





## RODINA A PACIENT S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V KONTEXTE POTREBY VYTVÁRANIA MEDZIGENERAČNÝCH MOSTOV

ĽUDMILA MAJERNÍKOVÁ – VIERA CMOREJOVÁ –  
ELEÓNORA KLÍMOVÁ

**Abstrakt:** Demencie predstavujú významný sociálny problém. S tým ako narastá počet jedincov trpiacich touto chorobou, narastá aj počet rodín, ktoré poskytujú starostlivosť takto chorému. Rodinní opatrovatelia sú vystavení dlhodobému stresu, ktorý má často negatívny vplyv na ich duševné zdravie a následne na vzťahy v rodine. Z doposiaľ publikovaných štúdií možno konštatovať, že pri včasných a dobre cielených intervenciách odborníkov zo zdravotníckej a sociálnej oblasti je možné túto záťaž rodinných opatrovateľov znížiť.

**Kľúčové slová:** Demencia. Alzheimerova choroba. Medzigeneračné mosty. Rodina.

**Abstract:** Dementia is an important social problem. There are an increasing number of patient with Alzheimer's disease globally and an increasing number of family caretakers. Family caregivers are exposed to prolonged stress, which often has a negative impact on their mental health and consequently on family relations. Intensive psychosocial interventions reduce depressive symptoms of caregivers of patients with dementia.

**Keywords:** Dementia. Alzheimer's disease. Generational bridges. Family.

**Poznámka:** Tento príspevok vznikol na základe riešenia projektu KEGA MŠVVaŠ SR – Edukačné centrum pomoci pre príbuzných pacientov s Alzheimerovou chorobou v kontexte prepojenia teórie a praxe vo výučbe študentov, č. K11-006-00.

### Úvod

Holistický pohľad na človeka je v súlade s bio-psycho-sociálnym modelom zdravia a choroby. Každé ochorenie je sprevádzané somatickými zmenami a negatívnymi emóciami, ktoré v medziľudských vzťahoch môžu viesť k sociálnej izolácii, narušeniu vzťahov v rodine ale aj k zmene sociálneho statusu. Choroba je častou príčinou neadekvátneho plnenia sociálnych rolí, čo vedie k deficitu sebaúcty a narušeniu sebakoncepcie. Ak je súčasťou choroby chronická bolesť, imobilita,

zmena kognitívnych funkcií, chorý človek a jeho rodina často trpí negatívnymi emóciami ako pocitmi bezmocnosti a beznádeje. Práve táto situácia je potrebná na vytváranie medzigeneračných mostov, nie len v rodine ale aj v širšom sociálnom prostredí v súvislosti s potrebou poskytovania starostlivosti rodiny chorému s náročným ochorením ako je demencia Alzheimerovho typu.

Demencie predstavujú v našej spoločnosti významný sociálny problém. S počtom nárastu jedincov s touto chorobou, narastá aj počet rodín, ktoré zabezpečujú starostlivosť takto chorému. Príbuzní často vyjadrujú strach z neznalosti situácie a obavy z nezvládnutia tejto záťaže. Pri včasných a dobre cielených intervenciách možno nadmernú záťaž rodinných opatrovateľov znížiť a zabezpečiť podstatnú časť opatery v rodinnom prostredí bez vážneho narušenia vzťahov v rodine.

### **Vymedzenie problematiky Alzheimerovej choroby**

Alzheimerova choroba je najčastejšou príčinou demencie v strednom a vyššom veku (Callone, Kudlacek, 2008) a jej výskyt má v posledných pätnástich rokoch zvyšujúcu sa tendenciu. Hlavnou príčinou, ktorá spôsobuje tento stav je prehlbujúce sa starnutie obyvateľstva. V súčasnosti postihuje najmenej 5 miliónov ľudí v Európe a je spojená s výrazným fyzickým, sociálnym a psychologickým postihnutím pacientov, pričom predstavuje tiež významný ekonomický problém. Alzheimerova choroba je najčastejším typom demencie v starobe, pretože predstavuje 50 – 60 % všetkých demencií, ktoré sú každoročne diagnostikované u tisícok ľudí na celom svete. Demenciu Alzheimerovho typu Svetová zdravotnícka organizácia zaraďuje medzi desať hlavných smrteľných ochorení a s prehlbujúcim sa starnutím obyvateľstva sa riziko vzniku tohto ochorenia zvyšuje. Štatistiky západnejších krajín uvádzajú, že v priemere 1 % ich obyvateľov je postihnutých Alzheimerovou chorobou a radia ju na štvrté miesto najčastejších príčin úmrtia. Na Slovensku sa odhaduje počet postihnutých týmto ochorením na štyridsať až päťdesiat tisíc. Najčastejšie sa diagnostikuje u ľudí starších ako 65 rokov, viac sa vyskytuje u žien ako u mužov (Žigová, 2009).

Termín demencia nepredstavuje špecifické ochorenie, ale ide o termín predstavujúci súbor príznakov, ktoré sú zapríčinené viacerými poruchami mozgu. Typickými poruchami intelektuálnych funkcií

sú porušená pamäť (novopamäť i staropamäť), orientácia, abstrakcia, schopnosť učiť sa, výrazová a priestorová percepcia a schopnosť niektorých praktických činností, ktoré bránia normálnej aktivite človeka. Diagnóza alebo termín demencia sa dá určiť len vtedy, ak sú typické poškodené dve alebo viacero kognitívnych funkcií mozgu ako pamäť, reč, percepcia atď. (Pidrman, 2007).

### **1.1 Klinický obraz Alzheimerovej choroby**

Vývoj ochorenia môže prebiehať počas 8 – 20 rokov, klinický obraz sa odvíja veľmi individuálne a aj symptomatológia zdravotného stavu sa môže líšiť u každého pacienta. V priebehu ochorenia dochádza k strate jednotlivých mozgových funkcií, čo sa odráža na celkovom správaní (Callone, Kudlacek, 2008).

Priebeh ochorenia môžeme rozdeliť do troch štádií (niektorí autori uvádzajú rozdelenie až do piatich štádií) – rané, stredné a pokročilé štádium (Callone, Kudlacek, 2008).

- **Mierne, alebo rané štádium** – trvá od 2 do 4 rokov. Väčšina ľudí v tomto štádiu môže stále vykonávať množstvo denných aktivít, ale občas potrebuje pomoc pri ich organizácii. Objavujú sa problémy so splnením určitých úloh, ktoré vyžadujú mnohonásobné kroky (postup podľa receptu); stratenie sa dokonca aj v známom prostredí; zriedkavejšie a kratšie vykonávanie obľúbených činností; pocity smútku, depresie či úzkosti; vyhýbanie sa spoločenským situáciám; problémy so zapamätaním si stretnutí, mien, ľudí alebo udalostí, ktoré sa stali nedávno; strata alebo zaskladanie vecí; problémy s nachádzaním slov pri komunikácii.
- **Stredné štádium** – trvá od 2 do 10 rokov. Pacienti majú v tomto štádiu viac problémov postarať sa o seba, ale ešte stále môžu vykonávať denné aktivity a viesť pohodlný život. Objavuje sa potreba pomoci s kúpaním, s výberom oblečenia a obliekaním; potreba pripomínania času na jedlo; zmena spacích návykov (napríklad ponocovanie a spánok počas dňa); pocit nepokoja alebo zmätenosti (najmä neskoro popoludní a večer); podozrievavosť, hnev alebo rozrušenie; problémy s rozpoznávaním členov rodiny; ťažkosti s vyjadrovaním sa a pochopením druhých.
- **Pokročilé, alebo neskoré štádium** – trvá od 1 do 3 rokov. V tomto štádiu pacienti často potrebujú kompletnú pomoc aj pri každodennej starostlivosti (pomoc pri jedení; vstávaní a chôdzi; pri použití toalety a kúpeľne); chytajú či hladkajú veci znova

a znova; častejšie spia; sú menej zhovorčiví; nereagujú na osobu, ktorá sa o pacienta stará (Etters, Goodall et al., 2008).

### **Vymedzenie pojmu opatrovatel'**

Opatrovateľ v domácom prostredí je osoba, ktorá pomáha uspokojovať potreby svojmu rodinnému príslušníkovi – opatrovanému. Vykonáva také činnosti, ktoré by opatrovaný vykonával sám, keby mal k tomu dostatok síl, vôle alebo potrebné vedomosti. V refazci sociálnej a zdravotnej starostlivosti predstavuje dôležité miesto. Bez jeho pomoci by opatrovaný v mnohých prípadoch nemohol zotrvať v domácom prostredí. Opatrovateľ zvyčajne nesie najväčší podiel zodpovednosti a záťaže starostlivosti. Úloha rodinného opatrovateľa je veľmi stresujúca, pretože má dopad nie len na fyzickú oblasť, ale aj na psychickú pohodu a sociálno-ekonomický status. Často v okamihu kedy je členovi rodiny diagnostikovaná demencia, hovoríme o tzv. skrytom, alebo druhom pacientovi. Členovia rodiny, ktorí poskytujú starostlivosť jedincovi trpiaceho demenciou, popisujú svoje pocity ako trvalý stres a frustráciu. Dochádza k ovplyvňovaniu vzťahu rodiny k chorému a naopak. Vžitým pojmom pre tento fenomén sa stal pojem psychická záťaž opatrovateľa (Tabaková, Václavíková, 2008).

Z hľadiska intenzity a naliehavosti potrieb, ktoré opatrovaný vyžaduje, môžeme rozlíšiť tri stupne starostlivosti (Jeřábek et al., 2005). Môže ísť o podpornú starostlivosť (subsidiary care), v rámci ktorej je poskytovaná napríklad finančná podpora, sprevádzanie k lekárovi, zaistenie opráv v domácnosti. Predstavuje časovo, psychicky i fyzicky menej náročnejšiu starostlivosť ako druhý stupeň, pri ktorom hovoríme o neosobnej starostlivosti (impersonal care). Ide o činnosti, ktoré súvisia prevažne so starostlivosťou o domácnosť (napr. varenie, upratovanie, pranie). Tretí najnáročnejší stupeň je osobná starostlivosť (personal care). Psychické aj fyzické činnosti sú náročné a sú spojené aj s intímnu starostlivosťou. Vyžadujú nepretržitú prítomnosť opatrovateľa.

Neustály pocit zodpovednosti je pravdepodobne najviac zaťažujúcim aspektom osobnej starostlivosti o blízku osobu. Pociťovaná záťaž u opatrovateľa môže byť telesná, psychická, sociálna a finančná. Môže ísť o záťaž v oblasti voľného času, povinnosti voči vlastnej rodine, zamestnaniu, ale i vzťahov s ostatnými.

## Najčastejšie problémy opatrovateľa

Následkom dlhodobej záťaže rodinného opatrovateľa nie je nezvyčajný výskyt chronických fyzických ťažkostí a vplyvom toho neschopnosť naďalej poskytovať starostlivosť svojmu príbuznému. Celková záťaž sa spája so psychickými ťažkosťami ako depresia, pocity vyčerpanosti a celkovo zníženou kvalitou života. Stáva sa, že opatrovatelia majú horšie fyzické zdravie ako samotní opatrovaní. Štúdie poukazujú i na častejší výskyt morbiditu a mortality u tejto skupiny opatrovateľov.

Medzi najčastejšie psychické a sociálne ťažkosti opatrovateľov, ktoré ovplyvňujú medzigeneračné vzťahy patria nedostatok času na vlastný odpočinok, taktiež nedostatok času starať sa o vlastné zdravie a venovať sa voľno-časovým aktivitám. Zanedbávajú a strácajú svoje sociálne kontakty so známymi a príbuznými, často nevychádzajú zo svojho bytu. V ekonomickej oblasti dochádza zvyčajne k finančným stratám z dôvodov straty zamestnania, straty príjmu samotného choreho, ale aj v súvislosti so zvýšenými finančnými nárokmi na zaistenie zdravotnej starostlivosti pre choreho – vyššie výdaje za lieky, hygienické pomôcky a pod.

Záťaž opatrovateľa je definovaná ako multidimenzionálna odpoveď na fyzické, psychologické, emočné, sociálne a finančné stresory, ktoré sú spojené s poskytovaním starostlivosti chorému, pričom záťaž pozostáva z objektívnej a subjektívnej zložky.

Medzi objektívne faktory patrí – dĺžka vykonávania úlohy opatrovateľa, spolužitie v spoločnej domácnosti s chorým, vážnosť zdravotného stavu závislej osoby, obdobie, počas ktorého sa opatrovateľ denne venuje závislej osobe, druh handicapu.

Subjektívna záťaž je hodnotená vlastným subjektívnym prežívaním svojej role, reakcie na jednotlivé stresory podmienené množstvom psychosociálnych faktorov ako sú sociálne a hlavne rodinné vzťahy, celkové sociálne prostredie a kultúrne zvyklosti. Často negatívne ovplyvňuje celé blízke sociálne prostredie aj strata súkromia vplyvom požiadaviek opatrovaného. Väčšina zodpovednosti za starostlivosť o demenčného jedinca pripadá na členov rodiny v hierarchickom poradí: partner, dcéra, nevesta, syn, súrodenci a ďalší príbuzní, event. priatelia. Viac ako 75 % rodinných opatrovateľov tvoria ženy.

O inštitucionalizovanej starostlivosti choreho zväčša uvažujú rodiny, ktoré vnímajú svoju situáciu ako veľmi obtiažnu. Zvyčajne sa v týchto rodinách objavuje viacej rodinných konfliktov vplyvom vyššie spomenutých situácií a tieto rodiny vykazujú podľa prebehnutých

štúdií signifikantne vyššie skóre záťaže oproti rodinám, ktoré inštitucionalizovanú starostlivosť nezvažujú (Gallicchio et al., 2002, Jedlinská, et al., 2009). Dospelé deti starajúce sa o svojho dementného rodiča majú väčšiu tendenciu ho umiestniť do zariadenia ako životní partneri.

Zvyčajne s progresiou ochorenia rastie počet rodinných konfliktov a dochádza k zníženiu socioekonomickému rastu rodiny, preto je nevyhnutné aby dostávali podporu, informácie a rady v priebehu celej doby starostlivosti o chorého od odborníkov zo zdravotnej, sociálnej ale aj právnej oblasti.

### **Možnosti riešenia problémov v rodine**

Medzi najdôležitejšie odporúčania patrí stretávanie sa celej rodiny, pričom by sa nemali riešiť problémy iba v súvislosti so starostlivosťou o chorého príbuzného, ale mal by sa vytvoriť priestor aj na rozhovor o vlastných pocitoch a problémoch súvisiacich so starostlivosťou. Táto technika môže preventívne pomôcť s možným rizikom vzniku konfliktov alebo sa zbaviť už vzniknutých.

Je dôležité prediskutovať a zmonitorovať stav možných opatrovateľov v rodine, príp. blízkom sociálnom prostredí, z dôvodu prevencie záťaže jedného alebo dvoch členov. Je preto potrebné zhodnotiť u potencionálnych opatrovateľov ich schopnosti pre samostatnú opatrovateľskú činnosť, príp. intervencie, ktoré zabezpečia s pomocou. Je žiaduce, aby príbuznému, ktorý je každodenne s chorým, bol poskytnutý čas na regeneráciu (Tošnerová, 2001).

Pre lepšiu a kvalitnejšiu starostlivosť sa doporučuje prizvať aj odborníkov na možnú konzultáciu. Z hľadiska ošetrovateľskej starostlivosti sestra v psychiatrickej ambulancii by mala edukovať rodinu o potrebnej starostlivosti – kognitívnej rehabilitácii, novej ergoterapii, vhodnej komunikácii, možnostiach farmakologickej a nefarmakologickej liečby, potrebných ošetrovateľských intervenciách v súvislosti s dennými aktivitami. Právna a sociálna konzultácia je vhodná z hľadiska možných sociálnych a finančných zvýhodnení zakotvených v legislatíve.

Pre odborníkov je dôležité, aby vedeli zhodnotiť situáciu v rodine a to meraním stupňa záťaže opatrovateľa. Ako základní predpoklad k zachyteniu opatrovateľov, ktorým hrozia zdravotné riziká v súvislosti s vykonávaním ich role, je najvhodnejšie skríningové sledovanie



stupňa záťaže a jeho vyhodnocovanie. Existuje rada dotazníkov pre monitorovanie a vyhodnocovanie intenzity tejto záťaže. Medzi najčastejšie používané škály k meraniu stupňa záťaže u rodinných opatrovateľov starajúcich sa o dementných členov rodiny patria nasledujúce škály: Zarit Burden Inventory Interview, Caregiver Strain Index (CSI), Screen for CB (SCB) (Staňková, 2001).

## **Možnosti podpory rodiny pacienta s Alzheimerovou chorobou**

Nároky a potreby jednotlivých ľudí s Alzheimerovou chorobou sa líšia, nemožno ich jednoznačne definovať, riešia sa postupne, ako vznikajú. Opatrovatelia chorých – najčastejšie najbližší príbuzní preto musia poznať príčiny chorobných javov a spôsob, ako ich zvládnuť, resp. im predchádzať. Mali by vedieť, že vývoj ochorenia ich prinúti neustále sa prispôbovať meniacemu sa zdravotnému stavu chorého. Napriek progresii ochorenia je však vždy šanca urobiť niečo pre dôstojné bytie človeka. Aj pre veľmi ťažko chorého existuje priestor a šanca zlepšiť jeho životné podmienky. Prináša ju láska, trpezlivosť, fantázia a všestrannosť. Tieto vlastnosti našťastie prejaví väčšina príbuzných. Ak budú o ochorení dostatočne informovaní a ak im poskytneme účinné rady, upevnia si voči chorému postoj lásky, oddanosti, tolerance.

Aby opatrovateľská starostlivosť neznamenala neprekonateľnú záťaž, je potrebné opatrovateľovi poskytovať pomoc. Môže sa realizovať prostredníctvom sociálnej opory, ktorá zahŕňa šesť hlavných komponentov: rodinu, blízkych priateľov, susedov, spolupracovníkov, komunitu a profesionálov. Predstavuje systém, ktorý chráni ľudí proti potencionálnemu škodlivému vplyvu stresových udalostí (Kebza, 2005, s. 159).

Tina a Karen (2007) zdôraznili, že pri opatrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí nejde o vzťah dvoch zložiek (opatrovateľ a opatrovaný), ale priradili k nim aj tretiu oblasť – verejný / súkromný program.

V kontexte služieb poskytovaných štátom je pomoc opatrovateľov o seniorov pokladaná za samozrejmosť. Bez nej by starostlivosť zaisťovaná a poskytovaná štátom nemohla pokryť všetky potreby seniorov. Štát by mal preto podporovať služby, prostredníctvom ktorých sa

opatrovateľom uľahčuje ich náročná práca (Tabaková, Václavíková, 2008).

K profesionálom môžeme zaradiť aj sestru, ktorá v rámci agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti poskytuje opatrovanému ošetrovateľskú starostlivosť. Pri svojej práci by sa mala zamerať nielen na opatrovaného ale aj na opatrovateľa. Bez jeho participácie by v mnohých prípadoch domáca ošetrovateľská starostlivosť nebola realizovateľná. Vo fáze posudzovania sa sestra zameriava aj na vzťahy v rodine, roly, dominanciu a pozíciu jednotlivých členov rodiny, vplyv kultúrnych prvkov na sebaopateru a závislú starostlivosť, kultúrne zvyklosti využívané na zabezpečenie manažmentu starostlivosti a iné (Žiaková et al., 2003.) Podľa položiek, ktoré opatrovatelia označili ako najviac zafažujúce môže sestra zamerať ošetrovateľské intervencie. Patrí k nim zabezpečenie vhodných kompenzačných pomôcok, ktoré podporujú samostatnosť pacienta, znižujú jeho námahu a zvyšujú bezpečnosť. Zároveň urýchľujú činnosť a môžu redukovať záťaž opatrovateľa. Ide napríklad o chodítko, toaletnú stoličku, podložnú misu, močovú fľašu a pod. Pri problémoch súvisiacich s nedostatočnou pomocou od ďalších príbuzných pomôžeme opatrovateľovi stretnúť sa s ostatnými rodinnými príslušníkmi, komunikovať s nimi a prípadne vypracovať harmonogram pomoci, v ktorom by boli zaradení. Takáto pomoc by umožnila opatrovateľovi aj vytvoriť si dostatok času pre seba (Tabaková, Václavíková, 2008). Okrem pomoci sestry z agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti môže opatrovateľ využiť aj opatrovateľskú starostlivosť poskytovanú rôznymi zariadeniami. Ide o profesionálnych opatrovateľov, ktorí vykonávajú služby pomoci pri sebaobsluže v rámci verejných sociálnych služieb. Opatrovatelia, ktorí sa starajú o svojich príbuzných môžu získať aj peňažný príspevok za opatrovanie. Náročnú situáciu opatrovateľov môžu pomôcť zvládnuť aj svojpomocné skupiny a respitná starostlivosť, ktorá sa zameriava na odľahčenie starostlivosti o chorých. V zahraničí sa hodnotením opatrovateľskej záťaže zaoberali už na začiatku 80. rokov minulého storočia (Bártlová, 2006).

## Záver

V súčasnom období je pozornosť venovaná predovšetkým opatrovanému a nie opatrovateľovi, ktorý starostlivosť poskytuje. V mnohých prípadoch nejde o krátkodobú starostlivosť, ale môže trvať nie-

koľko mesiacov, rokov, ale môže ísť aj o celoživotnú starostlivosť. Riziko vzniku opatrovateľskej záťaže je väčšie, ak je opatrovanie a celá zodpovednosť len na jednej osobe.

### Zoznam bibliografických odkazov

- BÁRTLOVÁ, S. 2006. Postavení laických pečovatelů v péči o seniory a nemocné. In *Kontakt*, ISSN 1212-4117, 2006, roč. 5, č. 2, s. 235-239.
- CALLONE, R. P. – KUCLACEK, C. – VASILOFF, B. C. a kol. 2008. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 2008. Praha: Grada Publishing a. s. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
- Etters, L. - Goodall, D. et al. 2008. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. In *J Am Acad Nurs Pract*. ISSN, 2008; vol. 20 (8): 418 -423 p.
- GALLICCHIO, L. et al. 2002. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. In *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2001, vol. 17 (2), p. 154-163. [cit. 2008-05-11]. Dostupné z: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/89015932/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>.
- JEDLINSKÁ, M. et al. 2009. Psychická zátěž laických rodinných pečujících. In *Profese on line*, ISSN 1803-4330, 2009, roč. II, č. 1, s. 27-38.
- JEŘÁBEK, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1640.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 2005. Praha: Akademie věd České republiky. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- PIDRMAN, V. 2007. *Dementia*. 2007. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-80-277-1490-5.
- STANKOVÁ, M. 2001. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovateľskej praxi*. 2001. České ošetrovateľství 6. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
- TABAKOVÁ, M. VÁCLAVÍKOVÁ, P. 2008. Zátěž opatrovatel'ov v domácom prostredí. In *Profese on line*. ISSN 1803-4330, 2008, roč. I, č. 1, s. 32-39.
- TINA, W. U., KAREN, L. O. 2007. Healthy Aging for Caregivers. In *Annals of the New York Academy of Sciences* [online]. 2007, vol. 1114, p. 326-336. [cit. 2008-05-11]. Dostupné z: <http://www.blackwellsynergy.com/doi/full/10.1196/annals.1396.017>.
- TOPINKOVÁ, E. 1995. Péče o staré v rodině. Lze identifikovat rizikové rodiny s vysokou mírou pečovatelské zátěže? In *Praktický lékař*, ISSN 0032-6739, 1995, roč. 75, č. 7-8, s. 366-369.
- TOŠNEROVÁ, T. 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. 2001. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 68 s. ISBN 80-238-8001-2.

- ZARIT, S.H., et al. 1980. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings. In *The Gerontologist*, ISSN 1758-5341, 1980, vol 20(6), s. 649-655.
- ŽIAKOVÁ, K. et al. 2003. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 2003 Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.
- ŽIGOVÁ, E. 2009. Alzheimerová choroba na Slovensku. In *NEURO magazín*. ISSN 1337-8767, 2009, roč. 2, č. 2, s. 8-9.

☒ **PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.**

Prešovská univerzita v Prešove  
Fakulta zdravotníckych odborov  
Partizánska 1, Prešov

E-mail: majernikova@unipo.sk

☒ **Viera Cmorejová**

Prešovská univerzita v Prešove  
Fakulta zdravotníckych odborov  
080 01 Prešov, Slovensko

☒ **Eleonóra Klímová**

Klinika neurológie  
FNsP J. A. Reimana v Prešove