



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Mezigenerační solidarita v péči o osoby
s Alzheimerovou chorobou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Miluše Dušková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Stejskalová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Mezigenerační solidarita v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 26. 4. 2024

podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Janě Stejskalové, PhD., za její cenné rady, trpělivost a pomoc při vypracování této bakalářské práce. Dále děkuji všem komunikačním partnerům, kteří se podíleli na výzkumu, za jejich čas, vstřícnost a otevřenost během rozhovorů. A konečně, děkuji svému manželovi a dětem za jejich neustálou podporu a trpělivost nejen během psaní této práce, ale po celou dobu mého studia.

Mezigenerační solidarita v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na specifika mezigenerační solidarity v kontextu péče o osoby s Alzheimerovou chorobou v oboru sociální práce. V teoretické části jsou definovány pojmy související s Alzheimerovou demencí. Dále jsou vymezeny jednotlivé druhy stádií Alzheimerovy demence a metod léčby. Následně je rozebrána problematika mezigenerační solidarity a sociálních aspektů péče o osoby s touto chorobou, včetně péče poskytované doma, pečovatelských služeb, osobní asistence a dalších forem podpory.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány a vyhodnoceny výsledky, které byly získány prostřednictvím výzkumného šetření. Cílem práce je porozumět, jak je tato solidarita vnímána pečujícími osobami, rodinnými příslušníky a mladými dospělými. Polostrukturované rozhovory byly použity jako primární metoda sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu. Práce poskytuje hlubší pohled na život osob s Alzheimerovou chorobou a jejich rodin.

Z výsledků výzkumu je patrné, že mezigenerační solidarita v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou je náročná z různých stránek. Těmi hlavními jsou, nedostatek času a finančních prostředků, psychická a fyzická náročnost péče, spory v rodině, nedostatečné informování o dostupných službách a nedostatek sociálních služeb. Tento výzkum potvrzuje potřebu posílení podpory pro rodiny a pečující osoby v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Tato práce přispívá k lepšímu porozumění problematice péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a jejímu kontextu v rámci mezigenerační solidarity.

Ve stárnoucí společnosti se tato problematika stává stále aktuálnější. Významnou roli hraje mezigenerační solidarita, tedy vzájemná podpora a pomoc mezi jednotlivými generacemi v rodině. Mezigenerační solidarita může být klíčová pro zvládnutí náročné péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a může přispět k lepší kvalitě života jak pro nemocné, tak pro pečující. Z tohoto důvodu by výsledky mohly napomoci k vytváření efektivnějších strategií a postupů v sociální práci.

Klíčová slova

Mezigenerační solidarita; pomoc; podpora; péče; Alzheimerova choroba; sociální práce;

Intergenerational solidarity in Alzheimer's care

Abstract

This bachelor thesis focuses on the specifics of intergenerational solidarity in the context of care for persons with Alzheimer's disease in the field of social work. In the theoretical part, concepts related to Alzheimer's dementia are defined. Furthermore, the different types of stages of Alzheimer's dementia and methods of treatment are defined. Subsequently, the issue of intergenerational solidarity and social aspects of care for people with the disease are discussed, including care provided at home, care services, personal assistance and other forms of support.

In the practical part of the bachelor thesis, the results obtained through the research investigation are elaborated and evaluated. The aim of the thesis is to understand how this solidarity is perceived by carers, family members and young adults. Semi-structured interviews were used as the primary method of data collection in the qualitative research. The thesis provides a deeper insight into the lives of people with Alzheimer's disease and their families.

The results of the research show that intergenerational solidarity in the care of persons with Alzheimer's disease is challenging from a variety of perspectives. The main ones are lack of time and financial resource, mental and physical demands of care, disputes in the family, lack of information about available services and lack of social services. This paper contributes to a better understanding of the issue of care for people with Alzheimer's disease and its context within intergenerational solidarity.

In an ageing society, this issue is becoming increasingly relevant. Intergenerational solidarity, i.e. mutual support and help between the different generations in a family, plays an important role. Intergenerational solidarity can be key to coping with the challenges of caring for people with Alzheimer's disease and can contribute to a better quality of life for both the person with the disease and the carers. Therefore, the results could help to develop more effective strategies and practices in social work.

Keywords

Intergenerational solidarity; assistance; support; care; Alzheimer's disease; social work;

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
2 Alzheimerova demence	11
2.1 Etiopatogeneze vzniku Alzheimerovy demence	12
2.2 Typy	12
2.3 Stádia	13
2.3.1 Lehká demence	14
2.3.2 Středně těžká demence.....	14
2.3.3 Těžká demence	15
2.4 Léčba.....	15
2.4.1 Farmakologická léčba	16
2.4.2 Nefarmakologická léčba	16
3 Mezigenerační solidarita	18
3.1 Neformální a formální péče	20
3.2 Aspekty denních činností	24
3.3 Péče poskytovaná doma.....	24
3.4 Pečovatelská služba	25
3.5 Osobní asistence	25
3.6 Odlehčovací služby	26
3.7 Domovy se zvláštním režimem.....	26
4 Sociální dávky aneb finanční podpora v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou 27	
4.1 Příspěvek na péči	27
4.2 Příspěvek na mobilitu	29
4.3 Příspěvek na zvláštní pomůcku.....	30
4.4 Dlouhodobé ošetřovné	31

5	Výzkumná část	33
5.1	Cíl práce výzkumu	33
5.2	Výzkumné otázky	33
6	Metodika sběru dat	34
6.1	Charakteristika metody a techniky výzkumu.....	34
6.2	Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	34
6.3	Zpracování získaných dat	34
6.4	Etika výzkumu	35
7	Výsledky výzkumu	36
7.1	Výsledky rozhovorů.....	38
7.1.1	Kategorie1: Formy mezigenerační solidarity	38
7.1.2	Kategorie2: Překážky v poskytování péče:.....	41
7.1.3	Kategorie 3: Dopad na osobní život při péči o osobu s ACH.....	44
7.1.4	Kategorie 4: Pomoc v péči o osoby s ACH	47
7.2	Shrnutí výsledků:	48
8	Diskuse	50
9	Závěr.....	55
10	Seznam použitých zdrojů:.....	56
11	Seznam příloh	62
12	Seznam zkratk.....	66

Úvod

Alzheimerova choroba je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které zásadně ovlivňuje život nejen postižených osob, ale také jejich rodinných příslušníků a pečujících. Během průběhu choroby dochází k postupné ztrátě kognitivních schopností, což vede k nezbytnosti stále intenzivnější péče. V důsledku toho se často rodinní příslušníci stávají hlavními pečovateli. Role pečovatele je náročná nejen fyzicky, ale také psychicky a sociálně.

Ve stárnoucí společnosti se tato problematika stává stále aktuálnější. Významnou roli hraje také mezigenerační solidarita, tedy vzájemná podpora a pomoc mezi jednotlivými generacemi v rodině. Mezigenerační solidarita může být klíčová pro zvládnutí náročné péče o osoby s Alzheimerovou chorobou a může přispět k lepší kvalitě života jak pro nemocné, tak pro pečující.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na mezigenerační solidaritu v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce je popsat specifika mezigenerační solidarity v této oblasti a zjistit, jak ji vnímají různé skupiny osob zapojených do péče – pečující, rodinní příslušníci a mladí dospělí. Práce je rozdělena do několika částí. První část je teoretická a zabývá se představením Alzheimerovy choroby a konceptu mezigenerační solidarity. Druhá část je zaměřena na metodologii výzkumu. Třetí část prezentuje výsledky výzkumu a závěrečná část obsahuje diskusi a závěry. Práce by měla přinést nové poznatky o vnímání mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou a otevřít další prostor pro diskusi a výzkum v této oblasti.

1 Současný stav

Světová zdravotnické organizace odhaduje, že na celém světě žije téměř 55 milionů lidí s demencí. Dle odhadů se předpokládá, že se každý rok objeví téměř 10 milionů nových případů. Demence postihuje lidi ve všech zemích, přičemž více než polovina (60 %) žije v zemích s nízkými a středními příjmy (World Health Organization, 2023). V České republice se odhaduje, že některou z forem demence je postiženo přibližně 150 tisíc lidí. S narůstajícím podílem starší populace se v následujících desetiletích předpokládá rapidní zvýšení počtu jedinců trpících demencí (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Různé formy demence jsou způsobeny rozličnými faktory, což znamená, že je nutné přizpůsobit léčbu konkrétnímu typu onemocnění u každého pacienta. Většina léků má schválení pouze pro určité formy demence, především pro Alzheimerovu chorobu. Je však důležité poznamenat, že léky nejsou schopny vyléčit příčiny demence ani zastavit degeneraci mozkových buněk. Jejich účinnost je omezena na zmírnění příznaků a dočasnou stabilizaci některých kognitivních funkcí. V raných stádiích nemoci mohou některé léky zpomalit progresi onemocnění (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Z toho důvodu v centru zájmu zůstávají nefarmakologické přístupy, kterými je snaha ovlivnit progresi, a tím zlepšit kvalitu života pacientů. Současný výzkum se však také zaměřuje na vývoj léků, které by mohly zpomalit nebo zastavit progresi onemocnění (Fertařová & Ondriová, 2020).

K důležitým prioritám zdravotních politik v současné době patří kvalita života seniorů s demencí. Z tohoto důvodu se zvyšuje zájem o výzkumy zaměřené na kvalitu života seniorů s demencí a intervence, které tuto chorobu mohou zlepšit. Je předpoklad, že u seniorů s demencí se v souvislosti s progresí kognitivního deficitu bude kvalita života zhoršovat. Tato progresi demence nemusí být vždy nevyhnutelně spojena s poklesem kvality života. Pokud bude více znalostí o determinantách kvality života a faktorech, které zahrnují sociální interakce, fyzickou a duševní pohodu, finanční stabilitu a další aspekty související se zdravím a životním prostředím, bude možné zachovat nebo zlepšit kvalitu života seniorů s demencí. Identifikace těchto jednotlivých stadií demence může následně přispět k hlubšímu pochopení vztahu mezi kvalitou života a progresí demence (Kisvetrová, 2020).

Jak Denton (2021) uvádí v knize *Walking Each Other Home: Spiritual Companionship for Dementia Caregivers*, tak i duchovní péče a podpora mohou hrát klíčovou roli v péči o pacienty s Alzheimerovou demencí. Toto propojení duchovního a fyzického zdraví může být důležitým zdrojem pohody pro pacienty a jejich rodiny v této obtížné době.

2 Alzheimerova demence

Alzheimerova choroba je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které je nejčastější příčinou demence. Tento proces začíná nezpozorovatelnými změnami v mozku. Má se za to, že Alzheimerova choroba se rozvíjí 15-20 a více let před tím, než se projeví jakékoli symptomy (Fillit et al., 2022). Charakterizuje jej postupný úbytek kognitivních schopností, měnící se chování, snížená schopnost vykonávat běžné denní činnosti a problémy s pamětí. Postiženým osobám tím narušuje nezávislé fungování. Jedná se o devastující onemocnění, které významně ovlivňuje nejen fyzickou, psychickou a finanční stránku pacientů, ale také jejich rodinných příslušníků a pečovatелů. Zároveň představuje významnou zátěž pro zdravotnické a sociální systémy. Demence provází poruchy chování, včetně apatie, agrese a úzkosti, a projevy psychických obtíží, jako je deprese. Hlavní prioritou je zaměřit se na aktuální přístupy v diagnostice demence, hodnocení kognitivních funkcí a farmakoterapii. Důležité je také zdůraznit význam znalosti rizikových faktorů spojených s vývojem demence (Šáteková et al., 2021).

Podle Národního zdravotnického informačního portálu (2023) Alzheimerova choroba tvoří přibližně dvě třetiny (cca 60 až 80 %) všech případů demence. S věkem roste riziko vzniku této choroby, a to exponenciálně; každých pět let po 60. roce věku se počet postižených v dané věkové skupině zdvojnásobuje. Vzhledem k věkovému rozdílu mezi pohlavími jsou rozdíly ve výskytu demence minimální, ale celkově jsou postiženy více ženy než muži, což je do značné míry způsobeno vyšší průměrnou délkou života u žen.

Alzheimerova choroba představuje nevyléčitelné onemocnění mozku. Průběh Alzheimerovy choroby je poznamenán postupným úbytkem nervových buněk v mozku, což vede k čím dál větší zapomnětlivosti, zmatenosti a dezorientaci u pacientů. Příčina vzniku onemocnění stále není plně objasněna, ale obvykle začíná nenápadně a postupuje pomalu během několika let. Během tohoto procesu mohou být pozorovány změny v osobnosti, chování a projevuje se zhoršením úsudku a komunikačních schopností. Mnoho pacientů trpí také neklidem, agresivitou nebo depresemi (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Kvalita života pacientů s Alzheimerovou chorobou je často významně snížena. Onemocnění může vést ke ztrátě paměti, dezorientaci, problémům s komunikací a ztrátě schopnosti vést samostatný život. Tyto symptomy mohou významně ovlivnit fyzické

a emocionální blaho jedince, stejně jako jeho sociální interakce a vztahy s ostatními (Kisvetrová, 2020).

2.1 Etiopatogeneze vzniku Alzheimerovy demence

Patogeneze Alzheimerovy choroby je stále předmětem intenzivního výzkumu, ačkoli byla provedena řada studií. S doprovodem několika významných a méně významných morfologických změn je spojeno mnoho informací o onemocnění, které naznačují cesty, kterými by se mohl ubírat další výzkum nemoci a způsoby její léčby. Porozumění těmto mechanismům je klíčové pro vývoj léků (Korábečný et al., 2020).

Patologické změny v mozkové tkáni zahrnují formaci dvou druhů abnormálních struktur, plaků a vláken. Plaky jsou kumulace proteinu beta amyloidu, který se hromadí v prostoru mezi buňkami. Neurofibrilární vlákna jsou zase tvořena proteinem tau, který se hromadí uvnitř buněk (Korábečný et al., 2020).

Beta amyloid se v normálním stavu rozkládá a odbourává, ale u pacientů s Alzheimerovou chorobou se hromadí a tvoří plaky. Těchto plaků se pak v průběhu času vytváří stále více a začnou ovlivňovat funkci mozkových buněk. Protein tau se za běžných okolností účastní stabilizace mikrotubulů v neuronech. U pacientů s Alzheimerovou chorobou se však začne tau shlukovat a formovat neurofibrilární vlákna, což vede k poruše mikrotubulů a následnému úbytku neuronů (Zvěřinová et al., 2022).

V praxi rozlišujeme Alzheimerovu chorobu na základě dvou klíčových faktorů. První z nich je počátek onemocnění, který rozlišuje mezi časnou a pozdní formou. Druhým kritériem je dědičnost, která se dělí na familiární a sporadickou formu (Zvěřinová, 2017).

O familiární formu Alzheimerovy choroby se jedná v případě, když se toto onemocnění objeví v minimálně dvou po sobě jdoucích generacích v rámci rodiny. Naopak sporadická forma označuje Alzheimerovu chorobu bez historie tohoto onemocnění v rodinném prostředí (Zvěřinová, 2017).

2.2 Typy

Alzheimerova choroba se může projevit v různých obdobích života jedince. Existují dva typy tohoto onemocnění: 1. Alzheimerova choroba s časným začátkem – presenilní forma, 2. Alzheimerova choroba s pozdním začátkem – senilní forma, které se liší věkem, kdy se objeví první příznaky (Zvěřinová, 2017).

Časný začátek Alzheimerovy choroby, také nazývaný presenilní forma, se vyskytuje u lidí, kteří vykazují symptomy této nemoci před dosažením 65. roku věku. Tato forma

může postihnout jedince v jejich středním věku a má výrazný dopad na jejich každodenní život (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Naopak Alzheimerova choroba s pozdním začátkem, také nazývaná senilní forma, se projevuje u osob v 65 letech a později. U těchto jedinců se příznaky objevují v pokročilejším věku a mohou zahrnovat postupné zhoršování kognitivních funkcí, paměti a schopnosti vykonávat každodenní úkoly (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Rozlišením mezi presenilními a pozdními formami Alzheimerovy choroby v klinické praxi nemá obvykle výrazný význam, neboť neuropatologie a klinický obraz jsou v zásadě podobné. Nicméně existují některé důležité rozdíly těchto forem Alzheimerovy choroby (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Presenilní forma má tendenci se objevovat u jedinců, u nichž se vyskytuje familiární historie tohoto onemocnění. Tito pacienti mají tendenci mít genetické mutace, které přispívají k výskytu onemocnění, a častěji mají rychlejší průběh choroby (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Naopak v pozdním nástupu onemocnění se častěji setkáváme s takzvanou sporadickou formou Alzheimerovy choroby, u níž nejsou zjištěné genetické mutace. Průběh choroby může být méně agresivní (Fertaľová & Ondriová, 2020).

Důležité je také rozlišovat atypické a smíšené formy Alzheimerovy choroby. U atypických forem se kromě samotné Alzheimerovy choroby mohou uplatnit i vaskulární faktory, což znamená, že výskyt cévního postižení mozku má také vliv na demenci (Fertaľová & Ondriová, 2020).

2.3 Stádia

Každý jedinec, který trpí Alzheimerovou chorobou, prochází tímto onemocněním individuálním způsobem. Lékaři nemají způsob přesně předpovědět, jaké příznaky se u konkrétního pacienta objeví a jak rychle bude nemoc postupovat. Mnoho faktorů, jako jsou genetické predispozice, osobní rysy, fyzická kondice a životní styl, ovlivňuje formu a průběh této nemoci (Čechová et al., 2019).

Pokud jde o hloubku kognitivního deficitu a s tím spojené projevy v oblasti chování a prožívání, můžeme tuto problematiku vnímat jako stádium, ve kterém se příznaky teprve rozvíjejí. V průběhu tohoto procesu lze rozpoznat tři stádia. Každé stádium demence má různý vliv na každodenní funkčnost a potřebu péče. I když jsou hranice mezi těmito stádii demence rozostřené, získání alespoň orientační představy o aktuálním stádiu může být velmi užitečné. Není to tak, co už nefunguje, ale spíše o tom, co pravděpodobně ještě funguje. I přesto, že jsou některé části mozku postiženy degenerací a přestávají

fungovat, existují další oblasti mozku, které mohou fungovat a mohou být podporovány. Tato představa může poskytnout praktické informace pro péči o pacienta a být podporou pečujícím osobám. Tato představa o stádiu demence může vést pečující k podpoře pacientovy samostatnosti v činnostech, které ještě zvládá, a postupnému převzetí odpovědnosti, kde tyto činnosti přestávají být zvládnutelné a stávají se pro něj zátěží. Tím lze minimalizovat pocit selhání a rizika spojená s neschopností vykonávat určité úkoly. Pečující může také najít cílené způsoby, jak podpořit pacienta v závislosti na aktuálním stádiu jeho onemocnění (Čechová et al., 2019).

2.3.1 Lehká demence

V počátečním stádiu demence, trvajícím obvykle 1-4 roky od začátku onemocnění, jsou hlavní projevy zejména poruchy krátkodobé paměti a obtíže s absorbováním nových informací, přičemž schopnost vybavit si starší informace zůstává relativně neporušena. Pacient začíná mít obtíže s pozorováním, absorbováním a vzpomínáním na nedávné události a běžné informace. Hledá ztracené předměty a zapomíná vykonávat každodenní úkoly. Může se také objevit obtížné vybavování si jmen osob, používání méně častých slov a termínů. Dochází k poruchám orientace, zejména v novém nebo nepředvídatelném prostředí. Postupně se začínají projevovat potíže s běžnými denními aktivitami, včetně pracovních a domácích úkolů. Pacient se může cítit bezradný v nových nebo náročných situacích. Ztrácí motivaci a iniciativu, často projevuje nezájem a pasivitu. Objevují se poruchy nálad, včetně depresivních projevů a apatie, nebo naopak agresivního chování, což může být spojeno s vědomím poruchy paměti a dalších kognitivních schopností. V tomto stádiu onemocnění je pacient stále schopen žít samostatně, ale vyžaduje určitou pomoc a směřování. Včasnou a vhodnou léčbou lze ovlivnit průběh onemocnění a zpomalit jeho progresi (Fertaľová & Ondriová, 2020).

2.3.2 Středně těžká demence

Ve středním stádiu onemocnění, které se obvykle projevuje 2-10 let od začátku onemocnění, dochází k výrazné poruše paměti. Nové informace se obtížně ukládají, a pokud ano, pouze krátkodobě. Pacient má potíže si vzpomenout na základní informace, jako je vlastní datum narození, místo bydliště a na jména svých blízkých, včetně partnera a dětí. Úsudek je nelogický, dochází k výrazným poruchám časové a prostorové orientace, včetně ztráty orientace v dobře známém prostředí. V tomto stádiu se projevují poruchy chování, emoční nestabilita, deprese, projevy agresivity, poruchy spánku a bezcílné blouhání po bytě. Mohou se objevovat bludy a halucinace. Dochází k neurologickým poruchám, včetně různých typů poruch řeči, apraxie a ataxie. Pacient

vyžaduje nepřetržitý dohled a pomoc při běžných činnostech sebeobsluhy. Toto období je pro pečující osoby nejnáročnější. V této fázi onemocnění nabývají na významu nefarmakologické metody a aktivizace pacienta, které mohou pomoci zlepšit jeho kvalitu života a zvládání každodenních situací (Fertal'ová & Ondriová, 2020).

2.3.3 Těžká demence

V těžkém stádiu onemocnění, které obvykle nastává 7-14 let po počátku onemocnění, dochází k úplné ztrátě paměti a neschopnosti absorbovat nové informace. Postižený jedinec již nepoznává ani své nejbližší a není schopen se o sebe postarat. Je zcela závislý na péči okolí, bývá obvykle upoután na lůžko a trpí inkontinencí. Verbální komunikace je téměř nemožná, s výkřiky bez jasného významu. V tomto terminálním stádiu onemocnění se objevují neurologické extrapyramidové příznaky, včetně hypomimie (snížený mimický výraz), zvýšeného tonusu typu dopaminergního systému a myoklonus (rychlé, nekontrolované záškuby svalů). Toto období představuje velkou zátěž pro rodinu, a často vede k institucionalizaci pacienta, což má za následek negativní stránky, jako je ztráta kontaktu s příbuznými a rodinou. Pacienti v tomto stádiu jsou náchylní k infekcím, které mohou být příčinou úmrtí (Fertal'ová & Ondriová, 2020).

2.4 Léčba

Alzheimerova choroba je komplikovaná a zatím nebyl nalezen univerzální lék či metoda, která by byla účinná pro každého pacienta. Přesto se v posledních letech podařilo vědcům výrazně pokročit v porozumění této nemoci a ve vývoji a zkoušení nových léčebných přístupů. Ačkoliv stále neexistuje lék, který by Alzheimerovu chorobu vyléčil, objevují se léčiva, která zpomalují její postup tím, že cílí na její hlavní příčiny. Rovněž jsou k dispozici léky, které mohou u některých pacientů přechodně zlepšit nebo udržet kognitivní funkce a pomáhat s některými symptomy a behaviorálními problémy (Alzheimer's Disease Fact National Institute on Aging, 2020).

Pacienti s Alzheimerovou chorobou mohou trpět nespavostí, depresí, úzkostí, agitovaností a dalšími psychologickými a behaviorálními symptomy. Vědci se nadále snaží pochopit příčiny těchto symptomů a zkoumají nové léky a nelékové metody pro jejich řízení. Výzkum naznačuje, že léčba těchto příznaků může usnadnit život osobám s Alzheimerovou chorobou a jejich pečovatelům. Antidepresiva, antipsychotika a anxiolytika mohou být pro ně užitečná, avšak odborníci doporučují, aby byly používány až po vyzkoušení jiných strategií, které podporují fyzické a emocionální pohodlí, jako je vyhýbání se stresu. Je důležité konzultovat s lékařem nejvhodnější léčebnou metodu pro konkrétní situaci pacienta (Alzheimer's Disease Fact National Institute on Aging, 2020).

2.4.1 Farmakologická léčba

Pro léčbu mírných až středně pokročilých stádií Alzheimerovy choroby jsou často předepisovány léky jako galantamin, rivastigmin a donepezil, které patří mezi inhibitory cholinesterázy. Tato léčiva spadají do skupin kognitiv, která mohou zmírňovat nebo regulovat určité kognitivní a behaviorální symptomy spojené s onemocněním (Ruhman & Choudhary, 2015).

Inhibitory cholinesterázy zpomalují rozklad acetylcholinu, což je neurotransmitter důležitý pro paměť a myšlení. Jak nemoc postupuje, produkce acetylcholinu v mozku klesá, a proto s časem tyto léky ztrácejí na účinnosti. Přestože inhibitory cholinesterázy působí podobně, pacienti mohou na různé přípravky reagovat odlišně. Lecanemab, schválený Úřadem pro kontrolu potravin a léčiv pro léčbu raných stádií Alzheimerovy choroby, cílí na beta-amyloidový protein a pomáhá snižovat amyloidních plaků v mozku, které jsou pro tuto chorobu typické. Klinické studie ukázaly, že lecanemab zpomaluje kognitivní úpadek u pacientů v časném stádiu nemoci a snižuje množství amyloidu v mozku. Úřad pro kontrolu potravin a léčiv také poskytl zrychlené schválení aducanumabu, další imunoterapii pro raná stádia Alzheimerovy choroby. Pro získání plného schválení Úřad pro kontrolu potravin a léčiv musí výrobce léku provést další studie prokazující jeho klinické přínosy. Pro středně těžká a těžká stádia Alzheimerovy choroby může být předepsán memantin, který funguje jako antagonist N-methyl-D-asparagová kyselina a pomáhá regulovat glutamát, neurotransmitter důležitý pro zdraví mozkových buněk. Memantin může prodloužit schopnost pacientů udržovat si denní funkce. Vzhledem k odlišnému mechanismu účinku je možné memantin kombinovat s inhibitory cholinesterázy. Úřad pro kontrolu potravin a léčiv rovněž schválil použití donepezilu, rivastigminové náplasti a kombinace memantinu s donepezilem pro pokročilá stádia Alzheimerovy choroby (Alzheimer's Disease Fact National Institute on Aging, 2020).

2.4.2 Nefarmakologická léčba

Studium nefarmakologických metod péče o pacienty s Alzheimerovou demencí a jejich pečovatele je relativně novou oblastí vědy. Klíčové je vhodné psychologické zacházení s nemocnými, což vyžaduje od pečujících značnou míru trpělivosti, protože výsledky bývají často skromné a krátkodobé. S postupujícím zhoršováním stavu demence a ztrátou původní osobnosti pacienta je nutné uplatňovat stále jednodušší psychoterapeutické metody (Zvěřinová et al., 2022).

Hlavním záměrem nefarmakologických behaviorálních intervencí a nepoužívání léků je zlepšení nebo zachování mentálních schopností osoby, podpora její schopnosti vykonávat běžné denní aktivity a zároveň řešit různé psychologické symptomy spojené s poruchami paměti, jako je úzkost, ztráta orientace, spánkové potíže, neklid či agresivní chování. Vědecké poznatky naznačují, že angažovanost v myšlení a tělesná aktivita mají pozitivní vliv na mentální schopnosti, což dává základ pro podporu intervencí bez užití léků, které se soustředí na individuální dovednosti osoby. Psychosociální intervence založené na nepoužívání farmakologických prostředků, které jsou podloženy vědeckými důkazy, se ukazují jako více nákladově efektivní ve srovnání s farmaceutickou terapií, a navíc neobsahují riziko vedlejších účinků, což je dělá stále více upřednostňovanou volbou léčby, kterou je vhodné brát v úvahu (Alzheimer's Disease Fact National Institute on Aging, 2017).

V rámci širšího spektra možností, které jsou bezpečnější a mají méně vedlejších účinků, se nefarmakologická intervence opírá o různé disciplíny s cílem pozitivně ovlivnit kognitivní schopnosti, náladu a další behaviorální a psychologické symptomy demence. Tyto intervence lze rozdělit do čtyř hlavních kategorií: holistické techniky, krátkodobá psychoterapie, kognitivní metody a alternativní přístupy. Autoři se hlavně věnují především holistickým intervencím, které se ukazují být účinné a jsou dobře dokumentovány ve vědecké literatuře včetně terapií zaměřených na realitu, terapie kognitivní stimulace (Alzheimer's Disease Fact National Institute on Aging, 2017).

V rámci nefarmakologické léčby Malíková (2020) dále popisuje účinnost reminiscenční terapie, validační terapie, rezoluční terapie a preterapie jako přínosné metody pro klienty s Alzheimerovou chorobou.

3 Mezigenerační solidarita

Jeřábek (2020) definuje mezigenerační solidaritu jako důležitou hodnotu, která zahrnuje zodpovědnost jedné generace za druhou – rodičů za své děti a dětí za své rodiče. Tato normativní solidarita by měla být ideálně doplněna ochotou jednotlivců přehodnotit své vlastní zájmy ve prospěch rodiny jako celku, zejména pokud jde o péči o starší členy. Když je rodinná dynamika postavena na těchto principech, vytváří se vhodné podmínky pro uplatnění dalších složek mezigenerační solidarity, když je to zapotřebí.

Mezigenerační solidarita je podle Jeřábka (2013) založena na vztazích solidarity mezi jednotlivými generacemi v rámci společnosti. Tento koncept zdůrazňuje důležitost podpory a vzájemné péče mezi různými věkovými skupinami, což přispívá k udržení stability a koheze společnosti. Mezigenerační solidarita může zahrnovat sdílení zdrojů, péči o mladší a starší členy společnosti, a také přenos hodnot a tradic z jedné generace na druhou. Tento koncept klade důraz na udržení rovnováhy a harmonie mezi generacemi, což je důležité pro udržení společenské soudržnosti a dlouhodobé stability.

Podle Dudové (2015) potřebují péči všichni lidé bez ohledu na věk – od novorozenců až po staré a umírající. Nicméně ne všichni jsou stejně povinni poskytovat péči. Někteří lidé jsou pod větším tlakem či mají vyšší očekávání, když jde o poskytování péče, a to v závislosti na jejich pohlaví, ekonomickém postavení, rase a etnicitě. Péče není pouze dvoustranný vztah mezi dvěma lidmi, jak by se mohlo zdát. Zahrnuje jak morální aspekt, který zahrnuje starost o druhého, navazování vztahů s druhými a vyjádření soucitu, tak i praktický aspekt, kde je péče chápána jako aktivita či práce. Ve srovnání s tím, jak důležitá je péče v našich životech, je v mnoha společnostech nedostatečně uznávána a oceněna. Obvykle jsou za péči odpovědní ti, kdo mají nižší sociální status: ženy, lidé s nižším příjmem a v západních společnostech jedinci jiné než bílé rasy. Čím více je práce, včetně pečovatelské práce, spojena s fyzickým úsilím, tím méně je obvykle oceněna a je považována za méněcennou.

V současné době je v České republice péče o staré lidi vnímána jako v první řadě odpovědnost rodiny. Více než 80 % této péče je poskytováno rodinnými příslušníky. Zhruba 20 % seniorů, kteří potřebují denní pomoc s běžnými úkony, jsou umístěni v institucionální péči, buď v zdravotnických institucích nebo sociálních zařízeních. Tyto dva systémy péče se výrazně liší jak formou, tak mírou veřejné podpory. V péči o starší osoby v České republice převažují ženy jako hlavní pečovatelky, což představuje 75 až

80 % všech pečovatelů. Tento trend je částečně dán demografickou situací, kdy se ženy v České republice dožívají ve zdraví vyššího věku než muži (Dudová, 2015).

Generace z řeckého *genos*, což znamená rod – je velká skupina osob, které jsou spojené dobově podmíněným stylem myšlení a jednání a prožívající podstatná období své socializace ve shodných historických a kulturních podmínkách (Sociologická encyklopedie, 2020).

Jak uvádí Sak a Kolesárová (2012), každá generace je jedinečná, formovaná specifickými společensko-historickými podmínkami a subjektivitou svých členů. Tato specifická se promítá do celoživotních aktivit, které generace vykonává, a přenáší se na společnost, čímž oživuje a zajišťuje její kontinuitu a společenskou změnu. Formování generace a přenosu její subjektivity do společnosti zahrnuje dva procesy, jejichž účinek se mění v průběhu času. Dynamika procesu formování generace nejprve stoupá, dosahuje vrcholu a postupně slábne, ale i ve stáří může formulace generace pokračovat, závisí-li to na dynamice společnosti. Současně s oslabením procesů formování generace vzrůstá dynamika přenosu generačního potenciálu do reprodukce společnosti. Po dosažení vrcholu generačního působení ve společnosti tento proces postupně klesá a utlumuje se. Oba tyto generační procesy jsou v interakci s předchozími a následujícími generacemi a často vyvolávají konflikty, které mají dvojí charakter.

Dle van den Berg (2020) lze v dnešní době identifikovat několik různých generací žijících ve společnosti. Mezi ně patří: Tichá generace (u nás rozhlasová generace), 1925-1945 kdy tato generace zažila druhou světovou válku (van den Berg, 2020). Baby Boomers je významná a početná generace narozená po skončení druhé světové války mezi lety 1945 a 1965. Charakterizuje je touha po stabilitě a respektu k hierarchii, autoritám a institucím (Mühlfeit & Krůtová, 2013). Generace X, často označovaná jako Husákovy děti v České republice, se narodila mezi lety 1965 a 1982. Klade důraz na pravidla a řád (Mühlfeit & Krůtová, 2013). Tato generace vyrůstala v době socialismu, kde nebyl pojem nezaměstnanosti známý a volný trh práce neexistoval (van den Berg, 2020). Tito jedinci často zůstávají ve stabilních zaměstnáních, kde se vyhýbají konfliktům a postupně stoupají v hierarchii, čímž si zajistí lepší finanční stabilitu. Mohou si také ukládat část svého příjmu na důchod, spořit pro své děti nebo si připravovat finanční rezervy na dovolenou. Generace X je první generací, která pravděpodobně měla oba rodiče zaměstnané, a lépe se přizpůsobuje novým technologiím a změnám ve společnosti než generace předchozí (Mühlfeit & Krůtová, 2013). Pro generaci Y, známou také jako mileniálové, jsou charakteristické roky narození mezi 1983 až 2000. Tito jedinci chtějí

život více prožívat, často si dopřávají více volného času, i když to může znamenat nižší plat. Investují do zážitků a hledají smysl a osobní spokojenost i v práci, často mění zaměstnání. Změny vnímají jako běžnou součást života. Nebojí se půjček a hypoték, protože si uvědomují, že některé věci, jako je bydlení nebo auto, by si jinak nemohli pořídit. Jsou první generací, která má zkušenosti se studiem nebo prací v zahraničí a často se tam i trvale usazují za prací. Na rozdíl od předchozích generací preferují týmovou spolupráci (Mühlfeit & Krůtová, 2013). Generace Z, narozená mezi lety 2000 a 2010, vyrůstala ve světě moderních technologií a byla s nimi odmalička v kontaktu. Je pro ni přirozené komunikovat a získávat vzdělání online, a proto preferuje vyhledávání informací na internetu. Tradiční formy vzdělávání pro ni nemají takový význam jako pro předchozí generace (Mühlfeit & Krůtová, 2013). Generace Alfa, narozená po roce 2010 a často označovaná jako děti mileniálů, vyrůstá ve světě, kde jsou dotykové obrazovky a chytré telefony všudypřítomné. Od raného věku intuitivně ovládají tyto technologie (Mühlfeit & Krůtová, 2013).

Solidarita je vztah mezi jednotlivci, kteří jsou si rovni a dobrovolně spolupracují, protože je spojuje společný zájem, obvykle spočívající v boji proti společnému nepříteli. Tento vztah je protikladem vztahu nadřazenosti a podřízenosti. Slovo „solidarita“ má svůj původ v latinském slově „solidare“, což znamená zpevnit či zhustit (Sociologická encyklopedie, 2020).

Z hlediska sociální solidarity se rozlišuje mezi veřejnou a dobrovolnou solidaritou. Veřejná solidarita spadá plně do pravomocí státu či nižších územních celků, je regulována a povinná pro přesně definované skupiny obyvatel. Naopak dobrovolná solidarita se projevuje prostřednictvím formalizovaných organizací občanské společnosti, které organizují a koordinují práci dobrovolníků. Tato kategorie zahrnuje i neformální dobrovolnou solidaritu, která se projevuje například formou sousedské pomoci, neformálního dobrovolnictví v rámci obce apod. Zvláštní pozornost si zaslouží také rodinná solidarita, která se odlišuje svým specifickým charakterem a významem (Tomeš et al., 2017)

3.1 Neformální a formální péče

Neformální péče představuje péči poskytovanou rodinnými příslušníky nebo jinými blízkými osobami osobě s omezenou soběstačností z důvodu úrazu, nemoci, postižení nebo stáří, přičemž tito pečovatelé nejsou profesionálními pracovníky a za svou péči nepobírají platbu. Odhaduje se, že v České republice existuje 250-300 tisíc neformálních pečovatelů, z nichž téměř dvě třetiny jsou ženy ve věku 35-64 let, kteří se často starají

o své rodiče, manžela, partnera nebo dítě. Neformální péče přináší mnoho výhod, ale zároveň se pojí s mnoha problémy a riziky. Mezi tyto problémy patří nedostatečné právní zakotvení statusu pečujících, nedostatečná podpora, omezená dostupnost odlehčovacích služeb a nedostatečný dohled nad kvalitou poskytované péče. Tato situace ovlivňuje i finanční zabezpečení a volný čas pečovatелů. Péče může negativně ovlivnit i zdraví pečujících a existuje riziko syndromu vyhoření. Očekávaný nárůst počtu starších osob vyžadujících péči, současně s poklesem podílu lidí v produktivním věku, kteří by mohli tuto péči poskytovat, naznačuje rostoucí potřebu péče a nedostatek dostupných pečovatелů (Klepáčková et al., 2022).

Podle Valenty et al. (2018) sociální služby nabízejí jak alternativu, tak doplnění k péči poskytované osobami blízkými. Postupně se začalo užívat termínu formální péče pro služby, které poskytují registrovaní poskytovatelé a jsou řízeny právními normami obsaženými v zákoně o sociálních službách. Tento termín zdůrazňuje institucionální povahu péče a formálních služeb, které jsou poskytovány organizovaně a profesionálně.

Čevela et al. (2012) píše, že rodina je základní společenská jednotka, kde je důležitá podpora poskytovaná staršími lidmi. Prodlužování naděje na dožití vytváří historickou bezprecedentní samozřejmost mnohaletého tří, a dokonce čtyřgeneračního uspořádání, v němž starší lidé hrají důležitou aktivní úlohu. V žádném případě nejde o pouhé příjemce péče a pomoci ani o obdobu někdejších submisivních a neduživých výměnkářů podělkujících po domě. Senioři v rodinách plní mnohem širší roli než pouze zodpovědnost za hlídání svých vnuků nebo pravnuků v různých situacích, jako jsou jejich nemoci, školní prázdniny, volný čas nebo předškolní období. Jejich účast v rodině je mnohem komplexnější. Jsou důležitými nositeli rodinné tradice a kultury, předávají své zkušenosti a moudrost dalším generacím. Poskytují mentoring a emocionální oporu, pomáhají při vedení domácnosti a podílejí se na financování a realizaci různých rodinných projektů a funkcí. Mnozí mladí senioři se navíc angažují i v poskytování náročné podpory svým velmi starým rodičům, což vytváří tzv. sendvičový fenomén. Přitom se role babiček a dědečků, členů třetí a někdy i čtvrté generace, podrobují zásadní civilizační změně. Dochází k osvobození vlastního života od tradiční podřízenosti potřebám mladé rodiny. Namísto toho se prosazuje vyváženost mezi poskytováním rodinné podpory a naplněním vlastních osobních a partnerských životních cílů.

Co se týká podpory lidí v tzv. produktivním věku, tedy lidí, kteří kromě vlastní rodiny s dětmi pečují také o své starší rodiče nebo rodiče partnera či partnerky a přitom se aktivně zapojují do zaměstnání a dalších povinností, Centrum pro rodinu a sociální

péči upozornilo na dlouhodobé vyčerpání, únavu, stres a nedostatek času pro sebe, koníčky, odpočinek a společenský život u lidí patřících do tzv. sendvičové generace. Avšak studie ukázaly, že právě čas věnovaný sobě pomáhá snižovat stres, obnovovat energii a zlepšovat celkový pocit pohody. Ti, kteří pečují o seniory, se také mohou potýkat se zdravotními problémy v důsledku péče, a mohou trpět psychickými potížemi, které jsou způsobené stresem a vyčerpáním. Existuje dokonce riziko syndromu vyhoření. Pokud je to možné, je vhodné kontaktovat další příbuzné a pokusit se péči o seniory rozložit mezi více lidí. V případě potřeby neváhejte vyhledat odbornou pomoc, ať už jde o poradenství, sociální služby nebo jiné organizace. Je důležité si uvědomit, že využití sociálních služeb neznamená zřeknutí se role pečujícího člena rodiny. Je také nezbytné myslet na sebe, najít si čas na odpočinek a obnovu energie, protože péče o sebe není sobecká. Stejně tak je důležité dbát na partnerský vztah a nepodceňovat profesní život (Sendvičová generace, 2024).

Jak píše Telehuz a Brunerová (2020), soužití, kdysi běžné a dnes mnohými mladými lidmi považované za zastaralé, začíná znovu nabývat na popularitě. V minulosti bylo běžné, že rodiny žily společně ve vícegeneračních domech, zejména kvůli nedostatku bytů. Jedna z generací obvykle zůstávala v rodném domě a s časem se k ní připojovaly další generace, včetně mladých rodin. Tento způsob života se však začal v posledních letech postupně vytrácet, zejména kvůli migraci mladých lidí do měst za studiem a prací.

Avšak podle expertů se nyní mnoho mladých lidí opět vrací k mezigeneračnímu soužití s příbuznými. Tento trend je ovlivněn deregulací nájmu, neustále rostoucími náklady na bydlení a dalšími společenskými faktory. Mezigenerační soužití je zjevně finančně výhodné pro obě strany (Telehuz & Brunerová, 2020).

Přesto, pokud se nejedná o nouzovou situaci, je důležité zvažovat i další aspekty. Máte dostatečně prostorný dům nebo byt? Máte možnost vlastní kuchyně či sociálního zařízení a je to pro vás důležité? Jaké soukromí vám byt nebo dům může nabídnout a je to pro vás dostatečné? Jsou vaše představy o společném soužití shodné nebo kompatibilní s představami ostatních? Tyto otázky, a mnoho dalších, byste si měli zodpovědět předtím, než se rozhodnete pro mezigenerační soužití (Telehuz & Brunerová, 2020).

V dnešní době se mezigenerační soužití stává opět populárním řešením, zejména pro mladé rodiny a samoživitelky, které si ještě nevytvořily finanční rezervy na vlastní bydlení. Avšak mnohé z těchto situací, které původně měly být dočasné, se postupně mění v trvalé uspořádání, které vytváří tzv. sendvičovou generaci. Tito jedinci musí často

zvládat náročné zaměstnání a zároveň poskytovat finanční a jinou pomoc svým dětem i svým rodičům (Telehuz & Brunerová, 2020).

Existuje mnoho výhod a nevýhod spojených s mezigeneračním soužitím. Každá generace vyrůstala v jiné době, a to se odráží ve způsobu, jakým chápe život a jeho hodnoty. Konflikty a nedorozumění mohou vzniknout zejména v oblastech jako jsou běžné provozní věci, stavební úpravy nemovitostí nebo nákupy domácího vybavení. Je klíčové, aby rodina fungovala jako tým, a to vyžaduje trpělivost a ochotu dělat kompromisy. Důležité je také, aby všichni členové rodiny souhlasili s mezigeneračním soužitím a byli ochotni respektovat potřeby a hranice ostatních. Mezigenerační soužití může mít pro rodinu mnoho výhod, jako je poskytování klidu a nadhledu staršími generacemi, ale také může přinést ekonomické výhody a pomoci ušetřit čas. Nicméně výchova dětí a vnoučat může vést k mnoha konfliktům, protože různé generace mají často odlišné přístupy k výchově. Je třeba být otevřený novým způsobům a respektovat názory a zkušenosti každé generace (Telehuz & Brunerová, 2020).

Formální péče je termín používaný v sociální práci a ve zdravotnictví k popisu služeb poskytovaných organizacemi nebo institucemi za účelem péče o lidi v potřebě. Jedná se o systematický přístup poskytování péče, který je organizován, plánován a prováděn v souladu s určitými standardy, procedurami a pravidly. Formální, resp. sociální služby jsou často potřebné v případech, kdy neexistuje nebo není dostatečná pomoc ze strany neformálních poskytovatelů, jako jsou rodinní příslušníci, nebo když tyto poskytovatele nejsou schopni zvládnout potřebnou péči. Je proto klíčové zajistit dostatečnou nabídku služeb, které mohou buď doplňovat rodinnou péči, nebo ji dočasně nahradit v případě potřeby, aby podpořily život seniorů v jejich přirozeném prostředí s důrazem na jejich individuální potřeby. Pobyťová zařízení mohou být vhodnou volbou pro seniory, kteří nejsou schopni žít ve svém domácím prostředí kvůli nedostatečné nebo zcela chybějící péči ze strany rodiny a jsou nesoběstační v míře, která vyžaduje profesionální podporu (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

V České republice mají pacienti s Alzheimerovou chorobou přístup k sociálním a zdravotním službám. Tyto služby jsou užitečné nejen pro samotného nemocného, ale i pro jeho sociální okolí. Pravidla a opatření, která zajišťují rovnocenný vztah mezi poskytovateli sociálních služeb a uživateli, jsou stanovena v zákoně č. 108/206 Sb. Uživatelé sociálních služeb mohou být občané České republiky nebo občané jiných států s dlouhodobým legálním pobytem v zemi.

Služby jsou k dispozici v různých formách, včetně ambulantních, terénních a pobytových. Ambulantní služby zahrnují návštěvy osob ve vhodných zařízeních, ale nezahrnují ubytování. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí, obvykle doma. Pobytové služby jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (Babej & Dostálová, 2019).

Právní úprava zákona č. 108/2006 Sb., známého jako zákon o sociálních službách, je způsob kategorizace sociálních služeb. Zaměřuje se na osoby a instituce, které tyto služby poskytují. Tato klasifikace zahrnuje sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevenci. Všechny tyto sociální služby mohou poskytnout podporu pečujícím osobám při zvládnání péče o své blízké.

3.2 *Aspekty denních činností*

Péče o osobu s Alzheimerovou chorobou je komplexní a náročná úloha, která vyžaduje širokou škálu dovedností a schopností. Jak uvádí Boswell (2022), klíčem k úspěchu je kombinace trpělivosti, porozumění a laskavosti. Každodenní úkony se pro pacienty s Alzheimerovou chorobou mohou stát náročnými. To se týká například oblékání, koupání, jídla a používání toalety. Péči o takového člověka proto nejčastěji zajišťují odborníci nebo rodinní příslušníci, kteří jsou vhodně připraveni a vzděláni. Boswell také zdůrazňuje, že v péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou je důležité dodržovat rutinu. Každodenní činnosti by měly být předvídatelné a konzistentní, což pomáhá pacientovi cítit se bezpečně a zklidňuje ho. Komunikace s pacientem je dalším klíčovým aspektem péče. Osoba s Alzheimerovou chorobou může mít potíže s porozuměním a vyjadřováním, což může vést k frustraci a stresu. Z tohoto důvodu je důležité hledat alternativní způsoby komunikace, jako je například pomocí vizuálních pomůcek nebo tělesné řeči. V péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou je také důležité dbát na jejich fyzickou bezpečnost. To zahrnuje předcházení pádů a zranění, sledování léků a zajištění, že pacient má vždy přístup k pitné vodě a zdravým jídlům. Péče o člověka s Alzheimerovou chorobou je náročný proces, který vyžaduje značné úsilí a oddanost. Avšak, může být také mimořádně naplňující a dávat smysl (Boswell, 2022).

3.3 *Péče poskytovaná doma*

Péče o osoby trpící Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí představuje náročný úkol (Mace & Rabins, 2018).

Podle Mace a Rabins (2018) je důležité, aby pečovatelé byli schopni poskytnout bezpečné a podnětné prostředí, které se přizpůsobuje měnícím se potřebám pacienta. To

může zahrnovat zajištění bezpečnosti domova, například instalaci zábradlí a zajištěním, že předměty, které mohou způsobit pády, jsou odstraněny.

Komunikace je také klíčovou součástí péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Je důležité mluvit pomalu a jasně, dávat jednoduché instrukce a být trpělivý (Mace & Rabins, 2018).

Dalším důležitým aspektem péče o osoby s Alzheimerovou chorobou je duchovní podpora. Denton (2021) zdůrazňuje, že pečovatelé by měli být schopni poskytnout duchovní podporu, která může zahrnovat modlitbu, meditaci nebo jiné duchovní praktiky.

Péče o osoby s Alzheimerovou chorobou může být náročná, ale je důležité si uvědomit, že tito lidé potřebují lásku, pochopení a trpělivost. Je důležité, aby se pečovatelé naučili, jak se starat o sebe, aby mohli lépe sloužit svým blízkým (Denton, 2021).

3.4 Pečovatelská služba

Dle zákona č. 108/2006 Sb., pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba, která poskytuje různorodou podporu jednotlivcům s omezenou soběstačností způsobenou věkem, chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením, stejně jako rodinám s dětmi, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba je také vhodná pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Služba se zaměřuje na poskytování péče přímo v domácnostech jednotlivců nebo v zařízeních sociálních služeb a zahrnuje široké spektrum úkonů, které jsou nezbytné pro zajištění pohodlí a bezpečí.

Mezi tyto základní činnosti pečovatelské služby patří pomoc s běžnými úkony péče o sebe, jako je oblékání a hygiena, poskytování podmínek pro hygienu, zajištění stravy a podpora při nakládání s domácími povinnostmi. Kromě toho služba také usiluje o zprostředkování kontaktu klientů se společenským prostředím, aby bylo podpořeno jejich sociální zapojení do komunity (zákon č. 329/2011 Sb.).

3.5 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní službou, která se mimo jiné také zaměřuje na podporu jedinců s Alzheimerovou chorobou, kteří se nacházejí v situaci, kdy vyžadují pomoc jiné fyzické osoby kvůli své snížené soběstačnosti. Tato podpora může být zapotřebí v důsledku stárnutí, progresu nemoci nebo zdravotních postižení. Výhodou osobní asistence je, že není vázána časově a pracovníci jsou schopni poskytnout podporu přímo v domácím prostředí klienta. Zákon č. 108/2006 Sb., stanoví rozsah činností, které tvoří základ osobní asistence, včetně pomoci s běžnými úkony péče o sebe, stravováním, osobní hygienou nebo řešením domácích záležitostí. Tato služba představuje pro jedince

trpící Alzheimerovou chorobou významnou pomoc a podporu při zvládání každodenních činností (Dragomirecká et al., 2020).

3.6 Odlehčovací služby

Jsou terénní, ambulantní a pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jsou zaměřeny na podporu těchto jedinců v jejich přirozeném prostředí. Cílem těchto služeb je umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, a odlehčit jim tak péči (Arnoldová, 2016).

Odlehčovací služby jsou speciálně navrženy pro lidi, kteří pečují o své blízké. Tyto služby jsou vhodné pro lidi, kteří pečují o své blízké s Alzheimerovou chorobou, a umožňují jim tak, že na přechodnou dobu bude o jejich blízké postaráno, buď v jejich domácím prostředí, nebo ve střediscích organizací specializujících se na péči o lidi s demencí. Tímto způsobem se pro pečující nabízí prostor pro vyřízení vlastních potřeb a možnost vyřídit si neodkladné záležitosti, na které by během péče nebyl čas (Arnoldová, 2016).

3.7 Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány pobytové služby lidem, jejichž soběstačnost je snížena kvůli chronickému duševnímu onemocnění, závislosti na návykových látkách, Alzheimerově chorobě či jiným typům demence. Tento snížený stav soběstačnosti vyžaduje pravidelnou pomoc ze strany jiné fyzické osoby. Režim poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je pečlivě přizpůsoben specifickým potřebám jednotlivých klientů (zákon č. 329/2011 Sb.).

Veškeré základní činnosti jsou navrženy s ohledem na zajištění co nejlepší péče a podpory. To zahrnuje poskytnutí vhodného ubytování, kde se klienti mohou cítit bezpečně a pohodlně. Dále je kladen důraz na zajištění stravy odpovídající individuálním potřebám a preferencím každého jedince. Při poskytování služeb je důležitá také pomoc při osobní hygieně či její zajištění. Asistence při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu je součástí péče poskytované v těchto domovech. Zprostředkování kontaktu klientů se společenským prostředím je aktivně podporováno, což přispívá k udržení sociálních interakcí a vztahů. Různé sociálně terapeutické a aktivizační aktivity jsou také k dispozici. Pomoc při uplatňování práv, ochrany oprávněných zájmů a řešení osobních záležitostí je součástí závazku (zákon č. 329/2011 Sb.).

4 Sociální dávky aneb finanční podpora v péči o člověka s Alzheimerovou chorobou

V České republice mohou lidé s Alzheimerovou chorobou a jejich pečující osoby požádat o několik typů dávek, které cílí na zmírnění finančního tlaku spojeného s péčí o nemocné. Tato podpora je zásadní, jelikož péče o osobu s Alzheimerovou chorobou může být jak emocionálně, tak finančně náročná. Podpora může zahrnovat různé formy pomoci, jako je příspěvek na péči, dlouhodobé ošetrovné, příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku (Mertl, 2023).

4.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen pro jedince trpící dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, kam se řadí například i Alzheimerova choroba, kteří potřebují asistenci jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb. Tento příspěvek slouží k hrazení péče, která může být poskytována osobami blízkými, asistenty sociální péče, poskytovateli sociálních služeb a dalšími organizacemi (Sládková, 2021).

O příspěvek na péči mohou žádat lidé od jednoho roku věku, kteří kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují péči a asistenci při zvládnání základních životních potřeb. Mezi tyto potřeby patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, osobní hygiena, výkon fyziologických potřeb, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (avšak u dětí do 18 let se péče o domácnost nehodnotí) (Ondrušová et al., 2019).

Jak píše Sládková (2021), podmínka nároku na příspěvek na péči se rozděluje do čtyř stupňů závislosti, které reflektují míru potřeby pomoci. Žádost o příspěvek se podává na základě písemné žádosti na předepsaném tiskopise, který poskytuje ministerstvo. Tyto formuláře jsou dostupné na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce ČR nebo na portálu Ministerstva práce a sociálních věcí v sekci „Elektronické formuláře“. Žádost je podávána na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce ČR a příslušnost se určuje podle místa trvalého pobytu žadatele (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023).

Sociální pracovníci na krajské pobočce Úřadu práce ČR provádí sociálnímu šetření a posouzení stupně závislosti osoby ve vlastním sociálním prostředí (Ondrušová et al., 2019).

Na základě těchto informací krajská pobočka Úřadu práce ČR vydá rozhodnutí o přiznání nebo nepřiznání příspěvku. Proti tomuto rozhodnutí je možné se odvolat.

Odvolání se podává k úřadu, který rozhodnutí vydal, a o odvolání rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí (Ondrušová et al., 2019).

Podle Úřadu práce ČR (2023), pomoc při zvládání základních životních potřeb, které osoba s nárokem na příspěvek na péči nezvládá, může být poskytována následujícími subjekty:

- Osoba blízká: Jedná se o členy rodiny, jako jsou rodiče, manželé, sourozenci a další příbuzní, kteří mohou potřebnou péči a asistenci poskytovat.
- Asistent sociální péče: Jedná se o zdravotně způsobilou fyzickou osobu starší 18 let, která je zaměstnána za účelem poskytování sociální péče a asistence.
- Poskytovatel sociálních služeb: Tato kategorie zahrnuje různé instituce poskytující sociální služby, jako jsou domovy seniorů, pečovatelské služby a podobně
- Dětský domov
- Speciální lůžkové zařízení hospicového typu
- Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Podle Úřadu práce ČR (2023) se výše měsíčního příspěvku na péči odvíjí od stupně závislosti a věku žadatele. Pro osoby do 18 let platí následující částky, platné pro tento rok:

- Lehká závislost: 3 300 Kč při nezvládnání 3 životních potřeb
- Středně těžká závislost: 6 600 Kč při nezvládnání 4-5 životních potřeb
- Těžká závislost: 13 900 Kč při nezvládnání 6-7 životních potřeb
- Úplná závislost: 19 200 Kč při nezvládnání 8-9 životních potřeb

Pro osoby nad 18 let platí následující částky, platné pro tento rok:

- Lehká závislost: 880 Kč při nezvládnání 3-4 životních potřeb
- Středně těžká závislost: 4 400 Kč při nezvládnání 5-6 životních potřeb
- Těžká závislost: 12 800 Kč při nezvládnání 7-8 životních potřeb
- Úplná závislost: 19 200 Kč při nezvládnání 9-10 životních potřeb

Pokud se během pobírání příspěvku na péči změní situace, lze požádat o změnu výše příspěvku na základě návrhu na ministerstvem předepsaném tiskopise (Úřad práce, 2023).

Úřad práce ČR také poskytuje příjemcům příspěvku na péči a také pečujícím osobám podporu v hledání vhodného zaměstnání a dalších služeb v oblasti zaměstnanosti. Tato podpora zahrnuje poradenskou činnost a další služby, které pomáhají při uplatnění na trhu práce.

Účastníci řízení jsou povinni:

Podrobit se sociálnímu šetření pro účely přiznání příspěvku na péči, písemně ohlásit všechny změny, které by mohli ovlivnit nárok, výši neb výplatu příspěvku na péči, příslušné krajské pobočce Úřadu práce ČR do 8 dnů.

Za nedodržení těchto povinností tato výplata příspěvku může být po předchozím upozornění zastavena (Úřad práce, 2023).

4.2 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je opakující se peněžitá dávka určená pro osoby se zdravotním postižením starší jednoho roku, kterým byl přiznán průkaz osoby se zdravotním postižením s označením „ZTP“ nebo „ZTP/P“ a kteří se v kalendářním měsíci opakovaně dopravují nebo jsou dopravováni za úhradu. Tato dávka je také dostupná pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou. Osoby nesmí být ubytovány v zařízeních poskytující pobytové sociální služby, jak je definováno v zákoně o sociálních službách. Tato omezení zahrnují ubytování v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, zařízeních se zvláštním režimem nebo zdravotnických zařízeních poskytujících institucionální péči. Osobám, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby, lze příspěvek na mobilitu udělit výjimečně. Oprávněné osobě nepřísluší nárok na vyplacení příspěvku na mobilitu v případě, kdy jí je během celého kalendářního měsíce poskytována zdravotní péče během hospitalizace (Úřad práce, 2023).

Řízení o přiznání příspěvku na mobilitu je iniciováno na základě písemné žádosti, která musí být vyplněna na předepsaném formuláři ministerstva. Tuto žádost lze získat na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce ČR nebo na Integrovaném informačním portálu Ministerstva práce a sociálních věcí, kde je k dispozici v sekci „Formuláře“. Žádost je třeba podat na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce ČR v místě trvalého bydliště žadatele o příspěvek (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023).

Je důležité poznamenat, že pokud probíhá řízení týkající se získání průkazu osoby se zdravotním postižením, krajská pobočka Úřadu práce ČR přeruší současné řízení o příspěvku na mobilitu (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023).

Výše dávky příspěvku na mobilitu činí standardně 900 Kč měsíčně. Nicméně, osobám, které využívají po celý kalendářní měsíc zdravotnický prostředek pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii nebo zdravotnický prostředek pro domácí plicní umělou ventilaci, což je definováno kategoriemi kódu 10.03 a 10.08 dle Přílohy 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je přiznávána výjimečná vyšší měsíční

výše dávky ve výši 2 900 Kč. Pro uplatnění této vyšší částky je nutno předložit potvrzení zdravotní pojišťovny nebo smlouvu o výpůjčce zdravotnického prostředku (Čeladová & Čevala, 2020).

Příspěvek na mobilitu se vyplácí tzv. zpětně, což znamená, že je vyplácen do konce kalendářního měsíce následujícího po tom, za který náleží. V případě přání příjemce může být příspěvek vyplácen jednorázově za 3 kalendářní měsíce, za které náleží (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023).

4.3 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku je jednorázová peněžitá sociální dávka, určená pro osoby se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, včetně osob s Alzheimerovou chorobou, pokud jejich zdravotní stav nevyklučuje tuto dávku. Tato dávka může být poskytnuta pro zvláštní pomůcky, jako jsou motorová vozidla nebo speciální zádržní systémy, pro osoby s těžkým postižením pohybu, hlubokou mentální retardací nebo autistickou poruchou s těžkým funkčním postižením (Úřad práce, 2023).

Zdravotní postižení a podmínky pro získání příspěvku na zvláštní pomůcku jsou uvedeny v zákoně a vyhlášce. Posouzení zdravotního stavu pro tento účel provádějí posudkoví lékaři okresních správ sociálního zabezpečení.

Podle zákona jsou stanoveny následující podmínky pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku:

- Osoba musí dosáhnout určitého věku, který se liší v závislosti na druhu zvláštní pomůcky.
- Zvláštní pomůcka buď umožňuje osobě samostatnou péči o sebe, nebo je nezbytná pro uskutečnění pracovního uplatnění, přípravu na budoucí povolání, získávání informací, vzdělávání nebo komunikaci s okolím.
- Osoba musí být schopna zvláštní pomůcku využívat.
- Pro určité druhy zvláštních pomůcek mohou být stanoveny dodatečné podmínky.

Je důležité mít na paměti, že příspěvek na zvláštní pomůcku není poskytován na zdravotnické prostředky hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění nebo na zdravotnické prostředky, které nebyly osobě hrazeny ze systému veřejného zdravotního pojištění nebo jí nebyly zapůjčeny zdravotní pojišťovnou z důvodu nedostatečné zdravotní indikace (Úřad práce, 2023).

Druhy a typy zvláštních pomůcek, na které je možné získat příspěvek, jsou uvedeny v příloze vyhlášky. V případě, že osoba potřebuje zvláštní pomůcku, která není uvedena v seznamu, může být o příspěvek požádáno. V takovém případě se posuzuje, zda je konkrétní zvláštní pomůcka využitelná obdobně jako ty, které jsou uvedeny v seznamu.

Zákon stanovuje odlišný postup pro příspěvky na zvláštní pomůcky, jejichž cena nepřesahuje 10 000 Kč, příspěvky na zvláštní pomůcky, jejichž cena přesahuje 10 000 Kč, a příspěvky na motorová vozidla. Výše příspěvku na zvláštní pomůcku závisí na dalších faktorech, které stanoví zákon, jako je příjem osoby, společně posuzované osoby a jejich příjmy, míra spoluúčasti osoby, maximální limit příspěvku a případně již dříve vyplacené příspěvky na zvláštní pomůcky (Úřad práce, 2023).

4.4 Dlouhodobé ošetřovné

Nárok na dlouhodobé ošetřovné má osoba, která pečuje o blízkého, který potřebuje dlouhodobou péči v domácím prostředí. Pro získání této dávky je nezbytné, aby osoba, která pečuje, splňovala určité podmínky účasti na nemocenském pojištění. Pokud je zaměstnancem, musí být účast na nemocenském pojištění u zaměstnavatele minimálně 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících před nástupem na dlouhodobé ošetřovné. Pro osoby samostatně výdělečně činné platí, že musí být dobrovolně pojištěny na nemocenském pojištění minimálně 3 měsíce před nástupem na ošetřovné a během pobírání této dávky nesmí vykonávat svou činnost (Mertl, 2023).

Pečující osobou může být příbuzný nebo partner ošetřované osoby, který žije s ní v domácnosti, a to i bez přímého příbuzenského vztahu. Pokud však není příbuzný, je nezbytné, aby s ošetřovanou osobou sdílel trvalé bydliště a poskytoval jí celodenní péči. Dávka je poskytována v případech, kdy ošetřovaná osoba prodělala závažnou nemoc, která vyžadovala minimálně čtyřdenní hospitalizaci, a poté vyžaduje péči po dobu alespoň 30 dnů.

Od roku 2022 je nově možné čerpat dlouhodobé ošetřovné i v případě péče o osobu v nevyléčitelném stavu, která potřebuje paliativní péči v domácí prostředí. V tomto případě se podmínka předchozí hospitalizace neuplatňuje a rozhodnutí o potřebě péče vydává ošetřující lékař (Mertl, 2023).

Celkově je výše dávky stanovena podle pravidel platných pro nemocenské pojištění, s maximální podpůrnou dobou 90 dnů.

Zaměstnavatel může zaměstnanci odmítnout udělit souhlas s nepřítomností v práci z důvodu poskytování dlouhodobé péče, ale pouze za vážných provozních problémů.

V takovém případě musí zaměstnavatel písemně oznámit zaměstnanci důvody svého rozhodnutí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023).

5 Výzkumná část

5.1 Cíl práce výzkumu

Cílem práce je popsat specifika mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou.

5.2 Výzkumné otázky

1. Jak vnímají pečující osoby mezigenerační solidaritu v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou?

2. Jak vnímají rodinní příslušníci mezigenerační solidaritu v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou?

3. Jak vnímají mladí dospělí mezigenerační solidaritu v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou?

6 Metodika sběru dat

6.1 Charakteristika metody a techniky výzkumu

Zvolila jsem kvalitativní strategii sběru dat, která se zaměřuje na pochopení a interpretaci komplexních jevů, procesů a interakcí v jejich přirozeném kontextu.

Podle Hendla (2023) se kvalitativní výzkum definuje jako proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích, který zkoumá daný sociální nebo lidský problém. V rámci tohoto výzkumu výzkumník vytváří komplexní a holistický obraz, analyzuje různé typy textů, zjišťuje názory účastníků a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. Typickým průběhem kvalitativního výzkumu je, že výzkumník na začátku vybírá téma a formuluje výzkumné otázky. Tyto otázky mohou být modifikovány nebo doplněny během průběhu sběru a analýzy dat. Z tohoto důvodu je kvalitativní výzkum někdy označován za emergentní nebo pružný typ výzkumu. Okruhy otázek polostrukturovaných rozhovorů jsou přiloženy v příloze.

6.2 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Komunikační partneři byli vybráni metodou sněhové koule, což zahrnovalo počáteční identifikaci několika jednotlivců a následné kontaktování dalších členů skupiny na základě doporučení vybraných osob (Sociologická encyklopedie, 2018).

Výzkumný soubor bakalářské práce byl tvořen dospělými lidmi ve věku od 18 do 70 let. Jednalo se o deset žen a tři muže. Pro výběr vzorku byly zohledněny tři specifické skupiny. První skupinu tvořily pečující osoby, druhou skupinu tvořili rodinní příslušníci a třetí skupinu mladí dospělí. S komunikačními partnery byla domluvena osobní schůzka. Během schůzky byli seznámeni s tématem bakalářské práce. Dále byli informováni o záměru nahrát rozhovor na diktafon v mobilním telefonu, který následně bude přepsán do písemné podoby. Rozhovory se uskutečnily v lokalitách České Budějovice a Prachatic.

6.3 Zpracování získaných dat

Pro analýzu dat bylo použito otevřené kódování. Podkladem pro kódování sloužily doslovné přepisy rozhovorů, které poskytovaly kompletní a detailní záznamy obsahující veškeré informace a výroky účastníků.

Podle Hendla (2023) je možné provádět kódování slovo po slově nebo na základě odstavců, a dokonce i celých textů. Během procesu kódování se vytvářejí kategorie, do nichž se řadí relevantní údaje z textu v souladu s předem stanovenými kritérii nebo tématy.

6.4 Etika výzkumu

Hricová et al. (2023) zdůrazňuje, že zveřejňování výzkumných prací a získaných poznatků musí respektovat nejen občanskoprávní legislativu, ale také další normy, zejména etické kodexy a normy platné na univerzitách a vysokých školách. V rámci těchto norem jsou kladeny další požadavky na výzkumné pracovníky, jako je odpovědnost za přesnost a objektivitu prováděného výzkumu. Při zveřejňování výsledků musí být věnována pozornost úplnosti a ověřitelnosti a interpretace musí být provedena bez zkreslení. Dále je důležité uznat vědecký přínos předchůdců a kolegů a citovat relevantní práce, které nejsou v souladu s vlastními výsledky a závěry. Při prezentaci dat je nezbytné reflektovat a chránit osobní a citlivé informace získané během výzkumu a zajistit jejich ochranu proti zneužití nebo prozrazení.

Výzkum byl realizován v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů a při analýze dat byl kladen důraz na zachování anonymity všech zúčastněných subjektů. Prezentace výsledků neobsahuje žádné identifikační údaje a jednotliví informanti byli označeni kódovými označeními jako KP1 až KP13, aby jejich totožnost zůstala utajena. V příloze přikládám vzor použitého informovaného souhlasu, který každý účastník před rozhovorem podepsal.

7 Výsledky výzkumu

V této části kapitoly jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření založeného na analýze informací z polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly provedeny se 13 komunikačními partnery (dále jen KP), kteří žijí v okresech České Budějovice a Prachatice. Mezi nimi byli 4 pečující osoby, 4 rodinní příslušníci a 5 mladých dospělých, z toho deset žen a tři muži. Na začátku výzkumného rozhovoru byly KP položeny otázky ohledně jejich věku, zaměstnání a zkušeností s Alzheimerovou chorobou, které jsou shrnuty v tabulce 1. Tabulka byla vyhotovena v programu Word.

Tabulka č.1: Charakteristika komunikačních partnerů – pečující osoby, rodinní příslušníci, mladí dospělí

	Komunikační partneri	Pohlaví	Věk	Zaměstnání	Zkušenosti s ACH
Pečující osoba	KP1	Žena	30	Zdravotní sestra v domově pro seniory	4 roky práce s lidmi s ACH
Pečující osoba	KP2	Žena	52	Pracovník v sociálních službách - pečovatelka	8 let práce s lidmi s ACH
Pečující osoba	KP3	Žena	54	Akademický pracovník	15 let péče o dědečka
Pečující osoba	KP4	Žena	70	Starobní důchodce	15 let péče o maminku s ACH
Rodinný příslušník	KP5	Žena	31	Nákupčí	Prastrýc – byl u nás na dožití
Rodinný příslušník	KP6	Muž	48	Strojník elektrotechnických zařízení na Temelíně	Teta a babička s ACH
Rodinný příslušník	KP7	Muž	44	Zaměstnanec obecního úřadu jako řidič	Babička s ACH
Rodinný příslušník	KP8	Žena	36	Kuchařka na ZŠ	Maminka s ACH
Mladý dospělý	KP9	Žena	24	Sociálně zdravotní pracovník	Péče o babičku, práce s lidmi s ACH
Mladý dospělý	KP10	Žena	26	Sociální pracovník	Péče o babičku, práce s lidmi s ACH
Mladý dospělý	KP11	Muž	18	Student – SŠ	Dědeček s ACH
Mladý dospělý	KP12	Žena	19	Studentka – SŠ	Babička s ACH
Mladý dospělý	KP13	Žena	24	Servírka v restauraci	Babička s ACH

7.1 Výsledky rozhovorů

Na základě výzkumného šetření vznikly 4 hlavní kategorie. První kategorie jsou formy mezigenerační solidarity, druhou překážky v poskytování péče, třetí dopad na osobní život při péči o osobu s ACH, čtvrtá pomoc v péči o osoby s ACH.

7.1.1 Kategorie 1: Formy mezigenerační solidarity

První kategorie je tvořena na identifikaci různých forem mezigenerační solidarity. Tato analýza se soustředí na to, jak vnímají mezigenerační solidaritu pečující osoby, rodinní příslušníci a mladí dospělí, viz obrázek 1.



Obrázek č. 1: Formy mezigenerační solidarity

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Vyjma KP9 všichni ostatní KP zdůraznili potřebu vzájemné pomoci mezi generacemi, od mladých lidí starším. KP11 uvádí: „*To je trochu těžký, musím říct. Nevím úplně přesně, jak bych to definoval. Ale no, podle mě, mezigenerační solidarita je takový to, že v rodině pomáhají asi starším lidem. Ale tohle je fakt těžký pojem, na kterej člověk musí trochu víc přemýšlet. A v čem myslíte konkrétně třeba pomáhat, by Vás napadlo? To je dobrá otázka. Já můžu tak maximálně pomoc s technologií, jo no a občas na chvíli dědu pohlídám, přinesu mu jídlo na stůl. Nic mě jinýho nenapadá.*“ KP9 se zaměřil na respekt a toleranci mezi různými věkovými skupinami a na vzájemné chování se k sobě. KP1, KP2 a KP4 se shodli na důležitosti mezigenerační pomoci jak od mladých lidí starším, tak od starších lidí mladým. KP4 odpovídá: „*Co to je? No to já nevím. No, co to tak asi je, no že máme asi pomáhat těm mladším, jako že bych měla hlídat vnoučata, tak já už nikoho nemám, tak by měli ale pomáhat mně. Když je to solidarita, tak je jako pomoc no, ale i od těch mladejch nám starým lidem.*“

KP1 a KP10 zdůraznili důležitost finanční podpory a pomoci v domácnosti v rámci mezigenerační solidarity. KP1 uvádí: „*V každém věku má člověk co nabídnout, ať už finančně, nebo pomoc v domácnosti.*“ KP10 uvádí: „*Mladší generace pomáhá té starší generaci, například po finanční stránce nebo pomáhá v domácnosti.*“

Pět komunikačních partnerů se sjednotilo ve vnímání zásadní důležitosti poskytování podpory v situacích, kdy jiná generace zajišťuje běžné denní úkoly. Konkrétně se jedná o KP2, KP5, KP6, KP7, KP9, KP10. KP2 říká: „*To znamená, že starší generace může pomáhat těm mladším a naopak, ať už jde o porozumění, radu nebo pomoc v každodenním životě, například úklid, pomoc s hygienou, nákupy, a tak různě.*“ KP7 navíc říká: „*Ať už je to příbuzný nebo jiný člověk, je to morální povinnost někomu pomoc, ať už s nákupem, odvézt ho k doktorovi, pomoc mu na zahradě, když dochází síly.*“

Dále KP2 se zaměřil na důležitost porozumění a podpory mezi generacemi. Vedle praktické pomoci je klíčové poskytování rad a emocionální podpora při řešení každodenních výzev. KP2 uvádí: „*To je takový pocit, že různý lidi se vzájemně podporují, ať už jde o porozumění, radu nebo pomoc v každodenním životě.*“

KP3 konkrétně popisuje mezigenerační solidaritu v rámci rodiny, která se projevuje při péči o seniory. KP3 uvádí: „*Mezigenerační solidarita v rodině při péči o seniora, jedná se o solidaritu dětí se svými starými rodiči či prarodiči, která určuje, že zajistím péči o své staré rodiče či prarodiče.*“

KP6 uvedl, že pojem „mezigenerační solidarita“ by vymezil jako chování se k sobě mezi různými věkovými skupinami. KP6 uvádí: *„No tak jako jak se k sobě chovají mladý a starý lidi no.“*

KP8 měl problém na tuto otázku odpovědět. KP8 říká: *„Tak na mezigenerační solidaritu jsem slyšela, ale upřímně nevím úplně přesně, co to znamená. Asi nějaká pomoc. Napadá Vás něco konkrétního? Ne, nevím.“*

KP9 vymezuje mezigenerační solidaritu především jako respekt a toleranci mezi osobami různých věkových skupin. KP9 uvádí: *„Vymezila bych jí hlavně jako respekt a toleranci mezi osobami různých věkových skupin.“*

KP12 chápe mezigenerační solidaritu jako vzájemnou spolupráci a pomoc. KP12 uvádí: *„No, tak mezigenerační solidarity, to je asi o tom, že různé věkové generace lidí by měly spolupracovat a pomáhat si navzájem.“*

KP13 vymezuje mezigenerační solidaritu jako pomoc a spolupráci mezi různými generacemi KP13 říká: *„Mezigenerační solidarita? To zní složitě. Jestli to dobře chápu, tak to asi znamená, že různé generace lidí by měly spolupracovat a pomáhat si navzájem.“*

7.1.2 Kategorie2: Překážky v poskytování péče:

Druhá kategorie se zaměřuje na překážky, které se vyskytují při péči o osoby trpící Alzheimerovou chorobou, a zkoumá, jak tyto překážky vnímají pečující osoby, rodinní příslušníci a mladí dospělí, viz obrázek 2.



Obrázek č. 2: Překážky v poskytování péče

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Všichni KP se shodují na tom, že finanční náročnost je jednou z hlavních překážek v poskytování péče. Například KP2 uvádí: *„Pak taky věc s penězi, když si rodina nemůže dovolit placenou péči nebo jiný pomocné služby, který by mohly s péčí pomoci.“* KP9 k tomu také dodává postoj zaměstnavatele. KP9 říká: *„Dle mého názoru je to hlavně postoj zaměstnavatele a s tím spojené finance pečujících.“*

KP1, KP2, KP4, KP6, KP8 a KP11 se vyjadřují k časové zátěži spojené s péčí, zatímco KP7 a KP10 zdůrazňují také ztrátu osobního života v této situaci. KP10 uvádí: *„Dlouhodobá péče musí být vyčerpávající, po nějaké době si mohou připadat, jako kdyby byli odtrženi od společenského života.“*

Z odpovědí je také zřejmá fyzická náročnost spojená s poskytováním péče. KP9 uvedl: *„Jednou z překážek může být i fyzická náročnost péče.“* KP10: *„Z mého hlediska je to asi velká fyzická zátěž.“*

KP1, KP5, KP6, KP7 a KP8 se shodují, že ztráta zaměstnání je významnou překážkou při poskytování péče. KP6 uvádí: *„No tak samozřejmě zaměstnání, to je další věc no. Takže to je právě ta věc, že když má někdo dobrý zaměstnání, tak by o něj třeba nechtěl přijít, když by třeba odešel z práce, tak už by se tam nemusel vrátit, a to je další z překážek.“* KP1 se shoduje, že ztráta zaměstnání je významnou překážkou při poskytování péče. KP1 uvádí: *„Málokterá rodina si může dovolit přijít o jeden celý příjem, státní příspěvek pro pečující osobu plný příjem obvykle jen těžko nahradí.“*

Ohledně psychické zátěže se poté vyjádřili KP2, KP7 a KP10. KP2 sděluje: *„Péče o někoho s Alzheimerem může být fakt náročná a psychicky vyčerpávající.“* KP10 sděluje: *„Taky dost psychická zátěž pro pečující osoby.“* KP7 uvádí: *„A určitě to zasáhne celou rodinu nejen toho člověka, co se stará, je tam psychické tlak a můžou se rodiny kolem sebe rozhádat.“*

KP3 se k překážkám v poskytování péče vyjádřil tím, že zmínil možný osobní zdravotní stav a péči o dalšího člena domácnosti, jako je například dítě s postižením. KP3 říká: *„Lidské znamenají i to, že můj zdravotní stav mi neumožňuje starat se o tuto osobu nebo i můj rodinný stav, pečuji např. o dítě s postižením.“*

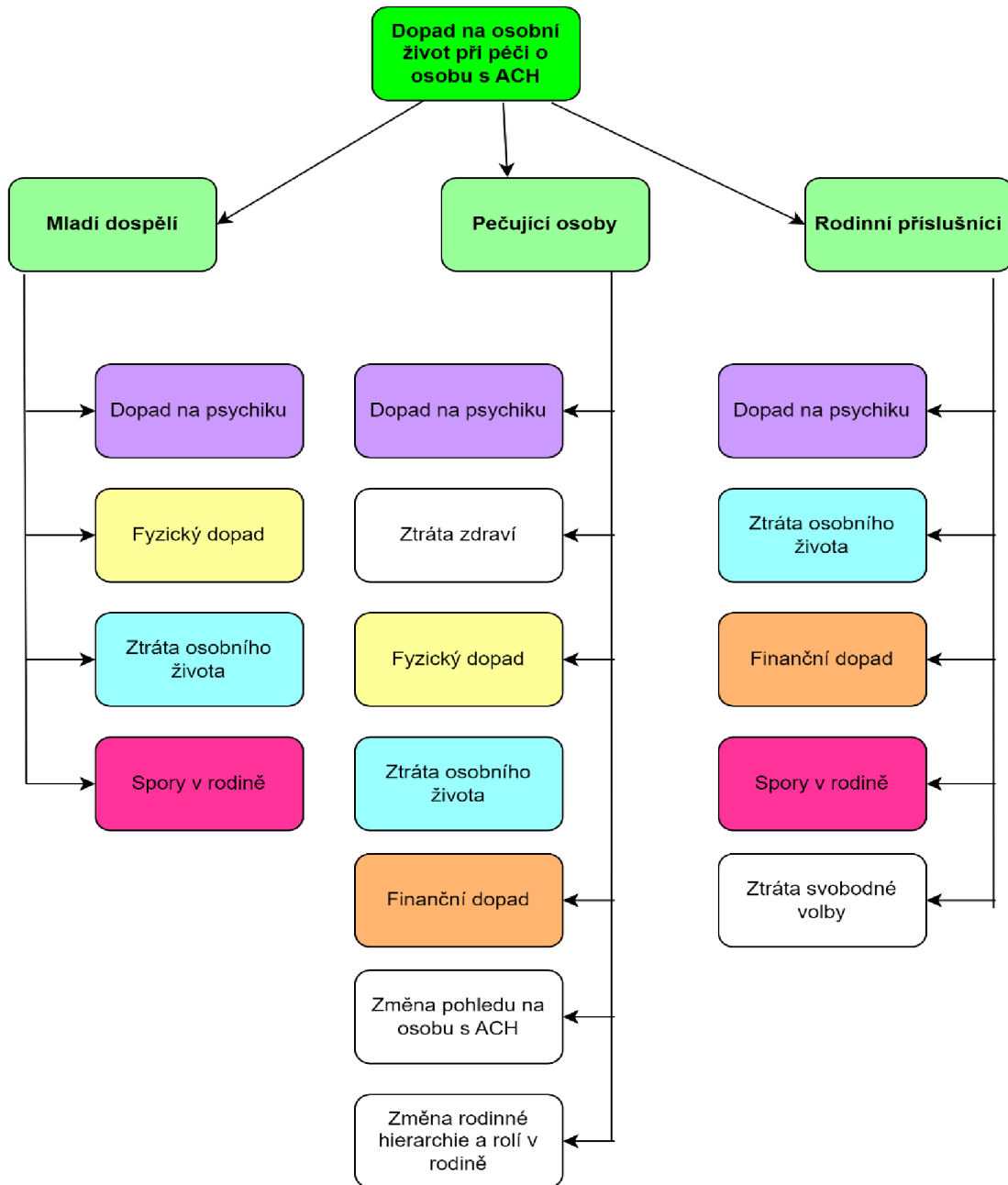
KP9 navíc uvádí strach z nepochopení nebo z nemoci a s tím spojenou péčí, zatímco KP10 zdůrazňuje rodinné rozepře jako další významný aspekt související s poskytováním péče. KP9 říká: *„Obavy nebo nepochopení specifík Alzheimerovy choroby.“* KP10 říká: *„Mohou vzniknout i různé rodinné rozepře, jelikož je péče o osoby s touto chorobou nepřetržitá a pečující jim věnují téměř veškerý volný čas.“*

KP12 také označuje obtíže v komunikaci s jedincem trpícím s ACH. KP12 říká: „*No, myslím, že to může být dost náročné, protože Alzheimerova choroba může způsobit velké změny v chování dotyčné osoby. Třeba ta komunikace, protože lidi sou furt zmatený a ničemu nerozumí, to jako bylo dost těžký něco babče vysvětlit.*“

KP13 zmiňuje nedostatek podpory a porozumění ze strany společnosti jako faktor bránící účinné zvládnání. KP13 říká: „*No myslím si, že nedostatek podpory a porozumění ze strany společnosti může bejt velkou překážkou. To ti jako na psychiku nepřidá.*“

7.1.3 Kategorie 3: Dopad na osobní život při péči o osobu s ACH

Třetí kategorie se zaměřuje na dopady v osobním životě, které se vyskytují při péči o osoby trpící Alzheimerovou chorobou, a zkoumá, jak tyto překážky vnímají pečující osoby, rodinní příslušníci a mladí dospělí, viz obrázek 3.



Obrázek č. 3: Dopad na osobní život při péči o osoby s ACH

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Sedm KP zdůraznilo, že péče o osobu s Alzheimerovou chorobou má významný dopad na jejich psychický stav. Konkrétně se jedná o KP1, KP2, KP6, KP7, KP8, KP9 a KP10. KP6 říká: *„Psychicky náročný, protože ten člověk, jak ta nemoc nějakým způsobem postupuje a ten nemocný člověk prostě zapomíná na lidi kolem sebe, na to kdo to je, kam je má zařadit, a i to člověka prostě mrzí a bere si to.“*

Kromě psychického zatížení, KP2 a KP10 uvádějí, že péče o osobu s ACH přináší také fyzické výzvy. KP10 uvádí: *„Na mě osobně i na moji rodinu to mělo velký dopad především po fyzické stránce, ona babička nebyla zrovna lehká a pohnout s ní bylo dost fyzicky náročný no a taky po psychické stránce to lehké nebylo.“*

KP3, KP4, KP6, KP7, KP9, KP10, KP12, KP13 uvádí, že péče o osobu s ACH často znamená ztrátu osobního života. KP10 uvádí: *„Starali jsme se takto o babičku a péče o osobu s Alzheimerovou chorobou je velice časově náročná, pro sebe nezbyde skoro žádný čas, museli jsme se pravidelně domlout, kdo a jaký den u babičky bude, kdy jsme jí pomáhali s chodem domácnosti, uklízeli jsme, vařili, chodili s ní na nákupy a procházky.“* KP7 navíc zdůrazňuje, že péče o osobu s ACH nabourá vztahy v rodině a často omezuje svobodnou volbu života. KP7 říká: *„To prostě nejde jen o člověka konkrétního, tak to ovlivní celý běh rodiny, je to psychická zátěž, přijdeš o osobní život, je to úvazek na celý den. Určitě to nabourá ten vztah a myslím si, že to může nabourat i ten vztah s partnerem. Přicházíš o svobodnou volbu života, je to oběť.“*

Spory v rodině byly dalším důležitým tématem pro KP5, KP11, KP13 a KP7. KP5 uvádí: *„Často rozpor v rodině v tom, co je pro opečovávaného nejlepší, jelikož mnohdy chtěl po každém něco jiného – vodu teplou/studenou, slazenou/neslazenou, caro s mlíkem/jen vodou.“* KP11 k tomu přidává, že na něj to nemá žádný dopad, spíše to pro něj znamená více prostoru pro sebe, což vnímá pozitivně. KP11 říká: *„Tak na mě asi žádný dopad, jen to že mám víc prostoru pro sebe, což je fajn. Ale rodiče, to už je horší, tam se to dost změnilo, docela často se hádají, asi je to pro oba stresující, ta péče.“*

KP4, KP9 a KP13 také zmiňovali téma vyčerpání v souvislosti s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou. KP13 uvádí: *„Jako servírka pracuji na plný úvazek, což je dost fyzicky náročná, a když přijdu domů, tak občas rodičům pomůžu s babi. Ale to je hrozně vyčerpávající a občas cítím, že nemám dostatek energie.“*

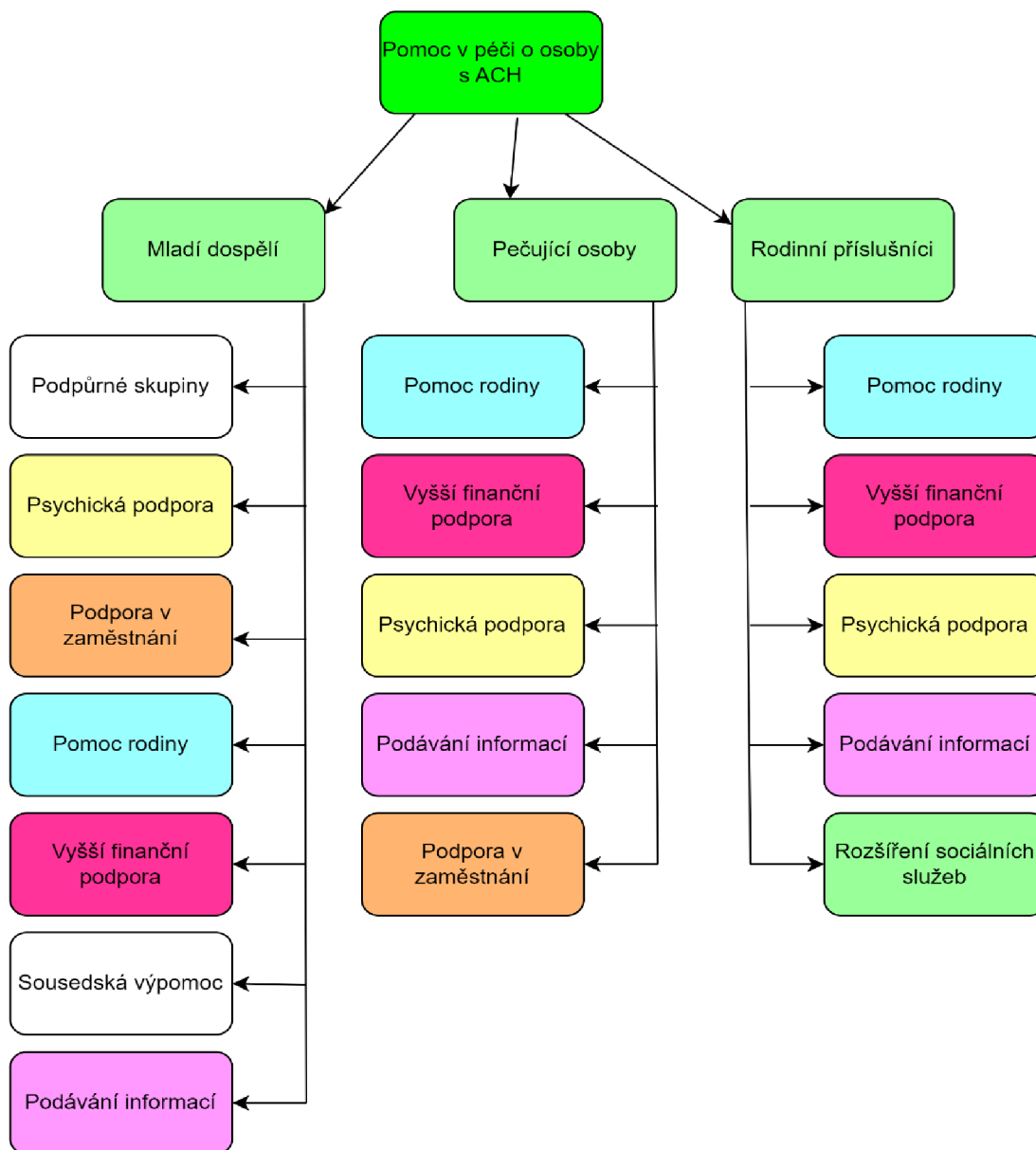
KP3, KP4 a KP8 dále zdůrazňují finanční dopady spojené s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou. KP4 uvádí: *„No jako, že to je moc drahý, ono ty plinky vám daj pár kusů no, a to je málo, to nestačí, viš ty, jak jsou drahý, to se člověk nedoplatí.“*

KP3 se také dále vyjadřuje o změně pohledu na postiženou osobu a o změně rodinné hierarchie a rolí v rámci rodiny v důsledku péče o osobu s Alzheimerovou chorobou. KP3 povídá: *„Časová a finanční náročnost, změna v pohledu na osobu, o kterou jsem pečovala, změna rodinné hierarchie a rolí v rodině.“*

KP4 se zaměřoval na problémy spojené se ztrátou zdraví v kontextu péče o osobu s Alzheimerovou chorobou. KP4 uvedla: *„Takovej dopad, že jsou lidi úplně vyčerpaný, vůbec se od toho člověka nemůžeš hnout, táta ten pořad někde jezdil a já nic. Člověk přijde úplně o zdraví. Taky jsem pak určitě kvůli tomu dostala tu rakovinu prsa, protože jsem se úplně vyčerpala.“*

7.1.4 Kategorie 4: Pomoc v péči o osoby s ACH

Čtvrtá kategorie se zaměřuje na pomoc v péči o osoby s ACH, zkoumá, jak tuto pomoc vnímají pečující osoby, rodinní příslušníci a mladí dospělí, viz obrázek 4.



Obrázek č.4: Pomoc v péči o osoby s ACH

Zdroj: Vlastní výzkum, 2024

Všichni KP s výjimkou KP3 se shodli na potřebě zvýšení finanční podpory ze strany státu. KP8 uvádí: „*Za mě je nejdůležitější finanční podpora, bez financí si těžko zaplatíme služby.*“

Podpora v oblasti psychického zdraví je důležitá pro KP2, KP6, KP7, KP9 a KP10. KP2 říká: „*Někdy mluvit s někým, kdo mě poslouchá a rozumí mi, to je taky super, protože*

se cítím trochu lépe po psychické stránce. A samozřejmě, když mám lidi kolem sebe, kteří mi dávají pozitivní energii a povzbuzují mě, to je taky nejvíc.“

Čtyři KP zdůraznili, že poskytování informací o dostupných službách je důležité. Jsou to KP3, KP5, KP9 a KP10. KP10 uvádí: *„Je to třeba poskytování informací, které potřebují vědět, třeba o dostupných zdrojích podpory nebo o různých službách v jejich okolí, které nabízí pomoc například s chodem domácnosti, úklidem, nákupy a tak dále.“*

Rozšíření sociálních služeb je prioritou pro KP1, KP3, KP5 a KP8. KP5 se vyjádřila: *„Více sociálních služeb, nebo odborného personálu, který by mohl s ležícím dělat i víc než jen rutinní hygienu, třeba cvičit nebo dát rodině tipy na kreativní vyžití pro upoutaného na lůžko.“*

KP1 a KP10 se shodují na důležitosti podpory v pracovním prostředí. KP10 navíc uvádí důležitost podpůrných skupin pro pečující osoby. KP10 říká: *„Dále by bylo třeba pomoc zjistit, jestli v okolí nejsou nějaké podpůrné skupiny, kde by se pečující setkávali a vzájemně by si radili a pomáhali, nebo pomoc například v práci, kde by jim byla umožněna flexibilní pracovní doba, kde to jde tak i Home office a tak dále.“*

Navíc KP9 ještě zdůrazňuje význam sousedské výpomoci. KP9 uvádí: *„Je fajn i v případě sousedů v domě / na sídlišti to může být třeba nabídnutí pomoci s nákupem, procházka s osobou s ACH nebo jen popovídání si u kávy. Pečující často postrádají možnost odejít k lékaři na vyšetření, tak v takovém případě by se mohlo jednat např. zajistit několika hodinovou péči o osobu s ACH.“*

7.2 Shrnutí výsledků:

Výzkumná otázka 1 - Pečující osoby vnímají mezigenerační solidaritu v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou jako pomoc od mladších starším, tak i starších členů rodiny těm mladším. To může zahrnovat poskytování péče, radu, porozumění, finanční podporu a pomoc v každodenních činnostech. Překážky v poskytované péči mohou zahrnovat nevhodné bydlení, finanční a psychickou náročnost, strach z nepochopení a ztrátu zaměstnání a také časovou zátěž. Péče o osobu s Alzheimerovou chorobou má dopad na osobní život pečujících, včetně psychických, fyzických a finančních aspektů, a může vést k změnám v rodině. Jako pomoc v péči zmiňují psychickou podporu, podporu v zaměstnání, rodinnou podporu, vyšší finanční pomoc a poskytování informací.

Výzkumná otázka 2 - Rodinní příslušníci vnímají mezigenerační solidaritu při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou jako pomoc mladších generací starším. Zvláštní pozornost je věnována mezilidským interakcím a podpoře v každodenních činnostech, které jsou nezbytné pro poskytování péče. Překážky v poskytované péči zahrnují finanční

náročnost, ztrátu zaměstnání a časovou zátěž. Péče má významný dopad na osobní život, včetně psychiky, osobního času a financí, což může vést ke sporům v rodině a pocitu ztráty svobody. Pomoc v péči o osoby s ACH by uvítali v podpoře ze strany rodiny, dále psychickou podporu, lepší sdílení informací a rozšíření sociálních služeb.

Výzkumná otázka 3 - Mladí dospělí vnímají mezigenerační solidaritu jako pomoc mladších generací starším. Zahrnuje jak praktickou pomoc v každodenních činnostech, tak i finanční podporu a mezilidské interakce. Překážky v poskytované péči zahrnují rodinné konflikty, fyzickou a psychickou zátěž, finanční náročnost a obavy ze ztráty osobního života. Péče o osobu s Alzheimerovou chorobou má významný dopad na osobní život poskytovatelů péče, zahrnující psychické a fyzické důsledky, ztrátu osobního života a konflikty v rodině. Mladí dospělí by uvítali zlepšení dostupnosti podpůrných skupin a psychologické podpory, flexibilní pracovní podmínky a projevy solidarity ze strany rodiny a sousedů. Dále zmiňují zvýšení finanční podpory a možnost sdílení užitečných informací.

8 Diskuse

Bakalářská práce se zaměřuje na zkoumání mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Hlavním cílem práce bylo popsat specifika mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou.

Výsledky této studie nelze automaticky zobecnit na celou populaci pečujících osob a rodinných příslušníků osob s Alzheimerovou chorobou. Data získaná z rozhovorů s komunikačními partnery poskytují cenné informace o vnímání mezigenerační solidarity a překážkách, se kterými se při péči setkávají. Je však důležité zdůraznit, že tyto poznatky jsou relevantní pouze pro tyto konkrétní komunikační partnery.

Zvolila jsem kvalitativní výzkumnou strategii a metodu polostrukturovaného rozhovoru pro zkoumání vnímání mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Před samotným rozhovorem jsem připravila otázky, které jsem formulovala tak, aby mi poskytly co nejvíce informací o potřebách komunikačních partnerů. Data jsem zpracovala pomocí otevřeného kódování. Konkrétně jsem se zaměřila na tři skupiny respondentů: pečující osoby, rodinné příslušníky a mladé dospělé. Výzkumné otázky zněly: Jak pečující osoby vnímají mezigenerační solidaritu v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou? Jak rodinní příslušníci vnímají mezigenerační solidaritu v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou? Jak mladí dospělí vnímají mezigenerační solidaritu v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou?

Mezigenerační solidarita hraje v rodině velmi důležitou roli. Pomoc a podpora mezi různými generacemi vytváří silnější vazby a posiluje rodinné vztahy. Většina komunikačních partnerů potvrdila, že solidarita může zahrnovat finanční podporu, sdílení zkušeností a rad či vzájemné porozumění. Skrze mezigenerační solidaritu se rodiny vzájemně podporují v různých životních situacích a tvoří pevný základ pro celou rodinu. Pečující osoba KP1 říká: *„V každém věku má člověk co nabídnout, ať už finančně, nebo pomoc v domácnosti.“* Rodinný příbuzný KP8 dále povídá: *„Může to být pomoc jak s úklidem, vařením, tak ale i finančně.“* KP12 mladý dospělý dále uvádí: *„No tak v čem se dá pomoci, asi s úklidem, vaření, celkově pomoc v domácnosti, a tak různě, jo ještě nákup, to taky.“* Mojžišová & Břízová (2021) uvádějí, že funkční rodina poskytuje podporu v psychické, fyzické i materiální rovině. Rodina často ovlivňuje aktivity jednotlivce a je pro něj důležitým základem pro orientaci v životě.

KP se také shodli na vymezení mezigenerační solidarity jako poskytování pomoci, péče mladšími generacemi starším a naopak, pomoc staršími generacemi mladším.

Rodinný příslušník KP6 vymezuje mezigenerační solidaritu takto: „*No tak jako jak se k sobě chovají mladý a starý lidi no. Mladí pomáhají starým. Bych to definoval takhle asi. Konkrétně pomoc ve věcech, které už nezvládají.*“ Pečující osoba KP1 uvádí: „*Mezigenerační solidaritu bych definovala jako sounáležitost mezi generacemi, kdy obvykle mladší generace pomáhá té starší, ale může to být i naopak.*“ Mladý dospělý KP10 říká: „*Mezigenerační solidarita je vlastně vzájemná pomoc mezi různými generacemi jak v rodině, tak i ve společnosti.*“ Adámková et al., (2021) ji definuje jako poskytovanou péči svému blízkému. Blízký často bývá dítě, mladistvý nebo mladý dospělý s postižením, nemocný partner nebo stárnoucí rodič.

V rozhovorech bylo dále zjišťováno, jaké jsou překážky v poskytování péče o osobu s ACH. Z odpovědí lze konstatovat, že finanční náročnost, časová zátěž, ztráta osobního života, fyzická náročnost a ztráta zaměstnání jsou významnými faktory ovlivňujícími situaci pečujících osob. Kromě toho je třeba zdůraznit také další aspekty, jako je strach z nepochopení nebo z nemoci, který může být spojen s péčí o nemocného člena rodiny. Rodinné rozepře jsou dalším významným faktorem. V neposlední řadě je nutné brát v úvahu i další možné překážky, jako je osobní zdravotní stav pečujících osob a potřeba péče o další členy domácnosti, například děti s postižením. KP3 pečující osoba uvádí: „*Lidské znamenají i to, že můj zdravotní stav mi neumožňuje starat se o tuto osobu nebo i můj rodinný stav, pečují např. o dítě s postižením.*“ Tyto faktory mají vliv na celkovou situaci pečujících osob a je důležité je zohlednit při poskytování podpory a pomoci v rámci péče o osoby s Alzheimerovou chorobou. Z odpovědí komunikačních partnerů je zřejmé, že tyto překážky mají negativní dopad nejen na pečující, ale i na celou rodinu. Průša (2021) identifikuje překážky spojené s péčí, jako systémové bariéry s individuálními situacemi každé rodiny pečujícího. Hlavní z překážek tvoří nedostatek finančních prostředků, což má za následek, že potřeby pečujících nejsou plně uspokojeny. Nedostatek finančních prostředků může vést k nižšímu standardu péče anebo zvýšené pečovatelské zátěži.

Další z překážek tvoří dispoziční okolnosti, přičemž nejvíce problémovou oblastí je nedostatečná dostupnost konkrétních sociálních služeb v lokálním kontextu. Tato situace souvisí s další skupinou překážek, kterou tvoří nedostatečná informovanost pečujících osob a obtížná dostupnost komplexní nabídky sociálních služeb. Komunikační partneři uváděli zejména to, že informovanost a sociální služby jsou nedostatečné. Pečující osoba KP3 uvádí: „*Více informací, dostatečný přehled toho, na co má rodina nárok, více specializovaných terénních služeb, dobrovolníků, profesionálních pečovateli, denních*

stacionářů, odlehčovacích služeb.“ Rodinný příslušník KP8 se vyjádřil: *„Takže že by mohlo být víc zdrojů a služeb, který by pomohly zvládat péči a zároveň zachovávat jejich vlastní zdraví a pohodu.“* Mladý dospělý KP10 dále dodává: *„Dále pak třeba podporovat rozšíření nových sociálních služeb, které pomáhají těmto osobám.“* To se shoduje s tvrzením Čípkové (2018), jež uvádí, že problémem je nedostatečná informovanost o možnostech a nabídce sociálních a zdravotních služeb. Koordinace mezi těmito službami vážně a kompetence sociálních pracovníků jsou omezené. Je důležité si uvědomit, že pomoc rodiny a komunity by měla být vždy první volbou při hledání podpory. Systém sociálních a zdravotních služeb nedokáže pokrýt veškerou poptávku po péči a potřebuje spolupráci s rodinami a blízkými klientů. Je vhodné, aby se obě formy pomoci doplňovaly. Nicméně postavení rodinných pečovatelů není v České republice příliš příznivé.

Z výzkumu vyplývá, že péče o osobu s Alzheimerovou chorobou má významný dopad na osobní život pečujících. Pečující uvádějí, že tato péče přináší značné psychické výzvy a často vede k vyčerpání. Navíc se setkávají s fyzickými obtížemi spojenými s péčí. KP12 mladý dospělý uvádí: *„Je to asi i fyzicky i náročný, když vidím, jak oba rodiče musí babičku tahat a ona je dost těžká.“* A často dochází k ztrátě osobního života a narušení vztahů v rodině. Rodinný příslušník KP7 říká: *„Určitě to nabourá ten vztah a myslím si, že to může nabourat i ten vztah s partnerem.“* Spory v rodině jsou dalším důležitým tématem, které pečující uvádějí. Nicméně KP11 jeden z mladých dospělých, kde péči o osobu s ACH poskytují rodiče, vnímá jako možnost získat více prostoru pro sebe, což vnímá pozitivně. KP11 říká: *„Tak na mě asi žádnéj dopad, jen to že mám víc prostoru pro sebe, což je fajn.“* KP12 mladý dospělý pak uvádí nedostatek času rodičů, kdy je většina času věnováno babičce, tak už nezbývá čas na KP. KP12 říká: *„Jen mě trochu mrzí, že rodiče na mě nemají moc čas, protože většinu času se musí starat o babičku.“* Toto tvrzení potvrzuje Centrum pro rodinu a sociální péči (2024), kde se píše, že některým lidem z takzvané sandwichové generace může být obtížné spojit péči o starší členy rodiny s péčí o své vlastní děti. Často se stane, že potřeby seniorů vyžadují více času a pozornosti, což může mít za následek, že děti jsou někdy trochu stranou.

Kromě toho pečující zmiňují i finanční dopady spojené s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou a pozorují změnu pohledu na postiženou osobu a změnu rodinné hierarchie a rolí v rámci rodiny v důsledku této péče. Problematika spojená se ztrátou zdraví v kontextu péče o osobu s Alzheimerovou chorobou je dalším závažným tématem, na které pečující upozorňují. KP7 konkrétně zmiňuje: *„Aby ten člověk nebyl*

mucenej chodit do zaměstnání, aby to pokrylo jeho náklady na živobytí, ten člověk je pak sám náchylnější k nějaké nemoci, protože je pak vyčerpanější.“ Péče má významný dopad na různé oblasti života pečujících osob. Adámková et al., (2021) píše, že pečující mají problémy se skloubením osobního a pečovatelského života, a uvádí to jako negativní dopad péče. Největší vliv péče se projevuje na tělesné a duševní zdraví stejně jako na finanční situaci pečujících osob. Psychosociální opora hraje klíčovou roli a je na předním místě. Pokud není dostatečně poskytována nebo není vhodná, pečující osoba nemusí zvládat náročnou situaci a rychle se dostává do krize. Tato krize přináší vysokou úroveň stresu, který může mít závažné důsledky na zdraví jak fyzické, tak psychické a sociální. Snížení životní spokojenosti, kvality života a výkonnosti jsou běžnými projevy dlouhodobého stresu. Deprese a syndrom vyhoření jsou častými a závažnými následky.

Výzkum přináší i cenné poznatky ohledně zlepšení pomoci při poskytování péče o osoby s ACH. Většina KP se shodla na potřebě zvýšení finanční podpory ze strany státu, což může významně přispět k usnadnění péče a zlepšení životní situace pečujících osob. KP4 uvádí: *„No, když chtějí aby se o ně rodiny staraly, tak by měl stát dávat víc peněz. Ono to dostává ten člověka, o kterýho pečuju, ty lidi, co nemůžou chodit do práce jsou potom bití, jsou bez peněz. Na ty by měli myslet, na ty, co se starají.*“ Důležitým faktorem, který byl v rozhovorech zjištěn je také podpora v oblasti psychického zdraví, která může pomoci pečujícím zvládat stres a emocionální zátěž spojenou s péčí o osobu s ACH. KP zdůraznili také význam poskytování informací o dostupných sociálních službách, což může pomoci pečujícím osobám lépe plánovat a využívat dostupné zdroje podpory. Rozšíření nabídky sociálních služeb je vnímáno jako priorita, která by mohla lépe pokrýt potřeby pečujících osob a zlepšit jejich životní situaci. KP10 říká: *„Dále pak třeba podporovat rozšíření nových sociálních služeb, které pomáhají těmto osobám.*“ Výzkum také ukázal, že podpora v pracovním prostředí je klíčová pro pečující osoby, které často balancují mezi péčí o postiženého člena rodiny a svými profesními povinnostmi. Důležitost podpůrných skupin pro pečující osoby je dalším důležitým zjištěním, protože tyto skupiny mohou poskytnout emocionální podporu, sdílení zkušeností a informací a pomoci pečujícím osobám cítit se méně izolovaně a lépe zvládat náročnou situaci. KP9 říká: *„Myslím si, že skvělou formou podpory pro pečující jsou podpůrné skupiny pro pečující osoby, kde lze ventilovat emoce, zážitky a i obavy. Být pečující osobou je jedno z nejnáročnějších ‚povolání‘ a mít někoho, kde se můžete svěřit, je základním kamenem.*“ A nakonec důležitost sousedské výpomoci byla zdůrazněna, což ukazuje na potenciál komunitních sítí a společenského propojení při poskytování podpory pečujícím osobám

v rámci jejich okolí. Revue pro sociální politiku a výzkum (2024) zdůrazňuje, že pomoc v poskytování péče, zejména neformální péče poskytovaná rodinnými pečovateli, je klíčovou součástí systému dlouhodobé péče. Český sociální a zdravotní systém však tuto roli příliš neocenuje a neulehčuje. Existující formy institucionální podpory, jako je právní nárok na zkrácení pracovní doby nebo příspěvek na péči, jsou často nedostačující. Podpora ze strany obcí a komunit je minimální a nedostatečně se informuje o způsobech adekvátní péče, nedostatečně se vzdělávají pečovatelé a chybí psychologické poradenství.

Domnívám se, že by mohlo být vhodné navrhnout opatření, která by tyto nedostatky mohla řešit. Pečující osoby se totiž potýkají s mnoha deficity v oblasti současné politiky sociálních služeb a dlouhodobé péče. Nedostatečně nastavený systém dlouhodobé péče, který zahrnuje nedostatek terénních sociálních a zdravotních služeb pro nesoběstačné osoby a nedostatečnou sociální práci, nevede k potřebné komplementaritě a sdílení péče mezi formálními i neformálními poskytovateli. Dále je tu nedostatečně rozvinutá síť podpůrných služeb a chybějící další výhody pro pečovatele, což oslabuje jejich motivaci a sociální jistotu neformálních pečovatelů. Navržená opatření by mohla vést ke zlepšení situace pečujících osob.

9 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na zkoumání mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce bylo popsat specifika mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu pečujících osob, rodinných příslušníků a mladých dospělých. Výsledky ukázaly, že vzájemná pomoc, finanční podpora a emoční opora byly identifikovány jako základní projevy mezigenerační solidarity. Většina KP zdůraznila potřebu zvýšení finanční podpory ze strany státu. Dále se KP shodli na důležitosti podpory v oblasti psychického zdraví a poskytování informací o dostupných službách. Mladí dospělí vnímali jako potřebu i sousedskou výpomoc. Vytvoření podpůrných struktur a flexibilních pracovních podmínek je zmíněno jako možnost, jak značně ulehčit zátěž pečujícím osobám.

Výzkumné otázky byly zodpovězeny, cíl práce byl naplněn.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako informační zdroj pro odbornou i laickou veřejnost v oblasti mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Její výsledky a doporučení poskytují ucelený pohled na problematiku péče o tyto osoby a naznačují možné směry pro zlepšení podmínek péče a podpory pro rodiny a pečující osoby. Doufejme, že práce přispěje k širšímu povědomí o výzvách spojených s Alzheimerovou chorobou a motivuje k dalšímu výzkumu a implementaci opatření pro podporu těchto rodin a jednotlivců ve společnosti.

10 Seznam použitých zdrojů:

Alzheimer's Disease Fact National Institute on Aging. (2017). Non-Pharmacologic Interventions for Persons with Dementia. Retrieved April 12, 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140014/>

Alzheimer's Disease Fact National Institute on Aging. (2017). *Non-Pharmacologic Interventions for Persons with Dementia*. Retrieved January 12, 2024, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140014/>

Alzheimer's Disease Fact National Institute on Aging. Alzheimer's Disease Fact Sheet. Retrieved October 12, 2023, from <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-and-dementia/alzheimers-disease-fact-sheet>

Arnoldová, A. (2016). *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Grada Publishing.

Babej, S., & Dostálová, L. (2019). In K. Čechová, A. Fendrych Mazancová, & H. Horáková, *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbývá čas* (pp. 84-85). Management Press.

Boswell, P. A. (2022). *Caregiving with Love and Joy: An Expert's Guide to Providing the Best Alzheimer's Disease and Dementia Home Care*. Penguin.

Centrum pro rodinu a sociální péči. (2024). O sendvičové generaci. <https://www.sendvicovagenerace.cz/wp-content/uploads/2023/06/O-sendvicove-generaci.pdf>

Čechová, K., Fendrych Mazancová, A., & Horáková, H. (2019). *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbývá čas*. Management Press.

Čeledová, L., & Čevela, R. (2020). *Laskavý průvodce po sociálních dávkách: učebnice pro obor sociální činnost* (Druhé vydání). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Čevela, R., Kalvach, Z., & Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Grada.

Čípková, I. (2018). Překážky a bariéry rozvoje neformální péče v oblasti sociální práce. Sociální práce. <https://socialniprace.cz/inspirace-pro-praxi/prekazky-a-bariery-rozvoje-neformalni-pece-v-oblasti-socialni-prace/>

Denton, J. (2021). *Walking Each Other Home: Spiritual Companionship for Dementia Caregivers*. Morehouse Pub.

Dragomirecká, E., Dvořáková, A., Janečková, H., Jarolímová, E., Jeřábek, H., Mikanová, A., & Remr, J. (2020). *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Dudová, R. (2015). *Postarat se ve stáří: Rodina a zajištění péče o seniory*. Slon.

Fertařová, T., & Ondřiová, I. (2020). *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. Grada.

Fillit, H., Kinney, J., & Cummings, J. (2022). *Alzheimer's Disease Drug Development Research and Development Ecosystem*. Cambridge University Press.

Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace (5 ed.)*. Portál.

Hricová, A., Ondrášek, S., & Urban, D. (2023). *Metodologie v sociální práci*. Grada.

Hrozenská, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Grada Publishing.

Jeřábek, H. (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Sociologické nakladatelství (SLON).

Jeřábek, H. (2020). *Pečující rodiny jako příklad mezigenerační solidarity*. In E. Dragomirecká, A. Dvořáková, H. Janečková, E. Jarolímová, H. Jeřábek, A. Mikanová, &

Remr, *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory* (pp. 65-85). Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Kisvetrová, H. (2020). *Demence a kvalita života*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Klepáčková, O., Krejčí, Z., & Černá, M. (2022). *Sociální práce na příkladech z praxe*. Grada.

Korábečný, J., Soukup, O., & Vališ, M. (2020). *Alzheimerova nemoc*. Maxdorf.

Mace, N. L., & Rabins, P. V. (2018). *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Stanislav Juhaňák – Triton.

Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb (2., aktualizované a doplněné vydání)*. Grada.

Mertl a kol., J. (2023). *Sociální politika* (7 ed.). Wolters Kluwer ČR, a.s., Rodina jako tým. (2021). (n.p.): Albatros Media a.s.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Retrieved February 18, 2024, from <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Příspěvek na mobilitu*. Retrieved February 15, 2024, from <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/prispevek-na-mobilitu>

Mojžíšová, A., & Břízová, B. (2021). Sociální opora seniorek a seniorů žijících v domácím prostředí. *Caritas et veritas*, 11(1), 234-243. <https://doi.org/10.32725/cetv.2021.020>

Mühlfeit, J., & Krůtová, K. (2013). *Rodina jako tým*. Management Press.

Národní zdravotnický informační portál. *Alzheimerova choroba*. Retrieved March 27, 2023, from <https://www.nzip.cz/clanek/1314-alzheimerova-choroba>

Národní zdravotnický informační portál. *Demence: co to je?* Retrieved March 21, 2023, from <https://www.nzip.cz/clanek/1312-demence-co-to-je>

Národní zdravotnický informační portál. *Demence: medikamentózní léčba.* Retrieved October 21, 2023, <https://www.nzip.cz/clanek/1319-demence-medikamentozni-lecba>

Ondrušová, J., Krahulcová, B., Bártová, A., Cimrmanová, T., Javorská, V., Kaňák, J., Kosová, M., Malý, L., Měřička, V., Mossószy, M., Nová, M., Palánová, T., Pechová, K., Pumprová, Š., Racková, B., Válková, M., & Vargová, J. (2019). *Gerontologie pro sociální práci.* Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025). (2024). *Revue pro sociální politiku a výzkum.* Retrieved April 15, 2024, from <https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pece-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>

Průša, L. (2021). *Dlouhodobá péče nejen v České republice.* Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Ruhman, A. -ur, & Choudhary, M. I. (2015). *Drug Design and Discovery in Alzheimer's Disease.* Elsevier Science Publishing Co.

Sak, P., & Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů.* Grada Publishing.
Sendvičová generace. *Sendvičová generace neuchopený fenomén dnešní doby.* Retrieved April 8, 2024, from <https://www.sendvicovagenerace.cz/>

Sládková, P. (2021). *Sociální a pracovní rehabilitace.* Karolinum.

Sociologická encyklopedie, Sociologický ústav AV ČR. *Generace.* Retrieved February 14, 2024, from <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Generace>

Sociologická encyklopedie, Sociologický ústav AV ČR. *Solidarita.* Retrieved February 14, 2024, from <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Solidarita>

Sociologická encyklopedie, Sociologický ústav AV ČR. *Výběr metodou sněhové koule*. Retrieved March 21, 2024, from https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDb%C4%9Br_metodou_sn%C4%9Bhov%C3%A9_koule

Šáteková, L., Bóriková, I., Machálková, L., Ševčíková, B., Tomagová, M., & Žiaková, M. (2021). *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Grada Publishing.

Telehuz, V., & Brunerové, T. (2020). *Mezigenerační soužití: Výhody a nevýhody společného žití pod jednou střechou, I.* <https://www.neztratitsevestari.cz/poradna/zdravi-rodina-vztahy-poradna/mezigeneracni-souziti-vyhody-a-nevyhody-spolecneho-ziti-pod-jednou-strechou/>

Tomeš, I., Šámalová, K., Bočková, L., Dragomirecká, E., Dvořáková, A., Lejsal, M., Pěnkava, P., Sedlářová, K., Šámalová, K., Vojtíšek, P., & Zajacová, M. (2017). *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Úřad práce. *Dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Retrieved February 1, 2024, from <https://www.uradprace.cz/davky-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim3>

Úřad práce. *Příspěvek na péči*. Retrieved February 8, 2024, from <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci>

Valenta, M., Lečbych, M., & Michalík, J. (2018). *Mentální postižení* (2nd ed.). Grada.

van den Berg, M. (2020). *Jak se vzájemně chápat Přidat k oblíbeným Generace X, Y, Z*. Grada.

World Health Organization. *Dementia*. Retrieved October 14, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách (2024)

Zvěřinová, M. (2017). *Alzheimerova demence*. Grada.

Zvěřinová, M., Daneš, L., Franková, V., Hroudová, J., Jiráček, R., Matěj, R., Nikolai, T., Pavlovský, P., Pecinová, O., & Stajnerová, J. (2022). *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Grada.

11 Seznam příloh

Příloha 1: Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru s pečujícími osobami, rodinnými příslušníky a mladými dospělými

Příloha 2: Vzor informovaného souhlasu s účastí na rozhovoru

Příloha 1: Okruh otázek polostrukturovaného rozhovoru s pečujícími osobami, rodinnými příslušníky a mladými dospělými

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše zaměstnání?
3. Jaké máte zkušenosti s Alzheimerovou chorobou?
4. Jak byste definoval/a / vymezil/a mezigenerační solidaritu?
5. Jak vnímáte mezigenerační solidaritu v souvislosti s péčí osoby s Alzheimerovou chorobou?
6. Jaké jsou/mohou být překážky v mezigenerační solidaritě při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou?
7. Můžete popsat situace, kdy jste pocítili solidaritu ze strany ostatních lidí (rodina, přátelé, komunita, zdravotnický personál)?
8. Jaké formy podpory a pomoci považujete za nejvíce solidární vůči pečujícím a rodinným příslušníkům?
9. Jak by podle Vás mohla společnost nebo komunita lépe podporovat pečující a rodinné příslušníky osob s Alzheimerovou chorobou?
10. Jaké dopady má péče o osobu s Alzheimerovou chorobou na Vás osobně, na Vaši rodinu?
11. Je ještě něco, co byste chtěl/a dodat?

Příloha 2: Vzor informovaného souhlasu s účastí na rozhovoru

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci na téma Mezigenerační solidarita v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou, v rámci které provádím výzkum, jehož cílem je podrobně popsat specifika mezigenerační solidarity v péči o osoby trpící Alzheimerovou chorobou. V rámci této studie budu zkoumat, jak pečující osoby, rodinní příslušníci a mladí dospělí vnímají tento typ solidarity v kontextu péče o jedince s Alzheimerovou chorobou. Pro dosažení tohoto cíle budu využívat metodu rozhovoru, kdy Vám postupně budu pokládat otázky. Rozhovor bude nahráván a poté doslovně přepsán. Délku rozhovoru odhaduji přibližně na 30 až 45 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika.

Výhody:

Možnost sdílení svých zkušeností: Účast v rozhovoru Vám umožní sdílet své pocity, zkušenosti a perspektivy týkající se péče o osobu s Alzheimerovou chorobou.

Přínos pro výzkum: Vaše zkušenosti mohou přispět k bohatšímu porozumění fenoménu mezigenerační solidarity v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou a poskytnout cenný materiál pro mou závěrečnou práci.

Rizika:

Emoční zátěž: Diskuse o péči o nemocného člena rodiny může vyvolat emoční reakce a připomenout obtíže spojené s touto situací.

Časová investice: Účast na rozhovoru vyžaduje časovou investici, která může být pro některé účastníky obtížná.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

+ datum + podpis respondenta

12 Seznam zkratek

ACH Alzheimerova choroba

ČR Česká republika

KP1 Komunikační partner1

KP2 Komunikační partner2

KP3 Komunikační partner3

KP4 Komunikační partner4

KP5 Komunikační partner5

KP6 Komunikační partner6

KP7 Komunikační partner7

KP8 Komunikační partner8

KP9 Komunikační partner9

KP10 Komunikační partner10

KP11 Komunikační partner11

KP12 Komunikační partner12

KP13 Komunikační partner13

tzv tak zvaný