

# Edukace rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou

Mgr. Mária Petíková

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

**ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**  
(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:

Osobní číslo:

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **Kombinovaná**

Téma práce: **Edukace rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou**

**Zásady pro vypracování**

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti Alzheimerovy choroby a edukace.

Příprava metodiky smíšeného výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů a participantů.

Realizace výzkumného šetření technikou dotazníku a rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumného šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

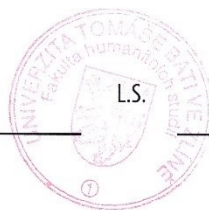
**Seznam doporučené literatury:**

- CETLOVÁ, L., L. DRAHOŠOVÁ a I. TOČÍKOVÁ. *Hodnotící a měřicí škály pro nelékařské profese*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2012. 126 s. ISBN 978-80-87035-45-0.
- GLENNER, J. A. a kol. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HOLMEROVÁ, I., H. JANEČKOVÁ a D. NIKLOVÁ. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2016. 30 s. ISBN 978-80-86541-49-5.
- KÖNIG, J. a C. ZEMLIN. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál, 2017. 120 s. ISBN 978-80-262-1184-6.
- KRÁTKÁ, A. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016. 74 s. ISBN 978-80-7454-635-8.
- NEWPORT, M. T. *Alzheimer's Disease: What If There was a Cure?* California: Basic Health Publications, 2013. ISBN 159-12-0319-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Datum zadání bakalářské práce:

Termín odevzdání bakalářské práce:



Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně: 11. 5. 2021

.....

---

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

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

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě*

*pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

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

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

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

## **ABSTRAKT**

Poskytování péče pečujícím osobám o osoby s Alzheimerovou demencí a edukace rodinných pečujících je předmětem mnoha diskusí odborné i širší veřejnosti a je také předmětem této bakalářské práce. Práce se zabývá základními pojmy z hlediska Alzheimerovy choroby, její historií, specifiky, výskytem a rolí rodiny v péči o takto nemocného včetně edukačního procesu, jeho fázemi a faktory, které tento proces ovlivňují. Hlavním cílem praktické části práce je zjištění, zda a kým byly rodiny pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou poučeny o onemocnění a péči, s jakými problémy se nejčastěji při péči setkávají a jakou pomoc by přivítaly.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba, demence, edukace, pečující osoba

## **ABSTRACT**

The provision of care for carers with Alzheimer's dementia and the education of family carers is the subject of many discussions by the professional and wider public and is also the subject of this bachelor's thesis. The thesis deals with basic concepts in terms of Alzheimer's disease, its history, specifics, occurrence and role of the family in the care of such a sick person, including the educational process, its stages and the factors that influence this process. The main objective of the practical part of the work is to find out whether and by whom families caring for people with Alzheimer's disease have been instructed about the disease and care, what problems they encounter most often in care and what help they would welcome.

Keywords:

Alzheimer's disease, dementia, education, caregiver

Děkuji PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za vedení bakalářské práce, za cenné rady, připomínky a trpělivost při shromažďování informací a vytvoření této bakalářské práce.

Děkuji také své rodině za nejen psychickou podporu po dobu mého studia. Poděkování rovněž všem respondentům, kteří byli ochotni věnovat čas k vyplnění dotazníku. V neposlední řadě mé poděkování patří Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, která mi studium umožnila.

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

## Obsah

ÚVOD.....	9
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 ALZHEIMEROVA CHOROBA .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....</b>	<b>11</b>
1.1.1 HISTORIE VZNIKU ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.1.2 PREVALENCE A INCIDENCE ALZHEIMEROVY DEMENCE .....	12
1.1.3 SPECIFIKA PÉČE O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....	12
<b>1.2 PŘÍČINY VZNIKU ALZHEIMEROVY CHOROBY .....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 PŘÍZNAKY A PROJEVY ALZHEIMEROVY CHOROBY .....</b>	<b>14</b>
<b>1.4 VLIV DĚDIČNOSTI NA VÝSKYT ALZHEIMEROVY CHOROBY.....</b>	<b>14</b>
<b>1.5 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....</b>	<b>15</b>
1.5.1 STADIA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	16
1.5.2 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	18
1.5.3 VÝŽIVA A ALZHEIMEROVA CHOROBA .....	19
1.5.4 PROGNÓZA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	20
<b>1.6 ÚLOHA RODINY V PÉČI O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU     DEMENCÍ.....</b>	<b>21</b>
<b>2 EDUKACE.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 VÝZNAM EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3 EDUKAČNÍ PROCES A JEHO FÁZE.....</b>	<b>24</b>
<b>2.4 FAKTORY, KTERÉ OVLIVŇUJÍ PROCES EDUKACE .....</b>	<b>26</b>
<b>2.5 SESTRA V ROLI EDUKÁTORA .....</b>	<b>27</b>
2.5.1 EDUKANT A JEHO CHARAKTERISTIKA .....	27
2.5.2 EDUKÁTOR.....	28
2.5.3 EDUKAČNÍ KONSTRUKTY.....	28
2.5.4 EDUKAČNÍ PROSTŘEDÍ.....	28
<b>2.6 EDUKAČNÍ CÍLE A METODY.....</b>	<b>29</b>
<b>2.7 DOKUMENTACE EDUKAČNÍHO PROCESU .....</b>	<b>29</b>
<b>2.8 EDUKACE RODINY V PÉČI O ČLOVĚKA S ALZHEIMEROVOU     DEMENCÍ.....</b>	<b>31</b>
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>3 METODIKA .....</b>	<b>36</b>



<b>3.1</b>	<b>CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>36</b>
<b>3.2</b>	<b>METODA A TECHNIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>37</b>
<b>3.3</b>	<b>CHARAKTERISTIKA POLOŽEK .....</b>	<b>37</b>
<b>3.4</b>	<b>CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ A PARTICIPANTŮ.....</b>	<b>38</b>
<b>3.5</b>	<b>ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....</b>	<b>38</b>
<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>ANALÝZA DAT Z PROVEDENÝCH ROZHOVORŮ .....</b>	<b>41</b>
<b>4.2</b>	<b>ANALÝZA DAT Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ PRO RODINNÉ PEČUJÍCÍ .....</b>	<b>48</b>
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>68</b>
<b>5.1</b>	<b>ZKUŠENOSTI Z VLASTNÍ PRAXE.....</b>	<b>70</b>
<b>6</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>72</b>
<b>7</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>79</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>81</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>82</b>

## ÚVOD

Hlavním tématem této práce je edukace rodiny v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Nejprve se budeme zabývat základními pojmy týkajícími se historie vzniku onemocnění a specifíků, dále příčinami vzniku Alzheimerovy choroby, jejími příznaky, diagnostikou, vlivy dědičnosti na její výskyt a dalšími aspekty tohoto závažného onemocnění, a to včetně role rodiny v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou. Druhá kapitola práce je zaměřena na problematiku edukace, tj. vymezení základních pojmů význam edukace v ošetrovatelské péči. Kapitola také obsahuje popis edukačního procesu a jeho fází či faktorů, které proces edukace ovlivňují. Obsahem třetí kapitoly je praktická část práce, která je zaměřena na provedení výzkumného šetření formou rozhovorů a dotazníků s respondenty a participanty vybraného Domova se zvláštním režimem pro seniory na dané téma této práce.

Hlavním cílem praktické části práce je zjistit, zda a jaké povědomí či vědomosti má rodina o onemocnění Alzheimerovou chorobou, zda členové rodiny, respektive rodinní pečující ví, jak se o takto nemocného člena rodiny postarat a jak o něj pečovat. Hlavní cíl bude naplněn prostřednictvím dílčích cílů. Praktická část je zakončena analýzou a vyhodnocením výsledků výzkumného šetření, včetně návrhů a doporučení pro praxi – prezentace edukačního materiálu pro rodinné pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou. Součástí praktické části je také stručné shrnutí vlastních profesních zkušeností zpracovatele této práce.

Alzheimerova choroba postihuje mnoho lidí určitého věku, kdy ztrácí takto nemocný člověk postupně soběstačnost a potřebuje pomoc a podporu druhé osoby, kterou se stává v rodinném prostředí rodinný příslušník a dle praxe jsou to především ženy, tj. manželky, děti či vnuci nemocného anebo další příbuzní či blízcí. Právě těmto pečujícím osobám je práce věnována.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je dle Zvěřové (2017, s. 10) nejčastěji se vyskytující formou demence a jedná se o pátou (někdy je hovořeno dokonce o čtvrté) nejčastější příčinu úmrtí člověka. Zároveň je toto onemocnění odborníky prezentováno jako závažný globální problém s narůstajícím trendem (Fertařová a Ondriová, 2020, s. 12).

Uváděná choroba – demence – je vymezována jako: „závažné neurodegenerativní onemocnění mozku vedoucí k úbytku některých populací neuronů a v důsledku toho k atrofii mozku“ (Fertařová a Ondriová, 2020, s. 11).

Demenci lze přitom obecně charakterizovat jako určitý syndrom; jedná se o termín pojmenovávající stav člověka, u nějž došlo k: „rozvoji kognitivních obtíží, které přesahují z hlediska závažnosti i frekvence obtíže pro věk obvyklé“ (Čechová, Fendrych Mazancová a Marková, 2019, s. 195).

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence zejména u seniorů (tedy ve stáří), ačkoli se nemusí jednat o jedinou formu demence vyskytující se u zmíněné populace osob. Z odlišných forem je možné jmenovat například demenci vaskulární, nebo také demenci multifaktoriálně podmíněnou apod. (Čeledová a Holčík, 2018, s. 83).

### 1.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby

#### 1.1.1 Historie vzniku onemocnění

Pojem demence je dle odborných zdrojů známý již 2 500 let, kdy například již v období antickém byl lékaři popisován úpadek v rovině duševních funkcí spojovaný zejména se starými lidmi. Od 18. století tohoto letopočtu se pak demence dostává do lékařského prostředí, v němž je pojem ukotvován (Lukáš a Žák, 2014, s. 164).

Historie onemocnění je spojena s Aloisem Alzheimerem (1864 až 1915), německým psychiatrem a neuropatologem (Preiss a Přikrylová Kučerová, 2006, s. 125). K přispění daného muže k historii Alzheimerovy demence se lze dočíst, že: „Během let práce na klinice v Mnichově popsal onemocnění, které v současnosti nese jeho jméno“ (Preiss a Přikrylová Kučerová, 2006, s. 125).

Příznaky Alzheimerovy demence první popsal právě Alois Alzheimer, a to v roce 1906 (Zvěřová, 2017, s. 11). V návaznosti na informace o postupném ukotvování pojmu demence obecně v rámci lékařské sféry, je pak možné doplnit, že právě kazuistiky Alzheimerova slouží

na začátku 20. století k bližšímu (užšímu) vymezení dříve obecně uznávaného pojmu demence (Lukáš a Žák, 2014, s. 164).

### **1.1.2 Prevalence a incidence Alzheimerovy demence**

Dle Zvěřové (2017, s. 10) postihuje Alzheimerova demence kolem jednoho procenta celé populace. Tuto informaci o prevalenci dále doplňuje autorka Franková (2017, s. 30, dle Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 11), která uvádí, že demencí v širokém slova smyslu trpí přes 6 % populace osob starších 65 let (s rostoucím věkem stoupá také počet případů vyskytující se demence v populaci, kdy u 80letých osob dosahuje prevalence míry 50 %), přitom minimálně polovina všech případů postižení demencí připadá právě na Alzheimerovu chorobu. Jedná se o zcela nejčastější příčinu vzniku demence u jedince (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 11).

K prezentovaným statistikám je pak možné doplnit navíc informaci o tom, že počet lidí s diagnostikovanou Alzheimerovou demencí se rok od roku zvyšuje, přičemž například na Slovensku neexistují žádné oficiální statistiky, předpokládaný počet postižených pro daný stát je asi 60 000 osob (Fertaľová a Ondriová, 2020, s. 14).

Pro Českou republiku pak lze uvést informaci prezentovanou na stránkách České Alzheimerovské společnosti v prozatím poslední Zprávě o stavu demence (Mátl a Mátlová, 2015, s. 9) a jedná se o tento poznatek: „V tuzemských podmínkách dosud neexistuje relevantní výzkum, který by otázku prevalence či incidence Alzheimerovy choroby validně mapoval“. Stejný zdroj pak doplňuje, že pro zodpovězení otázek týkajících se prevalence i incidence daného onemocnění je nutné se spokojit s kvalifikovanými odhady vycházejícími ze studií evropských či dokonce světových (Mátl a Mátlová, 2015, s. 9).

Ke statistickému hledisku nahlížení na Alzheimerovu chorobu pak lze ještě doplnit informaci o tom, že její vypuknutí u osob mladších 45 let je pouze vzácným jevem (Seidl, 2008, s. 127).

### **1.1.3 Specifika péče o člověka s Alzheimerovou chorobou**

Hned na začátek je nutné upozornit na fakt, že demence je onemocněním prakticky neléčitelným, a to i přes veškeré pokroky v medicíně a farmacii, která nabízí například řadu účinných léčivých preparátů (Válková, 2015, s. 17). V rámci péče o osoby trpící tímto onemocněním, tak nelze v pravém slova smyslu hovořit o jejich „lčení“ ve smyslu určité vidiny celkového vyřešení jejich zdravotního stavu do budoucna.

Zvěřová (2017, s. 4) uvádí, že péče o osoby s diagnózou demence je částečně zajišťována systémem zdravotnictví (zde lze hovořit o ambulantní či lůžkové péči), v rovině péče zajišťované nikoli zdravotnictvím, ale systémem sociálních služeb, pak lze hovořit o částečném přispívání terénních či ambulantních služeb sociální práce.

Z uváděného vyplývá, že jedinci trpící Alzheimerovou demencí vyžadují (potřebují) péči jak zdravotního, tak i sociálního charakteru, kterou je jim nutné zabezpečovat, má-li o ně být vhodným způsobem postaráno. Uváděnou „částečnost“ zapojování sociálních služeb do péče lze vysvětlovat zapojováním rodinných příslušníků do dané roviny péče o nemocnou osobu, kdy zpravidla její nejbližší nejsou schopni poskytovat potřebnou péči zdravotnickou, ovšem sociální ano (do určité míry a určitého stupně rozvoje onemocnění).

Jedincům trpícím Alzheimerovou chorobou je možné zajišťovat péči v jejich domácím prostředí (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 68).

Proto, aby mohlo být o jedince trpícího danou diagnózou v domácím prostředí vhodným způsobem postaráno, je ovšem nutné, aby byli pečující z řad rodinných příslušníků seznámeni se základními informacemi jak o chorobě samotné, tak o vhodném přístupu k blízké nemocné osobě.

Daný fakt dokládá řada příruček a jiných materiálů, které jsou za účelem obeznamování s nejzákladnějšími poznatky osob z laické veřejnosti vydávány (Provazníková a Kalvach, 2016).

## 1.2 Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby

Za hlavní příčiny vzniku Alzheimerovy demence je možné dle Vokurky (2018, s. 268) považovat zejména:

- vlivy způsobující degeneraci (atrofii) mozku;
- poruchy prokrvení mozku (například aterosklerózu);
- stavy vznikající na základě působení toxických látek.

I přes výše uváděné informace je nutné podotknout, že etiopatogeneze Alzheimerovy choroby nebyla do dnešního dne odborníky zcela objasněna, Zvěřová (2017) uvádí, že se s největší pravděpodobností jedná o: „geneticky heterogenní a multifaktoriální onemocnění“.

Za příčinu vzniku se tedy do jisté míry považuje genetický faktor, stejně jako uváděný komentář navozuje prostor pro pojmání Alzheimerovy demence nikoli jakožto onemocnění

pramenící z jediné příčiny, ale naopak podmíněné celou možnou řadou faktorů, které lze vzhledem k dané tématice považovat za rizikové.

### 1.3 Příznaky a projevy Alzheimerovy choroby

Nejvýznamnějším projevem onemocnění Alzheimerovou demencí je u postižené osoby postižení paměťových funkcí (společně s některými dalšími kognitivními funkcemi, které jsou onemocněním zasaženy) (srov. Zvěřová, 2017, s. 47).

Porucha paměti je u Alzheimerovy demence (podobně jako i u jiných typů rozlišovaných demencí) jako nejčastěji se vyskytující příznak onemocnění (Mumenthaler, Bassetti a Daetwyler, 2008, s. 115).

Ze zmiňovaných dalších kognitivních funkcí, které jsou demencí postiženy, je možné hovořit například o změnách, které lze coby symptomy zaznamenávat u:

- schopnosti řešení složitějších problémů;
- s postupem času neschopnosti řešit i jednoduché úkoly;
- zasažení čichu v podobě neschopnosti identifikace některých běžných pachů (Orel a Facová, 2010, s. 142).

Mumenthaler, Bassetti a Daetwyler (2008, s. 115) k již uvedeným příznakům navíc doplňují informaci o výskytu takových symptomů, jakými jsou agnózie, apraxie, afázie, vizuospeciální poruchy a některých dalších.

Příznaky (projevy) Alzheimerovy choroby se odlišují v jednotlivých fázích rozvoje daného onemocnění jak co do své konkrétní manifestace, tak také i s ohledem na jejich míru, tedy stupeň závažnosti (srov. např. Raboch a Pavlovský, 2012, s. 173). Daný fakt bude dále ilustrován v oddílu 1.5.1. práce, v němž budou více přiblížena jednotlivá stadia rozvoje choroby.

### 1.4 Vliv dědičnosti na výskyt Alzheimerovy choroby

O zásadním vlivu dědičnosti na onemocnění Alzheimerovou demencí je možné hovořit zejména ve spojení s její familiární formou; v rámci familiární varianty dané diagnózy je možné rozlišovat celkem čtyři podtypy onemocnění, k nimž patří:

- AD1 (Alzheimerovu demenci ve variantě 1) vycházející z mutace genu na chromozomu 21 (ve výsledku daná mutace vede k rozvoji klinické formy nemoci s pozdním začátkem);
- AD2 (Alzheimerovu demenci ve variantě 2) s existující přítomností specifického genu na 19. chromozomu (také tato varianta ústí ke klinické formě nemoci s jejím pozdním začátkem);
- AD3 (Alzheimerovu demenci ve variantě 3) vznikající na základě defektu genu membránového proteinu na 14. chromozomu (třetí varianta nemoci ústí v její časný začátek);
- AD4 (Alzheimerovu demenci ve variantě 4) spouštěnou defektem genu membránového proteinu na 1. chromozomu, kdy i zde dochází k časnému spuštění symptomů onemocnění (Goetz, 2007; Kumar, 2007, dle Zvěřové, 2017, s. 42).

O tom, že dědičnost může hrát svou roli v rámci výskytu a rozvoje onemocnění, je možné se dočíst například u Čechové, Fendrych Mazancové a Markové (2019, s. 173) a to i přesto, že bylo v předkládané práci již dříve upozorněno, že jasná etiologie prozatím nebyla u dané diagnózy stanovena. O potvrzení genetického podkladu Alzheimerovy demence hovoří ve své publikaci taktéž například i Kučerová (2006, s. 94). Výše prezentovaný výčet pak detailněji poukazuje na fakt, že dědičné faktory mají přímý vliv na minimálně čtyři různé varianty familiární formy Alzheimerovy demence.

## 1.5 Diagnostika Alzheimerovy choroby

K diagnostikování Alzheimerovy demence je v praxi užívána například takzvaná hodnotící škála Alzheimerovy choroby, v angličtině uváděná pod názvem Alzheimer's Disease Assessment Scale, nebo též pod zkratkou ADAS (Kalvach, 2011, s. 11).

Kromě dotazníků či konkrétněji hodnotící škály tak, jak byla tato zmíněna, je však k diagnostice přistupováno samozřejmě taktéž i na základě dalších postupů či dílčích kroků, na jejichž základě se zpravidla snaží lékaři vyloučit všechny ostatní možné zdravotní potíže, před oficiálním stanovením diagnózy Alzheimerovy demence (Zvěřová, 2017, s. 47).

Diagnostika Alzheimerovy choroby u jedince s podezřením na její výskyt tak probíhá například na základě histologického dokazování skrze proceduru biopsie, ačkoli podobný přístup bývá spíše ojedinělým; k diagnostice je dále využíváno neuropsychiatrické/neuropsychologické testování – příkladově Blessedova škála demence



nebo také diagnostika za pomoci MMSE; z dalších kritérií, které by měl pacient naplňovat pak lze hovořit o:

- přítomnosti symptomů se začátkem mezi 40. – 90. rokem života;
- přítomnosti poruchy minimálně dvou kognitivních funkcí;
- progredující charakteristice stavu jedince;
- vyloučení přítomnosti jiného systémového onemocnění vysvětlujícího přítomnost detekovaných symptomů;
- vyloučení poruchy mozku, jež vedla ke vzniku demence (Zvěřová, 2017, s. 47).

S diagnostikou souvisí taktéž možná kategorizace onemocnění, kdy lze Alzheimerovu demenci rozlišovat na její časnou, nebo naopak pozdní formu (z hlediska časového, tedy na základě faktoru vzniku onemocnění u jedince); dále pak je možné odlišovat familiární, nebo naopak sporadickou formu tohoto typu demence (zde dochází k rozlišení na základě faktoru dědičnosti) (Zvěřová, 2017, s. 41).

K familiární formě nemoci byly podrobnější informace uváděny již v oddílu 1.5. práce, proto na tomto místě bude pouze doplněno, že u diagnostiky onemocnění je hovořeno o takzvané diagnostické jistotě, která je zastoupena následujícími možnými body vyjadřujícími stupeň její míry:

- o definitivní diagnóze – tato je potvrzována již dříve zmiňovanou autopsií/biopsií, tedy na základě histopatologické verifikace;
- o pravděpodobné diagnóze – vychází k již také jmenovaných vyšetření klinických a neuropsychologických;
- o možné Alzheimerově chorobě – jedná se o výskyt symptomů demence bez možnosti jejich vysvětlení na základě jiných případných příčin;
- o nepravděpodobné Alzheimerově chorobě – v případech, kdy je u pacienta detekován náhlý začátek, zjištěny jsou fokální neurologické příznaky, poruchy chůze včasných stádiích onemocnění apod. (Raboch a Pavlovský, 2012, s. 175)

### 1.5.1 Stadia Alzheimerovy choroby

Jak již bylo naznačeno dříve, projevy osob postižených Alzheimerovou chorobou se mohou během jejich onemocnění měnit. Tato informace vychází z faktu, že Alzheimerovu chorobu je možné kategorizovat do několika vývojových stadií daného postižení u jedince, a to na základě jeho pokročilosti; v daném ohledu je možné rozlišovat:

- Alzheimerovu demenci lehkou;
- Alzheimerovu demenci střední;
- Alzheimerovu demenci těžkou (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s. 13).

V počátečních fázích rozvoje onemocnění bohužel pacienti i jejich blízcí mohou mít tendenci nastalou situaci v životě nemocného bagatelizovat (výjimkou v daném ohledu nejsou ani samotní lékaři, jejichž pohled na jedince může ovlivňovat jejich přesvědčení o běžných symptomech přirozeného stárnutí organismu) (Holmerová, Janečková a Niklová, 2016, s. 9).

Stadium lehkého rozvoje onemocnění Alzheimerovou demencí se manifestuje poruchami kognitivních funkcí, které jsou z hlediska klinického obrazu pacienta převažující – již zde je možné uváděné deficity zaznamenávat objektivně, na základě psychologické diagnostiky. V běžných denních aktivitách se dané symptomy projevují zejména na úrovni pozornosti. Pacient si uvědomuje svou nemoc, může se přidružovat depresivní problematika postiženého jedince (Zvěřová, 2017, s. 69).

Z prvotních příznaků Alzheimerovy demence je možné zmínit následující:

- zhoršenou výbavnost slovních výrazů a jejich vyjadřování;
- obtíže s adaptací na nové situace, technologie apod.;
- zhoršené kódování nových/nedávných událostí do paměti;
- dezorientace orientace v prostoru a čase;
- ztížené rozhodování;
- pokles motivace (iniciativy), zájmu o koníčky;
- úzkostnost, depresivita, podrážděnost nebo naopak apatie;
- proměny v osobnostních projevech (Holmerová, Janečková a Niklová, 2016, s. 9).

Stadium středně těžkého rozvoje onemocnění Alzheimerovou demencí lze charakterizovat coby fázi, v níž narušení kognitivních funkcí významně pokročí. Taktéž se prohlubuje nedostatečnost v rovině běžných denních aktivit (vedle složitějších aktivit pacient přestává zvládat běžné jednodušší úkony typu placení, nebo například telefonování apod.). Na behaviorální úrovni lze pozorovat poruchy chování postižené/ho, pacient mívá problémy s takzvanými fatickými funkcemi (čtením, psaním apod.) (Raboch a Pavlovský, 2012, s. 173).

Pacienti v dané fázi vývoje onemocnění vyžadují trvalý dohled, s postupem času klesá schopnost sebeobsluhy. V případě vhodně vedené péče je (strukturaci dne smysluplnými aktivitami) lze udržovat dobrou kvalitu života; konkrétními projevy nemocného jsou:

- výrazné zhoršení fungování paměti;
- neschopnost žít bez pomoci druhých a trvalého dohledu;
- zhoršení vyjadřování;
- chování nepřiměřené situacím (vychází zejména z pocitů ohrožení při neporozumění tomu, co se děje);
- počátky inkontinence;
- možnost výskytu halucinací a bludů (Holmerová, Janečková a Niklová, 2016, s. 9–10).

Stadium těžkého rozvoje onemocnění Alzheimerovou demencí pak představuje fázi, v níž nemocný nepoznává ani členy vlastní rodiny, je výrazně dezorientován v času a prostoru, typická je plná závislost na pomoci okolí, vyskytují se výrazné poruchy psychického i behaviorálního charakteru (Zvěřová, 2017, s. 70). Člověk přesto může pociťovat radost z jím vykonávaných činností, vnímá vlídnost v chování okolí, dokáže si vychutnat jídlo (za předpokladu, že je tato strava snadno polykatelná) – všechny podobné drobnosti přinášející pozitivní prožívání jsou velmi důležitými pro kvalitu života pacienta (Holmerová, Janečková a Niklová, 2016, s. 10).

Z projevů postižených jedinců je možné uvést například:

- neschopnost vyjádřit se;
- nerozpoznávání vlastního domova (maximálně některých jeho prvků);
- rozpoznávání pouze jednoduchých prvků neverbální komunikace (například gest);
- omezení mobility, a to až do bodu upoutání na lůžko;
- neudržování moči ani stolice;
- potíže s polykáním;
- chorobné zhubnutí (kachektizace);
- svalové kontraktury, shrbenost (Holmerová, Janečková a Niklová, 2016, s. 10).

### 1.5.2 Léčba Alzheimerovy choroby

Ačkoli vyléčení pacienta z onemocnění označovaného za Alzheimerovu demenci není (jak již bylo upozorňováno v předcházejících částech práce) možné, přesto jsou v přístupu

k jedincům trpícím danou diagnózou uplatňovány některé konkrétní léčebné postupy, které se mohou zaměřovat na zmírňování příznaků onemocnění, zpomalování jeho rozvoje, nebo řešení přidružených potíží, jimiž pacienti mohou zároveň trpět.

Zvěřová (2017, s. 76) například upozorňuje na častou nutnost podávání antipsychotiky, na jejichž základě by měla medikace nemocné osoby vést ke zmírňování či potlačování nežádoucích symptomů onemocnění v rovině psychiky a chování konkrétního jedince. Stejně jako i u jiných onemocnění je snahou léčebných procesů udržování co nejvyšší možné kvality života pacienta (Honzák, 1999, dle Brzáková Beksová, 2013, s. 62).

Kromě léčby nežádoucích symptomů v rovině prožívání a chování jedince (například za užití již avizovaných antipsychotik) by pak měly léčebné procesy být směřovány také na terapii přidružených onemocnění konkrétního jedince a měly by zahrnovat rehabilitaci somatických funkcí dané osoby (Zvěřová, 2017, s. 76). Rehabilitace kognitivních funkcí je pak přístupem, který v léčbě hraje zcela zásadní a neopomenutelnou roli (Pidrman, 2007, s. 94).

Z hlediska medicínského přístupu k léčbě pacientů trpících Alzheimerovou chorobou lze hovořit o indikaci takzvaných inhibitorů acetylcholinesterázy, na jejichž základě dochází k potlačování kognitivních deficitů, které jsou hlavním symptomem a problematikou, kterou je nutné u pacientů s uváděnou diagnózou řešit především – z konkrétních léčiv plnicích danou funkci lze uvést:

- Rivastigmin;
- Galantamin;
- Donepezil;
- Fyzostigmin (Kulišťák, 2017, s. 810).

### 1.5.3 Výživa a Alzheimerova choroba

Jak již bylo zmíněno v rámci oddílu 1.5.1. práce, pacienti v určitých fázích rozvoje Alzheimerovy demence mohou mít poměrně významné potíže související s jejich stravováním a výživou, a to například v podobě zhoršeného polykání, nebo dokonce v manifestaci chorobného hubnutí (kachektizace). Dané informace tak ilustrují fakt, že péče o jedince s diagnózou Alzheimerovy choroby, by měla tkvět (krom jiného) také v rovině jeho výživy.

O tom, že výživa je v dané souvislosti zásadním tématem se pak lze přesvědčit taktéž na příklad na informaci autorů Jiráka, Holmerové a Borzové (2009, s. 64), kteří ve své publikaci upozorňují na fakt, že přiměřená výživa je vhodným přístupem i v případě takzvané alkoholové demence. Je tedy možné problematiku výživy vztahovat obecně ke kategorii diagnóz demence, nikoli jen k Alzheimerově chorobě samotné.

Výživa člověka má vliv na jeho aktuální i dlouhodobý zdravotní stav (Mikšová, 2006, s. 18). Daný fakt je pak platný jak pro fyzické, tak i psychické zdraví osoby (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 19). V případě Alzheimerovy demence se pak lze dočíst, že s výživou lidského jedince souvisí i oblast životních návyků, které mohou pomáhat ke zpomalení výskytu a rozvoje kognitivních poruch – Kanadská společnost pro prevenci onemocnění Alzheimerovou chorobou například upozorňuje, že preventivní vliv má například zdravý, vyvážený jídelníček (Cuneo, 2018, s. 19).

V případě, že se již u osoby Alzheimerova demence rozvinula, je pak výživa řešena zejména v pokročilých stádiích onemocnění, právě ve spojení se zhoršeným příjmem potravy, nebo také se snahou o udržení potřebné hladiny hydratace. Dostatečná výživa je však odborníky vnímána coby nezbytná součást kvalitní péče o nemocného po celou dobu rozvoje jeho choroby (Jiráka, Holmerová a Borzová, 2009, s. 134).

U Alzheimeriků je vhodné v rámci výživy soustředit pozornost jak na jejich příjem makroživin v určitých doporučených poměrech (tedy určitý objem přijímaných bílkovin, sacharidů), tak na zdroje těchto makroživin (zejména například u konzumovaných tuků), vhodnou míru příjmu vitamínů a oxidantů a samozřejmě již uváděnou hydrataci (Cuneo, 2018, s. 23-36).

#### **1.5.4 Prognóza Alzheimerovy choroby**

Dle Jiráka, Holmerové a Borzové (2009, s. 157) patří právě Alzheimerova choroba k nejzávažnějším onemocněním z hlediska prognózy (tedy výhledu) pacienta, u nějž byla diagnostikována.

Aktuálně nezvratné onemocnění má charakter plynulé progresy, přičemž doba přežití bývá u postižených osob v rozmezí 5 až 15 let (myšleno od objevení se demence u konkrétního jedince do okamžiku jeho smrti) (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015, s. 124).

## 1.6 Úloha rodiny v péči o člověka s Alzheimerovou demencí

Role rodiny (stejně jako i role případných blízkých přátel) u pacientů trpících Alzheimerovou demencí je zásadní, a to mnohdy ještě před samotným stanovením diagnózy, k němuž často dochází až v situaci, kdy je postižená osoba právě členy rodiny přesvědčena o nutnosti podstoupení vyšetření u odborníka, znalce dané problematiky; osoby blízké pacientovi mohou být těmi, kdo na něm upozorují zvláštnosti v chování (obecně proměny v běžném fungování) a mohou danou osobu na jejich existenci upozornit (Čechová, Fendrych Mazancová a Marková, 2019, s. 212).

Rodina funguje v roli faktoru oddalujícího nutnou institucionalizaci pacienta, kdy dané oddálení představuje v průměru 1–2 roky života pacienta v domácím, tedy pro něj přirozeném, prostředí (Holmerová, 2003, dle Zvěřová, 2017, s. 22).

Za výhodu péče směrem k nemocnému samotnému je tedy možné považovat, že tento se pohybuje mezi dlouhodobě dobře známými osobami a v prostorách, v nichž se dokáže (alespoň zpočátku) zorientovat a cítí se v nich dobře; na přátele i v pokročilejším stadiu onemocnění osoby s diagnózou Alzheimerovy demence zpravidla reagují spíše pozitivně (Provazníková a Kalvach, 2016, s. 27).

Nutné je ovšem podotknout, že práce s jedinci trpícími (Alzheimerovou) demencí je velmi složitá, což u rodinných příslušníků platí mnohonásobně z důvodu jejich citového vztahu k postižené osobě; je tedy nutné, aby si pečovatelé z řad osob blízkých pacientovi byli vědomi nároků, které na ně jsou a budou kladeny (Fertal'ová a Ondriová, 2020, s. 105). Jako příklad náročnosti péče je možné zmínit značnou agresivitu projevovanou pacienty s diagnózou Alzheimerovy nemoci (Látalová, 2013, s. 95), což je samozřejmě pouze jedna z možných ilustrací nastolené problematiky.

Rodinní příslušníci pečující o nemocné trpící Alzheimerovou demencí jsou proto v České republice podporováni například ze strany České alzheimerovské společnosti, která za daným účelem vznikla v roce 1997 (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009, s. 101).

Kromě různých organizací a institucí, které mohou pečovatelům z řad rodinných příslušníků usnadňovat péči o jedince s Alzheimerovou chorobou, je pak možné v rodinném systému spatřovat dalších úlohu, kterou by měl zastávat.

Rodina – tentokrát nikoli přímo ve vztahu k nemocnému, ale právě k jeho pečovatelům – může (společně s přáteli a známými) fungovat jako dopomoc proto, aby primární pečující

osoba měla možnost se od pacienta alespoň na krátkou dobu vzdálit, načerpat nové síly, případně si zařídit jiné důležité a neodkladné záležitosti nutné pro vlastní běžné fungování (Provazníková a Kalvach, 2016, s. 28). Rodina tak zastává také roli prevence rozvoje nežádoucích dopadů péče o nemocného u jednotlivých svých členů navzájem.

## 2 EDUKACE

Edukaci je možné v obecné rovině představit jako termín vycházející z latinských výrazů *educare* či *educare*, které jsou do češtiny překládány jako „vedení vpřed“, nebo „výchova“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Zormanová (2014, s. 21) přitom poukazuje na fakt, že v různých zdrojích lze nalézat navzájem se poněkud odlišující konkrétní definice zvoleného termínu.

Pro potřeby předkládané práce poslouží vymezení edukace autorkou Juřeníkovou (2010, s. 9), která uvádí, že pojem edukace označuje: „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny“. Jednodušeji lze hovořit o tom, že edukovat znamená vychovávat a zároveň vzdělávat konkrétní osobu či osoby (Krátká, 2016, s. 9).

S ohledem na to, jakým způsobem byly vymezeny jednotlivé fáze vývoje onemocnění Alzheimerovou chorobou v jednom z pododdílů první kapitoly předkládané práce, je možné hovořit o vhodnosti aplikace jak výchovy, tak vzdělávání v oblasti péče o pacienty s diagnózou daného onemocnění. Zatímco vzdělávání je vhodné vztahovat na pečující osoby pacientů (případně pacienty samotné v počátečních fázích jejich nemoci), výchovu pak je možné nahlížet jako nástroj vhodný k aplikaci vůči pacientům ve stadiích pokročilého rozvoje onemocnění, kdy již jejich kognitivní funkce nedosahují kvality a kvantity potřebné pro vzdělávání ve smyslu nabývání nových informací a jejich kódování do paměti.

### 2.1 Vymezení základních pojmů

Pod pojem edukace jsou běžně společně zahrnovány procesy výchovy a vzdělávání (Valenta, 2008, s. 62). Daný fakt potvrzuje taktéž například Juřeníková (2010, s. 9), která podotýká, že jak výchova, tak vzdělávání mají u subjektu, na nějž je edukativně působeno vést k rozvoji v oblastech, jakými jsou jeho:

- postoje;
- zájmy;
- chování;
- potřeby;
- vědomosti.



Edukace je cílevědomě vedeným procesem (Valenta, 2008, s. 62), na jehož základě ve zdravotnictví (tedy i přímo konkrétně v ošetrovatelství) dochází k výchově klientů – pacientů (Malíková, 2011, s. 255). Toto výchovné působení si klade za cíl především prevenci (Sedlářová, 2008, s. 159).

V návaznosti na informace uváděného v úvodu do druhé kapitoly si lze pod prevencí ve vztahu k pacientům s diagnózou Alzheimerovy demence představit edukaci pečujících osob v rovině jejich vědomostí a dovedností, stejně jako například i edukaci (v rovině výchovného působení) vedenou směrem k pacientům ve snaze o ovlivňování jejich behaviorálních projevů (tedy chování), postojů, nebo zájmů.

## 2.2 Význam edukace v ošetrovatelství

Podle Petláka (1997, dle Kuberová, 2010, s. 34) je edukace v ošetrovatelství v moderní době znakem snah o přizpůsobování se aktuálním požadavkům a „vymoženostem“ společnosti jako takové.

Přímo v rámci oboru ošetrovatelství je možné na edukaci nahlížet jakožto na výchovu/výuku pacienta: „umožňující zvýšení jeho péče o vlastní zdravotní stav a průběh choroby“, kdy Sedlářová (2008, s. 159) navíc upozorňuje, že na podobou edukaci je kladen čím dál větší význam, v zásadě je možné ji považovat za znak kvalifikované péče, který ve svém důsledku plní zásadní preventivní funkci. Jak již bylo zmíněno v podkapitole 2.1 v případě jedinců s diagnózou Alzheimerovy demence je nutné edukovat také osoby, které o nemocného pečují, a to z důvodu postupně narůstající závislosti pacientů na jejich pečovateli.

Sikorová (2012, s. 153) pak upozorňuje, že již samotná zakladatelka moderní podoby ošetrovatelské péče – F. Nightingalová – zdůrazňovala význam vzdělávání pacientů, například v oblasti cvičení, hygieny, nebo správné výživy a řadě dalších témat. Edukaci lze tedy považovat za neodmyslitelnou součást ošetrovatelství v případě, že má toto být dostatečně efektivním nástrojem péče o pacienta.

## 2.3 Edukační proces a jeho fáze

K tématice jednotlivých fází edukačního procesu v ošetrovatelství se vyjadřují například Dušová, Hermannová, Janíková a Saloňová (2019, s. 15), u nichž se lze dozvědět, že tyto zahrnují:

- fázi edukačního posouzení;

- fázi diagnostiky
- fázi plánování;
- fázi realizace;
- fázi hodnocení.

Z hlediska pedagogické diagnostiky/edukačního posouzení pacienta je vhodné upozornit, že toto by mělo obsahovat následujících body praxe ze strany edukátora (všeobecné sestry):

- sběr informací (dat) o edukantovi;
- analýzu schopností učit se u klienta (tedy zhodnocení stavu jeho smyslů, dále pak rovnováhy, komunikačních schopností, koncentrace pozornosti apod.);
- stanovení úrovně dovedností, stejně jako i vědomostí, návyků a v neposlední řadě i postojů edukanta;
- posouzení edukačních potřeb na straně klienta;
- připravenost klienta na výuku;
- stanovení edukačního záměru na základě vyhodnocení potřeb klienta – tento musí být jasně definován a následně zadokumentován (Krátká, 2016, s. 41).

V souvislosti s danou tematikou se pak lze u jiných autorů setkávat taktéž s označením jedné z fází edukačního procesu za fázi zpětné vazby (Juřeníková, 2010, s. 22).

Edukační proces Juřeníková (2010, s. 10) definuje jako: „činnost lidí, při které dochází k učení“. Toto učení je výsledkem záměrných i nezáměrných procesů (Juřeníková, 2010, s. 10).

Během edukačního posouzení je nutné zjistit důležité informace o pacientovi a stanovit edukační témata (oblasti, v nichž pacient potřebuje nabýt vědomosti), zjistit schopnost pacienta učit se. Někdy je zjištění potřeb vzdělávání v určitých oblastech již spojováno přímo s fází diagnostickou (Hudáková a Kopáčiková, 2017, s. 20).

Fáze plánování sestává ze stanovení konkrétních edukačních cílů a zvolit motivační přístup pacienta; ve fázi realizace je nutné užívat vhodné metody a případné pomůcky vzdělávání, stejně tak je nutné sledovat, zda obsah edukace je pacientem (edukantem) efektivně osvojován (Hudáková a Kopáčiková, 2017, s. 20). Edukanta je v rámci procesu učení možné jednoduše vnímat jako osobu, na níž je vzdělávání cíleno (Krátká, 2016, s. 9).

Ve fázi zpětné vazby dochází k hodnocení výsledků edukanta i práce edukátora jako takového (Juřeníková, 2010, s. 22).

V roli edukátorů v ošetrovatelství vystupují zejména všeobecné sestry, která pracují s pacienty (krom jiného) taktéž jako se svými edukanty (Kutnohorská, 2010, s. 158).

## 2.4 Faktory, které ovlivňují proces edukace

Dle Průchy (2002, dle Juřeniková, 2010, s. 10) je možné v procesech edukace vysledovat působení celkem čtyř různých determinantů, s nimiž je nutné počítat taktéž i v případě aplikace edukačních procesů v prostředí zdravotnictví; jedná se konkrétně o:

- edukanta (edukanty) a jeho/jejich charakteristiky;
- edukátora;
- edukační konstrukty;
- edukační prostředí.

Všechny výše uváděné determinanty mají vliv na to, jakým způsobem bude proces edukace probíhat.

Edukátor (v tomto případě tedy zdravotní sestra) ovlivňuje přínos edukace pro vzdělávaný objekt – edukanta – zejména svou vlastní profesionalitou, mírou její úrovně (Malíková, 2011, s. 257). Špirudová (2015, s. 114) například poukazuje na fakt, že sestry v rolích edukátorek by měly mít osvojeny určité techniky získaná tréninkem pro výkon edukace.

U edukantů je nutné počítat s jejich kognitivními, stejně jako i afektivními, biologickými, sociálními, a dokonce spirituálními charakteristikami, které mají všechny vliv na průběh a kvalitu edukace (Kuberová, 2010, s. 70).

Pod pojmem edukačních konstruktů je možné si představit: „*všechny teorie, modely, plány, scénáře, prognózy, zákony, předpisy a jiné teoretické výtvořky, které nějakým způsobem určují nebo ovlivňují edukační procesy*“ (Zrubáková a Krajčák, 2016, s. 169). Konkrétněji se může jednat například o edukační program, standardy, nebo různé didaktické materiály (Zrubáková a Krajčák, 2016, s. 169), kdy je logické, že tyto taktéž ovlivňují procesy edukace probíhající ze strany zdravotních sester.

Edukační prostředí je (již dle svého označení) prostředím, v němž proces edukace reálně probíhá. Edukace může probíhat například v prostředí školy, domova pacienta, nebo i ve zdravotnickém, zařízení (Sikorová, 2012, s. 151).

## 2.5 Sestra v roli edukátora

Jak již bylo zmíněno v podkapitole 2.4 edukátorkami v ošetrovatelství jsou zejména všeobecné sestry. Autorka Krátká (2016, s. 24) dokonce uvádí, že edukační činnost je neoddelitelnou součástí pracovní náplně sester. O tom, že sestry při výkonu své profese a plnění pracovních povinností fungují (krom jiného) právě také i jako edukátorky pacientů, o něž pečují, hovoří ve své publikaci například autorka Kutnohorská (2010, s. 158). Cílem zapojení všeobecných sester by v oblasti edukace měla být snaha o předávání informací edukantovi a jeho vedení k pochopení problémů spojených s konkrétním zdravotním stavem společně s jeho motivací k řešení těchto problémů (Pejznochová, 2010, s. 7).

Vyhláška č. 55/2011 Sb. (Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011, § 3, odst. 1 písm. c) jasně uvádí, že zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí bez potřeby odborného dohledu a také bez indikace v souvislosti se svou odborností (krom jiných činností) provádí právě zápisy do zdravotnické (a případně další) dokumentace pacientů.

V obsahu Vyhlášky č. 391/2017 Sb. (Vyhlášky, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017, § 3pís. g) je pak možné se dozvědět, že úkolem zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí tak, jak byl již zmíněn v předcházejícím odstavci (týká se také všeobecných sester), je motivace a edukace pacienta, případně i jeho rodiny, k tomu, aby tento přijímal zdravý životní styl a pečoval o sebe sama.

### 2.5.1 Edukant a jeho charakteristika

Edukant je dle Juřeníkové (2010, s. 10): „*subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá*“. Mezi charakteristiku edukantů lze řadit takové prvky, jakými jsou například jeho etnická příslušnost, víra, sociální prostředí, z něž pochází apod. – uváděné charakteristiky své nositele samozřejmě ovlivňují (Juřeníková, 2010, s. 10).

Mezi edukantem (v tomto případě pacientem či jeho rodinným příslušníkem) a edukátorem (tedy všeobecnou sestrou) probíhá edukační proces, a to na základě vzájemné interakce obou zmíněných subjektů (Průcha, 2002, dle Sikorová, 2012, s. 152).

Edukanty zdravotnicích sester jsou tedy zejména pacienti, o něž sestry pečují. V souvislosti s tematikou předkládaného dokumentu je pak vhodné upozornit na fakt, že edukační procesy ze strany sestry mohou být v rámci snah o poskytnutí co nejlepší péče pacientovi také

i k jeho rodinným příslušníkům. V případě pacientů trpících demencí je možné daný fakt považovat za nevyhnutelný.

### **2.5.2 Edukátor**

V edukačních procesech probíhajících v rámci oboru ošetrovatelství zastává edukátor zásadní postavení, přičemž daná role je zpravidla prisuzována všeobecným sestřím, přestože další osobou naplňujícím procesy edukace může být ve zdravotnických zařízeních taktéž takzvaný léčebný pedagog (Kuberová, 2010, s. 49).

Na všeobecné sestry, které působí jako ošetrovatelky a edukátorky, se vztahují taktéž samozřejmě informace uváděné k pojmu edukátora již v podkapitole 2.4 předkládané práce.

### **2.5.3 Edukační konstrukty**

Z úhlu pohledu posuzování kvality edukačních procesů jsou zásadním vstupním takzvané edukační konstrukty (Holmanová a kol., 2003, dle Zrubáková a Krajčík, 2016, s. 169). O tom, co vše spadá pod edukační konstrukty, bylo již hovořeno v podkapitole 2.4 práce.

U zdravotních sester lze z edukačních konstruktů zmínit například význam takzvaných metodických pokynů vydávaných Ministerstvem zdravotnictví České republiky, které je nutné reflektovat v procesech péče o pacienta, tedy i v rámci jeho edukace (Dušová, Hermannová, Janíková a Saloňová, 2019, s. 15).

### **2.5.4 Edukační prostředí**

Z hlediska ošetrovatelského je vhodné brát v potaz fakt, že výchova či vzdělávání edukantů probíhají zpravidla ve specifickém prostředí (nemocnice, případně jiného zdravotnického zařízení), což má vliv na edukační proces a jeho ostatní determinanty (Dušová, Hermannová, Janíková a Saloňová, 2019, s. 19). Zdravotní sestry by si daného poznatku měly být dobře vědomy a zohledňovat ho ve svém přístupu k edukantům, stejně jako i v uplatňování edukačních konstruktů v praxi apod.

Zdravotní sestry by měly zajišťovat takové vlastnosti edukačního prostředí, které budou co nejlépe podporovat učení se na straně edukanta (Halmo, 2015, s. 198). Schopnost definovat vliv prostředí edukace na edukanta by měla patřit k dovednostem všeobecné sestry fungující v roli edukátorky (Vytejková, 2011, s. 37).

## 2.6 Edukační cíle a metody

Na základě správně stanovených (formulovaných) cílů je možné efektivně plánovat edukaci klientů ze strany jejich edukátorů, přičemž cíl samotný je možné vdaném kontextu vymezovat coby: „*očekávaný výsledek, kterého chceme u jedince dosáhnout*“. (Juřeníková, 2010, s. 27) Zmiňovaný výsledek je zastoupen (manifestuje se jako) pozitivní kvalitativní/kvantitativní změna pozorovatelné v jednotlivých možných oblastech rozvoje jedince (tedy v již v dříve zmiňovaných postojích, potřebách, návycích apod.) (Juřeníková, 2010, s. 27).

Pro oblast vzdělávání a výchovy v rámci ošetrovatelství přitom platí, že edukace by zde neměla být primárně cílena na naplňování cílů vzdělanostního, ale spíše afektivního charakteru (Kuberová, 2010, s. 26). V ošetrovatelství je tedy možné hovořit o zdůrazňování zejména výchovné složky edukace u osob nacházejících se v rolích edukantů.

Edukace jako taková je jedním z hlavních cílů ošetrovatelství (Kutnohorská, 2010, s. 116). Edukační cíle jsou zde stavěny do jedné roviny společně s cíli diagnostickými, léčebnými, sociálními, nebo rehabilitačními (Slezáková, 2014, s. 8). Cíle edukace v oboru ošetrovatelství pak vycházejí ze samotné koncepce ošetrovatelství jako celku (Slezáková, 2014, s. 8).

Edukační metody pak mohou nabývat podoby verbální (mluvené či písemné), stejně jako obrazové apod. (Sovová a Sedlářová, 2014, s. 124). Krátká (2016, s. 29) s ohledem na metody edukace v ošetrovatelské praxi hovoří o metodách mluveného slova, tištěného slova a metodách přímé zkušenosti a názorných prostředků.

## 2.7 Dokumentace edukačního procesu

Jak se lze dočíst u Sedlářové (2008, s. 159): „*Veškeré činnosti týkající se edukace musí být zaznamenány v dokumentaci*“. Již samotný tento poznatek tak dává tušit, jak významné místo edukace v procesech péče o pacienty ze strany ošetrovatelů – zejména tedy zdravotních sester – ve skutečnosti zastává.

Dle Schneiderové (2014, s. 63) je záznam o edukaci běžnou součástí ošetrovatelské dokumentace konkrétních pacientů.

Minimálně by měl záznam o edukaci pacienta vedený všeobecnou sestrou obsahovat následující body proto, aby jej bylo lze považovat za efektivní:

- informaci o úrovni znalostí edukanta na počátku edukace;
- informaci o úrovni znalostí edukanta na konci edukace;
- cíle edukace;
- obsah edukace (vyjádřen osnovou, případně odkazem na číslo standardu);
- použité metody edukace;
- zvolené formy edukace u edukanta;
- užití učební pomůcky (může se jednat například o různé letáky, brožury, modely apod.);
- vyvstalé bariéry edukace (jak ze strany edukanta, tak také edukátora);
- odezvu, které se v reakci na edukaci u edukanta manifestuje (průběh a výsledek práce s edukantem);
- informaci o tom, kdo jedince edukoval;
- informaci o tom, kdy edukace proběhla;
- informaci o místě, v němž edukace proběhla;
- informace o tom, kdo byl edukantem vzdělávacích procesů;
- poznámku o přítomnosti/nepřítomnosti rodinného příslušníka;
- podpis osoby edukátora;
- podpis osoby edukanta (Kudlová, 2016, dle Krátká, 2016, s. 44).

O tom, že dokumentace tvoří důležitou součást edukačního procesu pacienta pak ve své publikaci hovoří taktéž například i autorka Špirudová (2006, s. 128), která dále uvádí, že dokumentace by měla zahrnovat záznamy jednak o plánovaných či již vykonaných edukacích pacienta, jednak také i výstupy takového konání (v ideálním případě by samotný výstup měl obsahovat následující informace – čeho klient dosáhl a jak na výchovně – vzdělávací proces vlastně reagoval).

Magurová s Majerníkovou (2009, dle Dušová, Hermannová, Janíková a Saloňová, 2019, s. 39) dokonce upozorňují, že správně vedená dokumentace by měla obsahovat formulář vytvořený pro jednotlivé fáze edukace pacienta, tedy nejen pro samotnou edukační činnost, ale také i pro diagnostiku, plánování a realizaci a v neposlední řadě pro zhodnocení edukačního procesu.

## 2.8 Edukace rodiny v péči o člověka s Alzheimerovou demencí

Nejen edukace pacienta, ale také i jeho blízkých osob – nejčastěji rodinných příslušníků – je pak nedílnou součástí péče o jedince s diagnózou Alzheimerovy choroby.

Podobná edukace je důležitým prvkem péče, jelikož je možné je považovat za jeden z prvků umožňujících často oddálení nutnosti svěřit nemocnou osobu do zařízení institucionální péče, v němž o ni bude postaráno (Zvěřová, 2017, s. 21).

Vůči rodinným příslušníkům by měla být vedena edukace zahrnující informace o podstatě onemocnění jejich blízké osoby, o možnosti jeho léčby, stejně jako i o možnostech, jakými lze nastolit a udržovat, pokud možno, pozitivní (či minimálně pozitivnější) vzájemné komunikační vzorce a zároveň nižší emoční expresivitu (Ocisková a Praško, 2015, s. 290).

Edukace členů rodiny jedince trpícího Alzheimerovou chorobou je nahlížena jako nezbytná forma podpory pečovatelů, která by měla v každém případě zahrnovat dostatečný přísun ověřených a vhodných (tedy adekvátních) informací, které jsou pečovateli včasně předávány (Pidrman, 2007, s. 100).

Z uváděného tak vyplývá, že by edukace členů rodiny pacienta se stanovenou diagnózou Alzheimerovy demence měla být nahlížena zejména jako prostředek podpory rodinného systému pečujícího o podobně postiženého jedince. Alzheimerova choroba je totiž onemocněním, které závažným způsobem postihuje nejen samotného pacienta, ale právě i jeho rodinu (Provazníková a Kalvach, 2016, s. 11.).

Pokorná (2013, s. 47) ovšem k danému předmětu zájmu podotýká, že pro péči o příbuzné pečující o nemocné seniory (tedy i jedince trpící Alzheimerovou demencí) a jejich edukaci v praxi bývá pouze málo času, stejně jako i prostoru; kvůli tomuto nedostatku tak autorka odkazuje osoby pečující o seniory spíše na elektronické zdroje informací. Ačkoli je tedy edukace příbuzných jedince s diagnózou Alzheimerovy demence důležitá, nejsou jí v běžné ošetrovatelské praxi věnovány dostatečné zdroje.

Edukace rodiny pacienta ze strany sestry běžně spočívá v takových bodech, jakými jsou způsoby možné komunikace s nemocným jedincem, obecně pak předání informací potřebných proto, aby bylo možné pacientovi zajistit co nejlepší možnou péči ze strany rodinných příslušníků (Kapounová, 2007, s. 175).

Z informací (rad), které jsou uváděny jako zásadní pro členy rodiny, jež pečují o duševně nemocného jedince – konkrétně o osobu s diagnózou Alzheimerovy demence – je možné



uvést následující body, které by měly být ze strany zdravotní sestry zohledněny a reflektovány v jejím edukačním vedení příbuzných takových pacientů (ESF výuka: Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče, 2020):

- informaci o poruchách paměti, které jsou neodmyslitelným průvodním jevem onemocnění (není tedy vhodné osobu, o níž je pečováno, opravovat, nebo jí vyvracet užívané slovní formulace);
- informaci, že nemocní pacienti si po dlouhou dobu jsou schopni pamatovat způsob vedení komunikace, a to i době kdy již nejsou schopni si vybavit její přesný obsah (důležité je uvědomění si, že konfrontace/konflikty týkající se právě například obsahů jednotlivých komunikačních výměn proběhlých v minulosti mohou u nemocného jedince vyvolávat pocit nepochopení, nebo dokonce agrese; v každém případě dochází ke ztěžování komunikace s nemocnou osobou);
- nemocní jedinci často opakují již vyřčené (například jednu konkrétní větu) během dne (není nutné ani efektivní postižené osobě sdělovat, že danou informaci v daný den již předtím mnohokrát od pacienta slyšeli);
- Alzheimerova demence s sebou sebou onemocnění přináší poruchy chování pacienta, nimž se navíc připojuje také jeho časoprostorová dezorientace – v důsledku toho tak zasaženému jedinci splývá minulost se současností, daná osoba často něco hledá apod. (pro pečující osoby je nutné v daném ohledu nemocného neobviňovat, nic mu nevyčítat, ale ani zbytečně věci do nekonečna nevysvětlovat);
- vedení komunikace s nemocnou osobou v podobě užívání jednoznačných, krátkých vět;
- informaci o nutnosti zavedení každodenních stereotypů (rituálů), které budou u pacienta dodržovány;
- informaci o faktu, že nově nastalé skutečnosti (nepředvídané události, které nejsou součástí již dříve zmiňovaných nastavených denních rituálů) působí na nemocné jedince negativním způsobem (není tedy vhodné osobě, o níž rodinní příslušníci pečující kvůli její diagnóze Alzheimerovy demence proměňovat prostředí, v němž se pohybuje, a to nikoli pouze v rovině jeho převážení na nová, cizí místa, ale dokonce i v rovině například přemísťování osobních věcí pacienta v místě jeho bydliště, v němž se dokáže alespoň částečně zorientovat apod.);
- zdůraznění nutnosti doby, v níž budou osoby z řad rodiny pacienta, které o něj pečují (přicházejí s ním do pravidelného kontaktu), věnovat čas a energii samy sobě,

zejména pak odpočinku (ESF výuka: Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče, 2020).

Zároveň by pak měli být členové rodiny pacienta trpícího Alzheimerovou nemocí informováni (edukováni) o tom, že podobně postižený jedinec má svá základní práva, na něž je nutné – či minimálně vhodné – brát ohled, má-li péče o podobně postiženou osobu být vedena efektivním způsobem; mezi tato práva patří:

- právo na informace o vlastní chorobě;
- právo být užitečný do doby, do kdy je to jen trochu možné (jak v rovině zábavy, tak i práce);
- právo na vhodnou, soustavně vedenou lékařskou péči;
- právo na vyjádření citů;
- právo na vážné uznání svým okolím;
- právo na náhled vlastní osoby coby dospělého člověka (nikoli sklouzávání k přístupu, který je zaujímán například vůči malým dětem);
- právo na neléčení psychotropními látkami;
- právo na potěšení z provozování každodenních smysluplných činností;
- právo na pravidelný pobyt venku;
- právo na bezpečné, srozumitelné a pro pacienta předvídatelné prostředí, v němž jedinec žije;
- právo na tělesný kontakt (pohlazení, objetí apod.);
- právo na interakci (bytí) s lidmi obeznámenými s životem jedince (týká se nejen „známosti“ osob, s nimiž přichází pacient do styku, ale také například pacientových kulturních či náboženských zvyklostí);
- právo na ošetřování osobami trénovanými v péči o osoby trpící demencí (ESF výuka: Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče, 2020).

Jak již bylo uvedeno dříve, edukace je mířena jako forma podpory (pomoci) rodinám pečujícím o osobu trpící Alzheimerovou demencí. Její konkrétní obsah by tak měl reflektovat zejména aktuální potřeby konkrétního rodinného systému.

Zároveň je možné hovořit o tom, že v případě každé rodiny pečující o jedince s danou diagnózou je nutné předávat určité základní penzum informací, bez nichž se pečující osoby neobejdou. Tyto by měly reflektovat informace o tom, jakým způsobem onemocnění na pacienta působí, jak se bude tento projevovat – co od něj lze tedy očekávat a jak je vhodné na podobné projevy reagovat. Kromě jednotlivých dílčích bodů uváděných v podkapitole

2.8 v jednotlivých prezentovaných výčtech je tak možné hovořit o vhodnosti představení Alzheimerovy choroby v rámci jednotlivých stadií jejího (budoucího) rozvoje tak, jak bylo prezentováno v rámci jednoho z dílčích oddílů kapitoly číslo 1 předkládané práce.

Jako další důležitý bod edukace rodiny pacientů s Alzheimerovou demencí je možné zdůraznit jejich informování o tom, jaké další podpory a pomoci (kromě samotné edukace vedené ze strany všeobecné sestry) je možné získat a kam se pro ně lze obrátit.

Z dílčích informací, které lze řadit do kapitoly edukace rodiny pacienta s Alzheimerovou demencí pak lze zmínit také například informování jejích členů (minimálně pečující osoby), že je vhodné s nemocným sestavovat jeho jídelníček (Grochalová, dle Danyi, 2016) nebo, že je nutné počítat s některými emočními reakcemi, které v nich podobná péče může (do budoucna) vyvolávat, jak se s těmito projevy vhodným způsobem vyrovnávat (Maryšková, dle Hradecká, 2010).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 METODIKA

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl zvolen smíšený výzkum (rozhovory s odborníky pracujícími s osobami trpícími Alzheimerovou demencí a technika polostrukturovaných dotazníků pro pečující osoby) v konkrétním vybraném zařízení Domov pro seniory – domov se zvláštním režimem, do něhož jsou umísťovány osoby trpící Alzheimerovou demencí.

Rozhovor je přirozeným způsobem vzájemné komunikace, lidé při něm získávají potřebné informace. Jedná se o nejtěžší, ale také nejprospěšnější techniku k zajištění kvalitativních dat, k získání informací o nemocném jedinci a o kvalitě jeho života (Kutnohorská, 2009, s. 38–39).

Dotazník je řazen mezi metody kvantitativního výzkumu a můžeme říct, že patří mezi nejpoužívanější metody k získávání dat. Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek (Chráska, 2007, s. 163).

#### 3.1 Cíle výzkumného šetření

*Hlavním cílem* výzkumného šetření v rámci zpracování praktické části této práce je:

Zjistit, zda a kým byly rodiny pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou poučeny o onemocnění a péči, s jakými problémy se nejčastěji při péči setkávají a jakou pomoc by přivítaly.

*Díličí cíle* empirického šetření:

- Cíl č. 1: Analyzovat míru informovanosti o Alzheimerově chorobě u rodiny (pečující osoby).
- Cíl č. 2: Zjistit, jestli a kým byla rodina (pečující osoba) poučena, jak má pečovat o svého blízkého.
- Cíl č. 3: Identifikovat bariéry, se kterými se rodina (pečující osoba) při péči o svého blízkého setkává a co by jí tuto péči usnadnilo.
- Cíl č. 4: Zjistit, jaké informace podle odborníků potřebují rodiny pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou.
- Cíl č. 5: Připravit edukační materiál pro rodiny pečující o osobu s Alzheimerovou chorobou.

### 3.2 Metoda a technika výzkumného šetření

Při zpracování tématu bakalářské práce se nám jevila jako nejvhodnější smíšená výzkumná strategie. Jedná se o kombinaci kvalitativní a kvantitativní metody, kterou můžeme v současné vědě stále častěji pozorovat (Hendl, 2016, s.16).

Jako technika sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor a polostrukturovaný dotazník.

Polostrukturovaný rozhovor je charakterizován předem danou formulací otázek, ovšem v průběhu rozhovoru a jeho vývoje má výzkumník možnost pokládat doplňující otázky nebo je možné se vrátit k některým nejasným odpovědím. Je stanovena osnova rozhovoru, ale ta může být měněna (Farkašová a kol., 2006, s. 50).

Dotazník je jedním z nejběžnějších způsobů sběru dat. Oproti rozhovoru je méně náročný na čas, lze jím získat potřebné informace s menší námahou a s menšími náklady. Získaná data se dají zpracovat jednodušeji, než je tomu u rozhovoru. Nevýhodou mohou být např. nepravdivé či zkreslené informace anebo ovlivňování odpovědí ostatními přihlížejícími apod. (Novotná a kol., 2020, s. 39).

Toto smíšené výzkumné šetření bylo realizováno ve vybraném zařízení Domov pro seniory – domov se zvláštním režimem, se souhlasem jeho managementu. Ze strany vedení byla poskytnuta maximální součinnost, a to především zajištění spolupráce s personálem, aby bylo možné získat potřebné informace k výzkumnému šetření.

Informované souhlasy účastníků výzkumu a žádost o umožnění dotazníkového šetření jsou uloženy u autorky bakalářské práce. Nevyplněné informované souhlasy jsou umístěny v příloze P IV a P V.

### 3.3 Charakteristika položek

Otázky k rozhovoru i v dotazníku byly zaměřeny dle hlavního cíle a dílčích cílů (viz příloha P I. a příloha P II.).

Hlavní cíl výzkumného šetření Zjistit, zda a kým byly rodiny pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou poučeny o onemocnění a péči, s jakými problémy se nejčastěji při péči setkávají a jakou pomoc by přivítaly, byl naplněn prostřednictvím dílčích cílů 1, 2, 3 a 4 (otázka č. 4 a 5 – dílčí cíl 2, otázka č. 12 a 14 – dílčí cíl 3, otázka č. 11 – dílčí cíl 4 (3)).

*K dílčímu cíli č. 1* - Analyzovat míru informovanosti o Alzheimerově chorobě u rodiny (pečující osoby) směřovaly otázky č. 7, 13, 15.

*K dílčímu cíli č. 2* – Zjistit, jestli a kým byla rodina (pečující osoba) poučena, jak má pečovat o svého blízkého směřovala otázka č. 4, 5.

*K dílčímu cíli č. 3* – Identifikovat bariéry, se kterými se rodina (pečující osoba) při péči o svého blízkého setkává a co by jí tuto péči usnadnilo, směřovaly otázky č. 12, 13.

*K dílčímu cíli č. 4* - Zjistit, jaké informace podle odborníků potřebují rodiny pečující o osoby s Alzheimerovou směřovaly otázky č. 9, 10, 12, 13.

*K dílčímu cíli č. 5* – Připravit edukační materiály pro rodiny pečující o osobu s Alzheimerovou chorobou směřovaly prakticky všechny otázky v dotazníku.

Otázek k rozhovorům bylo sestaveno celkem osm a dle vývoje rozhovoru mohly být položeny participantovi doplňující otázky.

Dotazník byl konstruován z celkem sedmnácti otázek, kdy mohl dotazovaný jedinec většinou zvolit jednu možnost z alternativní nabídky odpovědí. Některé otázky v dotazníku byly otevřené a dotazovaný měl možnost vyjádřit se k dané otázce vlastními slovy, vyjádřit tak svůj vlastní názor (např. otázka č. 2, 12, 13, 15).

### **3.4 Charakteristika vzorku respondentů a participantů**

Kritéria pro zařazení participanta v rámci rozhovoru nebyla přesně stanovena. Jednalo se o ředitele a zaměstnance výše uvedeného zařízení, délka praxe a věk nehrají roli. Kritéria pro zařazení respondenta v rámci dotazníkového šetření do výzkumného vzorku, byla následující:

- Respondent má zkušenosti s péčí o osobu s diagnózou Alzheimerovy choroby v domácím prostředí (v současnosti či v minulosti, např. před umístěním nemocného do domova se zvláštním režimem apod.).
- Respondent byl do výzkumu zapojen zcela dobrovolně (jednalo se pouze o osoby, které byly k danému zapojení vyzvány Domovem se zvláštním režimem).

### **3.5 Organizace šetření**

Za účelem získání informací od respondentů byl zkonstruován originální dotazník, který obsahuje sedmnáct položek, pro rozhovory byly připraveny otázky.

Pro ověření srozumitelnosti otázek bylo provedeno nejprve tzv. pilotní šetření. V případě dotazníků u deseti respondentů, rodinných příslušníků pečujících o své blízké s Alzheimerovou chorobou, v případě rozhovorů byli v rámci pilotní šetření osloveni dva participanti.

Tento krok byl zařazen proto, aby bylo možné na základě získaných reakcí na připravený dotazník a otázky v rozhovoru u náhodně vybraných osob zjistit, zda byly otázky připraveny srozumitelným způsobem a zda směřují k cílům výzkumného šetření.

V rámci pilotního šetření byl prvotně sestavený dotazník rozeslán respondentům e-mailovou poštou, aby jej mohli vyplnit a následně poslat zpět. Dva rozhovory byly provedeny v klidném prostředí pracoviště, kde participanti pracují.

Na základě pilotního šetření nebylo třeba otázky v dotazníku a pro rozhovory upravovat. Konečné otázky k rozhovorům i k dotazníkovému šetření byly konzultovány u vedoucí bakalářské práce.

Samotné výzkumné šetření proběhlo v období od února 2021 do první poloviny dubna 2021, a to s ohledem na dodržování všech opatření přijatých k zamezení šíření nákazy COVID-19. Dotazníky byly distribuovány prostřednictvím vedení, celkem bylo připraveno 70 ks dotazníků, celkem se jich vrátilo 55 ks (79 %), žádný nemusel být vyřazený.

Rozhovory probíhaly ve společenské místnosti, trvaly průměrně půl hodiny, byly provedeny s celkem šesti participanty.

Z důvodu zachování anonymity, označujeme respondenty R1 až R6 (tabulka č. 1).

### **Zpracování získaných dat**

Rozhovory byly nahrány na diktafon a přepsány a upraveny do písemné formy. Provedené rozhovory byly přepsány do Microsoft Office a pro lepší přehlednost byly zpracovány do tabulek (viz kapitola 4.1). Návrh otázek k rozhovorům jsou uvedeny v příloze P II. a přepsané texty rozhovorů jsou k dispozici u autorky práce.

Data získaná dotazníkovým výzkumným šetřením byla zpracována za pomoci textového editoru Microsoft Office. Odpovědi byly znázorněny pro větší přehlednost graficky (výsečový graf) a ke každé z odpovědí byl uveden krátký komentář.

Takto zpracované údaje jsou obsahem kapitoly 4.2.



Získané informace z provedeného výzkumného šetření byly analyzovány a vyhodnoceny. Na základě výsledků výzkumného šetření byla navržena doporučení pro praxi z hlediska zkvalitnění edukace rodin, v nichž pečují o osobu s Alzheimerovou chorobou (případně doporučení také pro zařízení).

## 4 VÝSLEDKY

V této kapitole se budu věnovat vyhodnocení získaných dat z provedených rozhovorů a dotazníkového šetření.

### 4.1 Analýza dat z provedených rozhovorů

Tabulka 1 Rozhovory a přidělené označení participantů

ROZHOVORY	Označení participantů
Rozhovor č. 1: Rozhovor s ředitelem sociálního zařízení	R1
Rozhovor č. 2: sociální pracovnice (54 let)	R2
Rozhovor č. 3: sociální pracovnice (31 let)	R3
Rozhovor č. 4: sociálně – zdravotní pracovnice (29 let)	R4
Rozhovor č. 5: sociální pracovnice (56 let)	R5
Rozhovor č. 6: sociální pracovnice (25 let)	R6

Jak bylo již uvedeno výše, bylo provedeno celkem šest rozhovorů. Pro větší přehlednost bylo jednotlivým participantům přiděleno označení R1 až R6. Nejedná se však o kódování rozhovorů.

Tabulka 2 Jak dlouho pracujete v sociálních službách (pozice ředitel, sociální pracovník, sociálně – zdravotní pracovník)

Rozhovor	Odpověď
R1	<i>V sociálních službách jsem 12 let.</i>
R2	<i>Jsem tu již 5 let.</i>
R3	<i>Jsem tu již 5 let, jinak od školy.</i>
R4	<i>Od školy, původně jsem chtěla být lékařka, ale...</i>
R5	<i>Já jsem si udělala maturitu a pak jsem se rozhodla, že půjdu dělat tohle, až později jsem si dělala školu, dokud to šlo a hlava slouží... 😊 Tedy skoro 35 let</i>
R6	<i>Nedávno jsem nastoupila, byla jsem tady už na praxi.</i>

Tabulka 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Rozhovor	Odpověď
R1	<i>Vystudoval jsem fakultu sociálních studií, jsem magistr.</i>
R2	<i>Jsem magistr.</i>
R3	<i>Mám bakaláře a teď si dodělávám magisterské.</i>
R4	<i>Já jsem magistr.</i>
R5	<i>Udělala jsem si kdysi střední školu a teď jsem si musela udělat bakaláře.</i>
R6	<i>Magistr.</i>

Tabulka 4 Je podle Vašeho názoru edukace rodin klientů s Alzheimerovou chorobou dostatečná?

Rozhovor	Odpověď
R1	<i>No, musím říct, že praxe je asi jiná, než bychom si to představovali dle různých knih, odborných článků atd., od lidí, kteří v takovýchto zařízeních a ani v sociální oblasti nikdy nepracovali. Rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou jsou prostě většinou hozeni do vody a musí nějak plavat. Je to určitě složité, hlavně v počátcích, protože nemají dost informací, vše běží více méně spíše za pochodu, a to podle toho, jak se stupňuje i Alzheimerova choroba. Ono řada lidí zprvu ani neví, že jejich příbuzný Alzheimerem trpí. Přičítají to zpočátku různým situacím, sami si s tím neví rady, neví, proč se tak člověk, který byl vždy milý, chová, že je najednou nevráživý, sem tam něco zapomene atd. Ono se to pak postupně stupňuje a chvíli i trvá, než se lidé dostanou k doktorovi, než se tam vůbec se seniorem rozhodnou jít a většinou to je už v době, kdy choroba postoupila a není to již únosné. Je to určitě postupně stále náročnější a náročnější. Ale k vaší otázce, myslím, že by se dalo mnoho zlepšit, i my bychom asi měli vyvíjet více úsilí a rodinné pečující více informovat, více spolupracovat s lékaři apod. Takže si myslím, že je to tak napůl, nějaké informace jsou, mohlo by jich být více.</i>
R2	<i>Ne, nemyslím, jak jsem už řekla, dalo by se dělat asi více, více osvěty, letáky, média atd.</i>
R3	<i>Asi ne, pečující jsou většinou ženy, tak jako v sociálních službách jsou většinou ženy, a přitom je to psychicky i fyzicky náročné starat se o tyto klienty. V mnoha rodinách jsou na to lidi sami, tápou, někdy už padají tzv. na</i>

	<i>hubu, jsou vyčerpaní, nemají lehkou situaci a ta pomoc nebo péče o ty rodinné pečující není nic moc asi, aspoň co poslouchám z praxe.</i>
R4	<i>Já si myslím, že ano, že si lidé dnes mohou informace najít v knihách, v brožurách a jednu chystáme i my tady, v ordinacích lékařů, v různých centrech anebo na internetu, těch možností je dnes hodně. Aspoň dle mého názoru. Nebo se ptají nás.</i>
R5	<i>Ano, dříve takové možnosti nebyly.</i>
R6	<i>Tak hodně se tu ptají kolegyň, zajdou za ředitelem atd., takže asi moc ne, v tom si musím ještě udělat úsudek. Ale je internet a tam je všechno, jen starší třeba s počítačem neumí, tak knihy, časopisy, nějaké pořady v televizi by asi byly dobré, nevím....</i>

Tabulka 5 Zlepšení v rámci edukace rodin klientů s Alzheimerovou chorobou

<b>Rozhovor</b>	<b>Odpověď</b>
R1	<i>Je důležité, aby rodiny seniorů věděli, že mají kde najít oporu, informace, měla by být asi větší informovanost vůbec širší veřejnosti, protože Alzheimerova choroba je nemoc plíživá, často není diagnóza stanovena ihned, nebo se rodina začne starat pozdě atd. Nejde vyléčit, ale jde alespoň částečně zpomalit, utlumit, takže za mě určitě větší informovanost nejen rodin, které už o seniora s touto nemocí pečují, ale vůbec širší veřejnost, což by pomohlo, že by rodiny šly se seniorem dříve k lékaři, dříve přišli k nám apod.</i>
R2	<i>Tak rodiny našich klientů ví, že se mohou na nás kdykoli obrátit, je pro ně vyhrazen čas, ptají se nás nejvíce na aktuální problémy, kterým doma při péči o svého příbuzného čelí, s čím si neví rady, my můžeme v mnohém poradit, je to taky ale dost individuální. Každý člověk je jiný, každý má nemoc v jiném stadiu.</i>
R3	<i>Tak vymýšlet by měl asi ředitel (ale ve spolupráci s námi), my se třeba i klientů i rodin ptáme, co by uvítali, probíhají tu krátké ankety, snažíme se zjistit, co a jak, co by si klienti i jejich rodiny přáli a podle toho se jedná. Asi hodně pomáhají ta sezení, je to spojené se zábavou, lidé si sdělují svá trápení, asi se jim na chvíli uleví. To by mělo být častěji.</i>

R4	<i>Tak asi by bylo dobré dělat třeba nějaké kurzy, zasvětit více pečující do péče o nemocné, teď mi to připadá, že sice dostanou nějaký příspěvek, ale ten se odvíjí od stupně toho onemocnění, od stupně soběstačnosti a ti lidé bývají někdy docela už vyčerpaní. Bylo by dobré jim trochu ulevit ještě více. Je sice literatura, informace je možné dnes získat, ale z toho hlediska zdravotně – sociálního ti lidé přece kvalifikovaní nejsou, „jen“ pečují o svého příbuzného a měli by mít v tom podporu. Jsou to oni, kdo třeba nechají zaměstnání, aby se mohli o své rodiče postarat a nemuseli je dát do domova, že?</i>
R5	<i>Získat informace, tedy možnost získat informace, těch je dost, připravujeme tady sezení z jednoho na dvě ročně, což by mělo přispět k lepší informovanosti a sdílení starostí a informací atd.</i>
R6	<i>Tak jak jsem říkala, více nějakých pořadů v televizi, nebo i nějaké filmy s touto tematikou, aby se to dostalo do povědomí, že se máme postarat o své příbuzné, že musíme pomáhat.</i>

Tabulka 6 Zdroje prováděných opatření a aktivit v zařízení

<b>Rozhovor</b>	<b>Odpověď</b>
R1	<i>Snažíme se řídit vlastním rozumem, tak jak to cítíme, co si myslíme, že by bylo dobré udělat, zorganizovat. Na poradě někdo podá návrh, ostatní se připojí, nápady jsou, realizace je pak už ale trochu horší. Ale snažíme se, chceme, aby se všichni cítili dobře a příjemně, aby to rodina klientů zvládla bez nějaké psychické či fyzické újmy, ono to bývá někdy opravdu náročné.</i>
R2	<i>Ne, nemyslím, jak jsem už řekla, dalo by se dělat asi více, více osvěty, letáky, média atd</i>
R3	<i>Tak literatury je asi dost, záleží ale, jak je to psané, zda je přehledná, zda tam lidi nemusí složitě vše hledat, asi je lepší nějaký letáček, základní informace, nebo nějaká brožura, ale těžko to může nahradit ta praxe, zkušenosti, sdílení zkušeností, to je fajn, že tu máme sezení společná, společné akce.</i>
R4	<i>Já si myslím, že ano, že si lidé dnes mohou informace najít v knihách, v brožurách a jednu chystáme i my tady, v ordinacích lékařů, v různých</i>

	<i>centrech anebo na internetu, těch možností je dnes hodně. Aspoň dle mého názoru. Nebo se ptají nás.</i>
R5	<i>Ano, dříve takové možnosti nebyly.</i>
R6	<i>Tak hodně se tu ptají kolegyň, zajdou za ředitelem atd., takže asi moc ne, v tom si musím ještě udělat úsudek. Ale je internet a tam je všechno, jen starší třeba s počítačem neumí, tak knihy, časopisy, nějaké pořady v televizi by asi byly dobré, nevím....</i>

Tabulka 7 Nejčastější otázky rodin pečujících o klienty s Alzheimerovou chorobou

<b>Rozhovor</b>	<b>Odpověď</b>
R1	<i>... , je to individuální, i podle klientů, stupně onemocnění...</i>
R2	<i>Hlavně se ptají na péči, informace o nemoci samotné si nějak už zjistí sami, co neví, na to se zeptají, co my víme, to rádi zodpovíme.</i>
R3	<i>Asi na všechno, je to různé, někteří si přijdou jen postěžovat, ale pak se vrací a už se ptají, co a jak, co dělat, jak komunikovat, to je asi problém, protože nechápou často, že chování nemocného se mění tou nemocí, ne tím, že začíná být člověk třeba zlý apod.</i>
R4	<i>..... i když se hodně ptají i nás, jak pečovat o svého příbuzného, co a jak dělat v nějaké situaci, jak s nimi mluvit, co nedělat atd. Asi to není lehké doma o seniora s Alzheimerovou chorobou pečovat a když to pak už nejde, tak přijdou sem, jen ne každý se tu adaptuje dobře.</i>
R5	<i>Na všechno možné, závisí si to od toho, co zrovna potřebují vědět, co s nemocným řeší apod.</i>
R6	<i>Tak je to spojeno všechno s péčí o nemocné, o klienty, když nevím, tak požádám kolegyně, ale většinou jsem již schopna zodpovědět vše – skoro sama, chce to praxi.</i>

Tabulka 8 Podpora klientů s Alzheimerovou chorobou

Rozhovor	Odpověď
R1	... my tady pořádáme různé akce i pro rodinné pečující, přednášky, ankety, lidé si spolu pak popovídají, sdílejí své poznatky, informace, vznikají tady i přátelství. Ta akce je však jen jednou ročně, to chceme také změnit, dokonce tu byl vznesen nápad či návrh, že bychom vyhotovili nějakou stručnou, ale věcnou brožurku, třeba by to mělo úspěch.
R2	Podáme jim informace i o chorobě samé, vyjde brožurka, zatím máme jen letáčky, děláme i ankety, na jejich základě přizpůsobujeme vše jak klientům, tak jejich rodinám. Snažíme se vymýšlet cesty, jak vše ještě zkvalitnit, což nám teď ale ztěžuje koronavirová krize, kdy jsme omezovali návštěvy, omezovali jsme či úplně zamezili stykům atd., podpora by mohla být lepší.
R3	Snažíme se všichni klientům (to je samozřejmé), ale i jejich rodinám pomáhat, podávat jim potřebné informace.
R4	... ředitel naslouchá, to je fajn, hodně se rodinným pečujícím věnuje, chystáme jarní a podzimní setkávání
R5	... možnost získat informace, těch je dost, připravujeme tady sezení z jednoho na dvě ročně, což by mělo přispět k lepší informovanosti a sdílení starostí a informací atd.
R6	Tak já se tu rozkoukávám, je to náročné, je hodně práce, ale je nutné pomáhat. Vidím, že lidé se tu hodně ptají, ochotně jim tu vycházejí všem vstříc – to myslím těm rodinám, co pečují doma o seniory, je to fajn, líbí se mi, že pomáháme.

Tabulka 9 Návrhy ke zlepšení situace současné situace

Rozhovor	Odpověď
R1	Tak rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou sem přicházejí o radu, naši pracovníci jim mohou poradit také, většinou s nimi hovořím já anebo oni, je to individuální, i podle klientů, stupně jejich postižení touto chorobou, my tady pořádáme různé akce i pro rodinné pečující, přednášky, ankety, lidé si spolu pak popovídají, sdílejí své poznatky, informace, vznikají tady i přátelství. Ta akce je však jen jednou ročně, to chceme také změnit, dokonce

	<i>tu byl vznesen nápad či návrh, že bychom vyhotovili nějakou stručnou, ale věcnou brožurku, třeba by to mělo úspěch. Ono literatury je poměrně dost, lékaři také poskytnou informace, ale přečíst knihu anebo brožuru je asi rozdíl, oni ti lidé, kteří o seniora pečují nemají ani čas.</i>
R2	<i>Snažíme se o to, abychom rodiny stmelovali, aby se dozvěděli co nejvíce zejména o péči o nemocného, plánujeme setkání rodin 2x ročně, protože i nemoc sama se vyvíjí, i když rodina má stále více informací, naučí se o nemocného pečovat, ale jak jsem říkal, chystáme vlastní brožurku pro rodiny nemocných Alzheimerovou chorobou, děláme společné akce, na nichž si mohou rodiny vyměnit své zkušenosti ohledně péče o nemocného, o průběhu nemoci atd.</i>
R3	<i>A chce to prostě informace i normálně všem lidem, protože toto může potkat každého z nás, hlavně když se starší lidé prostě dnes z hlediska demografického stárnutí populace stará nejen o vnoučata, ale i o seniora či seniory a je to určitě náročné. Asi je lepší nějaký letáček, základní informace, nebo nějaká brožura, ale těžko to může nahradit ta praxe, zkušenosti, sdílení zkušeností, to je fajn, že tu máme sezení společná, společné akce.</i>
R4	<i>Tak asi by bylo dobré dělat třeba nějaké kurzy, zasvětit více pečující do péče o nemocné, teď mi to připadá, že sice dostanou nějaký příspěvek, ale ten se odvíjí od stupně toho onemocnění, od stupně soběstačnosti a ti lidé bývají někdy docela už vyčerpaní. Bylo by dobré jim trochu ulevit ještě více. Je sice literatura, informace je možné dnes získat, ale z toho hlediska zdravotně – sociálního ti lidé přece kvalifikováni nejsou, „jen“ pečují o svého příbuzného a měli by mít v tom podporu. Jsou to oni, kdo třeba nechají zaměstnání, aby se mohli o své rodiče postarat a nemuseli je dát do domova, že?</i>
R5	<i>Získat informace, tedy možnost získat informace, těch je dost, připravujeme tady sezení z jednoho na dvě ročně, což by mělo přispět k lepší informovanosti a sdílení starostí a informací atd.</i>
R6	<i>Tak jak jsem říkala, více nějakých pořadů v televizi, nebo i nějaké filmy s touto tematikou, aby se to dostalo do povědomí, že se máme postarat o své příbuzné, že musíme pomáhat.</i>



### **Shrnutí vyhodnocení rozhovorů**

Jak vyplývá z výše uvedeného, jak ředitel daného zařízení, tak i zaměstnanci (sociální pracovník, zdravotně-sociální pracovník) vykonávají svou práci na profesionální úrovni a snaží se, aby se klienti zde cítili dobře, aby i rodinám klientů (pečujícím osobám) byly poskytovány kvalitní a potřebné informace jak o Alzheimerově chorobě samotné, tak i o péči o takto nemocné. Shodují se na tom, že dělají, co mohou, aby informovanost byla na vysoké úrovni, navrhují řešení ke zlepšování stávající situace a ke zkvalitňování poskytovaných služeb a péče klientům i rodinným pečujícím.

Z odpovědí participantů vyplývá, že tito pracují v oblasti sociálních služeb různě dlouhou dobu, kdy se jednalo o pracovníci v sociálních službách ihned po ukončení požadovaného vzdělání až po pracovnice pracující v oblasti sociální s téměř pětaticetiletou praxí. Nejvyšším dosaženým vzděláním bylo vzdělání vysokoškolské.

Z hlediska názoru zaměstnanců včetně ředitele zařízení na dostatečnost informací rodin klientů s Alzheimerovou chorobou panuje názor, že informovanost není zcela dostatečná. Co se týče zlepšení v rámci edukace rodin, které pečují o osobu s Alzheimerovou chorobou, pak odpovídali participanti kladně a jsou toho názoru, že je dostatek zdrojů, ze kterých je možné potřebné informace čerpat, a to včetně vedení a zaměstnanců zařízení, kteří potřebné informace ochotně poskytnou.

V daném zařízení jsou pravidelné porady vedení se zaměstnanci, na nichž jsou řešeny běžné problémy zařízení včetně prováděných opatření a aktivit v zařízení pro klienty s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinných příslušníků (např. pravidelná setkání), shodně však participanti uváděli, že např. společných akcí by mělo být více (výměna informací, zkušeností apod.).

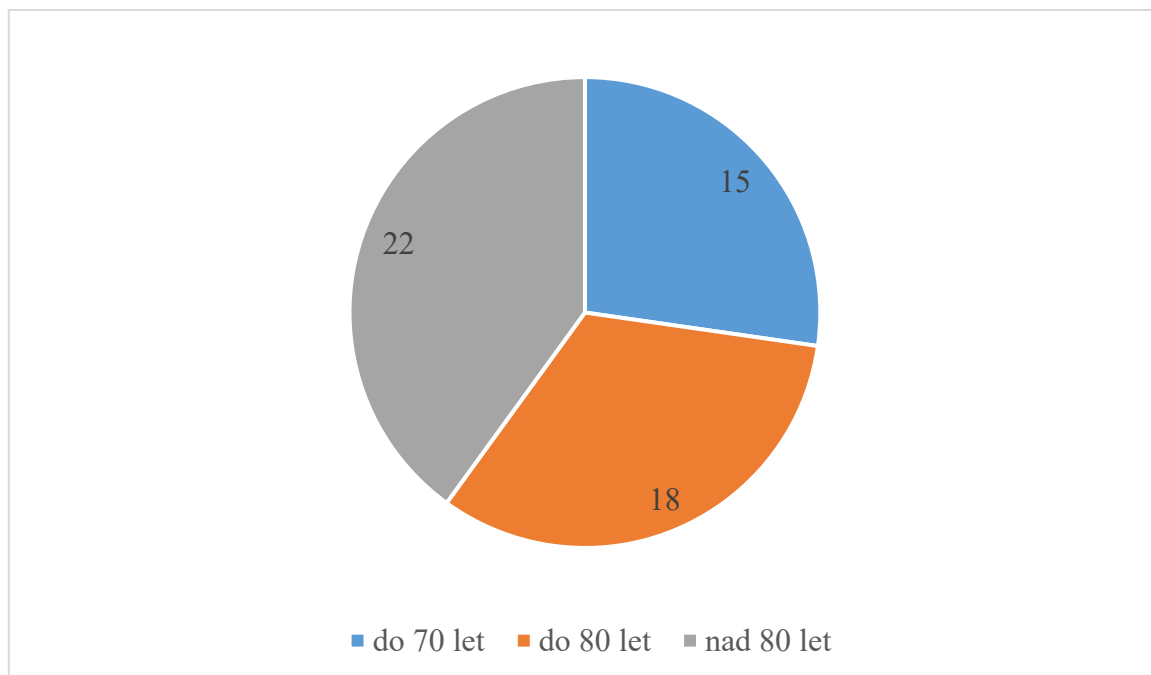
Z hlediska otázek, které nejčastěji rodinní pečující v rámci péče o osobu s Alzheimerovou chorobou vedení či zaměstnancům zařízení kladou se jedná zejména o informace o nemoc samotnou, ale také např. o komunikaci s nemocným apod. A jak se participanti vyjádřili, byla by potřebná ještě větší informovanost širší veřejnosti i samotných rodinných pečujících o této problematice (o Alzheimerově chorobě i péči o takto nemocného a další).

## **4.2 Analýza dat z dotazníkového šetření pro rodinné pečující**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 55 respondentů, jejichž údaje uvádíme níže. Jednotlivé odpovědi respondentů byly zpracovány s komentářem a případně také graficky,

a to u odpovědí, u nichž to bylo vhodné či z hlediska prováděné analýzy a vyhodnocení možné. V grafu jsou uvedena reálná čísla, v komentáři jsou odpovědi uvedeny také procentuálně. Z 55 respondentů bylo 47 žen a 8 mužů, a to v průměrném věku do 30 let.

**Otázka č. 1:** Jaký je věk osoby s Alzheimerovou chorobou, o kterou pečujete?

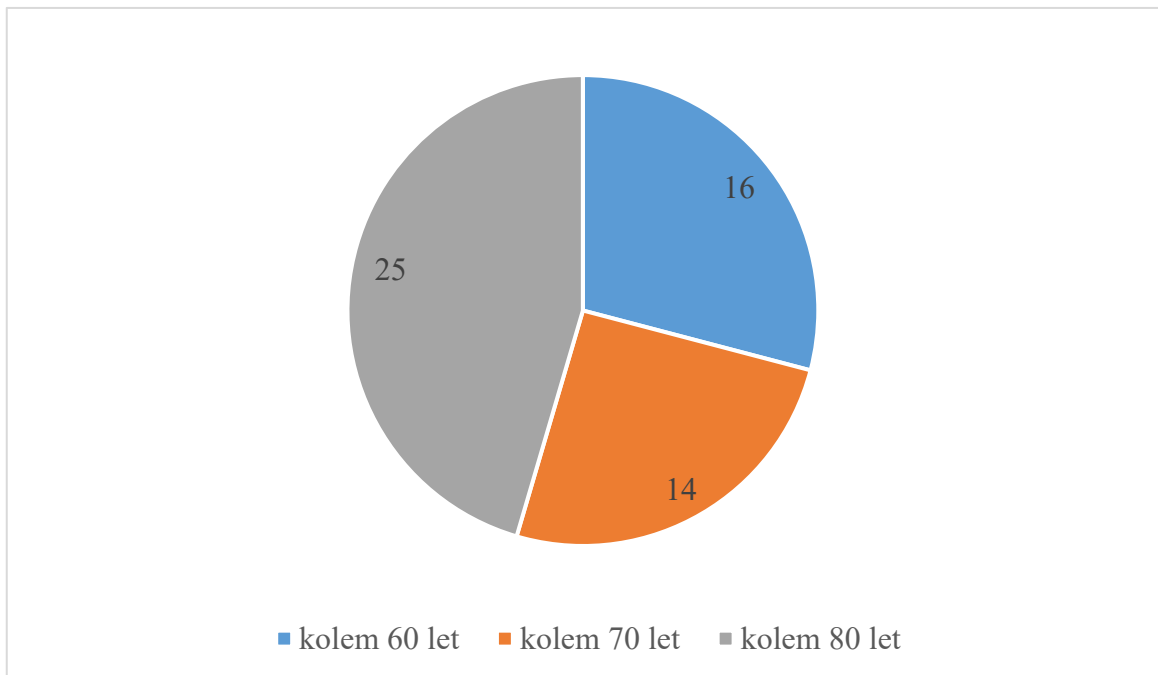


Graf 1 Věk osoby s Alzheimerovou chorobou, o kterou je pečováno

**Komentář:**

Jak vyplynulo z odpovědí respondentů, věk osob s Alzheimerovou chorobou, o které je pečováno, se pohybuje u 22 (44 %) z nich nad 80 let, u 18 (33 %) z nich do 80 let a do 70 let je to 15 osob (27 %).

**Otázka č. 2:** V jakém věku byla osobě s Alzheimerovou chorobou, o kterou pečujete, tato choroba diagnostikována?

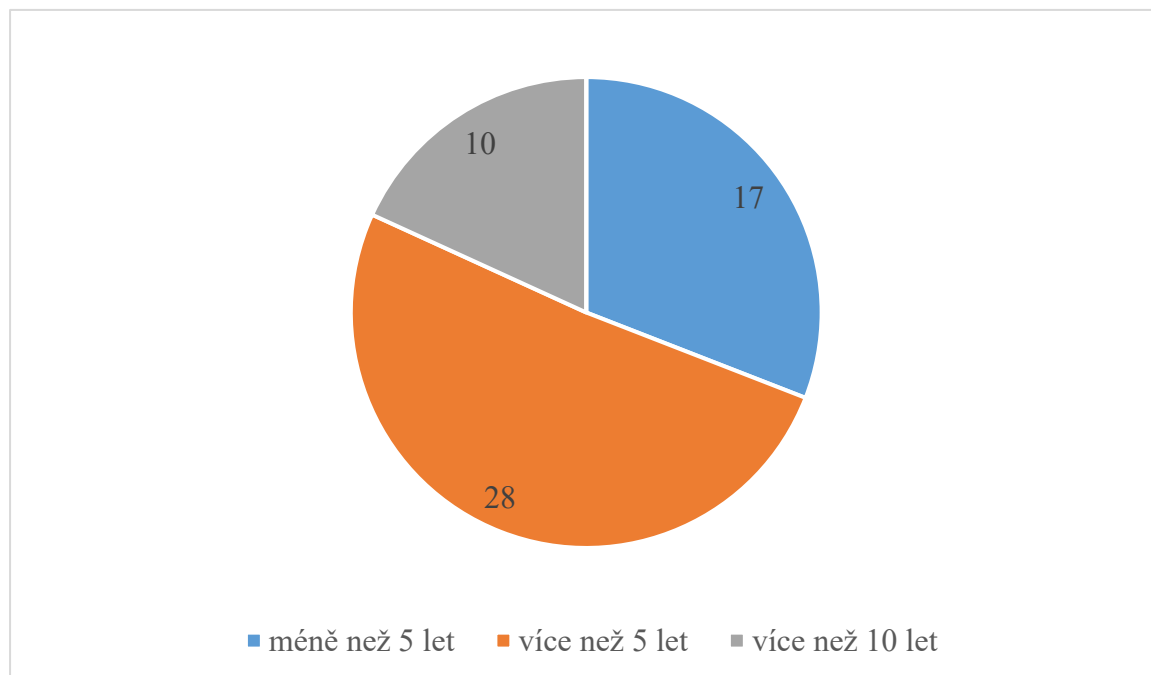


Graf 2 Věk, ve kterém byla osobě diagnostikována Alzheimerova choroba

**Komentář:**

U 25 (45 %) osob byla Alzheimerova choroba diagnostikována ve věku kolem 80 let, u 16 (29 %) z nich kolem 60 let věku a u 14 (25 %) osob kolem 70 let věku.

Otázka č. 3: Jak dlouho o danou osobu pečujete?

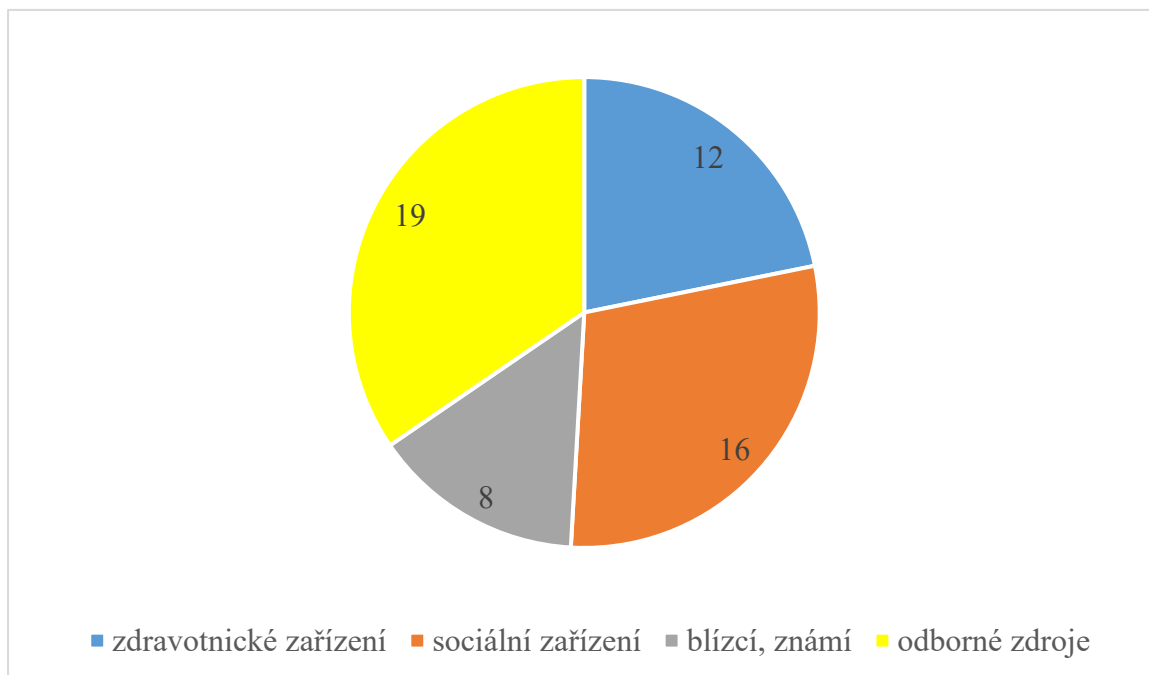


Graf 3 Doba pečování o nemocného

**Komentář:**

Celkem 28 respondentů (51 %) pečuje o svého blízkého více než 5 let, méně než 5 let pečuje o nemocného 17 (31 %) rodinných pečujících a 10 (18 %) rodinných pečujících pečuje o nemocného již více než 10 let.

Otázka č. 4: Kde jste získal/a prvotní informace o Alzheimerově chorobě?

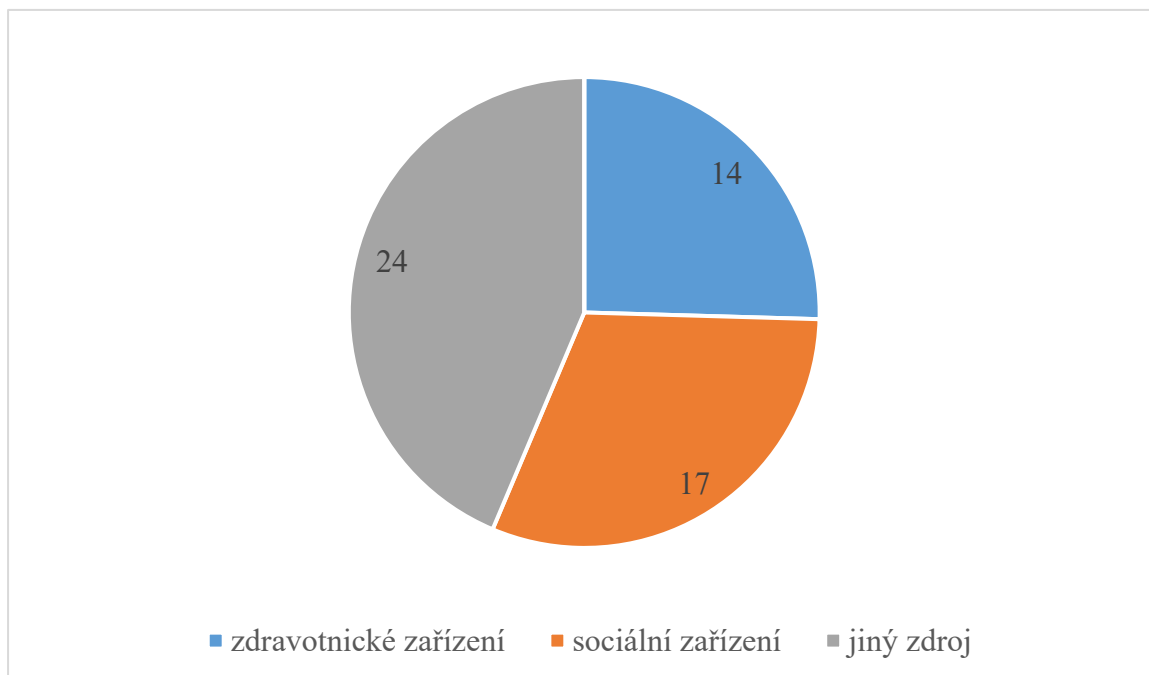


Graf 4 Zdroj získávání informací o Alzheimerově chorobě

**Komentář:**

U této otázky, respektive odpovědí respondentů je zřejmé, že prvotní informace o Alzheimerově chorobě získali z odborných zdrojů, a to celkem 19 z 55 dotazovaných respondentů (35 %), 16 (29 %) z nich získalo tyto informace v sociálním zařízení, 12 (22 %) respondentů pak ve zdravotnickém zařízení. Zdroje informací o Alzheimerově chorobě jsou tedy různé. Pouze 8 (15 %) respondentů uvedlo jako zdroj informací o této chorobě své známé, blízké či přátele.

Otázka č. 5: Kde jste získal/a informace o tom, že váš blízký má Alzheimerovu chorobu?

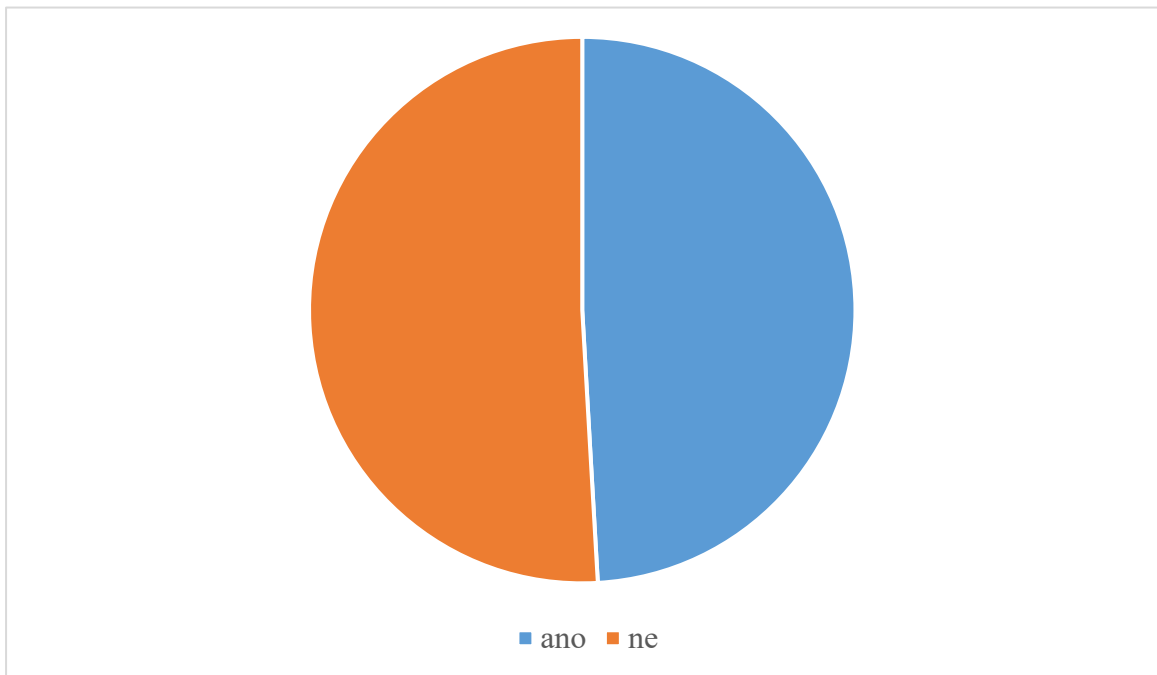


Graf 5 Zdroj informací o blízkém členovi rodiny s Alzheimerovou chorobou

**Komentář:**

Celkem 24 (44 %) rodinných pečujících, tedy respondentů uvedlo jako zdroj jiný důvod, než bylo nabízeno výzkumníkem, 14 (25 %) z 55 respondentů uvedlo jako zdroj informací zdravotnická zařízení (lékař, sestra) a 17 (31 %) z nich zařízení sociální, tedy sociální pracovníky, ošetřovatele a další.

**Otázka č. 6:** Myslíte si, že Vám dostupné informace o Alzheimerově chorobě jsou pro Vás při péči o nemocného člena rodiny touto chorobou dostačující?

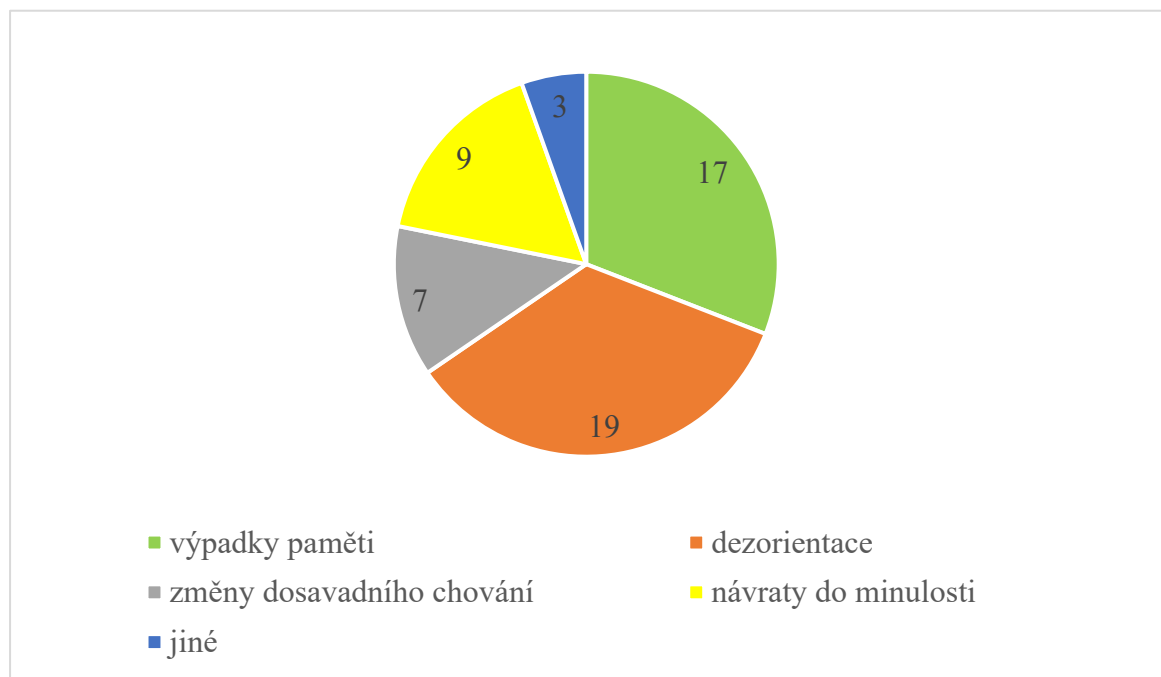


Graf 6 Dostatečnost informací při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou

**Komentář:**

U této otázky odpovědělo 27 (49 %) respondentů ano a 28 (51 %) respondentů odpovědělo ne, což je velmi vyrovnané.

Otázka č. 7: Jak se u vašeho blízkého projevovala Alzheimerova choroba?



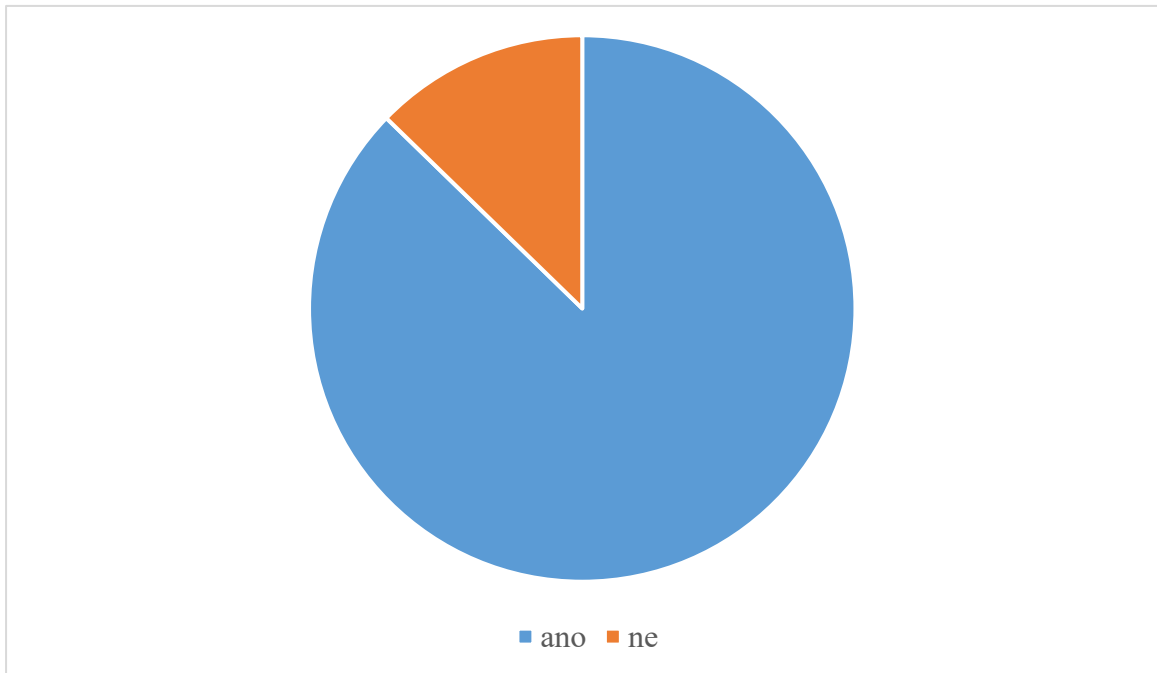
Graf 7 Projevy nemoci

**Komentář:**

Na otázku č. 7 odpovídalo 19 (35 %) respondentů, že Alzheimerova choroba se projevovala u osoby, o kterou pečují dezorientací, 17 (31 %) z 55 dotazovaných uvedlo výpadky paměti, devět (16 %) pak změny dosavadního obvyklého chování a tři (5 %) z dotazovaných respondentů uvedlo jiný důvod, jedním z nich byly např. nadávky, zlé jednání směrem k pečující osobě.



**Otázka č. 8:** Pečujete o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí?

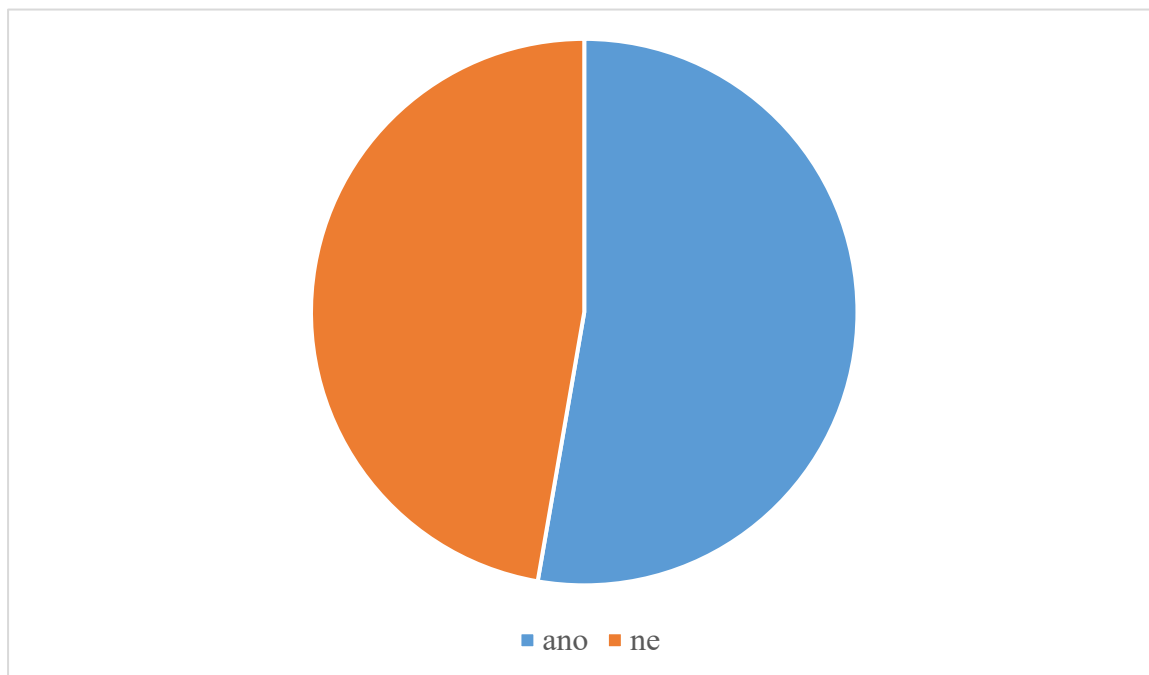


Graf 8 Péče o nemocného v domácím prostředí

**Komentář:**

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že většina rodinných pečujících pečuje o nemocného s Alzheimerovou chorobou v rodinném prostředí, a to celkem 48 respondentů (87 %). Sedm respondentů (13 % dotazovaných) uvedlo, že je osoba s Alzheimerovou chorobou umístěna v zařízení sociální péče.

**Otázka č. 9:** Myslíte si, že jste byl/a dostatečně informován o péči o osobu s Alzheimerovou chorobou?

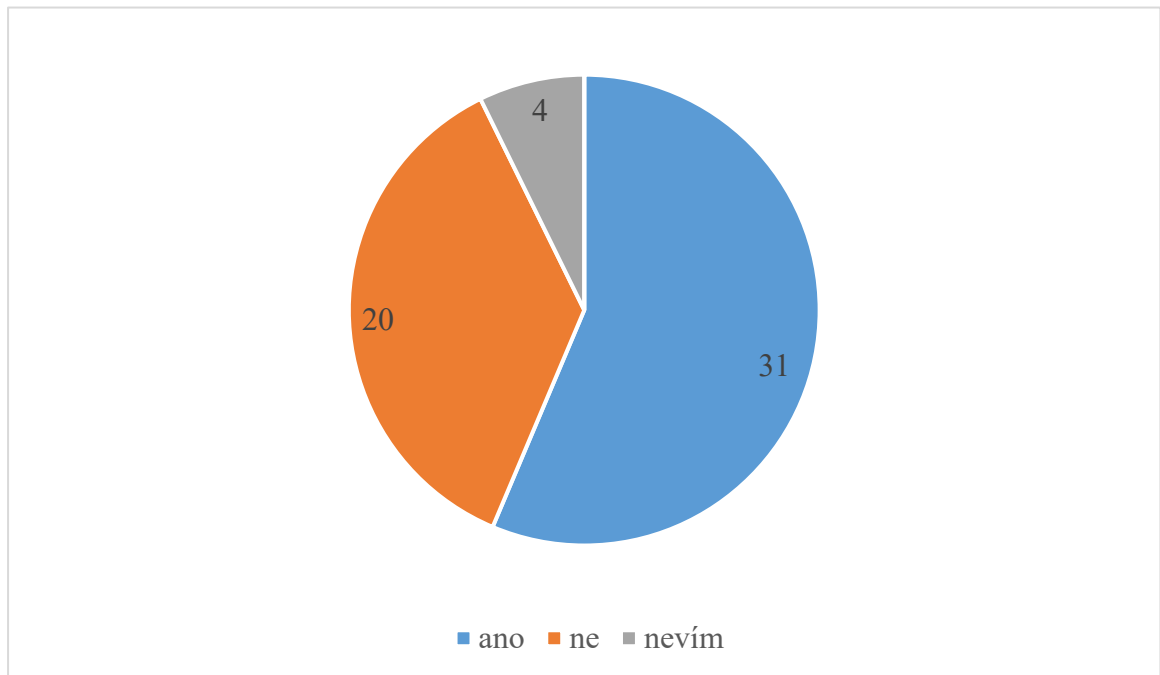


Graf 9 Informovanost o péči o nemocného Alzheimerovou chorobou

**Komentář:**

Z uvedeného grafu vyplývá, že 29 (53 %) respondentů jsou dostatečně informováni o péči o nemocného a 26 (47 %) respondentů uvedlo, že nejsou dostatečně informováni o péči o jejich blízkého.

**Otázka č. 10:** Myslíte si, že je dostatek zařízení péče o nemocné Alzheimerovou chorobou, pokud již není schopna se o nemocného z různých důvodů postarat rodina?

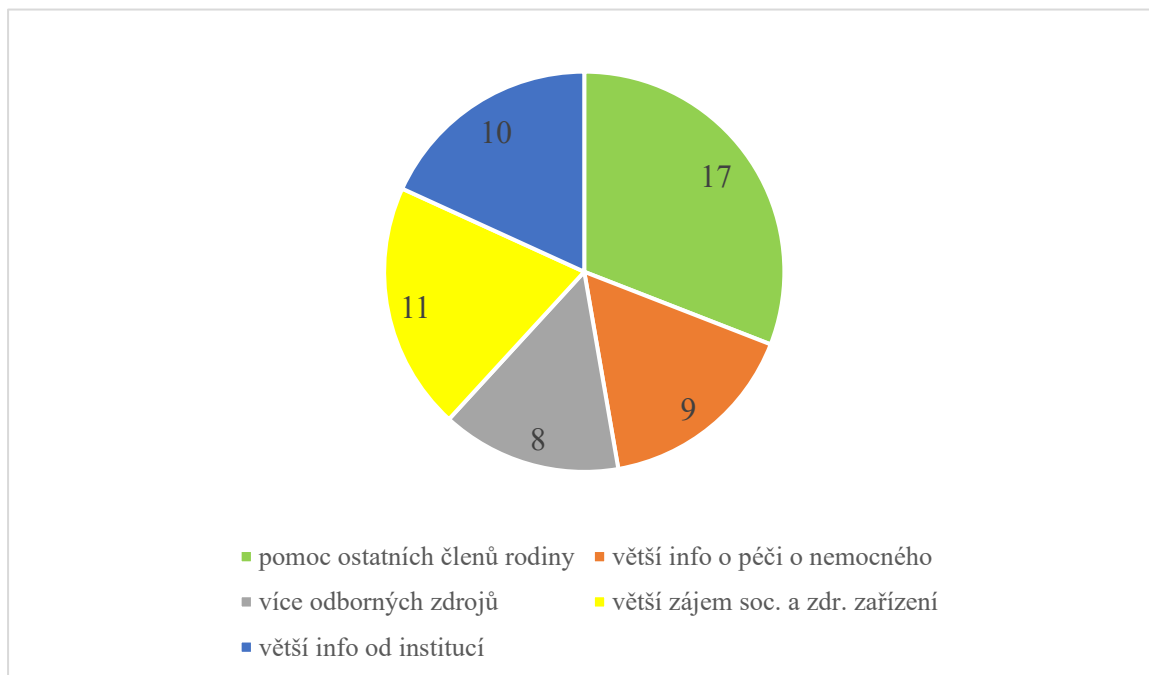


Graf 10 Dostatečnost zařízení péče o nemocné Alzheimerovou chorobou v ČR

**Komentář:**

Zde uvedlo 31 (56 %) respondentů, že ano, 20 (36 %) z celkového počtu 55 respondentů uvedlo odpověď ne a nevím uvedli čtyři (8 %) respondenti.

**Otázka č. 11:** Jakou pomoc byste nejvíce přivítali v rámci péče o osobu s Alzheimerovou chorobou?

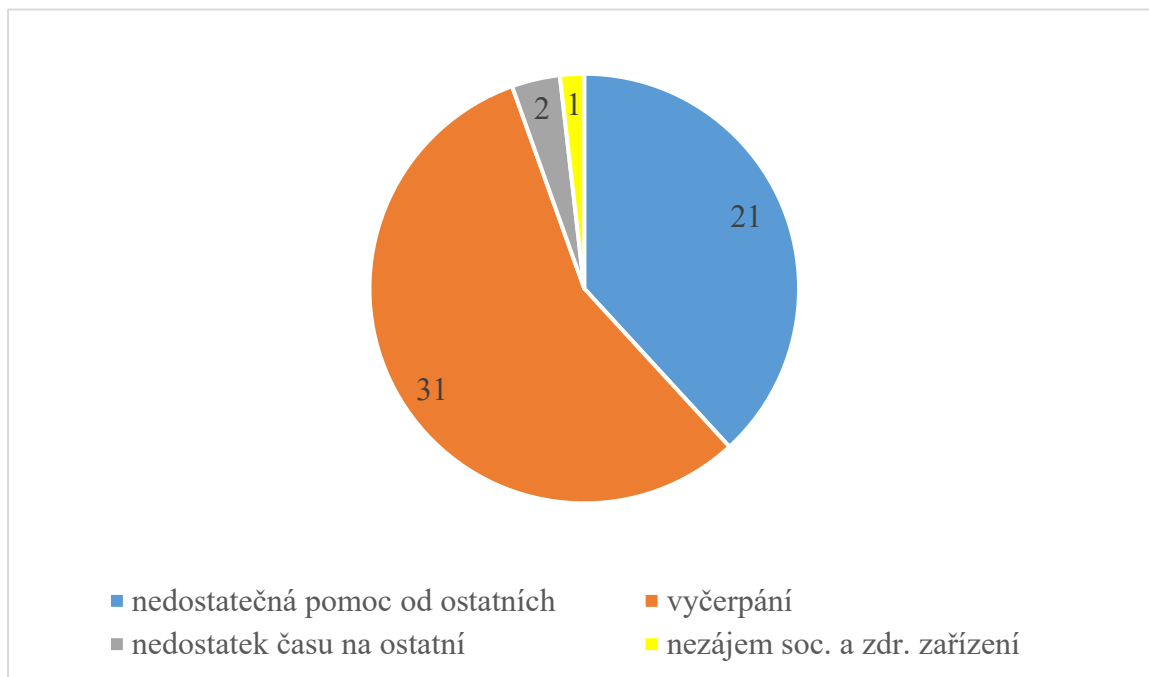


Graf 11 Pomoc rodinný pečujícím, kterou by tito přivítali

**Komentář:**

Nejvíce odpovědí bylo respondenty uvedeno u „pomoc ostatních členů rodiny, tj. 17 (31 %) respondentů, dále pak větší informovanost a větší zájem také ze strany sociálních a zdravotnických zařízení o poskytování informací o Alzheimerově chorobě a o péči o takto nemocné uvádělo uváděli ostatní respondenti v průměrném počtu cca devět respondentů u každé z těchto odpovědí.

**Otázka č. 12:** S jakými problémy se při péči o osobu s Alzheimerovou chorobou nejčastěji setkáváte?

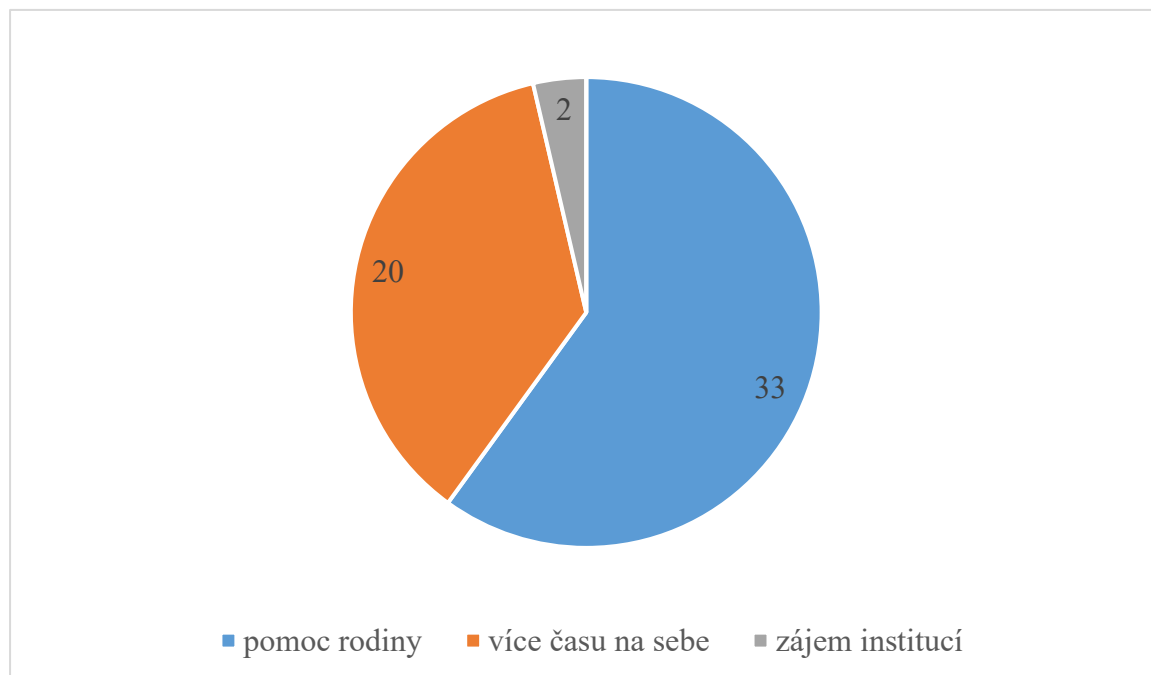


Graf 12 Nejčastější problémy rodinných pečujících

**Komentář:**

Mezi nejčastěji uváděnými problémy, které dotazovaní respondenti vnímají v rámci péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou je vyčerpání a to uvedlo 31 (56 %) respondentů z 55 dotazovaných, 21 (38 %) respondentů uvedlo, že se jedná o nedostatečnou pomoc od ostatních, čímž byly myšleny instituce, okolí, dva (4 %) respondenti odpověděli, že mají nedostatek času pro péči o nemocného a jeden (2 %) respondent odpověděl, že se projevil nezájem sociálního a zdravotního zařízení.

**Otázka č. 13:** Co byste v rámci péče o osobu s Alzheimerovou chorobou nejvíce uvítali?

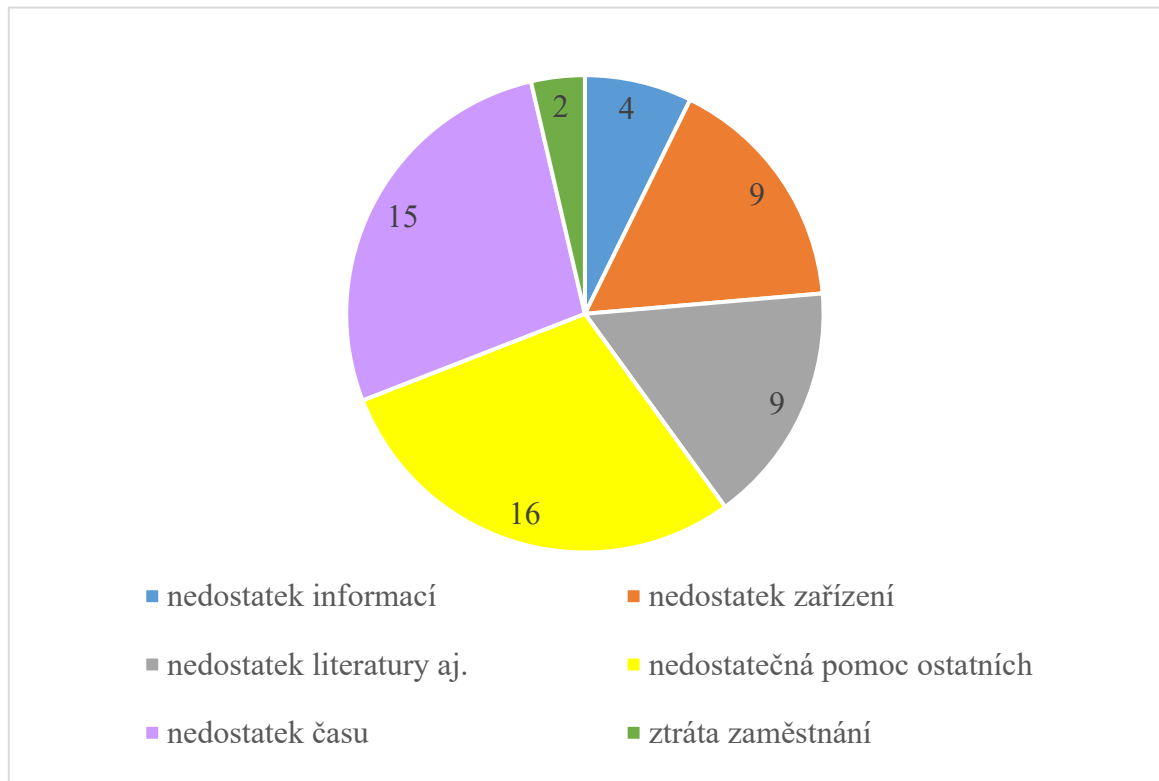


Graf 13 Co by nejvíce rodinní pečující uvítali?

**Komentář:**

Nejvíce by uvítali rodinní pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou pomoc rodiny, tedy ostatních jejích členů 33 (60 %) respondentů, jako druhá nejčastější odpověď byla uváděna mít více času sám na sebe, na přátele, koníčky a záliby apod. 20 respondentů (36 %).

**Otázka č. 14:** Co je při péči o nemocného Alzheimerovou chorobou, dle Vašeho názoru, největší bariérou?

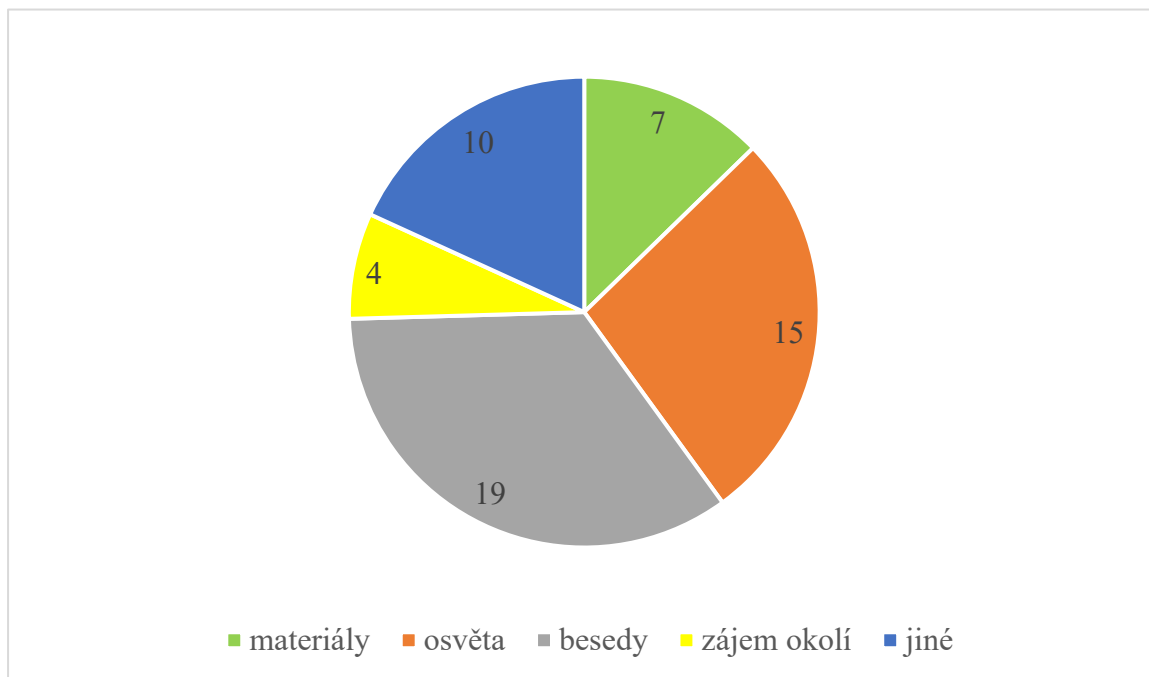


Graf 14 Největší bariéra při péči o nemocného Alzheimerovou chorobou

**Komentář:**

Největší zastoupení odpovědí bylo u nedostatečné pomoci ostatních 16 (29 %) respondentů, u nedostatku času odpovědělo 15 (27 %) respondentů, devět respondentů odpovědělo shodně na dva body a to, že jako největší bariérou pro péči o nemocného vnímají nedostatek literatury a jiných zdrojů (16 %) a nedostatek zařízení (17 %) pro péči o takto nemocné, čtyři (7 %) respondenti odpověděli, že je dle jejich názorů nedostatek informací o péči o nemocné a dva (4 %) respondenti uvedli, že ztratili zaměstnání z důvodu péče o nemocného.

**Otázka č. 15:** Na co byste z hlediska informovanosti pečujícího o osobu s Alzheimerovou chorobou kladli největší důraz?



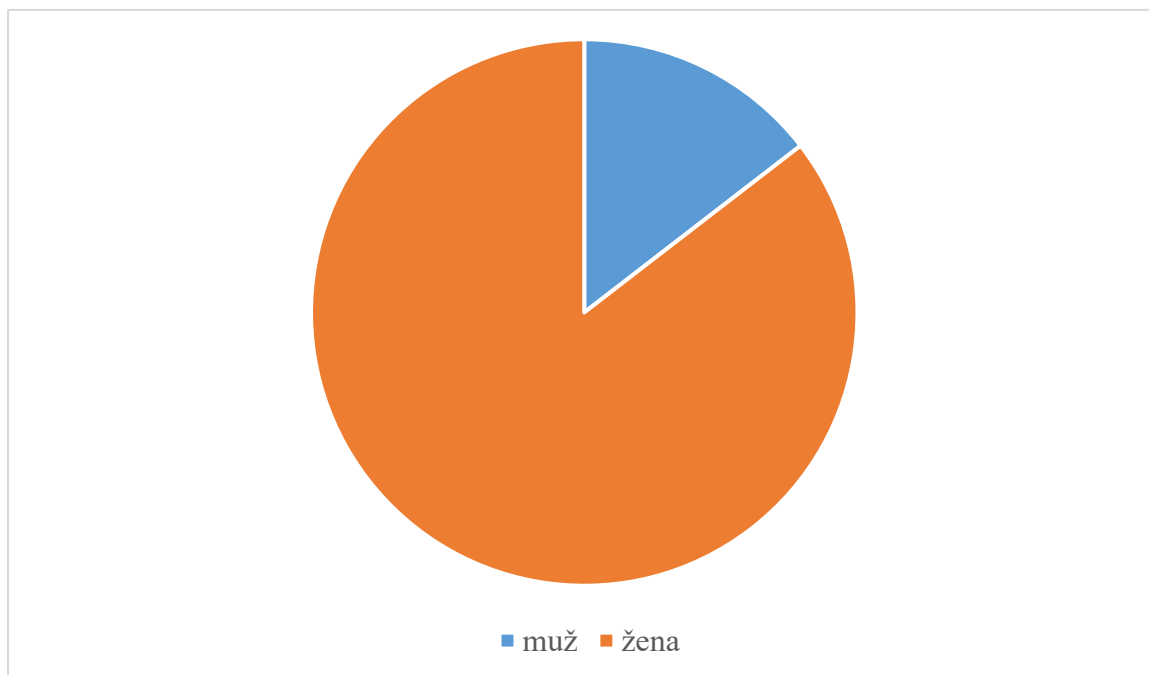
Graf 15 Důraz v rámci informací

**Komentář:**

Dle odpovědí respondentů, by měl být kladen největší důraz, z hlediska rodinných pečujících, na besedy 19 (35 %) respondentů a na osvětu 15 (27 %) respondentů, pak byl uveden zájem okolí čtyři (7 %) respondenti, různé materiály s informacemi 7 respondentů (13 %) a v části jiné odpovědělo 10 respondentů, tj. 18 % (u bodu „jiné“ nebyly respondenty uvedeny žádné poznámky, pouze byla tato odpověď označena).



Otázka č. 16: Jaké je Vaše pohlaví?

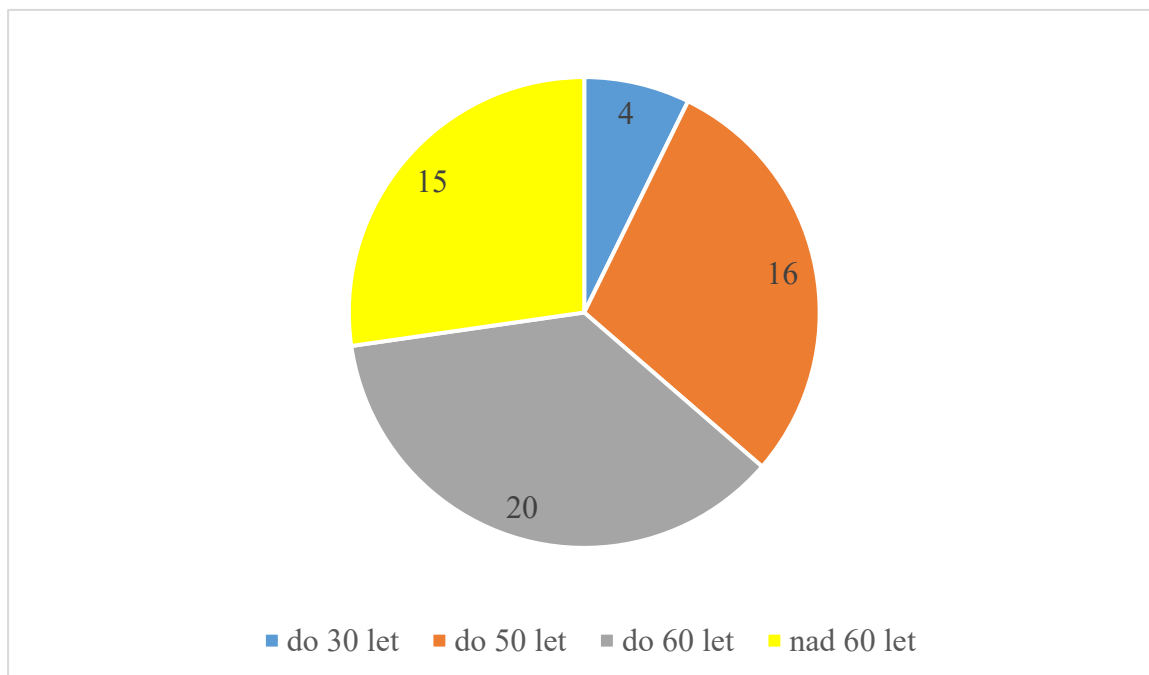


Graf 16 Pohlaví respondentů

**Komentář:**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 47 žen, tj. 85 % z celkově dotazovaných a jen osm mužů, tj. 15 % z celkového množství dotazovaných.

## Otázka č. 17: Jaký je Váš věk?



Graf 17 Věk respondentů

**Komentář:**

Věk respondentů, tj. rodinných pečujících, se pohybuje ve věkové kategorii nejvíce do 60 let, tj. 20 respondentů (36 %), do 50 let je to 16 respondentů (29 %), 15 respondentů (27 %) je ve věku nad 60 let a do 30 let věku jsou pouze čtyři respondenti (7 %) z celkového počtu dotazovaných respondentů.

**Shrnutí dotazníkové šetření**

**Hlavním cílem** výzkumného dotazníkového šetření v rámci zpracování praktické části této práce bylo zjistit, zda a kým byly rodiny pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou poučeny o onemocnění a péči, s jakými problémy se nejčastěji při péči setkávají a jakou pomoc by přivítaly (viz výše).

Tento cíl byl splněn. Bylo zjištěno, že rodinní pečující byli poučeni o Alzheimerově chorobě jak od lékařů, tak do sociálních pracovníků, informace o této nemoci vyhledávají také v odborných literárních a ostatních relevantních zdrojích, příp. na pravidelných setkáních pořádaných v daném zařízení, a to mezi rodinnými pečujícími, klienty i zaměstnanci a vedení zařízení, kde si mohou vyměňovat své zkušenosti, poznat, že v péči o nemocného nejsou sami.

Co se týče *dílčích cílů*, a to:

- Cíl č. 1: Analyzovat míru informovanosti o Alzheimerově chorobě u rodiny (pečující osoby), bylo zjištěno, že dotazovaní respondenti čerpají informace o Alzheimerově chorobě a o péči o nemocného blízkého z odborných zdrojů, od pracovníků v sociálních a zdravotnických zařízeních, v menší míře od známých.
- Cíl č. 2: Zjistit, jestli a kým byla rodina (pečující osoba) poučena, jak má pečovat o svého blízkého. Zde respondenti uváděli, že informace získávají jak o nemoci samotné, tak o péči o nemocného Alzheimerovou chorobou jak od lékařů, zdravotnického materiálu, tak od pracovníků v sociálních službách (což potvrdily i rozhovory s ředitelem a zaměstnanci sociálního zařízení), sami se snaží získávat informace i z ostatních dostupných zdrojů (literatura apod.).
- Cíl č. 3: Identifikovat bariéry, se kterými se rodina (pečující osoba) při péči o svého blízkého setkává a co by jí tuto péči usnadnilo. Zde uváděli respondenti, že by uvítali zejména pomoc ostatních členů rodiny i větší zájem ze strany zdravotnických a sociálních pracovníků či lékařů, což je výzvou také pro dané sociální zařízení. Pečující osoby si většinou stěžují na psychické i fyzické vyčerpání a na nedostatečnou pomoc ostatních, kdy většinou zůstává péče o nemocného z větší části na jednom z nich.
- Cíl č. 4: Zjistit, jaké informace podle odborníků potřebují rodiny pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou. Zde vyšlo najevo, že by respondenti uvítali jak větší informovanost, tak pomoc ostatních, uváděn byl také nedostatek zařízení péče o takto nemocné.
- Cíl č. 5: Připravit edukační materiál pro rodiny pečující o osobu s Alzheimerovou chorobou. Edukační materiál byl připraven na základě výsledků výzkumného šetření, je přílohou P III.

***Doplňující komentář výzkumníka:***

Z výzkumného dotazníkového šetření vyplynulo, že členové rodiny pečující o nemocného Alzheimerovou chorobou mají informace o této chorobě a jejích příznacích, ale uvítali by větší osvětu a větší informovanost o péči nejen o nemocného samotného, ale také o osobu pečující. Osoby pečující o nemocného Alzheimerovou chorobou mají k dispozici řadu odborné literatury, přesto by uvítali další edukační materiály týkající se této problematiky, a to zejména různé přehledné letáčky či brožury se základními informacemi týkající se

onemocnění samotného i péče o takto nemocné osoby, a to včetně informací a kontaktů z hlediska péče o nemocného i o pečující osoby a další informace.

Na výzkumnou otázku, zda jsou dotazovaní respondenti, tj. pečující osoby o osobu s Alzheimerovou chorobou dostatečně informováni jak o této chorobě, tak o možnostech pomoci osobám s Alzheimerovou chorobou i rodinným pečujícím, kteří poskytují péči těmto nemocným lze odpovědět „ano“, ale vždy je co zlepšovat a vždy může být snaha o zlepšení formy poskytovaných informací z řad odborných pracovníků, a to ve formě již výše uvedených edukačních materiálů (letáky, brožury), ale také formou besed s odborníky i formou setkání s ostatními pečujícími osobami, jak bylo uvedeno již výše.

## 5 DISKUZE

Jak vyplývá z výše uvedeného, a to jak v rámci poznatků a informací z teoretické části této práce, tak i z výsledků výzkumného šetření formou rozhovorů a dotazníků, dotazovaní respondenti, respektive osoby pečující o rodinného příslušníka s Alzheimerovou chorobou či demencí, a to zejména v rodinném prostředí, mají náročnou pozici, v některých případech tito rodinní pečovatelé opouštějí své zaměstnání, aby se mohli o osobu s Alzheimerovou chorobou starat a pečovat o ni. Ztrácejí také z důvodu péče o nemocného osobní kontakt se svými přáteli či známými, nemají čas na své koníčky, na odpočinek a nejsou výjimečné případy, kdy se sami potýkají s nemocemi z důvodu vyčerpání.

Pečujícími osobami jsou většinou ženy, jak potvrdily také výsledky dotazníkového šetření. Rovněž pracuje v sociálních službách obecně vysoké procento žen. Pro osobu s Alzheimerovou chorobou je, dle mého názoru, lepší domácí prostředí. Může se stát, že v některých případech rodinní pečující tuto péči nebudou nebo z různých důvodů nemohou zvládat či v horším případě zvládat ani nechtějí a osoby s Alzheimerovou chorobou jsou umístovány do institucionální péče, kde se musí přizpůsobovat novým podmínkám, novému prostředí a zvykat si na cizí lidi, adaptovat se na nové prostředí, okolí, lidi, což je pro ně často velmi náročné.

I když je péče personálu těchto zařízení profesionální a důraz je kladen na kvalitu péče, důležitá je především účast a pochopení rodiny, časté návštěvy nemocného a zájem o něj, a to i přesto, že osoba s Alzheimerovou nemocí v pokročilém stupni již rodinné příslušníky nepoznává apod.

Jak vyplynulo z výsledků dotazníkového šetření, kdy se dotazníkového šetření zúčastnilo celkem padesát pět respondentů, tedy pečujících osob, tato péče je velmi náročná, a to zvláště v domácím prostředí. Polovina respondentů uvedla, že jim chybí větší informovanost o Alzheimerově chorobě a o osobách trpících touto nemocí, což by tyto pečující osoby velmi uvítaly, i když jsou informace přístupné především v odborné literatuře a na řadě internetových stránek, např. na webových stránkách České Alzheimerovské společnosti a další.

Povědomí o Alzheimerově chorobě nemusí být vždy dostačující a pečující osoby by měly mít informace, kde o odbornou pomoc požádat, ale také se co nejvíce o této nemoci dozvědět, k čemuž slouží různé odborné zdroje. Pečujícím osobám není dle názoru respondentů stále věnována náležitá pozornost a péče, kterou sami potřebují.

Jak je v odborné literatuře uváděno v rámci teoretické části této práce, pečující osoba by měla být obeznána nejen o samotné Alzheimerově chorobě coby o onemocnění, o jejích stadiích či příznacích, ale především o tom, jak s osobou s Alzheimerovou chorobou komunikovat, jak o ni vhodně pečovat, jak např. trénovat paměť, jaké jsou vhodné aktivity pro takto nemocného apod. Nevhodnou komunikací a jednáním s nemocným se může jeho stav zhoršovat a k nutné institucionalizaci může dojít z tohoto důvodu daleko dříve.

Nemocný Alzheimerovou chorobou má právo na respekt a úctu, na důstojně prožitý každodenní život, měl by pociťovat lásku a pochopení od rodinného pečujícího a od ostatních členů rodiny, jak je uváděno i v odborné literatuře na dané téma, má právo na pohlázení a obětí, na zapojování do rodinného života a pocit užitečnosti, pokud to jeho zdravotní stav do určitého stadia onemocnění dovoluje.

I když je možné oslovit příslušné instituce, které sociální služby poskytují, mnohdy jsou tyto časově i finančně nedostupné a také je vzhledem k demografickému stárnutí a stále většímu počtu stárnoucích a starých lidí nutno věnovat zvýšenou pozornost této skupině populace.

Stárnutí a stáří přináší již mnohá zdravotní rizika, důraz je proto kladen na zdravý životní styl, zdravé stravování, pohybové aktivity, ale také na dostatek odpočinku. Dnešní doba je uspěchaná, na lidi jsou kladeny vysoké nároky jak v rámci osobního, tak pracovního života. Alzheimerova nemoc postihuje již mladší generace lidí a péče o ně se ujímají rodinní příslušníci či pečující, kteří pak sami nemají čas sami na sebe a často mají i oni zdravotní problémy z nedostatku odpočinku a izolace od ostatních, protože jim péče o nemocného člena rodiny Alzheimerovou chorobou zabírá veškerý čas.

Z výsledků dotazníkového šetření lze konstatovat, že pečující osoby by uvítaly větší zájem ze strany příslušných institucí a větší pomoc, a to zvláště ti, kteří jsou na péči o osobu trpící Alzheimerovou chorobou sami.

Jak bylo uvedeno již výše, jsou to zejména ženy, které pečují o takto nemocného příbuzného a často nemají podporu ani ze strany ostatních příslušníků či členů rodiny v péči o nemocného. Opouštějí v některých případech po částech svůj vlastní život a veškerou péči věnují nemocnému, což se však brzy obrací proti nim. Nemají často čas na návštěvu lékaře, na své zájmy apod.

Edukace znamená cílené vzdělávání a mělo by být poskytováno také pečujícím osobám z hlediska péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a z hlediska informací o této závažné nemoci.

Jak uváděli respondenti v rámci dotazníkového šetření, uvítali by dostupné, stručné a přehledné informace, které by mohly být vypracovány např. ve formě brožury, edukačních letáků, dále by mohly být informace předávány na různých besedách s odborníky, ale i s ostatními rodinnými pečujícími, kde by bylo možné předávat si osobní zkušenosti v péči o nemocné Alzheimerovou chorobou apod. V neposlední řadě by bylo vhodné věnovat pozornost pečujícím i z hlediska platné legislativy.

Při zpracování teoretické části této práce byly informace a poznatky čerpány z odborných literárních zdrojů týkajících se Alzheimerovy choroby, oboru geriatry, sociální gerontologie, edukace, sebepečení pečující osoby a péče o nemocného Alzheimerovou chorobou, kdy v praktické části byly dané poznatky a informace potvrzeny.

## 5.1 Zkušenosti z vlastní praxe

Ve své praxi se autorka práce setkává s lidmi, kteří doma pečují o seniora, který trpí demencí nebo se u něho projevují změny chování, návyků a jednání a snaží se vyhledat odbornou pomoc. Tito rodinní příslušníci usilují o umístění do sociálního zařízení a potřebují zjistit co nejvíce informací.

Vždy jsou zájemci o službu pozváni do zařízení na pohovor, který často trvá i dvě hodiny. Trpělivě poslouchám, protože tito lidé jsou plni stesků, problémů, emocí a někdy i beznaděje. Povídáme si o zdravotním stavu, o potřebách, problémech a požadavcích nemocného. Příbuzní vždy hovoří o potížích, které se v domácím prostředí vyskytují, jak se nemocný chová, co dělá nebo naopak už nedělá, nezvládne, o co nemá zájem a podobně. Příběhy jsou všechny velmi podobné a vždy je z nich patrné, že vyčerpávají psychicky i fyzicky pečujícího.

Při rozhovoru tito pečující zmiňují postupy, které používají při své starostlivosti a zde často dělají základní chyby. Snažím se poradit, jak s nemocným hovořit, jak aktivizovat, jak odvést pozornost od problému, jak přesvědčit o hygieně, o stravě nebo jak zabezpečit domácnost a tím zajistit bezpečnost nemocného.

Vždy je nutné vysvětlit pečujícímu, že jeho příbuzný je nemocný, že nic z toho, co dělá špatně, nedělá schválně. Pečující si musí uvědomit, že dementní člověk už se mnoho nového nenaučí, jen může posílit to, co už kdysi uměl. Vysvětluji také princip dlouhodobé a krátkodobé paměti, jak s ní pracovat a podobně. Zdůrazním také nutnou spolupráci s psychiatrem nebo neurologem.

Velice příjemné je, když příbuzní se po čase ozývají a děkují za praktické rady, které jsem jim poskytla a zvládají další péči v domácím prostředí. Není přece nic přirozenějšího, než když pacient může zůstat co nejdéle se svými nejbližšími ve svém známém prostředí.

Velmi časté jsou také dotazy ohledně hygieny a inkontinenčních pomůcek. V této oblasti někdy selhává praktický lékař a pečující si dlouho nedokáží s problémem poradit. Mám k dispozici letáky různých firem a spolu prokonzultujeme, jaké pomůcky a kdy použít, aby je pacient akceptoval se cítil se komfortně. Rodiny často neví, že tyto pomůcky jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a poukaz jim může vypsát praktický lékař. Vždy také informuji o možnosti finanční sociální podpory, radím, kde se tyto příspěvky na péči vyřizují, kdo jim v tom pomůže a podobně. Rodiny ani v této oblasti nejsou dostatečně informovány a tím dochází vedle vyčerpanosti fyzické a psychické také k finančnímu deficitu.

Takovou edukaci, kterou rodině při pohovoru poskytuji, považuji za velice důležitou, protože pečující na jednom místě dostanou cenné informace a dokáží delší dobu nemocného udržet v domácím prostředí. Pokud nastane čas, kdy už je nevyhnutelný pobyt v sociálním zařízení, radím rodinám, jak nemocného připravit, čím jej vybavit a jak bude probíhat jeho adaptace na nové prostředí. Situace je nelehká jak pro rodinu, tak pro křehkého seniora. Vždy je důležitá spolupráce všech zúčastněných, postup je individuální a šetrný. Věřím, že moje práce má smysl.



## 6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- *Zlepšení informovanosti* rodinných pečujících o Alzheimerově chorobě, o jejích příznacích, prevenci a o péči o nemocného (např. v médiích, prostřednictvím edukačních letáků, pořádáním besed v domovech apod.)
- *Zlepšení informovanosti širší veřejnosti o Alzheimerově chorobě* (např. v médiích, a to prostřednictvím letáků umístěných v čekárnách praktických lékařů, v lékárnách apod.)
- *Distribuce vytvořeného edukačního materiálu alespoň v daném zařízení*, příp. na jiných vhodných místech.
- *Vytvoření programu* či koncepce *společných pravidelných setkávání* rodinných pečujících k výměně informací o péči o nemocného i o Alzheimerově chorobě samotné, a to za účasti lékařů, zdravotnického personálu a sociálních pracovníků, kteří o takto nemocné každodenně pracují.

## 7 ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce byla edukace rodin, respektive rodinných pečujících o osoby s Alzheimerovou chorobou, kdy byly v teoretické části nejprve vysvětleny základní pojmy a informace na dané téma a v praktické části práce bylo provedeno výzkumné šetření formou rozhovorů s ředitelem a pracovníky v Domově se zvláštním režimem a také dotazníkové šetření s respondenty – pečujícími osobami o osoby s Alzheimerovou chorobou.

Jak vyplývá z poznatků v rámci teoretické části této práce, Alzheimerova choroba je nemocí velmi závažnou, která omezuje běžný každodenní život nemocného, který postupně již není schopen se sám o sebe postarat a z hlediska nesoběstačnosti potřebuje pomoc druhé osoby, kterou jsou často rodinní příslušníci takto nemocných.

Alzheimerova choroba má svá specifika, pro rodinu nemocného je nezbytné znát veškeré alespoň základní informace o této nemoci a také mít dostupné informace o možnostech pomoci a podpory těmto pečujícím osobám.

Jak uváděli dotazovaní respondenti, polovina z nich si myslí, že informace o Alzheimerově chorobě a o péči o takto nemocné jsou dostatečné, přesto by uvítali lepší informovanost, větší zájem a pomoc ostatních rodinných příslušníků při péči o takto nemocného. Bližší komentář k výsledkům smíšeného výzkumného šetření jsou uvedeny v praktické části práce.

Do situace pečující osoby se může dostat každý z nás, informace nejen o Alzheimerově chorobě, ale i o dalších onemocněních by měly být dostupné všem, kteří o osoby nesoběstačné pečují každodenně v jejich rodinném prostředí.

Je mnoho aspektů, které by se v dané problematice této práce daly zlepšit, diskutovat. Zainteresované strany v oblasti edukace pečujících osob o osobu s Alzheimerovou nemocí by měly úzce spolupracovat s rodinnými pečujícími, se sociálními pracovníky, lékaři a zdravotnickým personálem a přijímat efektivní a účinná opatření v oblasti poskytování péče pečujícím osobám, a to včetně legislativních opatření v této oblasti.

I tato práce se může stát podkladem ke studiu v rámci péče o nemocné Alzheimerovou chorobou a také zdrojem informací jak o Alzheimerově nemoci samotné, tak i o péči o takto nemocného.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina, 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči: postulát křesťanské etiky v péči o seniory*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.

CUNEO, Cinzia, 2018. *Jidlem proti Alzheimerově chorobě a jiným neurodegenerativním nemocem*. Přeložila Dominika Trubačová. Brno. ISBN 978-80-264-1806-1.

ČECHOVÁ, Kateřina, FENDRYCH MAZANCOVÁ, Adéla, MARKOVÁ, Hana, 2019. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-264-2707-0.

ČELEDOVÁ, Libuše, HOLČÍK, Jan, 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3996-3.

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.

DANYI, Pavel, 2016 [online]. *Edukace rodinného příslušníka pacienta s Alzheimerovou demencí*. ZAM: Zdravotnictví a média [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/edukace-rodinneho-prislusnika-pacienta-s-alzheimerovou-demenci-483191>.

DUŠOVÁ, Bohdana, HERMANNOVÁ, Martina, JANÍKOVÁ, Eva, SALOŇOVÁ, Radka, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.

ESF výuka: Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče, 2020 [online]. *Edukace klienta s Alzheimerovou chorobou* [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=13>.

FERTAĽOVÁ, Terézia, ONDRIOVÁ, Iveta, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2479-4.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

- HOLMEROVÁ, Iva, JANEČKOVÁ, Hana, NIKLOVÁ, Dagmar, 2016. *Na pomoc pečujícím rodinám*. Praha: Česká alzheimerská společnost. ISBN 978-80-86541-49-5.
- HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal, LIBIGER, Jan, 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.
- HRADECKÁ, Lenka, 2010 [online]. *Péče o rodinného příslušníka s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí v ČR* [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/pece-o-rodinneho-prislusnika-s-alzheimerovou-chorobou-v-domacim-prostredi-v-cr-452687>.
- HUDÁKOVÁ, Zuzana, KOPÁČIKOVÁ, Mária, 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0274-7.
- CHRÁSKA Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KRÁTKÁ, Anna, 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-80-7454-635-8.
- KUBEROVÁ, Helena, 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1.
- KUČEROVÁ, Helena, 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.
- KULIŠŤÁK, Petr, 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3068-7.

- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina, GOLDMANN, Radoslav, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LÁTALOVÁ, Klára, 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4454-4.
- LUKÁŠ, Karel, ŽÁK, Aleš, 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÁTĽ, Ondřej, MÁTLOVÁ, Martina, 2015. *Zpráva o stavu demence 2015: Jaký názor má veřejnost a co prezentují média?* Praha: Česká alzheimerovská společnost o.p.s.. ISBN 978-80-86541-45-7.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1442-6.
- MUMENTHALER, Marco, BASSETTI, Claudio L., DAETWYLER, Christof J., 2008. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2298-6.
- NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ, ed., 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK. ISBN 9788075710253.
- OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada ISBN 978-80-247-5199-3.
- OREL, Miroslav, FACOVÁ, Věra, 2010. *Člověk, jeho smysly a svět*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2946-6.
- PEJZNOCHOVÁ, Irena, 2010. *Lokální ošetrování ran a defektů na kůži*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2682-3.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1490-5.

POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

PREISS, Marek, PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ, Hana, 2006. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0843-4.

PROVAZNÍKOVÁ, Eva, KALVACH, Zdeněk, 2016. *Rady pro pečující o člověka s demencí*. Praha: Diakonie ČCE. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-15-0.

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2461-985-9.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1613-8.

SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4414-8.

SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4868-9.

SOVOVÁ, Eliška, SEDLÁŘOVÁ, Jarmila, 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4823-8.

Sociální služby Uherské Hradiště, 2015 [online]. *Domov se zvláštním režimem Nezdenice – Domov se zvláštním režimem* [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <https://www.ssluh.cz/ds-a-dzi/domov-se-zvlastnim-rezimem-nezdenice/domov-se-zvlastnim-rezimem.html>

ŠPIRUDOVÁ, Lenka, 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X.

VALENTA, Josef, 2008. *Metody a techniky dramatické výchovy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1865-1.

VÁLKOVÁ, Lenka, 2015. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5571-7.

VOKURKA, Martin, 2018. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 4., upravené vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3563-7.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. (Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků), 2011 [online]. *Zákony pro lidi* [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

Vyhláška č. 391/2017 Sb. (Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.), 2017 [online]. *Zákony pro lidi* [cit. 2020-04-05]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>.

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, 2019 [online]. [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

ZORMANOVÁ, Lucie, 2014. *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4590-9.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína, KRAJČÍK, Štefan, 2016. *Farmakoterapie v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5229-7.

ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod.	a podobně
tzv.	takzvaně
srov.	srovnání
s.	strana
např.	například
Sb.	Sbírka zákonů
č.	číslo
%	procenta



**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Věk osoby s Alzheimerovou chorobou, o kterou je pečováno .....	49
Graf 2 Věk, ve kterém byla osobě diagnostikována Alzheimerova choroba.....	50
Graf 3 Doba pečování o nemocného.....	51
Graf 4 Zdroj získávání informací o Alzheimerově chorobě .....	52
Graf 5 Zdroj informací o blízkém členovi rodiny s Alzheimerovou chorobou .....	53
Graf 6 Dostatečnost informací při péči o nemocného s Alzheimerovou chorobou.....	54
Graf 7 Projevy nemoci.....	55
Graf 8 Péče o nemocného v domácím prostředí .....	56
Graf 9 Informovanost o péči o nemocného Alzheimerovou chorobou .....	57
Graf 10 Dostatečnost zařízení péče o nemocné Alzheimerovou chorobou v ČR.....	58
Graf 11 Pomoc rodinný pečujícím, kterou by tito přivítali.....	59
Graf 12 Nejčastější problémy rodinných pečujících.....	60
Graf 13 Co by nejvíce rodinní pečující uvítali?.....	61
Graf 14 Největší bariéra při péči o nemocného Alzheimerovou chorobou .....	62
Graf 15 Důraz v rámci informací.....	63
Graf 16 Pohlaví respondentů .....	64
Graf 17 Věk respondentů.....	65

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Rozhovory a přidělené označení participantů.....	41
Tabulka 2 Jak dlouho pracujete v sociálních službách (pozice ředitel, sociální pracovník, sociálně – zdravotní pracovník) .....	41
Tabulka 3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? .....	42
Tabulka 4 Je podle Vašeho názoru edukace rodin klientů s Alzheimerovou chorobou dostatečná?.....	42
Tabulka 5 Zlepšení v rámci edukace rodin klientů s Alzheimerovou chorobou .....	43
Tabulka 6 Zdroje prováděných opatření a aktivit v zařízení .....	44
Tabulka 7 Nejčastější otázky rodin pečujících o klienty s Alzheimerovou chorobou.....	45
Tabulka 8 Podpora klientů s Alzheimerovou chorobou .....	46
Tabulka 9 Návrhy ke zlepšení situace současné situace.....	46

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Nevyplněný dotazník (návrh otázek do dotazníku)

Příloha P II: Návrh otázek rozhovorů pro ředitele a ošetřující personál/sestry

Příloha P III: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha P IV: Informovaný souhlas účastníka výzkumu (dotazníkové šetření)

Příloha P V: Informovaný souhlas účastníka výzkumu(rozhovory)

Příloha P VI: Edukační materiál

**PŘÍLOHA P I: NEVYPLNĚNÝ DOTAZNÍK**

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku, oboru všeobecná sestra a studuji na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Zpracovávám bakalářskou práci na téma Edukace rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou a chtěla bych Vás požádat o chvíli Vašeho času při vyplnění tohoto dotazníku. Účelem je získat podklady k vytvoření praktické části mé bakalářské práce k vytvoření potřebných edukačních materiálů pro rodiny, které pečují o své blízké s touto nemocí.

Chtěla bych Vás ubezpečit, že dotazník je anonymní a získané údaje budou použity pouze v mé závěrečné práci.

*Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.*

Děkuji za spolupráci

**Pokyny k vyplnění dotazníku:**

Není-li uvedeno jinak, označte křížkem jen jednu odpověď, a to tu, která nejvíce vystihuje Váš názor nebo odpověď doplňte.

**Návrh otázek dotazníku (pro rodinné pečující):**

1. *Jaký je věk osoby s Alzheimerovou chorobou, o kterou pečujete?*

- do 60 let  
 do 70 let  
 do 80 let  
 nad 80 let

2. *V jakém věku byla osobě s Alzheimerovou chorobou, o kterou pečujete, tato choroba diagnostikována?*

3. *Jak dlouho o danou osobu pečujete?*

- méně než 5 let  
 více než 5 let  
 více než 10 let

4. *Kde jste získal/a prvotní informace o Alzheimerově chorobě?*

- ve zdravotnickém zařízení (lékař, sestra)  
 v sociálním zařízení (sociální pracovník)  
 od blízkých, známých či přátel  
 z odborných zdrojů (literatura, odborné články)  
 jiný zdroj (uved'te, prosím) .....

5. *Kde jste získal/a informace o tom, že váš blízký má Alzheimerovu chorobu?*

- ve zdravotnickém zařízení (lékař, sestra)  
 v sociálním zařízení (sociální pracovník)  
 jiný zdroj

6. *Myslíte si, že Vám dostupné informace o Alzheimerově chorobě jsou pro Vás při péči o nemocného člena rodiny touto chorobou dostačující?*

- ano  
 ne  
 nevím

7. *Jak se u vašeho blízkého projevovala Alzheimerova choroba?*

- výpadky paměti  
 dezorientace  
 změny dosavadního chování  
 časté návraty do dávné minulosti  
 jiné (uved'te, prosím, které)

8. *Pečujete o osobu s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí?*

- ano  
 ne

9. *Myslíte si, že jste byl/a dostatečně informován o péči o osobu s Alzheimerovou chorobou?*

- ano  
 ne  
 nevím

10. *Myslíte si, že je v ČR dostatek zařízení péče o nemocné Alzheimerovou chorobou, pokud již není schopna se o nemocného z různých důvodů postarat rodina?*

- ano  
 ne  
 nevím

11. *Jakou pomoc byste nejvíce přivítali v rámci péče o osobu s Alzheimerovou chorobou?*

- větší pomoc od ostatních členů rodiny  
 větší informovanost o péči o takto nemocného  
 více odborné literatury  
 větší zájem sociálních či zdravotnických institucí (zařízení)  
 více informací o institucích poskytujících pomoc při péči o takto nemocného  
 jiné (uveďte, prosím, jaké) .....

12. *S jakými problémy se při péči o osobu s Alzheimerovou chorobou nejčastěji setkáváte? (stručně uveďte, prosím)*

13. *Co byste v rámci péče o osobu s Alzheimerovou chorobou nejvíce uvítali? (uveďte stručně, prosím)*

14. *Co je při péči o nemocného Alzheimerovou chorobou dle Vašeho názoru největší bariérou?*

- nedostatek informací o Alzheimerově chorobě a o péči o takto nemocného  
 nedostatek zařízení pečujících o takto nemocné či poskytující pomoc rodinným pečujícím  
 nedostatek odborných zdrojů (knihy, články, brožury, letáky aj.)  
 nedostatečná pomoc ostatních rodinných příslušníků  
 nedostatek volného času sám/sama na sebe coby rodinného pečujícího  
 ztráta zaměstnání a sociálních kontaktů z hlediska péče o nemocného

jiné (uveďte, prosím, jaké) .....

15. *Na co byste z hlediska informovanosti pečujícího o osobu s Alzheimerovou chorobou kladli největší důraz* (uveďte, prosím, svůj vlastní názor)

16. *Jaké je Vaše pohlaví?*

muž

žena

17. *Jaký je Váš věk?*

do 30 let

do 50 let

do 60 let

nad 60 let

**Děkuji vám za vyplnění dotazníku!**

## PŘÍLOHA P II: NÁVRH OTÁZEK PRO ŘEDITELE A OŠETŘUJÍCÍ PERSONÁL/SESTRY

### Návrh otázek pro ředitele sociálního zařízení

#### Rozhovor č. 1: Rozhovor s ředitelem sociálního zařízení

*Dobrý den, děkuji vám za čas, který jste si udělal k rozhovoru, a to za účelem vypracování mé bakalářské práce – její praktické části. Budu vám klást otázky, na které vás požádám o odpověď.*

1. Jak dlouho jste v této funkci?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Pracoval/a jste i dříve v oblasti sociálních služeb nebo jinde?
4. Je podle Vašeho názoru edukace rodin klientů s Alzheimerovou chorobou dostatečná?
5. Co by se dalo z Vašeho pohledu zlepšit v rámci edukace rodin klientů s Alzheimerovou chorobou?
6. Z jakých zdrojů vycházíte při plánování aktivit či opatření? (české a zahraniční studie, zkušenosti ostatních zemí atd.)
7. Myslíte si, že Vámi uvedená opatření či podpora jsou dostatečnou oporou těmto rodinám?
8. Které otázky Vám nejčastěji rodinní příslušníci klienta s Alzheimerovou chorobou kladou?
9. Jaká je Vaše podpora pro rodiny těchto nemocných trpících ACH? (vyjmenujte, prosím)
10. Jakou podporu poskytuje Vaše zařízení pro samotného klienta s Alzheimerovou chorobou?
11. Myslíte si, že rodiny těchto klientů mají dostatečné informace, jak o samotné chorobě, tak o pomoci ze strany institucí apod.?
12. Co byste navrhoval/a ke zlepšení současné situace v této oblasti?
13. Ostatní otázky dle vývoje rozhovoru ..... (nebyly již položeny)



## Návrh otázek pro ošetřující personál/sestry

### **Rozhovor č. 2: sociální pracovnice (54 let)**

*Dobrý den, děkuji vám za čas, který jste si udělala k rozhovoru, a to za účelem vypracování mé bakalářské práce – její praktické části. Budu vám klást otázky, na které vás požádám o odpověď.*

1. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovnice?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké bylo Vaše dřívější povolání či funkce?
4. Myslíte si (z Vašeho pohledu), že mají rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou dostatek informací, které potřebují k poskytování kvalitní péče o nemocného v domácím prostředí, tj. o samotné chorobě, o pomoci, která je dostupná apod.
5. Na co se Vás rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou nejčastěji ptají?
6. Myslíte si, že informovanost rodin klientů s touto chorobou jsou dostatečné?
7. Zajímají se nadřizení o rodiny těchto klientů, o jejich připomínky, co by chtěli zlepšit, jsou nějaká setkání apod.?
8. Myslíte si, že je dostatek např. literatury, brožur apod. nebo přednášek, různých setkání, které by vedly ke zlepšení situace a informovanosti rodin klientů s Alzheimerovou chorobou?
9. Co byste udělal/a ke zlepšení stávající situace v rámci edukace těchto rodin?
10. Ostatní otázky dle vývoje rozhovoru: Co tedy doporučíte rodinám?

### **Rozhovor č. 3: sociální pracovnice (31 let)**

*Dobrý den, děkuji vám za čas, který jste si udělala k rozhovoru, a to za účelem vypracování mé bakalářské práce – její praktické části. Budu vám klást otázky, na které vás požádám o odpověď.*

1. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovnice?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jaké bylo Vaše dřívější povolání či funkce?

4. Myslíte si (z Vašeho pohledu), že mají rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou dostatek informací, které potřebují k poskytování kvalitní péče o nemocného v domácím prostředí, tj. o samotné chorobě, o pomoci, která je dostupná apod.
5. Na co se Vás rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou nejčastěji ptají?
6. Myslíte si, že informovanost rodin klientů s touto chorobou jsou dostatečné?
7. Zajímají se nadřizení o rodiny těchto klientů, o jejich připomínky, co by chtěli zlepšit, jsou nějaká setkání apod.?
8. Myslíte si, že je dostatek např. literatury, brožur apod. nebo přednášek, různých setkání, které by vedly ke zlepšení situace a informovanosti rodin klientů s Alzheimerovou chorobou?
9. Co byste udělal/a ke zlepšení stávající situace v rámci edukace těchto rodin?
10. Ostatní otázky dle vývoje rozhovoru..... (nebyly položeny)

#### **Rozhovor č. 4: sociálně – zdravotní pracovník (29 let)**

*Dobrý den, děkuji vám za čas, který jste si udělala k rozhovoru, a to za účelem vypracování mé bakalářské práce – její praktické části. Budu vám klást otázky, na které vás požádám o odpověď.*

1. Jak dlouho pracujete v této profesi?
2. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
3. Jaké bylo Vaše dřívější povolání či funkce?
4. Myslíte si (z Vašeho pohledu), že mají rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou dostatek informací, které potřebují k poskytování kvalitní péče o nemocného v domácím prostředí, tj. o samotné chorobě, o pomoci, která je dostupná apod.
5. Na co se Vás rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou nejčastěji ptají? – vynecháno, zodpovězeno v otázce č. 3
6. Myslíte si, že informovanost rodin klientů s touto chorobou je dostatečná?
7. Zajímají se nadřizení o rodiny těchto klientů, o jejich připomínky, co by chtěli zlepšit, jsou nějaká setkání apod.?
8. Myslíte si, že je dostatek např. literatury, brožur apod. nebo přednášek, různých setkání, které by vedly ke zlepšení situace a informovanosti rodin klientů s Alzheimerovou chorobou?
9. Co byste udělal/a ke zlepšení stávající situace v rámci edukace těchto rodin?

10. To máte pravdu, děkuji za rozhovor!

### **Rozhovor č. 5: sociální pracovník (56 let)**

*Dobrý den, děkuji vám za čas, který jste si udělala k rozhovoru, a to za účelem vypracování mé bakalářské práce – její praktické části. Budu vám klást otázky, na které vás požádám o odpověď.*

1. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovníce?
2. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
3. Jaké bylo Vaše dřívější povolání či funkce?
4. Myslíte si (z Vašeho pohledu), že mají rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou dostatek informací, které potřebují k poskytování kvalitní péče o nemocného v domácím prostředí, tj. o samotné chorobě, o pomoci, která je dostupná apod.
5. Na co se Vás rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou nejčastěji ptají?
6. Myslíte si, že informovanost rodin klientů s touto chorobou je tedy dostatečná?
7. Zajímají se nadřizení o rodiny těchto klientů, o jejich připomínky, co by chtěli zlepšit, jsou nějaká setkání apod.?
8. Myslíte si, že je dostatek např. literatury, brožur apod. nebo přednášek, různých setkání, které by vedly ke zlepšení situace a informovanosti rodin klientů s Alzheimerovou chorobou?
9. Co byste udělal/a ke zlepšení stávající situace v rámci edukace těchto rodin?
10. Ostatní otázky dle vývoje rozhovoru..... (nebyly položeny)

### **Rozhovor č. 6: sociální pracovník (25 let)**

*Dobrý den, děkuji vám za čas, který jste si udělala k rozhovoru, a to za účelem vypracování mé bakalářské práce – její praktické části. Budu vám klást otázky, na které vás požádám o odpověď.*

1. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovníce?
2. A líbí se vám tady?
3. Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

4. Myslíte si (z Vašeho pohledu), že mají rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou dostatek informací, které potřebují k poskytování kvalitní péče o nemocného v domácím prostředí, tj. o samotné chorobě, o pomoci, která je dostupná apod.
5. Na co se Vás rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou nejčastěji ptají?
6. Myslíte si, že informovanost rodin klientů s touto chorobou je dostatečná?
7. Zajímají se nadřizení o rodiny těchto klientů, o jejich připomínky, co by chtěli zlepšit, jsou nějaká setkání apod.?
8. Myslíte si, že je dostatek např. literatury, brožur apod. nebo přednášek, různých setkání, které by vedly ke zlepšení situace a informovanosti rodin klientů s Alzheimerovou chorobou?
9. Co byste udělal/a ke zlepšení stávající situace v rámci edukace těchto rodin?
10. Ostatní otázky dle vývoje rozhovoru..... (nebyly položeny)

## PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta		
Téma bakalářské práce	Edukace rodiny u klientů s Alzheimerovou chorobou	
Vedoucí bakalářské práce		
	..... podpis	
Skupina respondentů	Rodinní příslušníci pečující o nemocného s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím      Nesouhlasím	
	Souhlasím      Nesouhlasím	
	Souhlasím      Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne .....

.....  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

## PŘÍLOHA P IV: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU (DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ)



### INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

**Název bakalářské práce:** Edukace rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou.

**Řešitel projektu:**

**Název pracoviště:** Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

**Vedoucí práce:**

**Cíl výzkumu:** Zjistit, zdali a jaké vědomosti má rodina o onemocnění Alzheimerovou chorobou a jestli členové rodiny vědí, jak pečovat o svého příbuzného.

**Popis výzkumu:** Výzkum bude probíhat formou standardizovaného dotazníku, a to ve Vašem domácím prostředí, při sociálním šetření, které probíhá na základě žádosti o umístění, nebo osobně v zařízení DZR Nezdence. Výsledky budou zpracovávány pomocí programů Word, Excel a dávány do tabulek a grafů. Výsledky budou k dispozici v červnu 2021 v bakalářské práci. Výzkum je anonymní, a použitá data budou sloužit k vypracování informačního materiálu, který pomůže rodinám, aby věděly, jak mají pečovat, o příbuzného s Alzheimerovou chorobou. Dotazník je zcela anonymní, vyplnění dotazníku je dobrovolné, kdykoliv můžete bez udání důvodu výzkum opustit.

Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí

.....  
datum a podpis řešitele projektu

.....  
datum a podpis vedoucího práce

### **Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:**

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měla možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostala jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byla jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

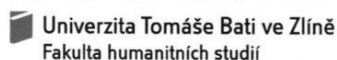
Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona

č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka: .....



### INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

**Název bakalářské práce:** Edukace rodiny klientů s Alzheimerovou chorobou.

**Řešitel projektu:**

**Název pracoviště:** Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

**Vedoucí práce:**

**Cíl výzkumu:** Zjistit, zdali a jaké vědomosti má rodina o onemocnění Alzheimerovou chorobou a jestli členové rodiny vědí, jak pečovat o svého příbuzného.

**Popis výzkumu:** Výzkum bude veden rozhovorem, který vzhledem k situaci Covid-19, může probíhat buď osobně v zařízení, kde pracujete nebo formou videokonference. Výsledky budou zpracovávány pomocí programů Word, Excel a dávány do tabulek a grafů. Výsledky budou k dispozici v červnu 2021 v bakalářské práci. Výzkum je anonymní, a použitá data budou sloužit k vypracování informačního materiálu, který pomůže rodinám, aby věděly, jak mají pečovat, o příbuzného s Alzheimerovou chorobou. Dotazník je zcela anonymní, vyplnění dotazníku je dobrovolné, kdykoliv můžete bez udání důvodu výzkum opustit.

Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí

.....  
datum a podpis řešitele projektu

.....  
datum a podpis vedoucího práce

#### **Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:**

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měla možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostala jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byla jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona



**PŘÍLOHA P V: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU  
(ROZHOVORY)**

č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka: .....

## PŘÍLOHA P VI: EDUKAČNÍ LETÁK

**EDUKAČNÍ LETÁK PRO RODINNÉ PEČUJÍCÍ O  
OSOBU S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU**

**ALZHEIMEROVA  
CHOROBA JE  
ONEMOCNĚNÍ MOZKU A  
JE NUTNO VČAS  
VYHLEDAT ODBORNOU  
POMOC!**

Obrázek zdroj: <https://pixabay.com/cs/photos/alzheimerova-choroba-demence-%C5%BEena-63610/>

**PROJEVY ALZHEIMEROVY CHOROBY:**

- ZTRÁTA PAMĚTI
- PROBLÉMY S VYKONÁVÁNÍM BĚŽNÝCH ČINNOSTÍ
- PROBLÉMY S ŘEČÍ
- MÍSTNÍ A ČASOVÁ DEZORIENTACE
- ZHORŠUJÍCÍ SE RACIONÁLNÍ ÚSUDEK
- UKLÁDÁNÍ VĚCÍ NA NEOBVYKLÉ ČI NESPRÁVNÉ MÍSTO
- ZMĚNY V NÁLADĚ, CHOVÁNÍ
- ZMĚNY OSOBNOSTI
- ZTRÁTA CHUTI DO ŽIVOTA
- ZAPOMÍNÁNÍ NA JÍDLO, PITÍ (ÚBYTEK NA VÁZE)
- SOCIÁLNÍ IZOLACE

**CO DĚLAT?**

- **VYTVOŘTE SI DENNÍ HARMONOGRAM**
- **ODSTRAŇTE V DOMÁCNOSTI NEBEZPEČNÉ PŘEDMĚTY**

**HYGIENA:**

- **U NEMOCNÉHO PROVÁDĚJTE PRAVIDELNOU HYGIENU**
- **ZAJIŠTĚTE NEMOCNÉMU BEZPEČNÉ PROSTŘEDÍ (PROTISKLUZOVÁ PODLOŽKA, MADLO)**

**VÝŽIVA:**

- **ZAJIŠTĚTE NEMOCNÉMU PESTROU A VYVÁŽENOU STRAVU BOHATOU NA BÍLKOVINY (LUŠTĚNINY, CELOZRNNÉ PEČIVO, MLÉČNÉ VÝROBKY), PŘÍP. JI VHODNĚ UPRAVTE (NAKRÁJENÍ, ROZMIXOVÁNÍ)**
- **VE STRAVĚ OMEZTE ČERVENÉ MASO, CUKR, SŮL, NENASYCENÉ TUKY**
- **DBEJTE NA DOSTATEČNÉ MNOŽSTVÍ TEKUTIN**

**AKTIVIZACE:**

- **PORAĎTE SE S ODBORNÍKY NA VHODNÉ AKTIVIZACI**



Zdroj: <https://pixabay.com/cs/illustrations/strom-kahl-hodiny-%C4%8Das-p%C3%A9%C4%8De-97986/>

**NEZAPOMEŇTE SI UDĚLAT ČAS SAMI NA SEBE A SVŮJ  
OSOBNÍ ŽIVOT, NA SVÉ ZÁLIBY, NA PŘÁTELE, ALE  
PŘEDEVŠÍM NA ODPOČINEK!**

**NESTYĎTE SE POŽÁDAT O POMOC OSTATNÍ RODINNÉ  
PŘÍSLUŠNÍKY!**

Tento leták byl zpracován v rámci bakalářské práce na Fakultě.... UTB ve Zlíně v akademickém roce 2020/2021.

Zpracovala: Mgr. Mária Petíková

Vedoucí práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Použité zdroje:

- text letáku: vlastní zpracování, dle výsledků práce (2021),
- obrázky:
  - <https://pixabay.com/cs/photos/alzheimerova-choroba-demence-%C5%BEena-63610/>

- <https://pixabay.com/cs/illustrations/strom-kahl-hodiny-%C4%8Das-p%C3%A9%C4%8De-97986/>