?

Jak bojujete s tímto onemocněním?

Zapojujete se do společenských aktivit?

Jste členy nějaké organizace, která sdružuje lidi s Parkinsonovou nemocí, jako např. Společnost Parkinson o.s.?

Domníváte se, že lidé jsou dostatečně informováni o Parkinsonově nemoci?

Domníváte se, že je zde vytvořena síť sociálních služeb specializovaná pro lidi s Parkinsonovou nemocí?

Bojíte se budoucnosti spojené s PN? Pokud ano, čeho se obáváte nejvíce?

Na tomto místě můžete předat radu lidem, kteří onemocněli Parkinsonovou nemocí.

Na tomto místě můžete předat radu lidem pečujícím o lidi s Parkinsonovou nemocí.

Název přílohy: **Úvaha seniorky o stáří**

„Senioři – staří lidé – dědové a babičky. Co o nich napsat. Ať to je, bylo a bude – je to poslední éra života. Na tom nic nezměníme. A jak se žilo dříve? Když vzpomínám, hodně zpět, určitě se žilo klidněji a skromně. Neexistovaly žádné domovy seniorů. Staří žili s mladými na „výminku". Byla jiná doba. Ženy byli v domácnosti. Sice chodili pomáhat sousedům na pole, ale byly více doma, než je tomu nyní. Dnes se nedivím mladým lidem, že dávají rodiče do domova seniorů, kde je o ně postaráno. Mladí při dnešní drahotě musí pracovat. Většinou je práce celodenní a bojí se nechat rodiče doma samotné. Lékařská péče? Říká se, stěžují-li si staří lidé na zdravotní problémy u lékaře, že doktor odpoví: „To víte, to je normální, úměrné věku." A konečně, má pravdu. Léky někdy bolest zmírní, ale objeví se jiná. Je to takové „bolestivé období". Jak se chovají mladí ke starým? Někdo dobře, jiní je přehlížejí a někdo by je neviděl nejradši vůbec. To záleží na každém člověku a jeho výchově. Dříve se nedožívali lidé vyššího věku, jako dnes. Mladým se zdá, že jim staří ukusují z jejich krajíce. Zapomínají, že ti dříve narození také kdysi pracovali a přispívali do společného. A ať by sebe více chtěli přežít dál, jednoho dne musí udělat místo mladým, kteří budou na jejich místě a tak to jde dál, historie se opakuje. Ti mladí, dokud jsou opravdu mladí, si to neuvědomují. A důchody? Když se neplatí nájem, nekupuje se oblečení, tak se to dá zvládnout. Obyčejně staří dožívají v tom starém, co si koupili, když byli ještě výdělečně činí. Když se nekupují drahé potraviny, tak důchod stačí."

Zdroj: respondent, žena, věk: 81 let