

Specifika edukace pacientů s demencí

Petra Neradilová

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Neradilová**
Osobní číslo: **H140016**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Specifika edukace pacientů s demencí**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti edukace, problematiky demence, gerontopsychiatrie a sociální práce se seniory.

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

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BROZOVÁ, C. a kol. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha. Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, Roman. Gerontopsychiatrie. Praha: Galén, 2013. ISBN 978-80-7262-873-5.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Šalenová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

7. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

26. dubna 2017

Ve Zlíně dne 7. prosince 2016


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 Zlíně13.4.2017


.....

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;

²⁾ Vysoká škola nevydávalečně 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, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

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

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

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku 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 přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace u pacientů s demencí, která je orientovaná na pečující osoby o pacienty s demencí a edukační proces ve zdravotnickém zařízení. Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem jsou edukováni příbuzní a pečovatelé pacientů s onemocněním demence hospitalizovaní na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Práce se snaží zmapovat, jaké informace jsou nejčastěji příbuzným a pečujícím osobám poskytovány, zda jsou pokryty jejich edukační potřeby a jak jsou s poskytnutou edukací na gerontopsychiatrických odděleních spokojeni. Dále se snaží zjistit, jaké jsou problematické oblasti pro střední zdravotnický personál v rámci edukace osob pečujících o pacienty s demencí a jaký je náhled středního zdravotnického personálu na spolupráci s příbuznými a osobami pečujícími o pacienty s demencí. Teoretická část práce charakterizuje edukaci, její cíle, funkce, obsah a metody. Dále se věnuje diagnostice, druhům a především nefarmakologické léčbě demence. V kapitole poslední se zabývá psychickými, tělesnými a sociálními změnami ve stáří. Praktickou část tvoří kvantitativně orientovaný deskriptivní výzkum provedený dotazníkovým šetřením.

Klíčová slova: : edukace, demence, nefarmakologické přístupy, senior, sociální změny

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the issues of education for patients with dementia which is oriented towards people caring for patients with dementia and education process in a medical facility. The aim of the bachelor's thesis is to find out the way of education for the relatives and carers for the patients with dementia who are hospitalized at gerontopsychiatric wards at Psychiatric hospital in Kroměříž. The thesis charts what kinds of information are given to relatives and carers, if their education needs are covered and how satisfied they are with the education provided at gerontopsychiatric wards. It also tries to find out the problem areas for mid-level health personnel within the education of carers for patients with dementia and the view of mid-level health personnel on the cooperation with relatives and carers for patients with dementia. The theoretical part describes education, its goals, functions, contents and methods. It also deals with diagnostics, kinds, and above all non pharmacological treatment for dementia. The last chapter is focused on the psychical, physical and

social changes in old age. The practical part consists of quantitative descriptive research carried out by questionnaire survey.

Keywords: education, dementia, non pharmacological approaches, senior, social changes

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Evě Šalenové za ochotu i odborné vedení mé bakalářské práce a také doc. prim. MUDr. Mgr. Janu Lužnému, Ph.D za inspiraci a cenné rady při realizaci výzkumu. Rovněž děkuji svým nejbližším za podporu a trpělivost a všem respondentům za ochotnou spolupráci.

„Za život platíme stárnutím“

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 EDUKACE	14
1.1 CÍLE, FUNKCE A OBSAH EDUKACE SENIORŮ	15
1.2 EDUKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	17
1.2.1 Edukační a podpůrné programy pro pečující o pacienty s demencí	19
1.3 METODY EDUKACE	20
2 DEMENCE	22
2.1 DIAGNOSTIKA A DRUHY DEMENCE.....	22
2.1.1 Demence atroficko-degenerativní	24
2.1.2 Vaskulární demence	26
2.1.3 Ostatní symptomatické demence.....	27
2.2 LÉČBA DEMENCE	28
2.2.1 Nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí	28
3 PROBLEMATIKA PSYCHICKÝCH, FYZICKÝCH A SOCIÁLNÍCH ZMĚN VE STÁŘÍ	32
3.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ	32
3.2 TĚLESNÉ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	34
3.2.1 Geriatrická křehkost (frailty).....	34
3.3 SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	35
3.3.1 Sociální problematika u pacientů s demencí	36
3.3.2 Právní problematika u pacientů s demencí.....	37
4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
5 REALIZACE VÝZKUMU	40
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	40
5.2 CÍL VÝZKUMU	40
5.2.1 Dílčí cíle	40
5.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	41
5.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR	41
5.5 METODA SBĚRU DAT	43
5.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	43
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	44

6.1	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT DOTAZNÍKU Č. 1	44
6.2	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT DOTAZNÍKU Č. 2.....	53
6.3	VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	59
6.4	SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUZE	62
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	65
	ZÁVĚR	66
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
	SEZNAM GRAFŮ	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Na počátku století byla střední délka života 45-54 let. Dnes dosahuje u nás 72 let pro muže a 77 let pro ženy. Statistické a demografické údaje předpovídají prodlužování délky života, což znamená, že většina populace se dožije vlastního stáří a také v období stáří prožije značnou část svého života. Prodlužování délky života populace je úspěchem, avšak tento úspěch je také provázen mnohými problémy pro jednotlivce i společnost. Stáří je provázeno zhoršováním psychické i fyzické výkonnosti, přítomností chronických a degenerativních onemocnění a někdy i ztrátou soběstačnosti, kdy se člověk stává závislým na trvalé péči a pomoci. Častým onemocněním ve stáří jsou progredující poruchy paměti a dalších intelektových schopností, které jsou označovány jako demence (Topinková, 1999, s. 7).

V roce 1997 vznikla Česká alzheimerovská společnost, která šíření informací o Alzheimerově chorobě a jiných onemocněních způsobujících demenci významně napomohla, postupně se o této nemoci i o jiných příčinách demence začalo hovořit, začaly vznikat moderní formy péče pro pacienty i rodinné příslušníky, zejména denní centra a stacionáře, specializovaná oddělení v domovech důchodců i ve zdravotnických zařízeních a takzvaná respitní či úlevová péče. V devadesátých letech se odborníci domnívali, že Alzheimerova choroba je pouze orfelem, který není možné příliš změnit, je možné jen pomoci rodině, aby tento problém překonala. Na sklonku devadesátých let se objevily první účinné léky, které průběh Alzheimerovy choroby zpomalují a zlepšují kvalitu života pacientů s demencí. Objevila se také moderní antidepresiva a neuroleptika, která nemají již tolik nežádoucích efektů a nezhoršují stav pacientů s demencí, ale účinně a cíleně odstraňují psychiatrickou symptomatologii a poruchy chování. Postižení demencí má podstatný vliv nejen na kvalitu života nemocného, ale také na kvalitu života celé jeho rodiny. Demence je záležitostí nejméně dvou lidí – nemocného se stoupající závislostí a jeho pečovatele (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2009, s. 8-10). Proto se domníváme, že je třeba, aby se věnovala dostatečná pozornost informovanosti o onemocnění demence, o možnostech léčby, různých nefarmakologických přístupech a ostatních aspektech péče o tyto nemocné. Jednou z forem, jak k této lepší informovanosti přispět je edukace.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou velkých částí - teoretické a empirické. V teoretické části jsme charakterizovali edukaci, její cíle, funkce, obsah a metody. Dále jsme se věnovali diagnostice, druhům demence a především její nefarmakologické léčbě.

V kapitole poslední jsme se zabývali psychickými, tělesnými a sociálními změnami ve stáří a také fenoménem geriatrické křehkosti. Empirická část vychází z teoretické. Její podstata je založena na kvantitativním průzkumu metodou originálního dotazníkového šetření. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou edukováni příbuzní a pečovatelé pacientů s onemocněním demence hospitalizovaní na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, zda jsou pokryty jejich edukační potřeby a jaké informace jsou nejčastěji příbuzným a pečujícím osobám poskytovány. Dále také bylo cílem zmapovat problematické oblasti při edukaci jak u pečovatelů, tak u středního zdravotnického personálu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKACE

Pojem edukace pochází z latinského slova *educio* - vychovávat. Nahrazuje nám tradiční výraz „výchova a vzdělávání“. Dle pedagogického slovníku se považuje **edukace** za celkové celoživotní rozvíjení osobnosti člověka působením formálních (školských) výchovných institucí i neformálních (rodina aj.) prostředí (Průcha, Walterová a Mareš, 2003, s. 53).

Edukace je „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Dle Průchy a Vetešky (2012, s. 68) tento pojem tedy pokrývá všechny druhy formálního i neformálního vzdělávání včetně vzdělání dospělých a seniorů.

Jelikož se tato bakalářská práce zaměřuje na pacienty s diagnózou demence, která je typická pro seniorský věk, orientujeme tedy i problematiku edukace na seniory a na edukaci ve zdravotnictví. Učením a vzděláváním seniorů se zabývá obor pedagogiky **gerontagogika** (gerontopedagogika) (Průcha, Walterová a Mareš, 2003, s. 68). **Geragogiku** lze vymezit jako výchovu ke stáří a ve stáří (Livečka, 1979, s. 26 in Špaténková a Smékalová, 2015, s. 17). Oblast edukace seniorů je rozsáhlá a netvoří žádný jednotný a provázaný systém. Do této oblasti patří jak všeobecné seniorské vzdělávání- např. výuka počítačové gramotnosti, trénování paměti, tak inovace odborných znalostí a dovedností, jehož cílem je rozvoj nebo udržení kvalifikace a dosažení (re)aktivace seniorů (Špaténková a Smékalová, 2015, s. 35-36). S danou problematikou souvisejí pojmy, jež je nutné na úvod zmínit.

Edukační procesy jsou všechny činnosti, při kterých se nějaký subjekt učí, obvykle za působení jiného subjektu (působení je přímé nebo zprostředkované), který vyučuje nebo instruuje (Průcha, Walterová a Mareš, 2003, s. 53). K učení dochází záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně). Tyto procesy probíhají od prenatálního života až do smrti (Juřeníková, 2010, s. 10).

Dle Průchy (2002) vstupují do edukace čtyři determinanty:

- a) edukanti a jejich charakteristika
- b) edukátor
- c) edukační konstrukty
- d) edukační prostředí

Edukant je subjekt učení bez rozdílu věku a prostředí, ve kterém probíhá edukace. Nejčastějším subjektem učení ve zdravotnickém prostředí bývá zdravý, nebo nemocný klient. Také zdravotník může být edukantem, pokud si například prohlubuje v rámci celoživotního

vzdělávání své vědomosti a dovednosti. Každý edukant je individuální osobnost, kterou vyznačují fyzické (věk, zdravotní stav, pohlaví), afektivní (motivace, postoje) a kognitivní vlastnosti (např. schopnost učit se). **Edukátor** je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví je to nejčastěji lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, atd.). **Edukační konstrukty** jsou plány, předpisy, zákony, edukační materiály, edukační standardy, které kvalitu edukačního procesu ovlivňují (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační prostředí je jakékoli prostředí, ve kterém probíhá nějaký řízený proces učení. Má parametry fyzikální (velikost prostoru, architektura aj.), ergonomické (zařízení, pomůcky) a také hlavně psychosociální (vztahy a komunikace mezi zúčastněnými subjekty). Povaha edukačního prostředí ovlivňuje vzdělávací výsledky (Průcha, Walterová a Mareš, 2003, s. 54).

Edukační realita je další související pojem, který nahrazuje dosavadní uplatňovaný pojem „pedagogická praxe“. Je to jakýkoliv úsek objektivní skutečnosti, ve které probíhají edukační procesy (prostředí rodiny, školy, sportovního klubu, atd.). Tento pojem rozšiřuje z hlediska moderní pedagogiky okruh různých edukačních situací (Průcha, Walterová a Mareš, 2003, s. 54).

1.1 Cíle, funkce a obsah edukace seniorů

Cílem edukace seniorů je podpořit seniory ve stálém učení a dalším vzdělávání. Pomocí edukačních programů, do kterých jsou zapojeni, probíhá nejen jejich stimulace, zaměstnávání, ale také si plní nebo znovu nacházejí ztracený životní cíl. To je motivuje k pokračování v činorodosti a životě vůbec (Špaténková a Smékalová, 2015, s. 118). Petřková a Čormaničová (2004, s. 63) při hledání odpovědi na otázku, co je cílem edukace seniorů, vycházejí ze skutečnosti, že se nejedná pouze o získávání vědomostí a dovedností, jež jsou podmínkou výkonu, ale jde o rozvoj schopností, obohacení znalostí a rozvoj osobnosti k seberealizaci. Psychologické výzkumy ukazují, že během procesu stárnutí roste tendence klást větší důraz na vnitřní smysl činnosti a na duchovní stránkužití. Také se zvětšuje prostor pro volný čas, kdy vstupem do důchodu vzniká nová životní situace a potřeba najít novou orientaci. S tímto názorem souhlasíme. **Cílem a smyslem edukace seniorů** je zejména kultivace života a jeho obohacování, pochopení vývojových úkolů seniorského věku a usnadnění adaptace na změněný způsob života, udržování tělesné i duševní aktivity

a pomoc při orientaci v dnešním světě, jež se rychle mění (Petřková a Čormaničová, 2004, s. 64). **Funkce edukace seniorů** se člení podle dvou základních hledisek. Podle primárního cíle výchovy a vzdělávání a podle jejího specifického zaměření.

Podle primární orientace na rozvoj některé z osobnostních stránek rozdělujeme funkce edukace seniorů na **vzdělávací** (zaměřené primárně na získávání poznatků, informací, osvojování dovedností), **kulturně kultivační** (zaměřené na neustálé rozvíjení osobnosti člověka prostřednictvím umění, kultury, pohybové výchovy, pěstováním koníčků) a **sociálně psychologické** (zaměřené na udržení přiměřené kvality života v oblasti sociálních vztahů a psychického rozvoje, také na činnosti přispívající k prevenci, oddalování a přizpůsobování se psychosociálním omezením, které jsou spojeny se stárnutím).

Podle specifického zaměření rozdělujeme funkce edukace seniorů na **preventivní** (zahrnuje opatření a aktivity, které za předpokladu, že jsou prováděny s předstihem, pozitivně ovlivňují stárnutí a kvalitu života ve stáří), **anticipační** (je naplněna aktivitami zaměřenými na pozitivní vyladění člověka v jeho budoucích změnách struktury života, přispívá k pozitivní připravenosti na změnu životního stylu-odchod do důchodu), **rehabilitační** (spojena se znovuobnovováním a udržováním sil fyzických i psychických, udržováním vyváženého stavu a přípravou pro další existenci jedince), **adaptační** (zabezpečující rovnováhu mezi člověkem a prostředím, ve kterém žije), **posilovací** – stimulační (přispívá k rozvoji zájmů, potřeb, schopností seniorů, k podpoře jejich aktivity a ke kultivaci jejich zájmů i potřeb), **komunikační** (zabezpečuje, aby senioři i ve vyšším věku zůstávali v aktivní a živé komunikaci se svým okolím, a tak i s celou společností), **kompenzační** (nahrazuje možný úbytek sociálních kontaktů a ztrátu profesní role, nebo také nedostatek možností studovat v předcházejících etapách života), **aktivizační** (přispívá k začlenění do společnosti a k psychofyzickému zdraví, k pocitu důstojnosti a životní spokojenosti), **relaxační** (orientuje se na kultivované trávení volného času přispívající k vnitřní vyrovnanosti osobnosti) a funkci **mezigeneračního porozumění** (zaměřuje se na prohloubení mezigeneračního porozumění) (Petřková a Čormaničová, 2004, s. 64-65).

Obsah edukace seniorů je stanoven na základě edukačních cílů, odpovídajících edukačních záměrů a hlavně na potřebách seniorů. Starší lidé upřednostňují obsahové zaměření, které odpovídá jejich zájmům (právní otázky, zdravotní problematika apod.), nebo těm, které se shodují s jejich studijními či umělecko- tvořivými aspiracemi z mládí. Nejčastěji se uvádějí tyto přístupy vymezení obsahově- tematického rámce edukace seniorů:

- **podle složek výchovy** (obsah výchovy vymezen dle jednotlivých oblastí výchovy-rozumovou, pracovní, etickou, estetickou, tělesnou)
- **podle okruhů etapových úloh v období stárnutí a stáří** (vychází ze skutečnosti, že měnící se životní situace přinášejí nové životní úkoly, nové problémové situace, při jejichž řešení mohou cílené edukační aktivity napomáhat)
- **podle organizačních systémů zabezpečování edukace** (edukace zabezpečována v oblasti výuky, sociální péče, poradenství)
- **podle specializačních aspektů profesionální působnosti andragoga** (vycházející z koncepce studijního oboru andragogika- jde o oblast profesní, kulturněosvětovou a sociální)
- **generačně zaměřená orientace edukace** (edukační aktivity zaměřené na jednotlivé cílové skupiny-např. *preseniorská edukace*-program přípravy na stáří, *vlastní seniorská edukace*, *proseniorská edukace*- edukační programy pro rodinné příslušníky seniorů, dobrovolné pečovatele atd.)

(Petřková a Čormaničová, 2004, s. 65).

1.2 Edukace ve zdravotnictví

Dle Juřeníkové (2010, s. 8) jsou vlivem technického rozvoje na nás kladeny stále vyšší požadavky v oblasti našich vědomostí a dovedností. To se týká také řady odvětví našeho zdravotnictví, kdy jsou do zdravotnické praxe zaváděny nové vyšetřovací i terapeutické postupy, které pomáhají v léčbě pacientů. Pacienti, kteří přicházejí do zdravotnického zařízení, se mnohdy špatně orientují a díky tomuto vstupu podléhají stresu. Stres je většinou prohlubován nedostatkem kvalitních informací o vyšetřovacích metodách, způsobu léčby apod. Tyto důležité informace by měl poskytnout zdravotník. Aby mohl zdravotník poskytnout kvalifikovanou pomoc v této oblasti, měl by znát postupy edukace v ošetrovatelství. Edukace v ošetrovatelství je aplikovaný obor ošetrovatelství, který se zabývá výchovou a vzděláváním pacientů, ale i zdravé populace. Edukace motivuje edukanty ke změně postojů, návyků, chování. Juřeníková (2010, s. 11) uvádí: „Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, k udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence“.

V rámci **primární prevence** je edukace zaměřena na jedince zdravé, na předcházení nemocem a zdraví prospěšná opatření, což napomáhá k udržení zdraví a zlepšení kvality života. U jedinců, kteří již jsou nemocní, probíhá **prevence sekundární**. Tady se snažíme ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince takovým způsobem, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a předcházelo se možným komplikacím. Edukace se orientuje na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti. V **prevenci terciální** se zaměřujeme na jedince, v jejichž zdravotním stavu již došlo k trvalým a nevratným změnám. Tady edukace směřuje ke zlepšení kvality života tak, aby nedocházelo k delším možným komplikacím. Edukaci je možné rozdělit na **základní**, kdy jsou předávány jedincům vědomosti, dovednosti a jsou motivováni ke změně postojů. Pokud na tyto informace navazujeme a prohlubujeme je, pak hovoříme o **reedukaci**. Za **edukaci komplexní** pak považujeme takovou edukaci, kdy jsou ucelené vědomosti předávány jedinci etapově a jsou budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních (nejčastěji v různých kurzech) (Juřeníková, 2010, s. 11). Juřeníková (2010, s. 21-23) dále uvádí rozdělení procesu edukace ve zdravotnickém zařízení do pěti fází:

1. **Fáze počáteční pedagogické diagnostiky**- edukátor zjišťuje úroveň vědomostí a dovedností, postojů edukanta, jeho potřeby a to pomocí rozhovoru, pozorování atd.
2. **Fáze projektování**- plánujeme cíle, volíme metody, formy, obsah edukace, pomůcky, časový rámec a způsob evaluace.
3. **Fáze realizace**- nejprve probíhá *motivace* edukanta, dále pokračuje *expoziční*, kdy zprostředkováváme nové informace za aktivního podílení edukanta. Následuje *fixace*, při které je nutné získané vědomosti a dovednosti procvičovat, opakovat a navazovat na předchozí dovednosti a vědomosti. Dané učivo se snažíme diagnostikovat, prověřit pochopení a zájem edukanta, čili provádíme *průběžnou diagnostiku*. Dalším krokem je *aplikace*, kdy edukant získané vědomosti a dovednosti umí použít.
4. **Fáze upevnění a prohlubování učiva**- důležitá pro uchování vědomostí v dlouhodobé paměti, proto je nutné osvojené učivo systematicky opakovat, procvičovat, aby mohlo dojít k fixaci (ve zdravotnictví často opomíjené).
5. **Fáze zpětné vazby**- hodnotíme výsledky nejen edukanta, ale také edukátora.

Z předchozího vyplývá, že nejprve je třeba zhodnotit a posoudit edukanta, následně zjistit jeho edukační potřeby, naplánovat podrobně edukaci a k tomu musíme rovněž stanovit správně cíle edukace. Cíle můžeme dělit na krátkodobé a dlouhodobé, nižší a vyšší. Je třeba, aby správně stanovené cíle splňovaly podmínky **přiměřenosti** (odpovídají schopnostem jedince, jsou splnitelné), **jednoznačnosti** (není možné jej interpretovat několika různými způsoby), **kontrolovatelnosti** (jsou kontrolovatelné dostupnými prostředky), **konzistentnosti** (dílní cíle jsou v souladu a nikoli v rozporu s cílem hlavním), **komplexnosti** (působí na celou stránku osobnosti edukanta- kognitivní, afektivní i psychomotorickou). V edukačním procesu by se měl edukátor, ale i učící se subjekt řídit didaktickými zásadami, které by měly působit ve vzájemné shodě. Mezi didaktické zásady řadíme zásadu názornosti, zásadu spojení teorie s praxí, zásadu vědeckosti, přiměřenosti, aktuálnosti, zásadu zpětné vazby, zásadu uvědomělosti a aktivity, zásadu individuálního přístupu, zásadu soustavnosti, trvalosti a zásadu kulturního kontextu. Pro dodržení profesionální kvality edukace je třeba řídit se závaznou normou, kterou je **edukační standard**. Standard vede k jednotnému postupu při edukaci, ovlivňuje kvalitu, umožňuje objektivní hodnocení edukace, vytyčuje minimální požadavky, které je nutné při edukaci splnit. Při sestavování standardu si stanovujeme nejprve téma a charakteristiku standardu, dále pak cíl edukace, pro koho je standard závazný a kdo se jím musí řídit. Důležité je rovněž stanovit dobu platnosti standardu, také jak často bude kontrolován a kým (ve zdravotnictví např. primář oddělení, vrchní sestra atd.). Stanovují se **kritéria struktury** (kdo bude edukovat, v jakém prostředí, za použití jakých pomůcek, kdy edukace proběhne a jak provedeme záznam o edukaci). Dále obsahuje **procesuální kritéria** (postup edukace v jednotlivých krocích). Jaký má být výsledek edukace stanovují **kritéria výsledku** (co nového edukant získá v oblasti vědomostí, dovedností, postojů). Plnění edukačního standardu by mělo být kontrolováno v rámci auditu, kdy se hodnotí dodržování stanovených kritérií. Na základě vyhodnocení auditu se odstraní případně zjištěné nedostatky, nebo může vyhodnocení vést i k úpravě edukačního standardu (Juřeníková, 2010, s. 27-34).

1.2.1 Edukační a podpůrné programy pro pečující o pacienty s demencí

V kapitole Edukace ve zdravotnictví se zabýváme obecně edukačním procesem probíhajícím v rámci ambulantní péče či hospitalizace jedince. Pokud se zaměříme na problematiku pacientů s onemocněním demence, zjišťujeme, že problém demence nepostihuje jen nemocného, nýbrž i rodinné prostředí pacienta a to ještě intenzivněji, než onemocnění jiná.

Dle Holmerové a kol. (2004) oddalují zejména dlouhodobé programy edukace a podpory pečujících prokazatelně institucionalizaci, a to o 1-2 roky. Na základě výsledků studií je doloženo, že i krátkodobé programy pro pečující zlepšují jejich kvalitu života a spokojenost. Poradenství a svépomocné skupiny pro pečující oddalují pravděpodobně institucionalizaci pacienta v průměru o jeden rok. Neméně důležité jsou edukační programy pro profesionální pečující, tyto zlepšují kvalitu péče, což se projevuje významně sníženým užíváním omezovacích prostředků (např. neuroleptik). Kvalitu života rodinných pečujících pomáhají zlepšit především krátkodobé edukační programy, programy respitní péče, telefonické pomoci pro rodinné příslušníky a služby denních center. Dlouhodobé edukační a podpůrné programy pro rodinné příslušníky a organizování svépomocných skupin pomáhá co nejvíce prodloužit setrvání pacienta v domácím prostředí.

1.3 Metody edukace

Špaténková a Smékalová (2015, s. 125-143) uvádějí nejrůznější metody edukace seniorů. Nejprve je rozdělují na tři skupiny: tradiční, aktivizační a kreativní a dále popisují jednotlivé metody. **Metoda vyprávění** je vhodná metoda pro posluchače z řad seniorů, ale vyžaduje vyprávěcí talent. Vyprávění upoutává pozornost, motivuje a působí na představitost posluchačů, zpestřuje edukační proces. Většinou odkazuje na vlastní zkušenosti. Metoda **vysvětlování** se vyznačuje logickým a systematickým postupem, podstatou je osvojení a pochopení jádra sdělení. Další metodou je **přednáška**, jako typická metoda vysokoškolského studia a studia v instituci (univerzita třetího věku). Vyznačuje se delším uceleným projevem spatra. U seniorů se doporučuje, aby lektor provedl „trojí redukci“ obsahu. Seniori mohou zpracovávat textové informace pomocí metody **práce s textem** (text musí být přizpůsoben seniorské populaci, např. myšlenková mapa). Častou metodou je **rozhovor** nebo **diskusní metody** (komunikace, při níž si účastníci navzájem vyměňují názory na dané téma, uvádějí argumenty a společně nacházejí řešení daného problému). Možné je rovněž využít **metodu problémového výkladu**, kdy lektor provází seniory při jejich aktivních činnostech a konkrétních praktických úkonech. U metody **dramatizace** je důležité, aby se před sebou seniori neostýchali. Může být důležitým zdrojem humoru a uvolnění. Probíhá například jako demonstrace, předvedení nějaké krátké učební aktivity. Vhodná metoda pro edukaci seniorů je **didaktická hra**, neboť ta není zaměřena primárně na výkon (klade nároky na lektorovu kreativitu, umožňuje rozvoj kognitivních funkcí, prožitku,

představivosti, zážitky radosti a seberealizace). Dalšími metodami jsou například **kazuistika** (konfrontování zajímavých příběhů s poučením s vlastními životními zkušenostmi účastníků), **situační metoda** (lektor vymezí problémový učební úkol pomocí situace), **brainstorming** (bezprostřední vyjadřování nápadů účastníků), **brainwriting** (bezprostřední zapisování nápadů), **laterální myšlení** (odklon od dosavadního průběhu myšlení, aby se myšlení zavedlo na vedlejší cestu, podněcuje se intuici), **synektika** (metoda tvořivého řešení pomocí vyvolávání asociací a tvorbou analogií) a **rybí kost** (diagramem příčin a následků).

Edukace je dnes považována za základní předpoklad intenzivní léčby a za její neodmyslitelnou součást. Edukace je rovněž součástí prevence a předpokladem k tomu, aby mohlo dojít k pozitivnímu vlivu na kvalitu života nemocného, udržení jeho možné soběstačnosti a předcházení možným komplikacím.

2 DEMENCE

„Demence jsou závažné psychické poruchy, které vedou k výrazné poruše kognitivních (poznávacích) funkcí i k poruše nekognitivních funkcí- aktivit denního života a k tzv. behaviorálním a psychologickým příznakům demence- k poruchám chování, emotivity, spánku.“ (Jirák, 2013, s. 69)

Vlivem demografického stárnutí populace dochází k většímu výskytu onemocnění, jako jsou progredující poruchy paměti a dalších intelektových schopností, tedy demence. Demence postupně omezuje autonomii člověka a jeho soběstačnost a v pozdějších fázích ho zbavuje i jeho lidství. Z tohoto důvodu se dnes demence stává jednou z nejobávanějších nemocí předstihující i strach z maligních onemocnění (Topinková, 1999, s. 7).

Jirák (2013, s. 69) uvádí, že demence vzniká teprve poté, co dojde k rozvoji kognitivních funkcí, to je od 4-5 let života. Existují tedy i demence dětského věku, ale jejich prevalence roste s věkem. V rané dospělosti se vyskytují například demence toxické, traumatické demence, HIV demence apod. (Lužný, 2012, s. 36). V seniorském věku zaznamenáváme největší výskyt demencí. Vědním oborem, který se zabývá psychickými poruchami seniorů, je **gerontopsychiatrie**. Problematikou starých lidí a stárnutí komplexně se zabývá obor **gerontologie**. Největší zastoupení psychických poruch ve stáří mají demence a jiné poruchy kognitivních funkcí, deliria a deprese (Jirák, 2013, s. 20). Dle Lužného (2012, s. 20) je původ duševních poruch ve stáří dvojího původu. Duševní poruchy byly již u jedince přítomny v raném či dospělém věku a jejich obraz se nyní modifikuje věkem, nebo dosud u jedince přítomny nebyly a vznikly až v současnosti s jeho přibývajícím věkem (např. demence). Dle Koukolíka a Jiráka (1999, s. 31) je syndrom demence jedním z nejčastějších onemocnění vůbec. Jeho nejčastější příčinou je Alzheimerova nemoc, která je čtvrtým až pátým nejčastějším základním onemocněním vedoucím ke smrti v průmyslově rozvinutých zemích.

2.1 Diagnostika a druhy demence

Pro diagnostiku syndromu demence musejí být přítomny minimálně dvě z následujících poruch: poruchy paměti, deteriorace intelektu, poruchy orientace, poruchy soudnosti a abstraktního myšlení, poruchy chápání, poruchy korových funkcí typu apraxií, afázií apod., poruchy pozornosti a motivace. Také se vyskytují následující poruchy v různém stupni: poruchy chování, poruchy emotivity, poruchy osobnosti (degradace). Rovněž musejí být při

diagnostice syndromu demence splněny následující podmínky: není přítomna kvalitativní porucha vědomí (porucha vědomí není primární, deliria se mohou vyskytovat jako doprovodný příznak), porucha není způsobena depresí (deprese se může vyskytovat přechodně, jako doprovodný příznak), úbytek kognitivních funkcí je tak vysoký, že interferuje se sociálními či pracovními funkcemi, je přítomna porucha abstraktního myšlení či soudnosti, máme důkaz organického etiologického faktoru, nebo jej důvodně předpokládáme (Jiráček, 2013, s. 69-70). Vyšetření kognitivních funkcí objektivizujeme pomocí testů, jako je například test MMSE (Mini Mental State Examination) nebo test hodin. Součástí rutinního vyšetření pacientů vyššího věku by mělo být i vyšetření deprese, například pomocí Geriatrické škály deprese. V rámci diagnostiky demence také přistupujeme k zobrazovacím vyšetřením mozku (CT- computerová tomografie, MR- magnetická rezonance), což přispívá ke zpřesnění diagnostiky zejména u atypických klinických obrazů demence (Holmerová a kol. 2010, s. 139-144).

Podle diagnostických kritérií MKN-10 je závažnost demence vymezena v kategoriích mírná, středně těžká a těžká. **Mírná demence** se vyznačuje poklesem paměti, který je evidentní, je překážkou výkonu denních činností, ale samostatný život jedince nenarušuje (jedinec hledá vhodná pojmenování, odložené věci, zapomíná). Dochází k poklesu i v ostatních kognitivních funkcích, což vede ke zhoršení výkonu v aktivitách denního života, avšak nevyklučuje samostatnost jedince. U **středně těžké demence** již pokles paměti ovlivňuje samostatné fungování jedince, dochází ke zřetelným a významným poruchám krátkodobé paměti, zachovány jsou pouze hluboce uschované informační obsahy (staropaměť). Rovněž pokles v ostatních kognitivních funkcích neumožňuje samostatné fungování jedince, vyžaduje dopomoc pečujících osob (nakupování, hospodaření s financemi, údržba domácnosti). Pokles paměti u **těžké demence** dosahuje kritického stupně, kdy není jedinec schopen vštípnout do paměti nové informace, ale nedovede si vybavit ani informace dříve uložené do paměti. Dochází tedy ke zhoršení novopaměti i staropaměti. V pozdějších stádiích onemocnění jedinec není schopen rozpoznat své blízké příbuzné a nevybavuje si jména běžných věcí či předmětů. Rovněž pokles ostatních kognitivních funkcí dosahuje kritického stupně, kdy zcela selhává úsudek, myšlení, plánování, organizování, schopnost abstrakce a zpracování informací u postiženého jedince (Lužný, 2012, s. 38).

2.1.1 Demence atroficko-degenerativní

Atroficko-degenerativní demence jsou demence, u kterých dochází k lokální či celkové atrofii mozku, k numerické atrofii neuronů a dalším změnám. (Lužný, 2012, s. 39). Patří zde například níže uvedené demence.

Alzheimerova demence

Tato demence je nejčastější z demencí vůbec, představuje 60% všech demencí. Je to chronické, progredující onemocnění. Podkladem jsou kortikosubkortikální atrofické a degenerativní změny neuronů mozku (Lužný 2012, s. 43). Mechanismus vzniku popisuje Koukolík (2014, s. 105) jako kaskádu molekulárních změn končící výrobou toxických bílkovin, které poškozují nervové buňky, synapse i cévní stěny. Na rozdíl od demencí cévních (vaskulárních) neznáme možnosti prevence. Onemocnění se rozvíjí nenápadně, plíživě a jako první postihuje paměť. Projevuje se zapomínáním a v průběhu let, kdy onemocnění pokračuje, dochází k prohlubování poruch paměti a také ostatních kognitivních a dalších funkcí (Lužný, 2012, s. 43). V průběhu rozvoje demence se objevují také poruchy orientace v prostoru a čase. Jedinec začne bloudit v místech jemu méně známých a postupně i v místech, která znal dobře (místo bydliště) a v těžkých stádiích demence i ve svém bytě. Postupně se porucha paměti rozvíjí ve všech složkách a dochází ke stavu, kdy jsou nemocní kompletně dezorientováni, nic nového si nezapamatují, dochází k zapomínání jmen, pojmů, zapomínají i tváře (prozopagnozie), ztížené je poznávání objektů a podstatně se snižuje intelekt i zpomaluje myšlení (Jiráček et al., 2009, s. 31). Jiráček et al. (2009, s. 32) schématicky rozděluje Alzheimerovu demence do tří stupňů:

Lehká demence se projevuje poruchami paměti, které jsou subjektivní, kdy si je jedinec uvědomuje i objektivní, jež jsou měřitelné testovacími metodami. Objevují se poruchy paměti krátkodobé a střednědobé, mohou již nastat poruchy aktivit denního života, poruchy orientace ve vzdálenějších místech pro nemocného i poruchy nálady (deprese).

Střední demence se vyznačuje výrazným zhoršováním paměti ve všech složkách a častou dezorientací v prostoru i čase.

Těžká demence je charakterizována výskytem těžkých poruch paměti, neschopností zapamatovat si nové informace, dezorientací místem i časem (nemocný si nepamatuje, kde má své lůžko, kde je WC apod.). Jedinec nepoznává často i své nejbližší příbuzné a pečovatele.

Lužný (2012, s. 45) rozděluje typy Alzheimerovy demence na familiární formu, sporadickou formu, Alzheimerovu demenci s časným počátkem, Alzheimerovu demenci s pozdním počátkem, atypický nebo smíšený typ Alzheimerovy demence. **Familiární forma** se objevuje u 5-10 % případů Alzheimerovy demence a postihuje zejména jedince, kde se v rodině zmíněné onemocnění vyskytlo. Jsou zde nalézány genové markery spojené s Alzheimerovou demencí. **Forma sporadická** se objevuje u 90-95% případů a nenalézáme zde pozitivní rodinnou anamnézu, vyskytuje se především ve vyšším věku.

Demence s Lewyho tělísky

Demence s Lewyho tělísky je pravděpodobně druhá nejčastější demence vedle Alzheimerovy demence a často je za toto onemocnění zaměňována (Jiráček et al., 2009, s. 34). Dle Lužného (2012, s. 52) postihuje většinou jedince vyššího a velmi vysokého věku (muži starší 75 let). Pojmenována je podle přítomnosti Lewyho tělísek v cytoplazmě neuronů a vyskytují se v kůře i v podkoří. Koukolík a Jiráček (1998, s. 145) popisují průběh onemocnění jako progresivní a kolísavý. Mezi rané příznaky označují kolísání pozornosti a poruchy týkající se prostorové představivosti a prostorové orientace zrakem (vizuospeciální). Setrvale se objevují zrakové halucinace a v rámci motoriky parkinsonismus.

Demence při Parkinsonově nemoci

Jiráček et al. (2013, s. 128) definuje Parkinsonovu nemoc jako neurodegenerativní onemocnění, které postihuje především dopaminergní buňky mozkového kmene. Onemocnění počíná obvykle kolem 58-60 let a způsobuje především poruchy hybnosti (třes, svalovou ztuhlost, snížení hybnosti až neschopnost se hýbat, poruchy rovnováhy a chůze). Kromě těchto motorických příznaků se objevuje deprese, úzkost, drobné poruchy kognitivních funkcí. U demence při Parkinsonově nemoci lehkého až středního stupně bývá dle Jiráčka et al. (2009, s. 40) zachovaný náhled. Přítomny jsou poruchy paměti, zhoršuje se pozornost a schopnost soustředit se, zpomaluje se myšlení a psychomotorické tempo. Nemocní jsou apatičtí, mají narušeny exekutivní funkce (schopnost formulovat a řešit problémy, řadit myšlenky do souvislosti a udržet je). Objevují se rovněž poruchy nálady, zrakové a sluchové halucinace i bludy.

Frontotemporální demence

Frontotemporální demence je méně častá forma demence a představuje asi 10% všech demencí. Vyznačuje se atrofií frontálních (čelních) a předních (spánkových) laloků mozku

(Jiráček et al., 2009, s. 43). Lužný (2012, s. 57) uvádí, že toto onemocnění má typický pomalý začátek a v dalším průběhu se postupně příznaky zhoršují. Začíná nejčastěji mezi 45- 70 lety. Nejprve můžeme pozorovat nápadnou proměnu osobnosti, změnu charakteru, vystupování, úbytek spontaneity, zájmů, emoční výkyvy, plané vtipkování, nebo i naopak apatii, časnou ztrátu náhledu choroby, nadměrnou chuť k jídlu či požívání nestravitelných částí. Dalšími z příznaků jsou dekoncentrace pozornosti, rigidita, paličatost, opakování a komolení slov, v závěru až mutismus. S časnou změnou osobnosti také spatřujeme nápadně měnící se chování (ztráta etického a morálního rozměru chování, emoční oploštělost-ztráta empatie a anetičnost, nepřiměřené sexuální chování). Do skupiny frontotemporálních demencí patří i **Pickova choroba**. Toto onemocnění se projevuje výše zmíněnými příznaky frontotemporální demence a přítomností Pickových tělísek v mozku.

Demence při Huntingtonově nemoci

Jiráček et al. (2013, s. 151) popisuje Huntingtonovu nemoc jako autosomálně dominantně přenosné onemocnění vázané na 4. chromozom, kdy pravděpodobnost přenosu na potomka je 50%. U tohoto neurodegenerativního onemocnění dle Lužného (2012, s. 60) dominují příznaky motorické (tendence k pádům, choreatiformní pohyby, polykací potíže, dysartrie). Mezi psychiatrické příznaky, které se objevují, patří impulzivita, podrážděnost, úzkostná či depresivní nálada, poruchy chování ve smyslu agitovanosti, apraxie, porucha soudnosti, potíže se soustředěním a zapamatováním. Pokročilé stádium Huntingtonovy nemoci přináší nesoběstačnost a plnou závislost na ošetrovatelské péči okolí. Pacient je imobilizovaný a dochází k mutismu. Toto onemocnění je letální.

2.1.2 Vaskulární demence

Vaskulární demence vzniká na podkladě mozkového infarktu, který je způsobený akutním či chronickým poškozením cévního zásobení mozku. Za vaskulární demencí může méně často rovněž stát hemoragická nekróza mozkové tkáně různé etiologie. V anamnéze pacientů s vaskulární demencí nacházíme přítomnost obecných rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění (arteriální hypertenze, diabetes melitus, hyperlipidémie, obezita, kouření, anémie, již přítomné onemocnění cév dolních končetin, ischemická choroba srdeční, stenotické zúžení karotid, ischemie retinálních cév či arytmie (Lužný 2012, s. 61). Dle Jiráčka et al. (2009, s. 55) vznikají příznaky poměrně rychle, dochází k rychlé změně stavu pacienta v čase. Pacient je zpomalený, popletený, najednou nerozumí situaci, nedo-

káže odpovědět na otázky typu, který je den, měsíc či rok, kde se aktuálně nachází. Rovněž se mohou typicky vyskytovat depresivní příznaky (smutná nálada, nechut' a pocit neschopnosti cokoliv dělat, nerozhodnost, pocit mála energie, nespavost, nechutenství, váhový úbytek). Nejčastější typy vaskulární demence jsou: vaskulární demence s akutním začátkem, multiinfarktová demence, subkortikální vaskulární demence a smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence.

2.1.3 Ostatní symptomatické demence

Symptomatické (sekundární) demence tvoří z celkového počtu demencí jen menší část (asi 10% ze všech demencí). Tato skupina demencí je velmi členitá a heterogenní. Jejich společným pojítkem je přítomnost vyvolávající příčiny, u které se klinický obraz demence vyvíjí až sekundárně. Včasným odhalením skutečně vyvolávající příčiny můžeme pozitivně zvrátit osud nemocného a to volbou kauzální léčby. U potenciálně léčitelných stavů může dojít k úpravě stavu (Lužný 2012, s. 66).

Demence při prionózách, Creutzfeldt-Jacobova nemoc

Prionózy představují skupinu neurodegenerativních onemocnění postihujících lidi i zvířata. Společným znakem jsou těžké změny v mozkové tkáni. Tyto nemoci jsou vzácné a neléčitelné, mají dlouhou inkubační dobu, rychle progredují a jsou smrtelné. Nejčastější formou prionových onemocnění je Creutzfeldtova-Jakobova nemoc. Průměrný věk při začátku onemocnění je 60 let a průměrné trvání nemoci asi 8 měsíců. Asi u 1/3 nemocných se na počátku onemocnění objevují nespecifické příznaky jako je únava, nespavost, deprese, úbytek hmotnosti a bolesti různé lokalizace. V průběhu dalších měsíců dochází k rychlému zhoršování mentálních funkcí až do obrazu těžké demence. Zároveň se objevují neurologické příznaky (svalové záškuby, křeče, svalová ztuhlost, třes, závratě). V konečném stádiu nemoci jsou pacienti většinou nepohybliví, dochází ke svalové ztuhlosti, ztrátě řeči, poruše polykání a centrální slepotě. Definitivní diagnóza je možná až po smrti nemocného pomocí neurohistologického a dalších vyšetření (Jiráková et al., 2009, s. 58).

Další možné symptomatické demence, které se vyskytují, jsou např. demence při HIV/AIDS, luetická demence, neuroborrelióza, limbická encefalitida, alkoholická demence, demence u intoxikací, demence při normotenzním hydrocefalu, demence při Wisonově chorobě, demence při porfyriích, hepatální encefalopatie, uremická encefalopatie, demence při endokrinopatiích a traumatické demence (Lužný, 2012, s. 68-84).

2.2 Léčba demence

Jiráček et al. (2009, s. 88) uvádí, že některé demence jsou při současném stavu vědění léčitelné, avšak většina demencí zatím vyléčitelných není (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky aj.). Vhodnou léčbou lze dosáhnout zpomalení průběhu demencí, oddálení těžkých stádií či zlepšení kvality života postižených. Krombholz (2010, s. 199) hovoří o symptomatické léčbě, která významně moderuje průběh choroby, zlepšuje kvalitu života nemocných i pečovateli, redukuje výskyt behaviorálních projevů demencí a oddaluje těžká stadia nemoci s nutností institucionalizace nemocných. Část pacientů však není stále léčena vůbec a do péče se dostávají až v okamžiku, kdy v důsledku pokročilé nemoci sociálně selžou. Jiráček et al. (2009, s. 88) rozděluje léčebné postupy na biologické a nebiologické. Přístupy je třeba kombinovat a doplňovat. Nejpoužívanější z biologických přístupů je farmakoterapie, kterou můžeme dále dělit na kognitivní farmakoterapii a nekognitivní farmakoterapii. **Kognitivní farmakoterapie** ovlivňuje především porušené poznávací funkce, intelekt, paměť a motivaci. Je to dle Koukolíka a Jiráčka (1998, s. 213) nejpodstatnější protidemenní postup. **Nekognitivní farmakoterapie** ovlivňuje poruchy chování, změny nálad, afektů a poruchy spánku u demencí. Kromě farmakologické léčby jsou hlavní součástí komplexní péče o seniora **nefarmakologické postupy** (Jiráček et al., 2009, s. 90).

2.2.1 Nefarmakologické přístupy k pacientům s demencí

Cílem nefarmakologických přístupů je dosažení optimálních funkčních schopností nemocného (dle stupně jeho postižení), prevence behaviorálních a psychologických symptomů, zvládnutí těchto symptomů, zvýšení sebeuvědomění, zachování či zlepšení soběstačnosti a kvality života. Součástí těchto přístupů je rovněž podpora rodiny i profesionálních pečujících (Jiráček et al., 2013, s. 138). Některé z těchto přístupů níže uvádíme.

Plánování aktivit je způsob terapie, kdy pečující plánuje vhodné aktivity za pacienta, které podporují přirozený rytmus denních aktivit. Nemocnému je třeba při aktivitách dopomáhat, některé věci stále trpělivě a v klidu opakovat za přiměřeného slovního doprovodu. Aktivity jsou smysluplným naplněním dne a pomáhají vytlačovat nežádoucí vzorce chování (neustálé bloudění, hledání, neklid) (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2007, s. 65).

Individualizované aktivity se provádějí v pokročilé fázi demence (kdy pacient bývá více unavený, déle spí, nemá zájem o větší aktivizaci či mu nedělá dobře). Snažíme se nabízet

pestré, jednoduché činnosti, snažíme se vést k sebeobsluze, avšak pacient potřebuje stále více naší pomoci ve většině úkonů (Jiráček et al., 2009, s. 93).

Reflektivní podpora je celostní přístup založený na principech: **1.** člověka postiženého demencí přijímáme jako důstojnou a jedinečnou bytost a tak se k němu chováme, **2.** soustavně a všemi úkony podporujeme jeho důstojnost a autonomii, **3.** jednáme v souladu s jeho přáním, **4.** v léčbě a péči trvale reflektujeme jeho momentální stav a potřeby, **5.** poskytujeme a nabízíme podněty, které jsou pro pacienta příjemné a příznivé, eliminujeme nepříznivé, **6.** poskytujeme podporu pomocí verbální i neverbální komunikace, podporujeme pocit bezpečí a jistoty, **7.** všichni ošetřující profesionálové i pečující rodinní příslušníci tvoří spolupracující tým, ve kterém jsou si rovni (Jiráček et al., 2009, s. 94-95).

Orientace realitou slouží ke zjednodušení pacientovy orientace v čase, místě a prostoru (na viditelném místě hodiny, kalendář, označení místností), v rámci skupinových aktivit připomínáme významné svátky (církevní, státní), narozeniny (Lužný, 2012, s. 139).

Validační terapie je přístup koncipovaný Naomi Fiel, klade důraz na zachování lidské důstojnosti, individuality, terapeut citlivě pracuje s původním tématem pacienta („nikdy neříká ne“) a postupnými kroky vede pacienta žádoucím směrem (Holmerová et al., 2007, s. 125).

Kognitivní trénink vede k procvičování paměti a aktivizaci, jedná se o zjednodušené nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, zjednodušené „pexeso“ apod. (Holmerová et al., 2007, s. 122). Náročnost cvičení je třeba přizpůsobit jednotlivým účastníkům a vytvořit atmosféru, neboť pro některé účastníky může být trénink stresující záležitostí (Jiráček et al., 2009, s. 96).

Reminiscenční terapie je metoda využívající vzpomínek a jejich vybavování prostřednictvím různých podnětů (např. fotografie), vhodná jak pro zdravé seniory (preventivní aktivizační význam), tak pro pacienty s demencí (využití staropaměti) (Holmerová et al., 2007, s. 122). Janečková a Vacková (2010, s. 11) vidí ve vybavování si starých paměťových stop v různých souvislostech během celého života základ lidské identity. Lze říci, že vzpomínky drží pohromadě identitu člověka.

Naučený postup chápeme jako „návod k pacientovi“, jedná se o vzájemné sdělení mezi pečujícími, jaký je jeho denní režim, v kolik hodin je zvyklý vstávat, jak se obléká a v čem

potřebuje pomoci, jak provádí toaletu a co je schopen učinit sám, v čem potřebuje dopomoci (Holmerová et al., 2007, s. 122).

Arteterapie či muzikoterapie podporuje a vyjadřuje nenásilnou formou emoční prožívání pacientů, pomáhá vytvářet kladné sebehodnocení a radost z vytvořeného díla. Umožňuje abreakci negativních pocitů (Lužný, 2012, s. 139).

Kinezioterapie a taneční terapie přispívá k udržení svalové síly a stability, je také prevencí problémového chování. Kinezioterapie může probíhat formou vycházek nebo cvičení (zejména vsedě na židlích) (Jirák et al., 2009, s. 100). Veleta a kol. (2007, s. 110) uvádějí: „V taneční terapii se tanec chápe jako terapeutický pohyb. Estetická stránka zde ustupuje do pozadí a naopak se zdůrazňují faktory psychologické (schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšení emotivity a podobně), fyzické (zlepšení koordinace pohybu, zlepšení celkové síly, rovnováha atd.) i sociální (vytvoření skupiny lidí, kteří si mají co sdělit). Jedná se o metodu, která je relativně nenáročná na organizaci, prostor a pomůcky. Tanec a hudba mají silný emoční náboj a jsou prostředkem snadnější nonverbální komunikace“.

Canisterapie/pet terapie je terapií za pomoci zvířete (nejčastěji pes, kočka), přináší významný emoční stimul, který je často spojený s abreakcí a touhou po dotyku a kontaktu se zvířetem (Lužný, 2012).

Spirituální péče je součástí komplexní péče o seniory. Kalvínská, Opatrný a Víchová (2009) uvádějí definici spirituální péče dle Muraye a Zentera z roku 1989, kde je spirituální dimenze chápána jako hodnota přesahující náboženské začlenění, usilující o inspiraci, úctu, respekt, smysl a účel i těch, kteří nevěří v Boha. Spirituální rozměr se pokouší být v harmonii s univerzem, řeší otázky nekonečnosti a do popředí se dostává především v období emočního stresu, fyzické i duševní nemoci, bolestné ztráty nebo úmrtí. Spirituální péče se netýká pouze religiózních pacientů, ale určitým způsobem každého nemocného. Podstatou je schopnost porozumět nemocnému, jeho příběhu života, pomoci zvládat obtížnou situaci a objevovat hodnoty, kterým je možné důvěřovat v další fázi existence. Zahrnuje psychologické, sociální a duchovní aspekty a může obsahovat specifické náboženské prvky, přiměřené zvyklostem klientů. Je třeba, aby se i zdravotníci naučili duchovní potřeby pacientů rozpoznávat, lépe se v této situaci orientovali a měli možnost získávání informací a vzdělávání (Kalvínská, Opatrný a Víchová, 2009).

Souhrnně rozumíme pod pojmem demence syndrom, který vzniká v důsledku závažného postižení mozku, a to nejčastěji v důsledku degenerativních změn, dále změn vaskulárních, ale také dalších, například toxických. Demence patří mezi onemocnění, které postupně omezuje autonomii člověka a jeho soběstačnost, kdy se člověk stává závislým na trvalé péči a pomoci. Součástí komplexní péče o seniora s tímto onemocněním jsou jak farmakologické, tak nefarmakologické přístupy, se kterými by měl být pacient i jeho pečovatele dobře seznámeni.

3 PROBLEMATIKA PSYCHICKÝCH, FYZICKÝCH A SOCIÁLNÍCH ZMĚN VE STÁŘÍ

Stáří je konečná etapa procesu stárnutí a je to období na konci přirozeného vývojového procesu každého jedince. V současné době se setkáváme s celou řadou vymezení stáří, nejčastěji je uváděno rozdělení chronologické. Světová zdravotnická organizace uvádí základní klasifikaci vyššího věku. Rozdělení je následující: 45-59 let střední (zralý věk), 60-74 let vyšší věk (rané stáří), 75-89 let stařecký věk a 90 let a výše dlouhověkost. V procesu stárnutí dochází k mnohým psychickým, fyzickým i sociálním změnám (Poledníková a kol., 2006, s. 8-12). Sak a Kolesárová (2012, s. 13) srovnávají období stáří a dětství: „Stáří a dětství jsou životní fáze od sebe nejvíc vzdálené, a přesto mají k sobě blízko. Stáří i dětství jsou ohraničené nebytím, dítě přichází z nebytí, starý člověk do něho odchází. Dítě získává na síle a jeho schopnosti rostou, senior sílu ztrácí a jeho schopnosti klesají. Stáří je obdobím, kdy se jedinec vzpomínkami ve své mysli vrací do svého dětství, ke kořenům a konfrontuje prožitý život s hodnotami, které mu byly v dětství předávány a s představami, jež měl o životě.“

3.1 Psychické změny ve stáří

Obecně dochází v rámci psychologických změn k poklesu vitality, energie, zpomaluje se psychomotorické tempo, zhoršuje se senzomotorická koordinace, objevují se změny či poruchy paměti (snižuje se zapamatování, výbavnost, vnímavost a představivost), zhoršuje se schopnost koncentrace, snižuje se zájem. Nastávají změny v oblasti citů. Oslabují se vyšší city, otupuje se estetické cítění a dochází k citové labilitě. Rovněž se často mění i osobnost člověka a dochází k poklesu celkové psychické adaptability (Poledníková, 2006, s. 11-12). Potřeby starších lidí se výrazně liší od požadavků obecné dospělé populace. Naše společnost nemá dřívější zkušenost s jevem, kdy se v masovém měřítku dožívají lidé více jak 65 let. Stárnoucí člověk většinou pracoval až do své smrti. Odchod do důchodu- jako nový sociální jev je spojen s reformami, které započaly v Německu roku 1881 a jsou spojeny se jménem Otto von Bismarck. Odchod do důchodu byl spojen s věkem 65 let a velké množství lidí se tohoto věku nedožilo. Ve 20. století se lidé svého důchodu dožívají a z věku produktivního se vyčleňují do věku postproduktivního. U staršího člověka dochází k psychologickopsychiatrickým změnám, jež se odrážejí například v subjektivně prožívaných poruchách paměti, objektivně v úzkosti či depresi, a to s ohledem na zdravotní stav.

Dochází ke změně citlivosti všech pěti smyslů. Nejčastějším postižením seniorů je pozvolná sluchová ztráta. V důsledku přítomnosti některých z předchozích příznaků může docházet ke snížené sebeúctě. Poruchy sluchu vedou k problému s komunikací. Dochází k tzv. sociální hluchotě, kdy poruchy sluchu (presbyakuze) jsou spojeny s problémy v porozumění řeči, což je častou příčinou izolace osob s tímto poškozením sluchu. Poskytovatelé zdravotních služeb se často soustředí jen na tělesný stav pacientů a přítomnost změn psychických zůstává často nepovšimnuta. Sociální stav starších lidí ovlivňují změny jako je například odchod do důchodu, smrt nebo nemoc partnera, přátel, rodiny, funkční handicap, zhoršené poznávání, snižování kognitivních funkcí, bolesti, změna životního uspořádání, zhoršení životní úrovně. Na vzniku deprese ve stáří se podílejí tyto rizikové faktory: vědomí sociální izolace, zhoršení fyzického stavu, přítomnost chronického onemocnění bez efektivního řešení, stěhování z místa bydliště, pobyt v ústavním zařízení, ztráta sociálních rolí (rodič, manžel aj.), ztráta soběstačnosti (Tošnerová in Koukolík a Jiráček, 1999, s. 21-25). Tošnerová (in Koukolík a Jiráček, 1999, s. 26-27) se věnuje fenoménu závislosti u staršího člověka. Závislost definuje jako ztrátu schopnosti nezávisle a samostatně jednat v běžných aktivitách denního života a zvládat své společenské role. U závislé osoby spatřujeme nerovnováhu, charakterizovanou ztrátou kontroly a osobní svobody. Ztráta nezávislé, dospělé prestiže je jedna z nejobávanějších změn ve stáří, které se lidé bojí. V rámci terénních, ústavních služeb i rodiny je třeba při péči o závislého jedince brát ohled na různorodost a odlišnost procesu stárnutí, sociální a psychologické faktory, na kontinuitu procesu závislosti, a proto stav pravidelně přehodnocovat. Také si musíme být vědomi, že fyzické vady nejsou vždy doprovázeny duševní poruchou, avšak byla-li závislost u staršího chápána skutečně jako ztráta, může být provázena depresí. Je nutné uchovat a respektovat samostatnost ve vlastním rozhodování ve vztahu k zachovalým duševním schopnostem. Nerespektování výše zmíněných faktorů by vedlo ke špatnému zacházení v podobě porušování základních práv (právo na osobní svobodu, právo na soukromí), nebo může mít podobu špatně poskytovaných služeb (nedostatečné respektování sociální autonomie a práva o spolurozhodování o vlastním životě, prohlubování či zneužívání závislosti na péči). Jak se ve stáří vyrovnáme s mnohými problémy a emočně náročnými situacemi bude záležet na naší adaptabilitě a připravenosti společnosti.

3.2 Tělesné změny ve stáří

Změny, které probíhají v těle v období stáří, jsou viditelné i skryté. Viditelné změny spatřujeme na kůži, vlasech, nehtech, potních i mazových žlázách. Kůže se stává suchou, ztrácí pružnost, objevují se stařecké skvrny a někdy také bradavičnaté útvary či cysty. Ve vlasové části hlavy dochází k redukci hustoty vlasových folikulů. Vlasy ztrácejí lesk, ztenčují se, jsou lámavější a dochází k jejich šedivění. Rovněž nehty jsou lámavé a ztrácejí lesk. Vlivem úbytku tukových a svalových tkání, ztrátou elasticity, dochází k vráscitému vzhledu. Změny kosterně-svalové soustavy se projevují v poklesu rychlosti a síle kontrakcí kosterního svalstva, páteř se zakřivuje, tělesná výška snižuje. Kostí mění strukturu a stávají se křehkými a náchylnými na zlomeniny. V kloubech probíhají degenerativní změny. Další změny probíhají v činnosti dýchacího a kardiovaskulárního systému. Klesá respirační účinnost, člověk vdechuje menší objem vzduchu (zmenšuje se objem hrudníku). Ochabuje výdechové svalstvo a snižuje se schopnost kašlat, což může způsobit zadržování hlenu a zvyšuje riziko respiračních infekcí. Klesá pracovní kapacita srdce, což se projevuje při zvýšené námaze či duševním stresu. Dochází k poškozením cévních stěn vedoucím ke snížení prokrvení tkání a změnám krevního tlaku. V oblasti trávicího systému dochází k atrofii orgánů, snížené tvorbě enzymů, což zpomaluje trávení a vstřebávání živin. Změny v činnosti vylučovacího systému mohou vést až k inkontinenci. Dochází ke snížení pocitu žízně, kde hrozí nebezpečí dehydratace. Ve stáří dochází i ke snížení imunity a tím větší náchylnosti ke vzniku infekčních onemocnění, jež mají těžší průběh a způsobují vyšší mortalitu. V oblasti smyslového vnímání dochází ke zhoršení a poruchám zraku (např. katarakta- v 80 letech se vyskytuje určitý stupeň u všech jedinců), sluchu (od 50. roku života klesá schopnost slyšet tóny vyšší frekvence), dochází k oslabení chuti, čichu i hmatu. Zpomalený metabolismus a oslabení cirkulačních mechanismů vedou ke snížení tělesné teploty (35°C). V pohlavním systému dochází rovněž k určitým změnám. I když pohlavní pud přetrvává do vysokého věku, bývá ve stáří sexuální potřeba oslabená vlivem nemocí a užíváním některých léků (Poledníková, 2006, s. 9-11).

3.2.1 Geriatrická křehkost (frailty)

Nejen tělesných změn ve stáří se týká téma geriatrické křehkosti. Geriatrická křehkost jako jeden z geriatrických syndromů je v posledních letech jedním z nejpodstatnějších geriatrických témat. Geriatrické syndromy představují skupiny příznaků nebo problémů, které jsou

logicky provázané, souvisí se stářím, mají multifaktoriální etiologii, chronický průběh a špatně se léčí. Často se jedná o začarovaný kruh. Vedou k poklesu nezávislosti člověka (Kalvach a kol., 2008, s. 117). Dle Kalvacha a Holmerové (2008, s. 66) nabízí geriatrická křehkost odpověď na otázku, jak pojmenovat a kam zařadit přibývání závažných obtíží a funkčních deficitů starého člověka, který nepřiměřeně (intenzivně a progresivně) „chátará“, aniž by byla zřejmá příčinná choroba. To zanechává mnoho starých lidí „v území nikoho“ mezi obory, jejichž kompetence jsou obvykle vymezeny právě chorobami, nikoliv obtížemi. Geriatrická křehkost může být chápána např. jako **kategorie nezdatnosti a závislosti** (nezvládání náročnějších tzv. instrumentálních aktivit denního života a potřebou podpory zhruba v rozsahu pečovatelské služby) nebo jako „**vetchost**“ (v některých oborech, např. v onkologii, eliminuje pacienta ze standartních postupů) či jako **nespecifickou vulnerabilitu organismu** (míra akumulace funkčních deficitů, míra poklesu potenciálu zdraví, dispozice pro recidivující dekompenzace stavu, hospitalizace, pro ztrátu soběstačnosti) (Kalvach a kol., 2008, s. 118). Podle Friedové a kol. (2001, in Kalvach a kol., 2008, s. 119) fenotyp geriatrické křehkosti znamená přítomnost alespoň tří z pěti základních znaků:

1. hubnutí, nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg za rok, **2.** subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost, **3.** svalová slabost, nízká hodnota síly stisku ruky, **4.** pomalá chůze, **5.** nízká úroveň pohybové aktivity. V případě léčby geriatrické křehkosti neexistuje kauzální, příčinná léčba. Nezbytná je komplexní intervence s ovlivňováním všech etiologicky, patogeneticky a funkčně významných změn a obtíží, s kompenzováním deficitů, s mírněním klinických a sociálních dopadů a s úpravou léčebných a ošetrovatelských režimů ke zlepšení prognózy a ke zkvalitnění života. Intervenování bývá postupné („rozplétání deteriorační spirály“) (Kalvach a Holmerová, 2008, s. 68).

3.3 Sociální změny ve stáří

Pro seniory má mimořádný psychický význam vztah ke společnosti a rodině. Trpí často pocitem neužitečnosti, pocitem, že jsou přítěží pro ostatní či překážkou lepšího fungování rodiny. Senioři bývají vnitřně velmi citliví, což vede ke vzniku pocitu méněcennosti, nejistoty a viny. Někdy dochází k situacím, kdy senior obviňuje své okolí (rodinu, ošetrovatelský personál v nemocničních či sociálních zařízeních) z nevděku a zapomenutí toho, co v minulosti pro ně vykonali. Tyto situace je třeba chápat jako signál k zamýšlení se nad

postojem k seniorovi. Psychosociální stárnutí ovlivňuje schopnost adaptovat se na změny, které stáří přináší (Poledníková, 2006, s. 12). Sociálních změn objevujících se ve stáří jsou odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráta blízkých lidí (obzvláště úmrtí životního partnera), osamělost a finanční obtíže. Jak bude senior reagovat na tyto změny je ovlivněno jeho osobností, reakcemi jeho okolí a možnostmi získání pomoci v oblastech, které sám nezvládne. Venglářová (2007, s. 12) popisuje tři modely adaptace na stáří. Jako první uvádí **přístup konstruktivní**, kdy si člověk už během produktivního věku připravuje aktivity, které může později rozvinout. Součástí tohoto přístupu je rovněž snaha o udržení optimálního tělesného zdraví, pěstování dobrých vztahů s rodinou a přáteli. Jiným způsobem adaptace je vytvoření **závislosti na okolí**, která je potencována tělesnými obtížemi. Rodina či zdravotníci jsou manipulováni obtížemi seniora k intenzivnějším kontaktům. Symptomy obtíží se pak řeší místo sociální izolace. Třetím modelem je **nepřátelský postoj**, který senior zaujme, pokud ostatní mechanismy zvládnutí nestačí na vzniklou situaci. Senior projevuje hostilitu vůči lidem kolem sebe. Může se objevovat podezřívavost a agresivita. Stáří přijímají tito senioři jako další nepřízeň osudu (Haškovcová, 2010, s. 84).

3.3.1 Sociální problematika u pacientů s demencí

Sociální souvislosti jsou řešeny mimo jiné prostřednictvím sociální politiky (Pikola, 2010). Nástroje sociální politiky, které se uplatňují ve vztahu k seniorům, jsou zejména sociální služby a sociální práce (Matoušek, 2001, s. 178). Právní úprava poskytování sociálních služeb v České republice je vymezena zákonem o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Haškovcová (2012) definuje sociální péči jako organizovanou pomoc pro osoby, které se ocitly ve složité životní situaci. Sociální péče o seniory je směřována k podpoře či uchování soběstačnosti a schopností seniorů, ke snížení sociálního a zdravotního rizika ze stáří vyplývajícího (Lužný, 2012, s. 141). Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při poskytování stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, aktivizační služby, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů seniorů. Sociální služby, jež se v rámci pomoci seniorům uplatňují, jsou např. sociální poradenství, sociální rehabilitace, osobní asistence, pečovatelská služba, ambulantní odlehčovací služby, centra denních služeb pro seniory, denní stacionáře pro

seniory, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře, ústavy sociální péče a služby pobytové respitní péče (Lužný, 2012, s. 142-143).

3.3.2 Právní problematika u pacientů s demencí

V 18 letech věku (zletilostí) vzniká způsobilost k právním úkonům. V průběhu života může být pozměněna způsobilost k právním úkonům vlivem probíhající duševní poruchy trvalého či přechodného charakteru. Dochází tedy k omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům na podkladě rozhodnutí soudu. Rozhodnutí soudu předchází řízení ke změně způsobilosti k právním úkonům, které je zahájeno na popud státních orgánů, zdravotnických zařízení, orgánů sociální péče či samotného soudu. Stanovuje se opatrovník pro toto řízení a soudní znalec z oboru psychiatrie vypracovává znalecký posudek. Mezi nejčastější duševní poruchy vedoucí ke zbavení svéprávnosti patří i počínající a středně těžké atrofické demence, pokročilé vaskulární demence, demence u chorob klasifikovaných jinde a další nespecifické pokročilé demence. Právní úkony za osobu omezenou či zbavenou způsobilosti k právním úkonům po rozhodnutí soudu provádí soudem ustanovený opatrovník (Lužný, 2012, s. 144-146).

4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Demografické údaje předpovídají prodlužování délky života, což znamená, že většina populace se dožije vlastního stáří a také v období stáří prožije značnou část svého života. Stáří jako konečná etapa procesu stárnutí je provázána mnohými změnami u jedince a také specifickými problémy. Tyto problémy nacházíme v oblasti zdravotní, sociální, ekonomické i právní. Proto je důležité, aby se sám senior (v ideálním případě), jeho blízcí a hlavně odborníci, na které se v případě potřeby senior obrací, orientovali v těchto oblastech. Častým onemocněním ve stáří jsou progredující poruchy paměti a dalších intelektových schopností, které jsou označovány jako demence. Demence patří mezi nejčastější psychické poruchy ve stáří vedle jiných poruch kognitivních funkcí, delirií a depresí. Pokud se zaměříme na problematiku pacientů s onemocněním demence, zjišťujeme, že problém demence nepostihuje jen nemocného, nýbrž i rodinné prostředí pacienta a to ještě intenzivněji, než onemocnění jiná. Proto se domníváme, že je třeba, aby se věnovala dostatečná pozornost informovanosti o onemocnění demence, o možnostech léčby, různých nefarmakologických přístupech a ostatních aspektech péče o tyto nemocné. Jednou z forem, jak k této lepší informovanosti přispět je edukace. Edukace je dnes považována za neodmyslitelnou součást a základní předpoklad intenzivní léčby. Rovněž je edukace součástí prevence a předpokladem k tomu, aby mohlo dojít k pozitivnímu vlivu na kvalitu života nemocného, udržení jeho možné soběstačnosti a předcházení možným komplikacím.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 REALIZACE VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce je zaměřená na zjištění, jaké jsou problémové oblasti v edukaci osob příbuzných a pečujících o pacienty s demencí a čím je tato oblast specifická. V rámci pilotáže výzkumu jsme zavrhlí původní myšlenku zabývat se specifiky edukace přímo u konkrétních pacientů s diagnózou demence na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, neboť možnost spolupráce těchto hospitalizovaných pacientů a možnost dostatečného množství respondentů by byla velmi nízká. V rámci výzkumu se tedy obracíme na příbuzné pacientů s demencí a osoby o takto nemocné pečující a také na střední zdravotnický personál gerontopsychiatrických oddělení.

5.1 Výzkumný problém

Stanovením výzkumného problému začíná každý výzkum. Výzkumný problém je konkrétní, jednoznačná a empiricky ověřitelná otázka, která by měla vyjadřovat vztah mezi dvěma nebo více proměnnými (Chráska, 2007, s. 17). Jako výzkumný problém jsme pro bakalářskou práci stanovili zjistit, jaké jsou problémové oblasti v edukaci osob příbuzných a pečujících o pacienty s demencí. Takto duševně nemocné seniory považujeme za jednu z rizikových a sociálně znevýhodněných skupin, na které se sociální pedagogika zaměřuje. Domníváme se, že je třeba zjistit edukační potřeby těchto pečujících osob, aby mohlo dojít k pozitivnímu vlivu na kvalitu života nemocného, udržení jeho možné soběstačnosti a předcházelo se možným komplikacím.

5.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je popsat jednotlivé oblasti edukace osob příbuzných a pečujících o osoby s demencí.

5.2.1 Dílčí cíle

1. Zjistit jakým způsobem jsou příbuzní a osoby pečující o pacienty s demencí edukováni.
2. Zjistit jaké informace jsou příbuzným a osobám pečujícím o pacienty s demencí nejčastěji poskytovány.
3. Zjistit, zda jsou pokryty edukační potřeby příbuzných a osob pečujících o pacienty s demencí.

4. Zjistit jaké jsou problémové oblasti pro příbuzné a pečovatele v rámci péče o pacienty s demencí.
5. Zjistit jaké jsou problémové oblasti pro střední zdravotnický personál v rámci edukace osob pečujících o pacienty s demencí.
6. Zjistit jaký je náhled středního zdravotnického personálu na spolupráci s příbuznými a osobami pečujícími o pacienty s demencí.

5.3 Výzkumné otázky

Pomocí dotazníkového šetření se pokusíme nalézt odpovědi na následující výzkumné otázky:

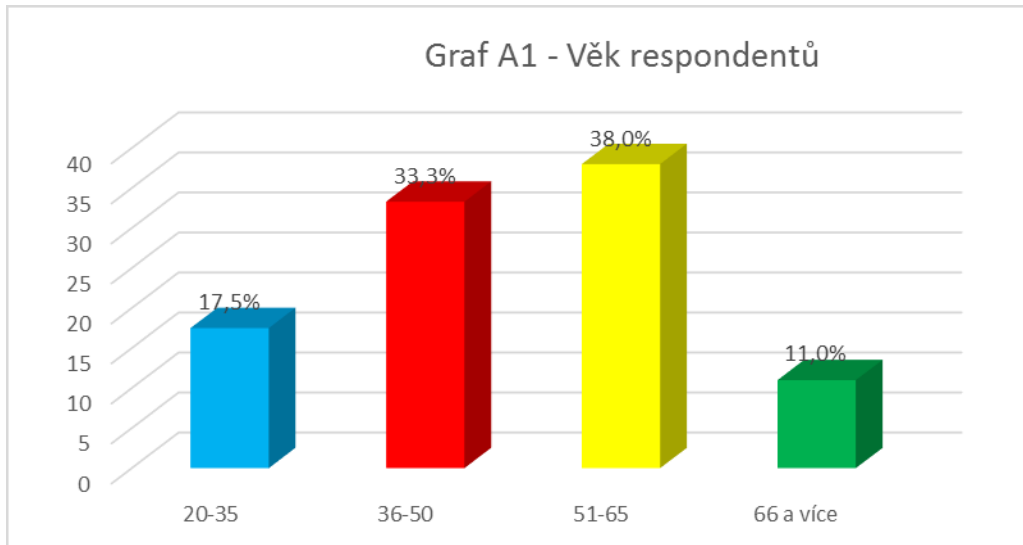
1. Jakým způsobem jsou příbuzní a osoby pečující o pacienty s demencí edukováni?
2. Jaké informace jsou příbuzným a osobám pečujícím o pacienty s demencí nejčastěji poskytovány?
3. Jsou pokryty edukační potřeby příbuzných a osob pečujících o pacienty s demencí?
4. Jaké jsou problémové oblasti pro příbuzné a pečovatele v rámci péče o pacienty s demencí?
5. Jaké jsou problémové oblasti pro střední zdravotnický personál v rámci edukace osob pečujících o pacienty s demencí?
6. Jaký je náhled středního zdravotnického personálu na spolupráci s příbuznými a osobami pečujícími o pacienty s demencí?

5.4 Výzkumný soubor

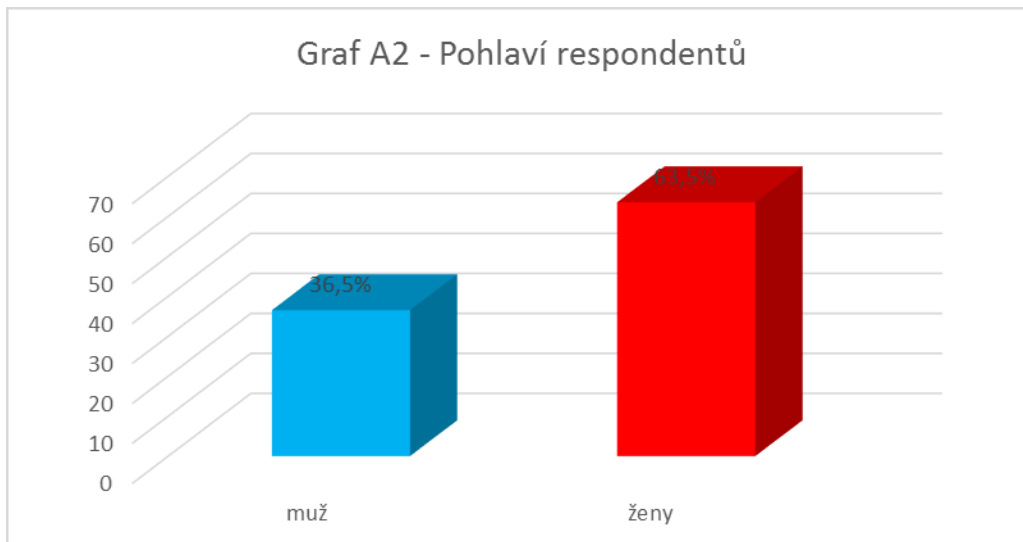
Základním výzkumným souborem byly dvě skupiny respondentů. První skupinu tvořili příbuzní a pečovatelé starající se o pacienty s demencí, kteří přicházeli na návštěvu za pacienty toho času hospitalizovanými na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Druhou skupinou byl střední zdravotnický personál pracující na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Způsob výběru výzkumného souboru byl záměrný. Pro každou z uvedených skupin byl sestaven odlišný dotazník. Pro první skupinu bylo vytištěno celkem 90 dotazníků, kde došlo k vyplnění u 70%. Druhé skupině bylo rozdáno 60 dotazníků, kde návratnost byla 93%. Dotazníkové-

ho šetření se zúčastnilo celkem 119 respondentů. První skupina měla počet 63 a byla tvořená příbuznými a pečovateli starajícími se o pacienty s demencí. Tuto skupinu tvořilo 23 mužů a 40 žen. Věkové rozložení bylo rozděleno na čtyři kategorie. Ve věku 20-35 let se zúčastnilo celkem 11 (17,5%) respondentů, ve věku 36-50 let 21 (33,3%), dále 24 (38%) respondentů ve věku 51-65 let a ve věku nad 66 let bylo 7 zúčastněných.

GRAF A1- rozdělení 1. skupiny respondentů podle věku



GRAF A2- rozdělení 1. skupiny respondentů podle pohlaví



Střední zdravotnický personál pracující na gerontopsychiatrickém oddělení byl druhou skupinou o počtu 56 respondentů. U skupiny druhé jsme demografické údaje nezjišťovali. Posledním kritériem pro výběr respondentů byl jejich dobrovolný souhlas s vyplněním dotazníku.

5.5 Metoda sběru dat

Vzhledem k vybranému tématu a formulovanému výzkumnému problému byl zvolen kvantitativní výzkum. Před realizací výzkumu byl proveden předvýzkum formou diskuze a rozhovorů s ošetřujícími lékaři, ošetrovatelským personálem, sociální pracovníci a příbuznými pacientů s diagnózou demence. Na základě odborné literatury a provedené pilotáže výzkumu byly sestaveny dva dotazníky. První dotazník byl předáván k vyplnění jednotlivým příbuzným a pečovatelům starajícím se o pacienty s demencí, kteří přicházeli na návštěvu za pacienty toho času hospitalizovanými na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, kde jim mohla být poskytnuta zkoumaná edukace. Dotazník druhý byl určený pro střední zdravotnický personál pracující na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Komplikací při sběru dat byl vyhlášený zákaz návštěv na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, který trval od začátku ledna 2017 do poloviny února 2017. Data byla tedy sbírána průběžně v období od poloviny února 2017 do března 2017. Výhodou dotazníkového šetření je rychlý sběr dat od velkého počtu respondentů. Jako nevýhoda dotazníkového šetření by mohlo být uvedeno možné nepochopení jednotlivých položek v dotazníku ze strany respondentů, čímž by získaná data mohla být zkreslena. Dotazník č. 1 obsahoval položky uzavřené, polouzavřené a jednu položku otevřenou. Dotazník č. 2 obsahoval položky uzavřené a polouzavřené. Součástí dotazníků jsou i tzv. výčtové položky, na které respondenti mohli odpovídat více nabízenými možnostmi.

5.6 Zpracování dat

Pro analýzu získaných dat jsme zvolili deskriptivní statistiku, tj. zjišťování absolutní a relativní četnosti. Získaná data jsme vyhodnocovali pomocí čárkovací metody a následně zpracovali. Výsledky jsme uspořádali do sestavených tabulek četností, které jsou umístěny v příloze III. Data jsme zde vyjádřili ve formě absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost (n_i) nám zde vyjadřuje celkový počet zvolených odpovědí v dané položce dotazníku. Relativní četnost (f_i) je vyjádřena v procentech - tzn. jak velká část z celkového počtu hodnot připadla na danou hodnotu. Došlo k sumarizaci dat, což je základním posláním popisné statistiky (Ferjenčík, 2010, s. 55). Výsledky šetření jsme popsali a znázornili v textu graficky tak, aby nám poskytly využitelné a přehledné informace.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V následující kapitole jsou interpretovány výsledky jednotlivých položek dotazníku. Demografické údaje (věk a pohlaví) byly již uvedeny v podkapitole výzkumný soubor. Vzhledem k tomu, že jsme se zaměřovali na dvě skupiny respondentů s odlišným dotazníkem, vyhodnotíme nejprve dotazník určený příbuzným a pečovatelům starajícím se o pacienty s demencí a následně dotazník druhý určený pro střední zdravotnický personál. Položky prvního dotazníku a k nim náležející grafy a tabulky uvedené v příloze jsme označili písmenem **A**. Položky, grafy a tabulky vztahující se ke druhému dotazníku pak písmenem **B**.

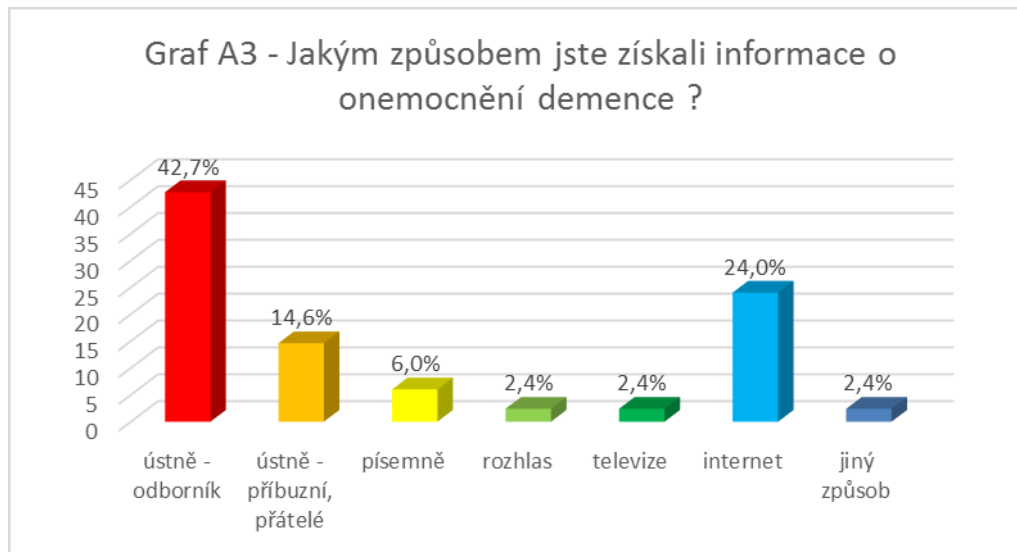
6.1 Analýza a interpretace dat dotazníku č. 1

Jak bylo výše uvedeno položky (A 1, A 2) u dotazníku, který byl určený příbuzným a pečovatelům starajícím se o pacienty s demencí, zaměřující se na demografické údaje byly uvedeny v podkapitole výzkumný soubor. Další položky 3-14 dotazníku č. 1 jsou interpretovány níže. U některých otázek volili respondenti i více odpovědí, i když tato položka nebyla myšlena jako položka výčtová, proto jsme při výpočtu četností brali v úvahu vždy počet všech odpovědí respondentů.

Položka A3

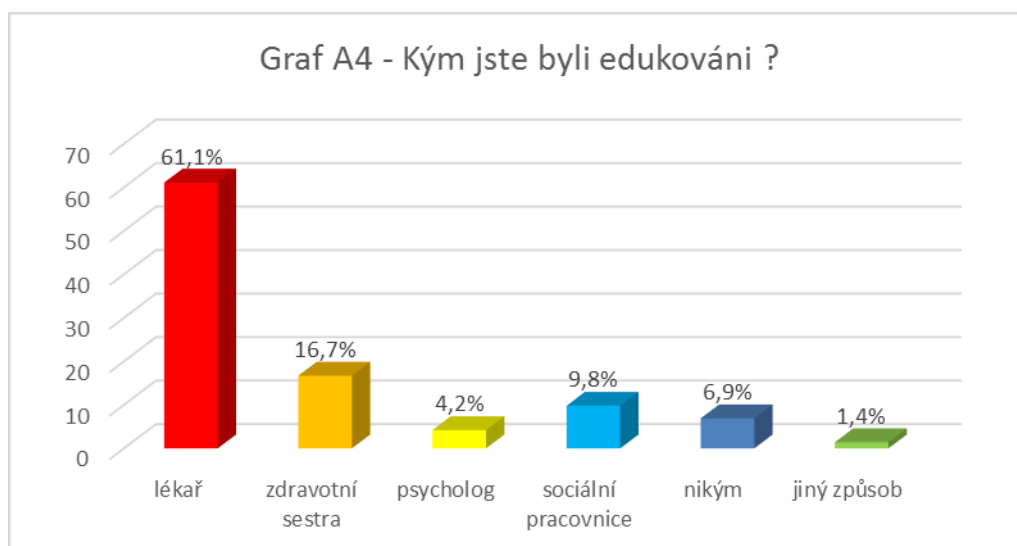
Položka zjišťovala, jakým způsobem získali dotazovaní informace o onemocnění demence. Dotazovaní si mohli vybírat ze sedmi možností a někteří zvolili více než jednu možnost. Největší počet 35 (42,7%) respondentů získalo informace ústně od lékaře či jiného odborníka. Pomocí internetu získalo informace 24 (29,2%) dotazovaných. Ústní formou od příbuzných nebo známých získalo informace 12 (14,6 %) respondentů. Písemnou formu (letáky, informační brožury, knihy) uvedlo 5 (6%), 2 (2,4%) respondenti uvedli získání informací pomocí rozhlasu a 2 (2,4%) pomocí televize. Dva dotazovaní uvedli, že byli informováni jinak. Jeden formou studia a druhý v rámci praxe v oboru.

GRAF A3- způsob získání informací

**Položka A4**

Ve čtvrté položce dotazníku jsme zjišťovali, kým byli respondenti edukováni. Největší počet dotazovaných 44 (61,1%) bylo edukováno lékařem, 12 (16,7%) zdravotní sestrou, 7 (9,8%) sociální pracovnící a 3 (4,2%) psychologem. Nikým nebylo edukováno 5 (6,9%) dotazovaných a jeden respondent (1,4%) uvedl edukační pořad České televize.

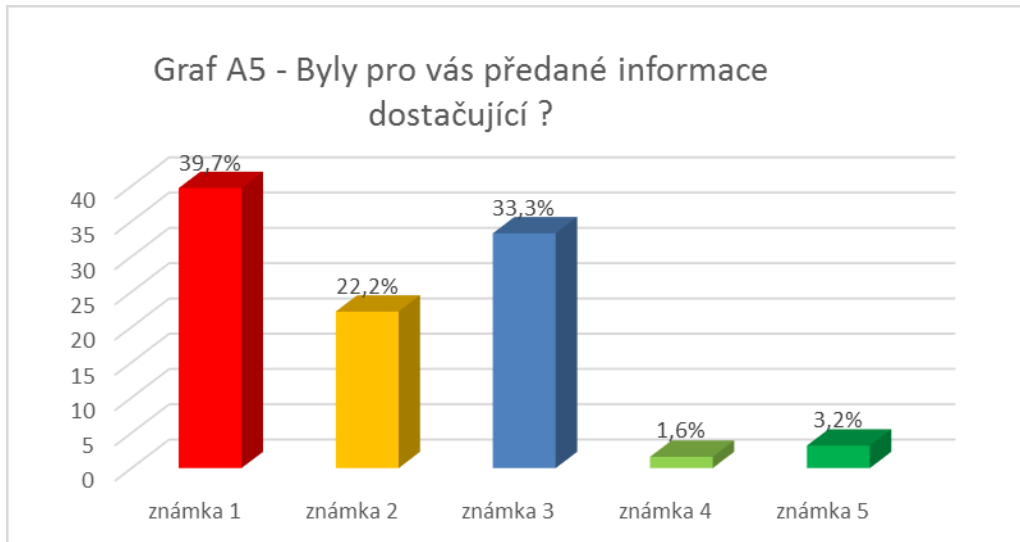
Graf A4- kdo edukoval

**Položka A5**

Pomocí této položky jsme zjišťovali, zda byly předané informace pro příbuzné a pečovatele dostačující. Úkolem respondentů bylo oznámkovat jako ve škole na stupnici od 1 do 5, jak jsou pro ně informace dostačující. Dostatečnost informací hodnotilo klasifikačním stupněm

1 celkem 25 (39,7%) respondentů, 21 (33,3%) ohodnotilo klasifikačním stupněm 3 a stupněm 2 ohodnotilo 14 (22,2%) dotazovaných. Dva dotazovaní (3,2%) ohodnotili dostatečnost informací stupněm 5 a jeden stupněm 4 (1,6%).

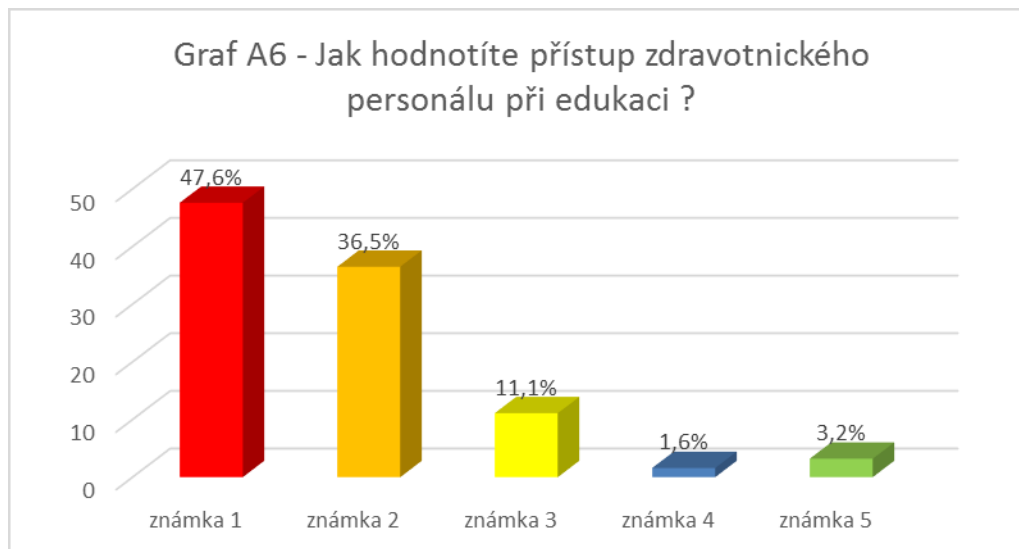
Graf A5- dostatečnost informací



Položka A6

V položce 6 bylo úkolem respondentů ohodnotit přístup zdravotnického personálu při edukaci. Jako u předchozí položky dotazovaní oznámkovali přístup na stupnici od 1 do 5. Největší počet respondentů 30 (47,6%) ohodnotil přístup zdravotnického personálu klasifikačním stupněm 1 (47,6%), 23 (36,5%) ohodnotilo stupněm 2 a 7 (11,1%) dotazovaných stupněm 3. Dva dotazovaní (3,2%) ohodnotili přístup zdravotnického personálu klasifikačním stupněm 5 a jeden stupněm 4 (1,6%).

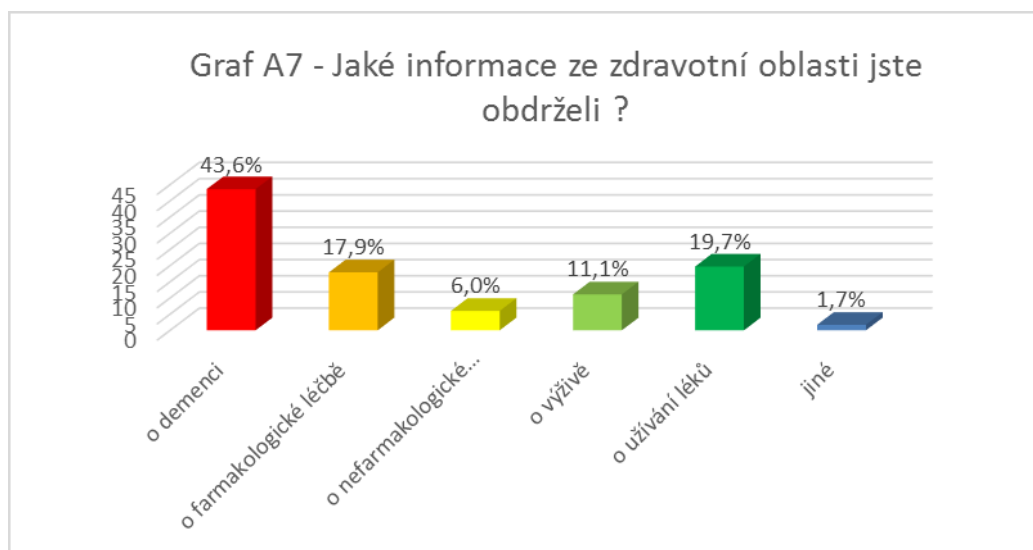
Graf A6- přístup zdravotnického personálu



Položka A7

Položkou se dotazujeme respondentů, jaké obdrželi informace ze zdravotní oblasti. Většina dotazovaných 51 (43,6%) obdržela obecné informace o demenci. Další početnou skupinou 23 (19,7%) byli respondenti, kteří obdrželi informace o správném a pravidelném užívání léků. Informace o farmakologické léčbě obdrželo 21 (17,9%) a 13 (11,1%) o správné výživě a prevenci malnutrice. Informace týkající se nefarmakologické léčby (formy psychoterapie, socioterapie, rehabilitace) obdrželo 7 (6%) dotazovaných a 2 (1,7%) uvedli, že neobdrželi žádné informace ze zdravotní oblasti.

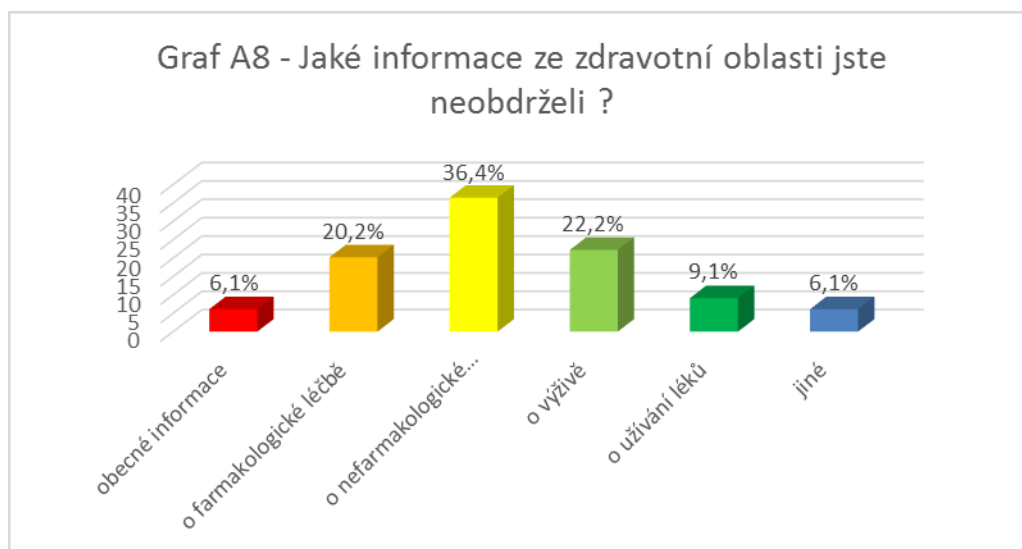
Graf A7- obdržené informace ze zdravotní oblasti



Položka A8

Tato položka zjišťuje, jaké informace ze zdravotní oblasti dotazovaní neobdrželi. Celkem 36 (36,4%) respondentů neobdrželo informace o nefarmakologické léčbě. O správné výživě a prevenci malnutrice (nedostatečné výživy) neobdrželo informace 22 (22,2%) a o farmakologické léčbě nebylo informováno 20 (20,2%) respondentů. Dotazovaných, kteří neobdrželi informace o správném a pravidelném užívání léků, bylo 9 (9,1%) a 6 (6,1%) respondentů neobdrželo obecné informace o demenci. Stejně tak bylo 6 (6,1%) respondentů, kteří zvolili možnost poslední, kde doplnili, že edukace byla dostatečná a obdrželi veškeré informace.

GRAF A8- neobdržené informace ze zdravotní oblasti



Položka A9

Pomocí této položky zjišťujeme, jaké respondenti obdrželi informace z oblasti ošetrovatelské péče. Největší počet respondentů 44 (28,9%) obdržel informace o dodržování pitného režimu, 40 (26,3%) bylo informováno o stravování a krmení nemocného a 30 (19,8%) dotazovaných získalo informace o péči o osobní hygienu. O zajištění bezpečného prostředí bylo informováno 16 (10,5%) respondentů, o aktivizaci celkem 12 (7,9%) a o polohování 8 (5,3%) dotazovaných. Dva (1,3%) respondenti uvedli, že neobdrželi informace žádné.

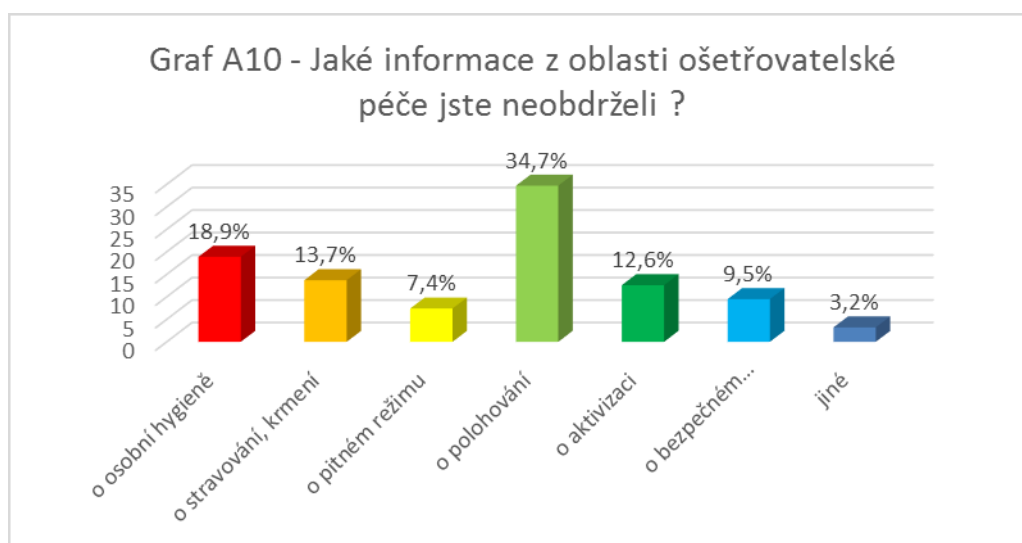
GRAF A9- obdržené informace z oblasti ošetrovatelské péče



Položka A10

V této položce se naopak od položky předchozí dotazujeme, jaké informace z oblasti ošetrovatelské péče nebyly dotazovaným poskytnuty. Většině respondentů 33 (34,7%) nebyly poskytnuty informace o polohování. S péčí o osobní hygienu nebylo seznámeno 18 (18,9%) dotazovaných a 13 (13,7%) neobdrželo informace o stravování a krmení nemocného. Informace o aktivizaci nemocných neobdrželo 12 (12,6%), o zajištění bezpečného prostředí 9 (9,5%) a o dodržování pitného režimu nebylo informováno 7 (7,4%) respondentů. Tři (3,2%) dotazovaní uvedli, že informace byly dostačující.

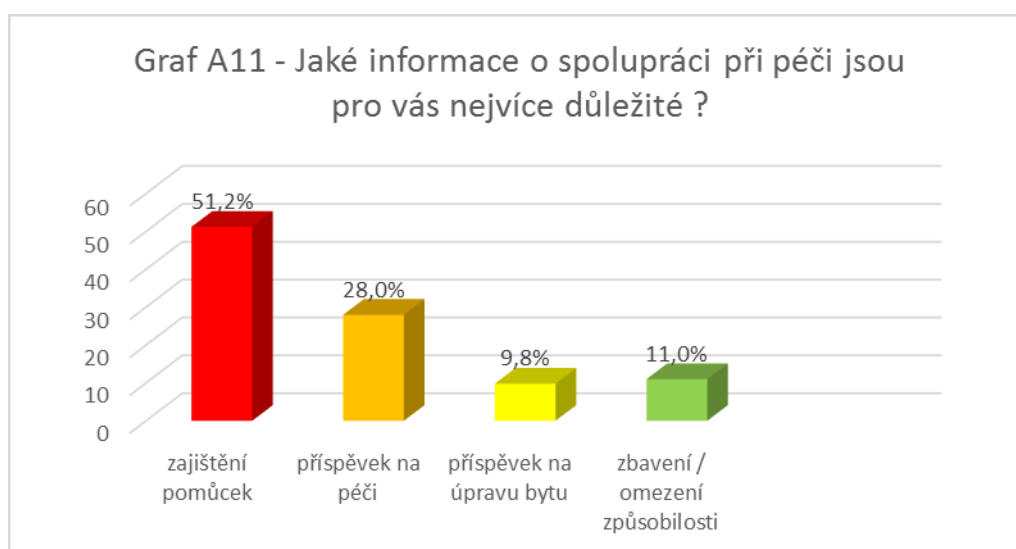
GRAF A 10- neobdržené informace z oblasti ošetrovatelské péče



Položka A11

Položkou zjišťujeme, jaké informace z oblasti spolupráce při péči jsou pro respondenty nejvíce důležité. Z celkového počtu 82 odpovědí bylo jako nejvíce důležité označeno dotazovanými 42 (51,2%) získat informace o zajištění pomůcek (pleny, invalidní vozíky, polohovací lůžka apod.), 23 (28%) respondentů uvedlo informace týkající se příspěvku na péči. Informace o zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům jsou nejvíce důležité pro 9 (11%) a pro 8 (9,8%) respondentů jsou to informace o příspěvku na úpravu bytu.

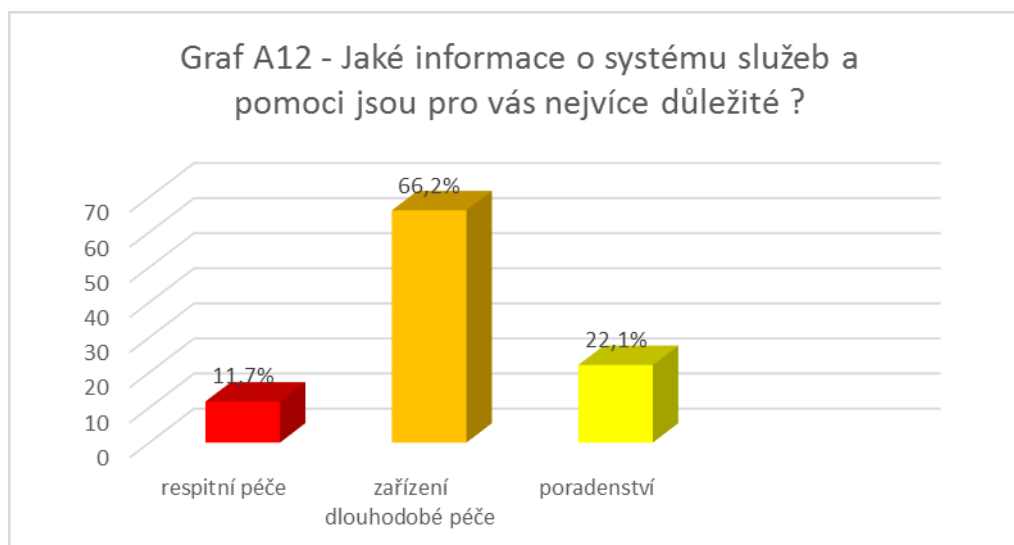
GRAF A11- informace o spolupráci při péči



Položka A12

Tato položka nám mapuje, jaké informace o systému služeb a pomoci jsou pro dotazované nejvíce důležité. Pro největší počet respondentů 51 (66,2%) jsou nejdůležitější informace o zařízeních dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care). Pro 17 (22,1%) dotazovaných je nejdůležitější mít informace o poradenství a pro 9 (11,7%) respondentů jsou to informace o respitní péči (denní + týdenní stacionáře). Pro žádného z respondentů nejsou nejvíce důležitými informace o svépomocných skupinách.

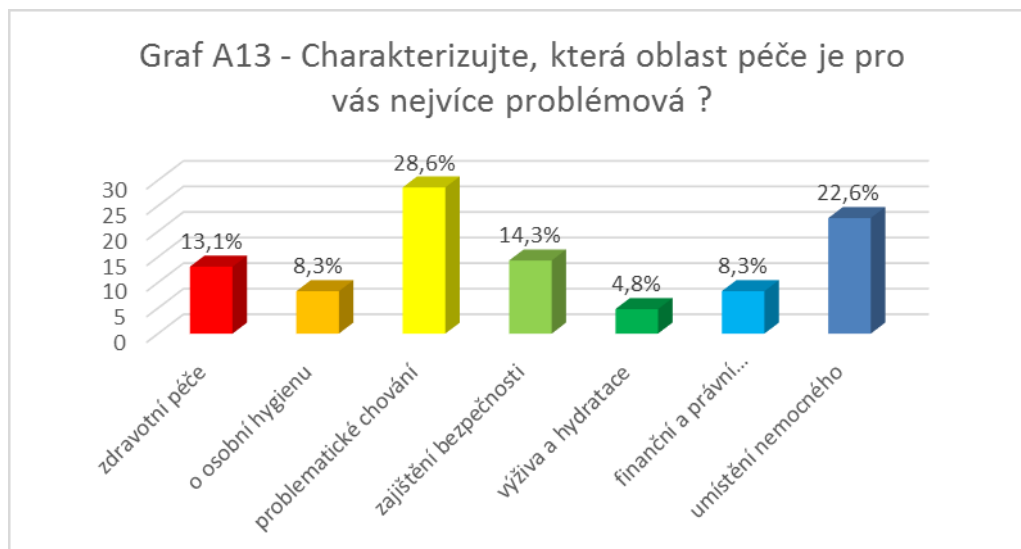
GRAF A12- informace o systému služeb a pomoci



Položka A13

V položce jsme se ptali, která oblast péče o nemocného je pro dotazované nejvíce problémová. Nejvíce problémovou oblastí se ukázalo zvládnání problematického chování (podrážděnost, neklid, agresivita) a to pro 24 (28,6%) dotazovaných. Další nejčastější odpovědí 19 (22,6%) bylo zajištění umístění nemocného v zařízení respirační (stacionáře) či dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care). Dále pro 12 (14,3%) respondentů je nejvíce problémovou oblastí zajištění bezpečnosti (schodiště, dveře, noční lampičky, ostré předměty, elektrické spotřebiče, přístup k plynu apod.), oblast zdravotní péče (pravidelné podávání léků, převazy ran, aplikace injekcí, návštěvy u lékaře) jsou nejproblematictější pro 11 (13,1%). Péči o osobní hygienu (čisté ošacení, popř. výměna jednorázových plen, sprchování, celková koupel) odpovědělo 7 (8,3%) dotazovaných a stejný počet 7 (8,3%) uvedlo finanční a právní záležitosti (hospodaření s penězi, řešení omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům). Pro 7 (8,3%) je nejvíce problémovou oblastí výživa a hydratace (ztráta chuti k jídlu, problémy s polykáním, motorické obtíže při uchopení příboru, skleničky, nebezpečí podvýživy a dehydratace).

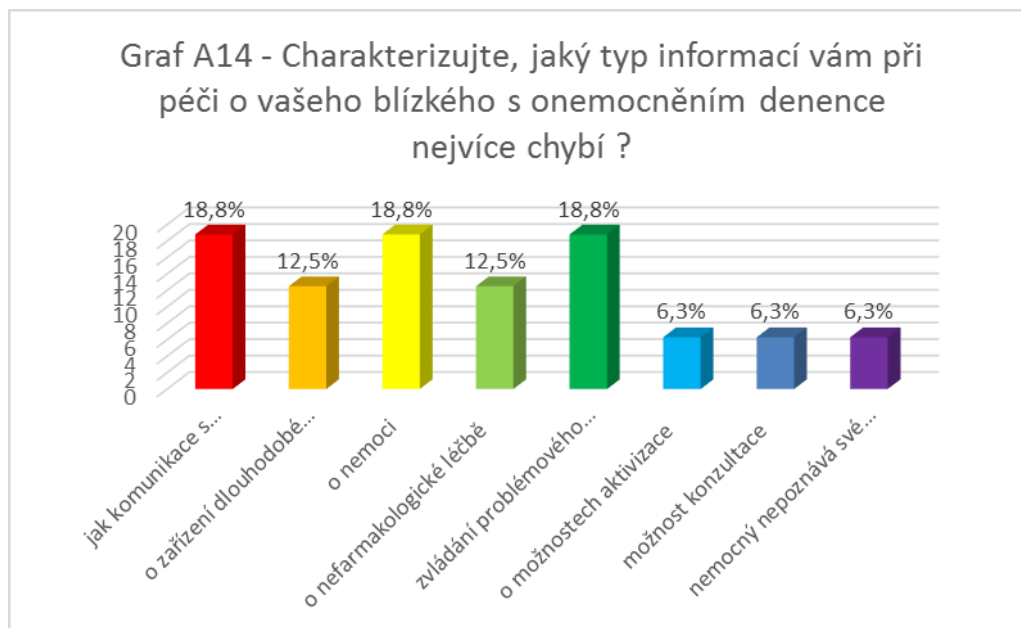
Graf A13- problémové oblasti



Položka A14

Poslední položka dotazníku určeného pro příbuzné a pečovatele starající se o pacienty s demencí byla otevřená (nestrukturovaná). Respondenti v ní měli charakterizovat, jaký typ informací jim při péči o jejich blízkého s diagnózou demence nejvíce chybí. Na otázku odpovědělo celkem 16 respondentů, ostatní nechali otevřenou položku nevyplněnou. Odpovědi jsme rozčlenili do osmi skupin. Skupina 1. uvedla, že jim nejvíce chybí informace o tom, jak komunikovat s takto nemocným, tyto respondenti byli 3 (18,8%). Další 3 (18,8%) respondenti tvořili skupinu 2., které chybí více informací o onemocnění demence. Stejně početná 3 (18,8%) byla 3. skupina, která uvedla zvládání problémového chování. Skupinu 4 tvořili 2 (12,5%) respondenti, kterým chybí nejvíce informace o respitní péči a zařízeních dlouhodobé péče, 3. skupina tvořená rovněž dvěma (12,5%) dotazovanými uvedla nedostatek informací o nefarmakologické léčbě. Jeden respondent (6,3%) postrádá informace o možnostech aktivizace, další 1 (6,3%) dotazovaný uvedl možnost konzultace při náhlých problémových situacích a rovněž jednomu (6,3%) chybí informace o tom, jak se vyrovnat s tím, že nemocný nepoznává své blízké.

Graf A14- chybějící informace



6.2 Analýza a interpretace dat dotazníku č. 2

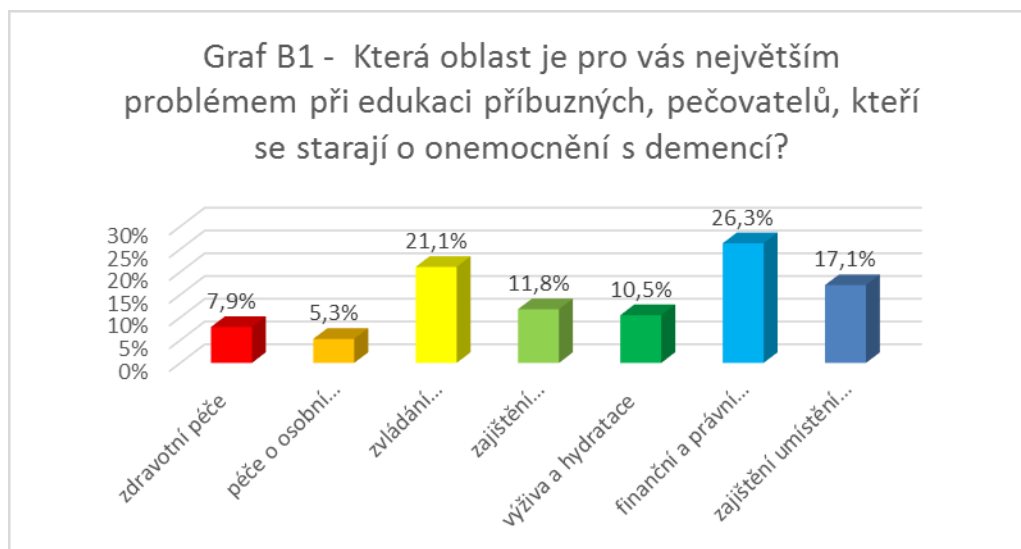
Dotazník č. 2 byl určený pro střední zdravotnický personál pracující na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a odpovědělo na něj 56 respondentů. I v případě tohoto dotazníku respondenti volili u některých otázek více odpovědí, i když tato položka nebyla myšlena jako položka výčtová, proto jsme při výpočtu četností brali v úvahu vždy počet všech odpovědí respondentů.

Položka B1

První položka zjišťovala, která oblast je při edukaci příbuzných a pečovatelů starajících se o pacienty s demencí pro zdravotní sestry největším problémem. Pro největší skupinu dotazovaných 20 (26,3%) jsou při edukaci nejvíce problémovou oblastí finanční a právní záležitosti (hospodaření s penězi, řešení omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům). Dále pro 16 (21,1%) respondentů je to zvládnání problematického chování (podrážděnost, neklid, agresivita), 13 (17,1%) uvedlo zajištění umístění v zařízení respitní (stacionáře) či dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care) a pro 8 (10,5%) je největším problémem při edukaci oblast výživy a hydratace (ztráta chuti k jídlu, problémy s polykáním, motorické obtíže při uchopení příboru, skleničky, nebezpečí podvýživy a dehydratace). Oblast zdravotní péče (pravidelné podávání léků, převazy ran, aplikace injekcí, návštěvy u lékaře) je nejvíce problematická

pro 6 (7,9%) dotazovaných a 4 (5,3%) respondenti uvedli oblast péče o osobní hygienu (čisté ošacení, popř. výměna jednorázových plen, sprchování, celková koupel).

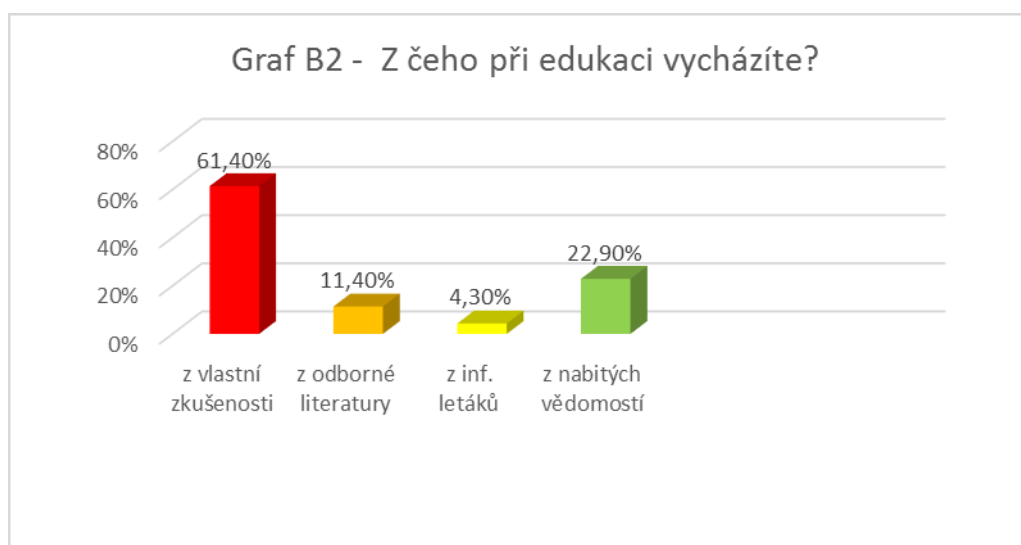
GRAF B1- problémové oblasti při edukaci



Položka B2

V této položce jsme se dotazovali, z čeho střední zdravotnický personál při edukaci vychází. Zjistili jsme, že největší počet respondentů 43 (61,4%) vychází z vlastní zkušenosti, 16 (22,9%) čerpá z nabytých vědomostí při studiu SZŠ, VŠ a 8 (11,4%) z odborné literatury. Z informačních letáků a brožur vycházejí 3 (4,3%) respondenti. Žádný dotazovaný nevyhází z ošetrovatelského standardu a nikdo nevyužil možnost doplnit něco jiného.

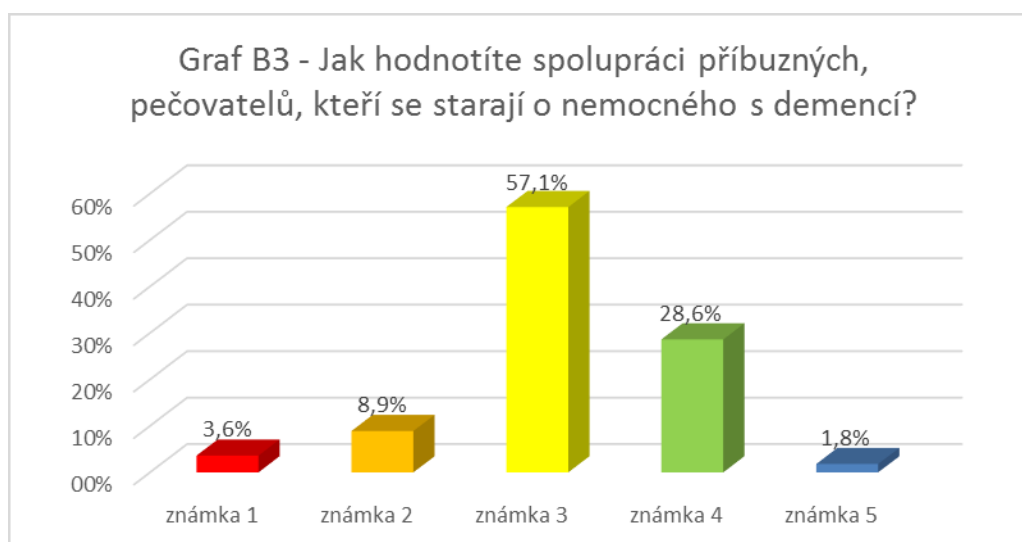
GRAF B2- zdroje při edukaci



Položka B3

Pomocí položky jsme chtěli zjistit, jak při edukaci hodnotí střední zdravotnický personál spolupráci příbuzných a pečovatelů starajících se o nemocné s demencí. Úkolem respondentů bylo oznámkovat spolupráci jako ve škole na stupnici od 1 do 5. Největší počet respondentů 32 (57,1%) ohodnotil spolupráci klasifikačním stupněm 3 a 16 (28,6%) z dotazovaných ohodnotilo stupněm 4. Klasifikačním stupněm 2 hodnotilo celkem 5 (8,9%), stupněm 1 pak 2 (3,6%) z respondentů a stupněm 5 jeden dotazovaný (1,8%). Z výsledků vyplývá, že spolupráci s příbuznými hodnotí střední zdravotnický personál jako průměrnou či dobrou.

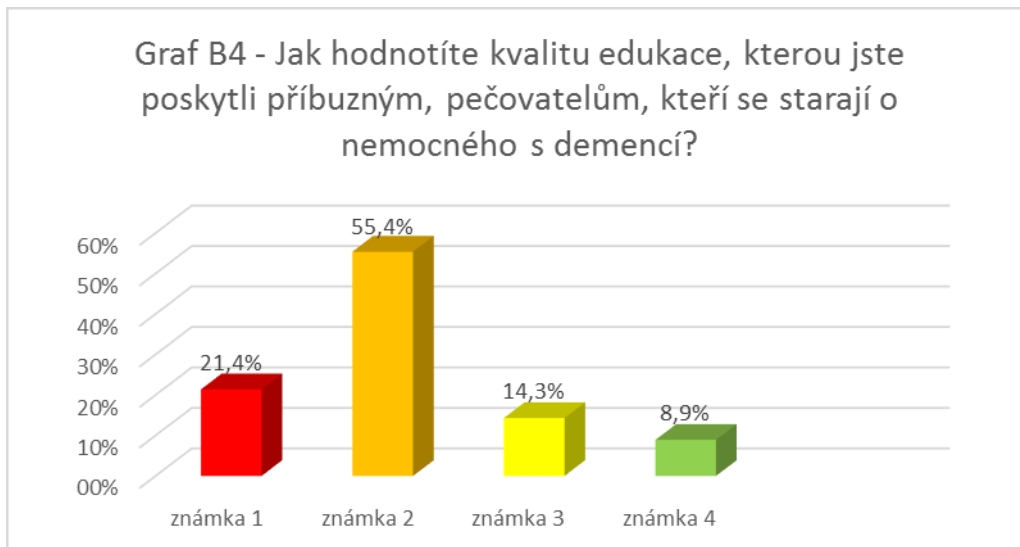
GRAF B3- spolupráce příbuzných a pečovatelů



Položka B4

V této položce jsme zjišťovali, jak hodnotí střední zdravotnický personál kvalitu edukace, kterou příbuzným a pečovatelům, jež se starají o nemocného s demencí, poskytl. I v této položce bylo úkolem respondentů oznámkovat jako ve škole na stupnici od 1 do 5. Většina respondentů 31 (55,4%) ohodnotila kvalitu edukace, kterou provedli klasifikačním stupněm 2. Klasifikačním stupněm 1 pak hodnotilo 12 (21,4%) dotazovaných, stupeň 3 označilo 8 (14,3%) respondentů a 5 (8,9%) jich ohodnotilo stupněm 4. Žádný z dotazovaných nehodnotil klasifikačním stupněm 5. Z uvedeného vyplývá, že kvalitu poskytnuté edukace hodnotí střední zdravotnický personál jako lépe než průměrnou.

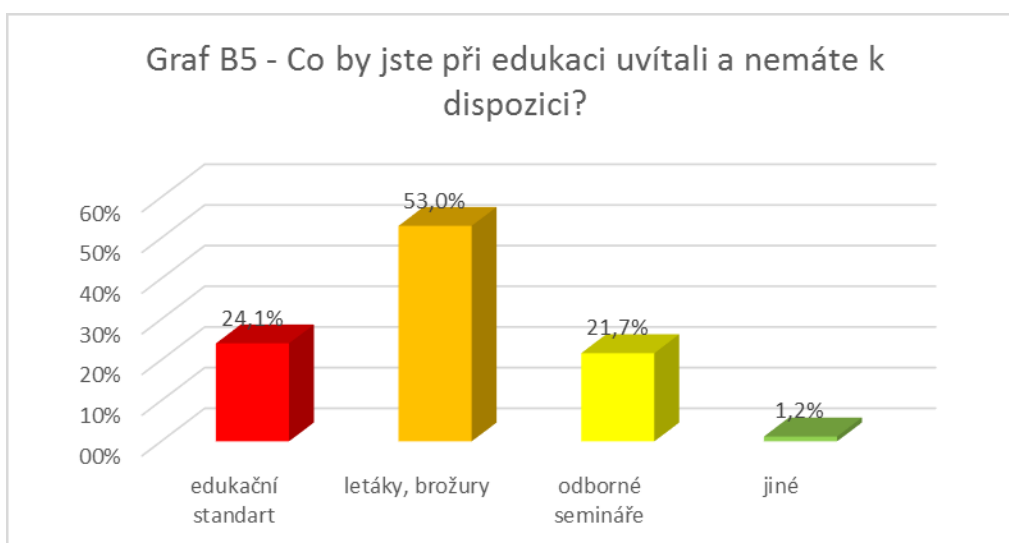
GRAF B4- kvalita poskytnuté edukace



Položka B5

Pomocí položky jsme chtěli zjistit, co by respondenti v rámci edukace uvítali a nemají k dispozici. Největší počet respondentů 44 (53%) odpovědělo, že by uvítali mít k dispozici letáky a brožury. Další početná skupina dotazovaných 20 (24,1%) by chtěla mít k dispozici edukační standart a 18 (21,7%) by uvítalo odborné semináře zaměřené na problematiku demence. Jeden (1,2%) z respondentů uvedl možnost jinou a to větší prostor a příležitost k edukaci.

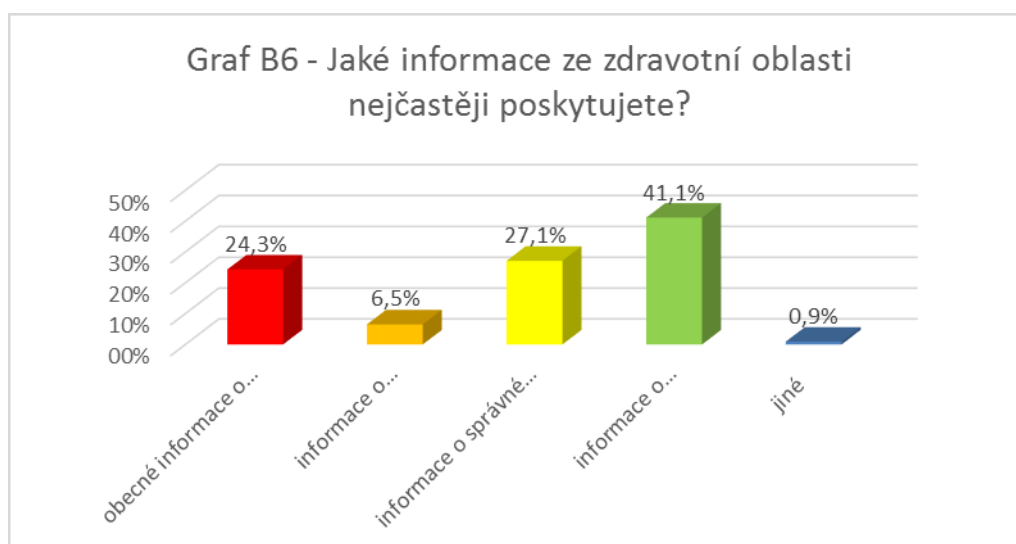
GRAF B5- požadavky edukátorů



Položka B6

V položce jsme se dotazovali, jaké informace ze zdravotní oblasti dotazovaní nejčastěji poskytují. Většina 44 (41,4%) odpověděla, že nejvíce poskytují informace o správném užívání léků. Pro 29 (27,1%) respondentů jsou to informace o správné výživě a prevenci malnutrice (nedostatečné výživy) a 26 (24,3%) dotazovaných uvedlo obecné informace o demenci. Informace o nefarmakologické léčbě (formy psychoterapie, socioterapie, rehabilitace) nejčastěji poskytuje 7 (6,5%) respondentů. Jeden z dotazovaných uvedl možnost jinou, kde uvedl, že poskytuje nejvíce praktické poznatky pro individuální péči o konkrétního pacienta.

GRAF B6- informace ze zdravotní oblasti



Položka 7B

Položka nás měla obeznámit s tím, jaké informace z oblasti ošetrovatelské péče respondenti nejčastěji poskytují. Největší počet dotazovaných 40 (26 %) poskytuje v rámci ošetrovatelské péče informace o dodržování pitného režimu, 37 (24%) respondentů poskytuje nejčastěji informace o stravování, krmení nemocného a 26 (16,9%) o zajištění bezpečného prostředí. Informace o aktivizaci nejčastěji poskytuje 21 (13,6%) dotazovaných, o péči o osobní hygienu informuje nejčastěji 19 (12,3%) a 10 (6,5%) respondentů o polohování. Jeden respondent uvedl možnost jinou a to informace o tom, jak se chovat při agresi a negativismu pacienta.

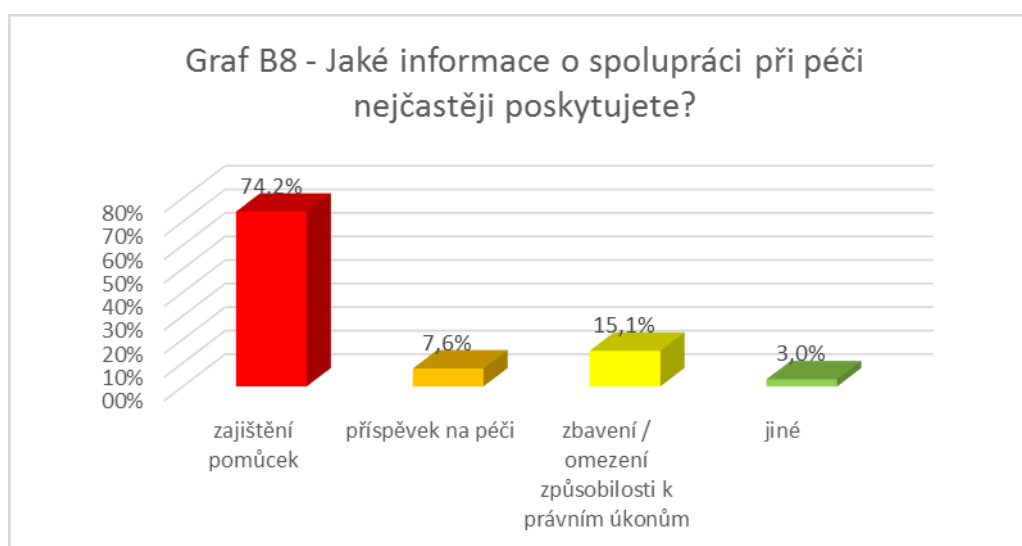
GRAF B7- informace z oblasti ošetrovatelské péče



Položka B8

Touto položkou jsme zjišťovali, jaké informace o spolupráci při péči nejčastěji respondenti poskytují. Velká většina z dotazovaných 49 (74,2%) poskytuje nejčastěji informace o zajištění pomůcek (pleny, invalidní vozíky, polohovací lůžka, apod.). Informace o zbavení či omezení způsobilosti nejčastěji poskytuje 10 (15,1%) respondentů a 5 (7,6%) uvádí informace o příspěvku na péči. Žádné informace z této oblasti neposkytují 2 (3%) respondenti. Žádný z dotazovaných nevedl možnost informace o příspěvku na úpravu bytu.

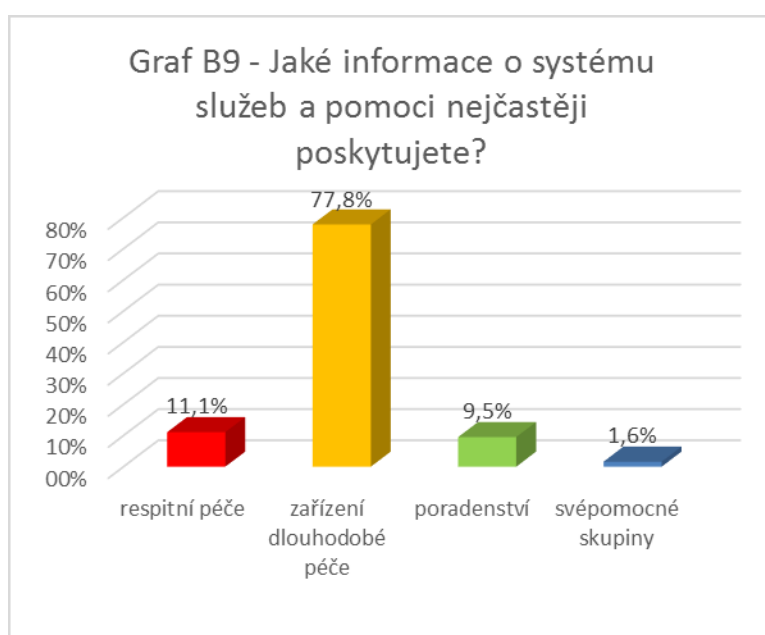
GRAF B8- informace o spolupráci při péči



Položka B9

V položce jsme se dotazovali, jaké informace z oblasti systému služeb a pomoci nejčastěji respondenti poskytují. Největší počet dotazovaných 49 (77,8%) poskytuje informace o zařízeních dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care). Další respondenti 7 (11,1%) uvedli informace o respitní péči (denní + týdenní stacionáře) a 6 (9,5%) respondentů nejčastěji informuje o poradenství. O svépomocných skupinách informuje nejčastěji jeden (1,6%) z dotazovaných.

Graf B9- informace o systému služeb a pomoci



6.3 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkum prováděný mezi příbuznými, pečujícími osobami o pacienty s demencí a středním zdravotnickým personálem nám měl odpovědět na tyto výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem jsou příbuzní a osoby pečující o pacienty s demencí edukováni?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme zjišťovali prostřednictvím otázek dotazníku A3 a A4.

Z výsledků vyplynulo, že většina 42,7% příbuzných a osob pečujících o pacienty s demencí získala informace ústně od odborníka, ve většině případů 44% to byl lékař a v menším počtu 16,7% zdravotní sestra. Důležitým informačním zdrojem se

ukázal i internet, neboť jeho prostřednictvím získalo informace 29,2% dotazovaných.

2. Jaké informace jsou příbuzným a osobám pečujícím o pacienty s demencí nejčastěji poskytovány?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme zjišťovali prostřednictvím otázek dotazníku **A7, A9, B6, B7, B8 a B9**.

V oblasti zdravotní péče jsou dle dotazovaných příbuzných či pečovatelů nejčastěji poskytovány obecné informace o demenci a to u 43,3% a následně 19,7% o správném užívání léků. Střední zdravotnický personál uvádí, že nejvíce poskytuje informace o správném užívání léků 41,4%. Rozpor je dán pravděpodobně tím, že obecné informace o demenci získávají příbuzní a pečovatele prostřednictvím lékaře. V oblasti ošetrovatelské péče získávají příbuzní nejvíce informace o dodržování pitného režimu a to 28,9%, podobně početná skupina 26,3% je nejčastěji informována o stravování a krmení nemocného, což koresponduje s odpověďmi středního zdravotnického personálu.

V oblasti spolupráce při péči jsou nejčastěji prostřednictvím středního zdravotnického personálu a to v 74,2% případů poskytovány informace o zajištění pomůcek (pleny, invalidní vozíky, polohovací lůžka apod.).

V oblasti systému služeb a pomoci se nejčastěji u 77,8% poskytují informace o zařízeních dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care).

3. Jsou pokryty edukační potřeby příbuzných a osob pečujících o pacienty s demencí?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme zjišťovali prostřednictvím otázek dotazníku **A5, A6, A11, A12, A14, B8, B9**.

Většina příbuzných či pečovatelů považuje získané informace za dostačující. Na výbornou hodnotí 39,7% a 33,3% hodnotí získané informace jako dobré. Rovněž hodnotí kladně přístup zdravotnického personálu a to na výbornou 47,6%.

V rámci oblasti informací o spolupráci při péči je pro příbuzné a pečovatele nejvíce důležité a to u 51,2% získat informace o zajištění pomůcek (pleny, invalidní vozí-

ky, polohovací lůžka apod.), které jim (dle vyhodnocení výzkumné otázky č. 2 výše) střední zdravotnický personál poskytuje.

V rámci oblasti informací o systému služeb a pomoci jsou pro příbuzné a pečovatele v 66,2% nejdůležitější informace o zařízeních dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care), které jsou při edukaci (dle vyhodnocení výzkumné otázky č. 2 výše) prostřednictvím středního zdravotnického personálu poskytovány.

Položka A14 nám pomohla objasnit, že v rámci edukace chybí příbuzným a pečovatelům informace o tom, jak s nemocným komunikovat a jak zvládat problematické chování.

4. Jaké jsou problémové oblasti pro příbuzné a pečovatele v rámci péče o pacienty s demencí?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme zjišťovali prostřednictvím otázky dotazníku A13.

Nejvíce problémovou oblastí se ukázalo zvládnání problematického chování (podrážděnost, neklid a agresivita) a to u 28,6% a 22,6% zajištění umístění nemocného do zařízení dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care). Pro 14,3% je to zajištění bezpečnosti (schodiště, dveře, noční lampičky, ostré předměty, elektrické spotřebiče, přístup k plynu apod.).

5. Jaké jsou problémové oblasti pro střední zdravotnický personál v rámci edukace osob pečujících o pacienty s demencí?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme zjišťovali prostřednictvím otázky dotazníku A8, A10, B3, B5, a také ji hledali prostřednictvím porovnávání odpovědí příbuzných a pečovatelů s odpověďmi středního zdravotnického personálu.

Z odpovědí jsme vyrozuměli, že se střednímu zdravotnickému personálu nespolupracuje s příbuznými příliš dobře. Zatímco příbuzní hodnotili spolupráci personálu převážně klasifikačními stupni 1 a 2, tak personál ohodnotil spolupráci s příbuznými a pečovateli nejčastěji klasifikačním stupněm 3 - 57,1% a stupněm 4 - 28,6%. Dále jsme se dozvěděli prostřednictvím položky B5, že personál by při

edukaci uvítal a nemají k dispozici letáky a brožury- 53%, edukační standard- 24,1% a 21,7% odborné semináře. Problémovou oblastí se jeví poskytování informací o nefarmakologické léčbě, neboť tyto informace neobdrželo 36,4% příbuzných či pečovatelů a z oblasti ošetrovatelské péče jsou to informace o polohování 34,7%.

6. Jaký je náhled středního zdravotnického personálu na spolupráci s příbuznými a osobami pečujícími o pacienty s demencí?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme zjišťovali prostřednictvím otázky dotazníku **A5, A6, B4**.

Příbuzní a pečovatelé hodnotili spolupráci personálu převážně klasifikačními stupni 1- 47,6% a 2 - 36,5% , získané informace hodnotí 39,7% na výbornou a 33,3% jako dobré. Personál ohodnotil kvalitu edukace, kterou provedl, v 55,4% klasifikačním stupněm 2 a ve 21,4% stupněm 1. Jelikož příbuzní hodnotí spolupráci personálu kladně a i personál hodnotí vlastní spolupráci kladně, tak se domníváme, že má personál na oblast spolupráce s příbuznými při edukaci celkem objektivní náhled.

6.4 Shrnutí výsledků výzkumu a diskuze

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou problémové oblasti v edukaci osob příbuzných a pečujících o pacienty s demencí. Výzkum byl realizován na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Zúčastnilo se celkem 119 respondentů. Skupinu 63 respondentů tvořili příbuzní a pečovatelé, kteří se starají o pacienta s demencí toho času hospitalizovaného na gerontopsychiatrickém oddělení. Skupinu další tvořilo 56 respondentů z řad středního zdravotnického personálu, který na takovém oddělení pracuje.

Z výsledků vyplynulo, že většina příbuzných a pečovatelů byla o onemocnění demence informována ústně a to většinou lékařem 44%. Většina považuje získané informace za dostačující a hodnotí získané informace klasifikačním stupněm 1 - 39,7%, stejně jako přístup středního zdravotnického personálu hodnotí výborně 47,6%. Edukační potřeby většiny příbuzných a pečovatelů jsou v oblasti informací pokryty, avšak z výzkumu vyplynulo,

že informace o nefarmakologické léčbě nejsou příbuzným a pečovatelům příliš poskytovány. Tyto informace neobdrželo 36,4%. Tato skutečnost je dle nás dána tím, že většina personálu vychází při edukaci ze své praktické zkušenosti a má nedostatečné teoretické vědomosti o dalších možnostech léčby a péče, neboť se ve výzkumu ukázalo, že problémovou oblastí pro střední zdravotnický personál je nedostatek zdrojů pro kvalitní edukaci a to hlavně nedostatek letáků a brožur- 53%. Neexistence edukačního standardu na odděleních je problémem pro 24,1% a nedostatek odborných seminářů pro 21,7%. Dále se nabízí otázka, zda je personál motivován, aby si své vědomosti dobrovolně rozšiřoval. Rovněž se částečně problematickou oblastí jeví spolupráce personálu s příbuznými a pečovateli. Příbuzní ohodnotili spolupráci personálu jako výbornou, avšak personál spolupráci s příbuznými spíše jako dobrou a nedostatečnou. Tento rozpor má dle nás příčinu v tom, že příbuzní či pečovatelé, kteří byli ochotni podílet se na výzkumu vyplněním dotazníků, patří ke spolupracující skupině, avšak personál má i mnohé zkušenosti s nespolupracujícími příbuznými. Během rozhovorů v rámci pilotáže výzkumu se ukázalo, že nejen postoj veřejnosti k duševně nemocným, ale také postoj veřejnosti k personálu, který tyto nemocné ošetřuje, je ovlivněn předsudky a zkreslenými informacemi. Problémovou oblastí pro příbuzné a pečovatele se jeví zvládání problematičného chování, jako je podrážděnost, neklid, agrese a to u 28,6%. Jak se v takových situacích zachovat by mohl pomoci poradenský sektor, nebo také svépomocné skupiny. Informace o poradenství a svépomocných skupinách však dle výzkumu nejsou příliš vyhledávány, což je dle našeho mínění škoda a je třeba se na tyto možnosti v rámci edukace více zaměřit. Zajistit umístění nemocného do zařízení dlouhodobé péče je problémovou oblastí pro příbuzné a pečovatele u 22,6%. Dle naší domněnky je to zejména proto, že čekací doby na umístění v zařízení jsou dlouhé a zdravotní stav nemocných se mnohdy zhoršuje nečekaně, o umístění pak není včas požádáno. V rámci pilotáže jsme obtížně hledali typologicky podobné výzkumy. Výzkumy, jež jsme našli, se zaměřovaly na edukaci pacientů s různými onemocněními, avšak na edukaci příbuzných či pečovatelů pacientů s demencí jsme nenarazili, tudíž nesrovnáváme výsledky našeho výzkumu s výzkumy ostatními. Problematickou oblastí se rovněž ukázalo, jak zvolit správnou metodu výzkumu. Zvolená metoda kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření měla své výhody a to zejména v rychlém sběru dat. Avšak po vyhodnocování výsledků se nám jeví metodologicky komplexnější zvolit pro eventuální další výzkum této oblasti výzkum smíšený. Oblast edukace pacientů s demencí je problematickou zejména proto, že komunikace s takto nemocnými je obtížná. Příbuzní a pečovatelé o nemocné

s demencí jsou zatíženi starostmi a obavami, ale v rychlém vyplnění dotazníku nám neodkryjí všechny oblasti, na které je třeba se při edukaci zaměřit. Doplnění výzkumu o kvalitativní metodu formou rozhovoru, nebo také uskutečnit terénní výzkum by jistě prospělo v získání informací o dané oblasti a k následnému lepšímu pokrytí edukačních potřeb jak pacientů s onemocněním demence, tak jejich pečovateli.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výsledky této bakalářské práce budou poskytnuty vedoucím gerontopsychiatrických oddělení, kde tento výzkum probíhal. Věříme, že tato práce může být podnětem pro zamyšlení se nad otázkou, jak zlepšit edukaci a spolupráci personálu s příbuznými a pečovateli na pracovištích, kde výzkum probíhal. Díky zjištění, jaké jsou některé problémové oblasti pro střední zdravotnický personál a příbuzné či pečovatele, kteří se starají o pacienta s demencí, je možné v budoucnu lépe pokrývat edukační potřeby edukantů a také podpořit edukátory. Větší pozornost jistě zasluhuje věnovat se edukačním konstruktům, neboť ve výzkumu se ukázalo, že střednímu zdravotnickému personálu, který edukaci provádí, chybí na odděleních edukační standard, letáky a brožury. Vytvoření edukačního standardu považujeme za nutný krok pro zkvalitnění edukačního procesu. Edukační materiály je možné získat například na internetových stránkách České Alzheimerovské společnosti. Zde je možné získat materiály jednak pro příbuzné a pečovatele (např. Na pomoc pečujícím rodinám, Dopisy), jednak pro profesionály (např. Komplexní péče o lidi s demencí) (Česká Alzheimerovská společnost, © 2015). Rovněž se ukazuje jako potřebné organizovat odborné semináře zaměřené na problematiku demence. Bylo by vhodné, aby tyto zdroje informací byly pro nemocné, jejich příbuzné i profesionály daleko dostupnější, neboť se domníváme, že kvalitní edukace může výrazně přispět ke zlepšení kvality života jak nemocných s diagnózou demence, tak i pečujícím rodinám.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali specifiky edukace u pacientů s demencí. Takto duševně nemocné seniory považujeme za jednu z rizikových a sociálně znevýhodněných skupin, na které se zaměřuje i vědní obor sociální pedagogika. Domníváme se, že je třeba zjistit edukační potřeby pečujících osob o pacienty s demencí, aby mohlo dojít k pozitivnímu vlivu na kvalitu života nemocného, udržení jeho možné soběstačnosti a předcházelo se případným komplikacím. Věnovali jsme se tedy problematice edukace u těchto pacientů, která je orientovaná na pečující osoby o pacienty s demencí a edukační proces ve zdravotnickém zařízení.

Teoretickou část práce jsme rozčlenili do tří kapitol. V úvodu jsme charakterizovali edukaci, její cíle, funkce, obsah a metody. Dále se věnovali diagnostice, druhům demence a především nefarmakologické léčbě demence. V kapitole poslední jsme se zabývali psychologickými, tělesnými a sociálními změnami ve stáří a také fenoménem geriatrické křehkosti.

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou edukováni příbuzní a pečovatelé pacientů s onemocněním demence hospitalizovaní na gerontopsychiatrických odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Práce se snažila zmapovat, jaké informace jsou nejčastěji příbuzným a pečujícím osobám poskytovány, zda jsou pokryty jejich edukační potřeby a jak jsou s poskytnutou edukací na gerontopsychiatrických odděleních spokojeni. Dále jsme zjišťovali, jaké jsou problematické oblasti pro střední zdravotnický personál v rámci edukace osob pečujících o pacienty s demencí a jaký je náhled středního zdravotnického personálu na spolupráci s příbuznými a osobami pečujícími o pacienty s demencí.

Výzkum v této oblasti nás velmi obohatil jak po stránce profesní, tak osobní. Získali jsme cenné a konkrétní informace, na jejichž základě se může proces edukace na gerontopsychiatrických odděleních, kde tento výzkum probíhal, zlepšit. Zjistili jsme, že edukační potřeby většiny příbuzných a pečovatelů jsou v oblasti informací pokryty, ale například informace o nefarmakologické léčbě nejsou příbuzným a pečovatelům příliš poskytovány. Problémovou oblastí pro příbuzné a pečovatele se jeví zvládnutí problematického chování, jako je podrážděnost, neklid a agrese a také zajištění umístění nemocného do zařízení dlouhodobé péče. Problémovou oblastí pro střední zdravotnický personál je nedostatek zdrojů pro kvalitní edukaci a to hlavně nedostatek letáků a brožur, neexistence edukačního standardu na

odděleních a nedostatek odborných seminářů. Rovněž se částečně problematickou oblastí jeví spolupráce personálu s příbuznými a pečovateli.

Vzhledem k tématu bakalářské práce Specifika edukace pacientů s demencí, cítíme potřebu vysvětlit, proč se práce neorientuje přímo na pacienty, ale na příbuzné a pečovatele o tyto nemocné. Samotné onemocnění demence je totiž označováno jako edukační bariéra na straně edukanta spolu s poruchami smyslového vnímání a změnami psychiky, což vše s tímto onemocněním zejména v pozdějších stádiích souvisí (Juřeníková, 2010, s. 56). Specifika edukace u pacientů s demencí tedy spatřujeme také v tom, že u pokročilejších stádií onemocnění orientujeme edukaci převážně na příbuzné a pečovatele o tyto nemocné. Doufáme, že získané informace přinesou cenné podněty pro edukaci probíhající na odděleních nemocnic, kde jsou hospitalizováni pacienti s diagnózou demence.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. FERJENČÍK, Ján, 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
4. HOLMEROVÁ, I., E. JEROLÍMOVÁ a J. SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Vyd. 2. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Gerontologické centrum. ISBN 978-80-86541-28-0.
5. HOLMEROVÁ, Iva et al., 2010. *Demence*. *Medicína pro praxi*, roč. 7, č. 3, s. 139-144. ISSN 1214-8687.
6. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
7. JIRÁK, Roman et al., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6
8. JIRÁK, Roman et al., 20013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
9. JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
10. KALVACH, Zdeněk et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha, Grada 2008, ISBN 978-80-247-2490-4.
11. KOUKOLÍK, František, 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-2464-8.
12. KOUKOLÍK, František a JIRÁK Roman, 1998. *Alzheimerova nemoc a jiné demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-615-3.
13. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK, 1999. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-716-8.

14. KROMBHOLZ, Richard, 2011. *Nejčastější demence a jejich léčba*. Neurologie pro praxi, roč. 12, č. 3, s. 196-200. ISSN 1213-1814.
15. LUŽNÝ, Jan, 2012. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Tritlon, ISBN 978-80- 7387_573-2.
16. MATOUŠEK, Oldřich et al., 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
17. PETŘKOVÁ, Anna a Rozália ČORMANIČOVÁ, 2004. *Úvod do teorie a praxe edukace seniorů. Studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0879-1.
18. POLEDNÍKOVÁ, Ľubica et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta 2006. ISBN 80-8063-208-1.
19. PRŮCHA, J., E. WALTEROVÁ a J. MAREŠ, 2009. *Pedagogický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
20. PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3960-1.
21. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3850-5.
22. ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda, 2011. *Gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2893-2.
23. ŠPATÉNKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.
24. TOPINKOVÁ, Eva, 1999. *Jak správně a včas diagnostikovat Demenci. Manuál pro klinickou praxi*. Praha: UCB Pharma. ISBN 80-238-4913-1.
25. VELETA, Petr et al., 2007. *Taneční terapie pro pacienty s demencí*. Zdravotnictví v České republice, roč. 10, č. 3, s. 110-112. ISSN 1213-6050.
26. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80- 247-2170-5.

Internetové zdroje:

1. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. Dostupný také z:
<https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
2. HOLMEROVÁ, Iva et al, ©2006. Aktivní stárnutí. *Geriatrická revue.cz* [online].[cit. 2017-01-03]. Dostupné z:
http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_06_03_06.pdf
3. KALVACH, Zdeněk a Iva HOLMEROVÁ, ©2008. Geriatrická křehkost. Významný klinický fenomén. *Medicína pro praxi.cz* [online].[cit. 2017-01-03]. Dostupné z:
<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>
4. KALVÍNSKÁ, E., A. OPATRŇY a J. VÍCHOVÁ, ©2017. První zkušenosti se vzděláváním zdravotnických pracovníků v oblasti spirituální péče o pacienty v nemocnicích. *Zdraví euro.cz* [online].[cit. 2017-01-10]. Dostupné z:
<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prvni-zkusenosti-se-vzdelavanim-zdravotnickych-pracovniku-v-obla-429754>
5. PIKOLA, Pavel, ©2010. Vybraná problematika stáří v ČR. *Časopis Všehrd.cz* [online].[cit. 2017-01-10]. Dostupné z:
<http://casopis.vsehrd.cz/2010/06/vybrana-problematika-stari-v-cr/>
6. HOLMEROVÁ, Iva et al, © 2004. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi.cz* [online].[cit. 2017-02-01]. Dostupné z:
http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200401-0005_Nefarmakologicke_pristupy_k_pacientum_postizenym_demenci_a_podpora_pecujicich_rodin.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DHolmerov%25E1%26sfrom%3D0%26spage%3D30
7. ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Publikace. Brožury. www.alzheimer.cz. [online]. © 2015 [cit. 2017-02-01]. Dostupné z:
<http://www.alzheimer.cz/publikace/brozury/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CT	computerová tomografie
f_i	relativní četnost
MKN-10	10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
MMSE	Mini Mental State Examination
MR	magnetická rezonance
n_i	absolutní četnost

SEZNAM GRAFŮ

Graf A1 - rozdělení 1. skupiny respondentů podle věku	42
Graf A2 - pohlaví.....	42
Graf A3 - způsob získání informací.....	45
Graf A4 - kdo edukoval	45
Graf A5 - dostatečnost informací.....	46
Graf A6 - přístup zdravotnického personálu.....	47
Graf A 7- obdržené informace ze zdravotní oblasti.....	47
Graf A8 - neobdržené informace ze zdravotní oblasti	48
Graf A9 - obdržené informace z oblasti ošetrovatelské péče.....	49
Graf A10 - neobdržené informace z oblasti ošetrovatelské péče.....	49
Graf A11 - informace o spolupráci při péči	50
Graf A12 - informace o systému služeb a pomoci.....	51
Graf A13 - problémové oblasti	52
Graf A14 - chybějící informace	53
Graf B1 - problémové oblasti při edukaci.....	54
Graf B2 - zdroje při edukaci	54
Graf B3 - spolupráce příbuzných a pečovateli.....	55
Graf B4 - kvalita poskytnuté edukace.....	56
Graf B5 - požadavky edukátorů	56
Graf B6 - informace ze zdravotní oblasti.....	57
Graf B7 - informace z oblasti ošetrovatelské péče	58
Graf B8 - informace o spolupráci při péči	58
Graf B9 - informace o systému služeb a pomoci	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník č. 1

Příloha P II: Dotazník č. 2

Příloha P III: Tabulky četností analyzovaných položek dotazníku

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK Č. 1

1. Dotazník k výzkumnému šetření specifika edukace u pacientů s demencí určený pro příbuzné a pečovatele, kteří se starají o nemocného s demencí.

Dobrý den,

Jsem studentkou kombinovaného bakalářského studia oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci sběru dat pro svoji bakalářskou práci si Vás dovoluji požádat o laskavé a zodpovědné vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřen na edukaci u pacientů s onemocněním demence. **Edukaci, zde chápeme jako cílené a záměrné působení odborníka tak, aby pomohl zorientovat se v problematice demence a přispěl tak k pozitivní změně názorů, postojů, chování a získání nových dovedností a vědomostí v dané oblasti.** Odpovědi v dotazníku jsou anonymní a slouží výhradně ke statistickému zpracování.

Pokyny pro vyplnění:

Při vyplňování prosím kroužkujte vaše zvolené odpovědi. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas.

Petra Neradilová

1. Prosím uveďte váš věk:

2. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

3. Jakým způsobem jste získali informace o onemocnění demence:

- a) ústně- odborník(lékař nebo ostatní zdravotnický personál)
- b) ústně- příbuzní, přátelé
- c) písemně (letáky, informační brožury, knihy)
- d) rozhlas
- e) televize
- f) internet
- g) jinak, prosím uveďte jak.....

4. Kým jste byli edukováni:

- a) lékař
- b) zdravotní sestra
- c) psycholog
- d) sociální pracovníce
- e) ergoterapeut
- f) nikým
- g) někým jiným, prosím uveďte kým.....

5. Byly pro vás předané informace dostačující? Označte jako ve škole.

1 2 3 4 5

6. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu při edukaci? Označte jako ve škole.

1 2 3 4 5

7. Jaké informace ze zdravotní oblasti jste obdrželi? (lze zakroužkovat více možností)

- a) obecné informace o demenci
- b) informace o farmakologické léčbě
- c) informace o nefarmakologické léčbě (formy psychoterapie, socioterapie, rehabilitace)
- d) informace o správné výživě a prevence malnutrice (=nedostatečné výživy)
- e) informace o správném a pravidelném užívání léků
- f) jiné, uveďte jaké.....

8. Jaké informace ze zdravotní oblasti jste neobdrželi? (lze zakroužkovat více možností)

- a) obecné informace o demenci
- b) informace o farmakologické léčbě
- c) informace o nefarmakologické léčbě (formy psychoterapie, socioterapie, rehabilitace)
- d) informace o správné výživě a prevence malnutrice (=nedostatečné výživy)
- e) informace o správném a pravidelném užívání léků
- f) jiné, uveďte jaké.....

9. Jaké informace z oblasti ošetrovatelské péče jste obdrželi? (lze zakroužkovat více možností)

- a) péče o osobní hygienu
- b) stravování, krmení nemocného
- c) dodržování pitného režimu
- d) polohování
- e) aktivizace
- f) zajištění bezpečného prostředí
- g) jiné, uveďte prosím jaké

10. Jaké informace z oblasti ošetrovatelské péče jste neobdrželi? (lze zakroužkovat více možností)

- a) péče o osobní hygienu
- b) stravování, krmení nemocného
- c) dodržování pitného režimu
- d) polohování
- e) aktivizace
- f) zajištění bezpečného prostředí
- g) jiné, uveďte prosím jaké

11. Jaké informace o spolupráci při péči jsou pro vás nejvíce důležité?

- a) zajištění pomůcek (pleny, invalidní vozíky, polohovací lůžka apod.)
- b) příspěvek na péči (OSSZ v místě bydliště)
- c) příspěvek na úpravy bytu
- d) zbavení/ omezení způsobilosti k právním úkonům
- e) jiné, uveďte prosím jaké

12. Jaké informace o systému služeb a pomoci jsou pro vás nejvíce důležité?

- a) respitní péče (denní+ týdenní stacionáře)
- b) zařízení dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care)
- c) poradenství
- d) svépomocné skupiny

13. Charakterizujte prosím, která oblast péče je pro vás nejvíce problémová?

- a) zdravotní péče (pravidelné podávání léků, převazy ran, aplikace injekcí, návštěvy u lékaře)
- b) péče o osobní hygienu (čisté ošacení, popř. výměna jednorázových plen, sprchování, celková koupel)
- c) zvládání problematického chování (podrážděnost, neklid, agresivita)
- d) zajištění bezpečnosti (schodiště, dveře, noční lampičky, ostré předměty, elektrické spotřebiče, přístup k plynu apod.)
- e) výživa a hydratace (ztráta chuti k jídlu, problémy s polykáním, motorické obtíže při uchopení příboru, skleničky, nebezpečí podvýživy a dehydratace)
- f) finanční a právní záležitosti (hospodaření s penězi, řešení omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům)
- g) zajištění umístění nemocného v zařízení respitní (stacionáře) či dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra)

14. Charakterizujte prosím, jaký typ informací vám při péči o vašeho blízkého s onemocněním demence nejvíce chybí?

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK Č. 2

2. Dotazník k výzkumnému šetření specifika edukace u pacientů s demencí určený pro zdravotní sestry

Dobrý den,

Jsem studentkou kombinovaného bakalářského studia oboru Sociální pedagogika na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V rámci sběru dat pro svoji bakalářskou práci si Vás dovoluji požádat o laskavé a zodpovědné vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřen na edukaci u pacientů s onemocněním demence. **Edukaci, zde chápeme jako cílené a záměrné působení odborníka tak, aby pomohl zorientovat se v problematice demence a přispěl tak k pozitivní změně názorů, postojů, chování a získání nových dovedností a vědomostí v dané oblasti.** Odpovědi v dotazníku jsou anonymní a slouží výhradně ke statistickému zpracování.

Pokyny pro vyplnění:

Při vyplňování prosím kroužkujte vaše zvolené odpovědi. Předem děkuji za Vaši ochotu a čas

Petra Neradilová

1. Která oblast je pro vás největším problémem při edukaci příbuzných, pečovatелů, kteří se starají o nemocného s demencí?

- a) zdravotní péče (pravidelné podávání léků, převazy ran, aplikace injekcí, návštěvy u lékaře)
- b) péče o osobní hygienu (čisté ošacení, popř. výměna jednorázových plen, sprchování, celková koupel)
- c) zvládání problematického chování (podrážděnost, neklid, agresivita)
- d) zajištění bezpečnosti (schodiště, dveře, noční lampičky, ostré předměty, elektrické spotřebiče, přístup k plynu apod.)
- e) výživa a hydratace (ztráta chuti k jídlu, problémy s polykáním, motorické obtíže při uchopení příboru, skleničky, nebezpečí podvýživy a dehydratace)
- f) finanční a právní záležitosti (hospodaření s penězi, řešení omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům)
- g) zajištění umístění nemocného v zařízení respitní (stacionáře) či dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra)

2. Z čeho při edukaci vycházíte?

- a) z vlastní zkušenosti
- b) z odborné literatury
- c) z ošetrovatelského standardu
- d) z informačních letáků a brožur
- e) z nabytých vědomostí při studiu SZŠ, VŠ
- f) z něčeho jiného, uveďte prosím z čeho

3. Jak hodnotíte spolupráci příbuzných, pečovatелů, kteří se starají o nemocného s demencí při edukaci? Označte jako ve škole.

1 2 3 4 5

4. Jak hodnotíte kvalitu edukace, kterou jste poskytli příbuzným, pečovatелům, kteří se starají o nemocného s demencí? Označte jako ve škole.

1 2 3 4 5

5. Co byste při edukaci uvítali a nemáte k dispozici? (lze zakroužkovat více možností)

- a) edukační standart
- b) letáky, brožury
- c) odborné semináře zaměřené na tematiku demence
- d) něco jiného, uveďte prosím co

6. Jaké informace ze zdravotní oblasti nejčastěji poskytujete? (lze zakroužkovat více možností)

- a) obecné informace o demenci
- b) informace o nefarmakologické léčbě (formy psychoterapie, socioterapie, rehabilitace)
- c) informace o správné výživě a prevence malnutrice (=nedostatečné výživy)
- d) informace o správném a pravidelném užívání léků
- e) jiné, uveďte jaké

7. Jaké informace z oblasti ošetrovatelské péče nejčastěji poskytujete? (lze zakroužkovat více možností)

- a) péče o osobní hygienu
- b) stravování, krmení nemocného
- c) dodržování pitného režimu
- d) polohování
- e) aktivizace
- f) zajištění bezpečného prostředí

g) jiné, uveďte prosím jaké

8 Jaké informace o spolupráci při péči nejčastěji poskytujete?

- a) zajištění pomůcek (pleny, invalidní vozíky, polohovací lůžka apod.)
- b) příspěvek na péči (OSSZ v místě bydliště)
- c) příspěvek na úpravy bytu
- d) zbavení/ omezení způsobilosti k právním úkonům
- e) jiné, uveďte prosím jaké

9 Jaké informace o systému služeb a pomoci nejčastěji poskytujete?

- a) respitní péče (denní+ týdenní stacionáře)
- b) zařízení dlouhodobé péče (Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Alzheimer centra, Charita, home care)
- c) poradenství
- d) svépomocné skupiny

PŘÍLOHA P III: TABULKY ČETNOSTÍ

Tabulka A1- rozdělení 1. skupiny respondentů podle věku

1. Věk respondentů		
	n_i	f_i
20-35	11	17,5
36-50	21	33,3
51-65	24	38
66 a více	7	11

Tabulka A2- pohlaví

2. Pohlaví respondentů		
	n_i	f_i
muž	23	36,5
žena	40	63,5

Tabulka A3- způsob získání informací

3. Jakým způsobem jste získali informace o onemocnění demence?		
	n_i	f_i
ústně – odborník (lékař ...)	35	42,7
ústně – příbuzní, přátelé	12	14,6
písemně	5	6
rozhlas	2	2,4
televize	2	2,4
internet	24	29,2
jinak	2	2,4

Tabulka A4- kdo edukoval

4. Kým jste byli edukováni?		
	n_i	f_i
lékař	44	61,1
zdravotní sestra	12	16,7
psycholog	3	4,2
sociální pracovník	7	9,8
ergoterapeut	0	0
nikým	5	6,9
někým jiným	1	1,4

Tabulka A- dostatečnost informací

5. Byly pro vás předané informace dostačující?		
	n_i	f_i
známka 1	25	39,7
známka 2	14	22,2
známka 3	21	33,3
známka 4	1	1,6
známka 5	2	3,2

Tabulka A6- přístup zdravotnického personálu

6. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu při edukaci?		
	n_i	f_i
známka 1	30	47,6
známka 2	23	36,5
známka 3	7	11,1
známka 4	1	1,6
známka 5	2	3,2

Tabulka A7- obdržené informace ze zdravotní oblasti

7. Jaké informace ze zdravotní oblasti jste obdrželi?		
	n_i	f_i
obecné informace o demenci	51	43,6
informace o farmakologické léčbě	21	17,9
informace o nefarmakologické léčbě	7	6,0
informace o správné výživě a prevenci malnutrice	13	11,1
informace o správném a pravidelném užívání léků	23	19,7
jiné	2	1,7

Tabulka A8- neobdržené informace ze zdravotní oblasti

8. Jaké informace ze zdravotní oblasti jste neobdrželi?		
	n_i	f_i
obecné informace o demenci	6	6,1
informace o farmakologické léčbě	20	20,2
informace o nefarmakologické léčbě	36	36,4
informace o správné výživě a prevenci malnutrice	22	22,2
informace o správném a pravidelném užívání léků	9	9,1
jiné	6	6,1

Tabulka A9- obdržené informace z oblasti ošetrovatelské péče

9. Jaké informace z ošetrovatelské péče jste obdrželi?		
	n_i	f_i
péče o osobní hygienu	30	19,8
stravování, krmení nemocného	40	26,3
dodržování pitného režimu	44	28,9
polohování	8	5,3
aktivace	12	7,9
zajištění bezpečného prostředí	16	10,5
jiné	2	1,3

Tabulka A10- neobdržené informace z oblasti ošetrovatelské péče

10. Jaké informace z ošetrovatelské péče jste neobdrželi?		
	n_i	f_i
péče o osobní hygienu	18	18,9
stravování, krmení nemocného	13	13,7
dodržování pitného režimu	7	7,4
polohování	33	34,7
aktivace	12	12,6
zajištění bezpečného prostředí	9	9,5
jiné	3	3,2

Tabulka A11- informace o spolupráci při péči

11. Jaké informace o spolupráci při péči jsou pro vás nejvíce důležité?		
	n_i	f_i
zajištění pomůcek	42	51,2
příspěvek na péči	23	28,0
příspěvek na úpravu bytu	8	9,8
zbavení / omezení způsobilosti k právním úkonům	9	11,0
jiné	0	0

Tabulka A12- informace o systému služeb a pomoci

12. Jaké informace o systému služeb a pomoci jsou pro vás nejvíce důležité?		
	n_i	f_i
respitní péče	9	11,7
zařízení dlouhodobé péče	51	66,2
poradenství	17	22,1
svépomocné skupina	0	0

Tabulka A13- problémové oblasti

13. Charakterizujte, která oblast péče je pro vás nejvíce problémová?		
	n_i	f_i
zdravotní péče	11	13,1
péče o osobní hygienu	7	8,3
zvládání problematického chování	24	28,6
zajištění bezpečnosti	12	14,3
výživa a hydratace	4	4,8
finanční a právní záležitosti	7	8,3
zajištění umístění nemocného v zařízení	19	22,6

Tabulka A14- chybějící informace

14. Charakterizujte, jaký typ informací vám při péči o vašeho blízkého nejvíce chybí?		
	n_i	f_i
informace jak komunikovat s nemocným	3	18,8
informace o odlehčovací službě, zařízení dlouhodobé péče	2	12,5
více informací o nemoci	3	18,8
informace o nefarmakologické léčbě	2	12,5
zvládání problémového chování	3	18,8
informace o možnostech aktivizace	1	6,3
možnost konzultace při náhlých problémech	1	6,3
jak se vyrovnat s tím, že nemocný nepoznává své blízké	1	6,3

Tabulka B1- problémové oblasti při edukaci

1. Která oblast je pro vás největším problémem při edukaci příbuzných, pečovatелů, kteří se starají o onemocnění s demencí?		
	n_i	f_i
zdravotní péče	6	7,9
péče o osobní hygienu	4	5,3
zvládání problematického chování	16	21,1
zajištění bezpečnosti	9	11,8
výživa a hydratace	8	10,5
finanční a právní záležitosti	20	26,3
zajištění umístění nemocného v zařízení respitní či dlouhodobé péče	13	17,1

Tabulka B2- zdroje při edukaci

2. Z čeho při edukaci vycházíte?		
	n_i	f_i
z vlastní zkušenosti	43	61,4
z odborné literatury	8	11,4
z ošetrovatelského standardu	0	0
z informačních letáků a brožur	3	4,3
z nabytých vědomostí při studiu SZŠ, VŠ	16	22,9
z něčeho jiného	0	0

Tabulka B3- spolupráce příbuzných a pečovatелů

3. Jak hodnotíte spolupráci příbuzných, pečovatелů, kteří se starají o nemocného s demencí při edukaci?		
	n_i	f_i
známka 1	2	3,6
známka 2	5	8,9
známka 3	32	57,1
známka 4	16	28,6
známka 5	1	1,8

Tabulka B4- kvalita poskytnuté edukace

4. Jak hodnotíte kvalitu edukace, kterou jste poskytli příbuzným, pečovatелům, kteří se starají o nemocného s demencí?		
	n_i	f_i
známka 1	12	21,4
známka 2	31	55,4
známka 3	8	14,3
známka 4	5	8,9
známka 5	0	0

Tabulka B5- požadavky edukátorů

5. Co byste při edukaci uvítali a nemáte k dispozici?		
	n_i	f_i
edukační standart	20	24,1
letáky, brožury	44	53,0
odborné semináře	18	21,7
jiné	1	1,2

Tabulka B6- informace ze zdravotní oblasti

6. Jaké informace ze zdravotní oblasti nejčastěji poskytlujete?		
	n_i	f_i
obecné informace o demenci	26	24,3
informace o nefarmakologické léčbě	7	6,5
informace o správné výživě a prevenci malnutrice	29	27,1
informace o správném a pravidelném užívání léků	44	41,1
jiné	1	0,9

Tabulka B7- informace z oblasti ošetrovatelské péče

7. Jaké informace z oblasti ošetrovatelské péče nejčastěji poskytlujete?		
	n_i	f_i
péče o osobní hygienu	19	12,3
stravování, krmení nemocného	37	24,0
dodržování pitného režimu	40	26,0
polohování	10	6,5
aktivizace	21	13,6
zajištění bezpečného prostředí	26	16,9
jiné	1	0,6

Tabulka B8- informace o spolupráci při péči

8. Jaké informace o spolupráci při péči nejčastěji poskytlujete?		
	n_i	f_i
zajištění pomůcek	49	74,2
příspěvek na péči	5	7,6
příspěvek na úpravu bytu	0	0
zbavení / omezení způsobilosti k právním úkonům	10	15,1
jiné	2	3,0

Tabulka B9- informace o systému služeb a pomoci

9. Jaké informace o systému služeb a pomoci nejčastěji poskytlujete?		
	n_i	f_i
respirační péče	7	11,1
zařízení dlouhodobé péče	49	77,8
poradenství	6	9,5
svépomocné skupiny	1	1,6