

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Zatížení profesionálních pečovatелů o seniory  
s Alzheimerovou chorobou v ústavním zařízení**

Bakalářská práce

Jméno autora: Alena Feiková

Jméno vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

12. 5. 2008

## **Abstract**

Bachelor thesis deals with the burden of professional social workers looking after seniors suffered from Alzheimer disease. The degree of burden of professional social workers in particular inpatient institution for seniors suffered from Alzheimer disease is the aim of the bachelor thesis.

The thesis is divided into two parts, theoretical and empirical ones. In the theoretical part there is a description of the contemporary state applying to the age, Alzheimer disease, stress and burnout syndrom in the broad sense of meaning.

The empiric part contains particular disease description of professional social workers, the summary of the largest stress situation within taking care of the seniors suffered from Alzheimer disease, the analysis of questionnaire“ Survey of Burnout Syndroms.“

The resume of all previous chapters is presented at the end of the bachelor thesis as well as the aim achieving and the possibilities of the usage of the bachelor thesis results in practice.

The research results illustrate significant influence of negative human relationships on the possibility of burnout syndrom origin. Further stress impulsion is aphrenia and its progression at the clients. From questionnaires results there has been proved that the majority of employees reach the highest degree of burnout syndrom in emotional level.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Zatížení profesionálních pečovatелů o seniory s Alzheimerovou chorobou v ústavním zařízení“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, 12. 5. 2008

### **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat své konzultantce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za citlivý přístup a cenné rady, které mi poskytla při zpracovávání této bakalářské práce. Zároveň chci poděkovat své rodině za nekonečnou trpělivost a shovívavost. Děkuji, že mi po celou dobu studia byla velkou oporou.

## OBSAH

Úvod .....	7
<b>1. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Stáří a stárnutí .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Projevy přirozeného stárnutí .....</b>	<b>10</b>
1.2.1. Tělesné změny .....	10
1.2.2. Psychické změny .....	11
<b>1.3. Demografie stárnutí .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4. Adaptace na stáří .....</b>	<b>12</b>
<b>1.5. Příprava na stáří .....</b>	<b>13</b>
<b>1.6. Demence .....</b>	<b>15</b>
1.6.1. Definice demence .....	16
1.6.2. Typy demencí .....	16
<b>1.7. Alzheimerova choroba .....</b>	<b>17</b>
1.7.1. Definice .....	17
1.7.2. Epidemiologie a etiologie .....	17
1.7.3. Stádia nemoci a klinický obraz .....	19
1.7.4. Diagnostika a vyšetřovací metody .....	20
1.7.5. Terapie .....	20
1.7.6. Česká alzheimerovská společnost (ČASL) .....	21
<b>1.8. Stres .....</b>	<b>21</b>
1.8.1. Příčina stresu .....	22
1.8.2. Fáze reakce na stres .....	22
1.8.3. Prevence a zvládnání stresu .....	23
<b>1.9. Syndrom vyhoření .....</b>	<b>24</b>
1.9.1. Vývoj syndromu vyhoření .....	25
1.9.2. Předpoklady vzniku syndromu vyhoření .....	25
1.9.3. Příznaky syndromu vyhoření .....	27
1.9.4. Úskalí pomáhajících profesí .....	28
1.9.5. Odlišnost vyhoření od jiných jevů .....	29

1.9.6. Diagnostika syndromu vyhoření .....	30
1.9.7. Prevence syndromu vyhoření .....	30
1.10. Supervize v zařízení sociální péče .....	32
<b>2. CÍL PRÁCE .....</b>	<b>33</b>
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>33</b>
3.1. Použité metody .....	33
3.2. Charakteristika výzkumného souboru .....	33
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>34</b>
4.1. Kazuistiky .....	34
4.2. Rozbor výsledků .....	56
4.3. Inventář projevů syndromu vyhoření .....	62
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>64</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>70</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>71</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>74</b>
<b>9. PŘÍLOHY .....</b>	<b>75</b>

## ÚVOD

Stárnutí společnosti se stává jedním z celosvětových problémů. Jednou příčinou je klesající porodnost a úmrtnost ve všech věkových skupinách. A druhou příčinou je prodlužování střední délky života díky úspěchům a pokrokům moderní medicíny především díky objevu některých léčiv a imunizaci pomocí očkovacích sér.

Mezi časté psychické onemocnění vyššího věku patří progredující poruchy paměti a dalších intelektových schopností - demence. Nejčastější příčinou syndromu demence je Alzheimerova choroba. Člověka omezuje v autonomii, soběstačnosti a v pozdějších fázích nemoci i lidskosti. Syndrom demence se stává obávanou nemocí stáří. Její začátek je pozvolný, plíživý, nenápadný. K tomu přispívá i obecně přijímaný, ale nepravdivý mýtus o nevyhnutelném poklesu duševních schopností ve stáří. Péče o tyto osoby je nesmírně náročná po všech stránkách. Klade vysoké nároky na pečující, požaduje velkou dávku trpělivosti. Člověk s demencí postupně vyžaduje neustálý 24 hodinový dohled. Ne vždy je možné tuto péči zajistit v rámci rodiny. Potom je takový člověk umístěn do ústavního zařízení, kde o něj pečují profesionální pečovatelé. A ti by měli být „odolnější“ vůči této zatěžující péči o osoby s demencí. Opak je pravdou. Každodenní kontakt s lidmi s demencí přináší značnou zátěž. Právě tyto pomáhačské profese jsou vystaveny riziku vzniku stavu celkového především psychického, ale i fyzického vyčerpání. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, vyhaslosti, burnout.

Právě zátěži, která provází profesionální pečovatele, bych se chtěla ve své bakalářské práci věnovat.

## 1. Současný stav

### 1.1. Stáří a stárnutí

#### *Stáří*

Stáří (senium) je výsledkem stárnutí.

Stáří lze označit jako poslední fázi ontogeneze, přirozeného průběhu života. Proces stárnutí je projevem inovulačních změn funkčních i morfologických, což vede k typickému obrazu označovanému jako stařecký genotyp **(13)**.

Stáří lze definovat jako poslední etapu, fázi života, která se označuje jako postvývojová. Důvodem je, že již byly uskutečněny všechny latentní schopnosti rozvoje **(33)**.

#### *Kalendářní věk*

Vychází z kalendářního věku, který je dán datem narození. Asi nejčastěji se využívá rozdělení dle WHO (Světová zdravotnická organizace), která dělí věk na periody trvající 15 let **(19)**.

Za stáří se dle návrhu WHO z roku 1980 označuje věk od 60 let výše.

Období od 60 - 74 let - rané stáří - senescence

75 - 89 let - vlastní stáří - senium

90 let a výše - dlouhověkost

V anglosaských zemích se užívá dělení na :

65 - 74 let - mladí staří young old

75 - 84 let - staří old old

85 - a více let - velmi staří very old **(6)**.



### *Psychologický věk*

Je ovlivněn různými faktory v průběhu stárnutí nebo reakcí jedince na stárnutí, do které se promítají jeho individuální potřeby **(33)**.

### *Sociální věk*

Má vztah ke společenskému očekávání chování přiměřeného k určitému biologickému věku. Západní společnost očekává, že jakmile jedinec překročí šedesátku, bude se chovat v zásadě klidně a usedle. Z tohoto hlediska lze považovat za počátek stáří ukončení pracovního poměru na plný úvazek a odchod do důchodu **(28)**. Avšak nový koncept má snahu o odstranění statistických pojmů (produktivní, postproduktivní), vyzdvižení celoživotního rozvoje (osobnosti i vzdělání) a podpoření inkluzivně orientovaných sociálních služeb.

Sociální periodizace stáří :

- První věk (mládí, profesní příprava, získávání sociálních rolí)
- Druhý věk (produktivní dospělost – produktivita biologickoekonomicko- sociální)
- Třetí věk (postproduktivní, stáří)
- Čtvrtý věk (závislost) **(35)**.

### *Funkční věk*

Jedná se o soubor funkčních potenciálů daného jedince, který nemusí být totožný s kalendářním věkem. Každý jedinec stárne jinak rychle. To vede k velkým individuálním rozdílům, nejednotnost v populaci starých lidí, a to jak ve zdravotních, tak v sociálních aspektech **(6)**.

### *Stárnutí*

Stárnutí (inovulace) lze označit jako složitý děj, při kterém klesá viabilita a stoupá vulnerabilita, výrazně se snižuje adaptabilita **(6)**.

Stárnutí je univerzální proces, který postihuje živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev se považuje teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti **(14)**.

Stárnutí je definováno jako nezvratný, univerzální, i když druhově specifický biologický proces. Různou rychlostí postihuje prakticky všechny orgány, u kterých dochází k postupné ztrátě funkční rezervy. Starý organismus se stává posléze méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnějšího a vnitřního prostředí, dochází ke ztrátě adaptační schopnosti. Snadno se stává, že i při mírných podmínkách dochází k dekompenzaci, jak orgánové funkce, tak organismu jako celku. Tyto involuční změny a přítomné mnohočetné orgánové patologie jsou charakteristické pro zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny (29).

## ***1.2. Projevy přirozeného stárnutí***

Změnám, které doprovázejí stárnutí, je věnována intenzivní pozornost. Správné rozpoznání má zásadní vliv na stanovení toho, co je ještě ve stáří normální a přirozené, a co již svědčí o patologii. Každý člověk stárne individuálně. O tomto rozhodují nejen naše vnitřní dispozice, ale i vnější faktory, z nichž můžeme některé ovlivnit (19).

Vágnerová rozlišuje primární stárnutí, které je tvořeno dědičnými předpoklady a sekundárně podmíněné stárnutí, které ovlivňují vnější faktory (33).

### ***1.2.1. Tělesné změny***

Změny způsobené stárnutím jsou na některých orgánech patrné od 30 let, avšak největší intenzity dosahují od 60 let. Nejnápadnější pro okolí jsou zevní, vnější projevy stárnutí mezi, které lze přiřadit kůži a vlasy. Vlivem úbytku celkové tělesné vody a ochablosti kolagenních vláken ve stáří je kůže ztenčená, vráscitá. Objevují se senilní veruky. Dále dochází k úbytku vlasového pigmentu, přibývá vzduchových vakuol a vlas šedivý. Během stáří klesá ostrost smyslového vnímání. Mezi 40. - 50. rokem dochází k zhoršování zraku. Snižuje se pružnost čočky a tím schopnosti akomodace, což vede k presbyopii, tím rozumíme poruchu vidění na blízko. Sluchová ostrost se snižuje od 45 - 50 roku. Dochází k atrofickým změnám a ke vzniku stařecké nedoslýchavosti - presbycusis. Atrofické změny postihují také čichové a chuťové vnímání. Involuční změny se projevují i na srdci a cévách. Zpomaluje se vedení vzruchu, snižuje se výkon

srdce, zmenšuje se pružnost cév. V respiračním systému dochází k poklesu váhy plic, k snížení vitální kapacity a ke zkožnatění chrupavek žeber, což vede k rozvoji stařeckého hrudníku. K projevům stárnutí na GIT patří na horní části postupující ztráta dentice, snížení sekrece slinných žláz. Atrofické změny sliznice žaludku mají za následek snížení tvorby kyseliny chlorovodíkové až úplnou ztrátu - achlorhydrii. Dochází k snížení resorpce Fe, absorpce K a motility střev **(6)**.

Změny způsobené stárnutím jsou patrné i na vylučovacím ústrojí. Projevují se sníženou funkcí ledvin, a to jak filtrační, tak koncentrační schopností. To je také jeden z důvodů, proč mohou mít léky u starších lidí výraznější vedlejší účinky. U pohybového systému dochází k úbytku svalové hmoty a k snížení kostní denzity **(10)**. K involučním změnám na nervovém systému lze přiřadit pokles hmotnosti a objemu mozku, snížení počtu neuronů, biochemické změny na nervových synapsích. S věkem dochází k hromadění pigmentu lipofuscinu v neuronech **(19)**.

### *1.2.2. Psychické změny*

Stářím se některé psychické funkce nemění, některé mají sestupnou, jiné dokonce vzestupnou tendenci.

*Věkem se nemění:* slovní zásoba

jazykové znalosti

intelekt

*Změny sestupné povahy:* pokles kognitivních funkcí

zpomalení psychomotorického tempa

snížení všípivosti a výbavnosti

pokles adaptability

snížení koncentrace

emoční labilita

akcentace negativních vlastností **(6)**.

*Změny vzestupné povahy:* stoupá vytrvalost a trpělivost

odolnost k životnímu a pracovnímu stereotypu

tolerance k druhým lidem a opačným názorům **(19)**.

### ***1.3. Demografie stárnutí***

Stárnutí populace je významným trendem současné doby. Dochází a bude následně docházet k přibývání starých lidí. Na tento stav má vliv nízká porodnost s klesajícím podílem dětí a mladých lidí a klesající úmrtnost ve středním věku. Po roce 2010 vstoupí mezi seniory mimořádně silné ročníky **(14)**.

Střední délka života je demografický údaj, konstruovaný z úmrtnostních tabulek. Jedná se o věk, kterého se člověk dožije pokud se nezmění úmrtnostní podmínky **(6)**.

Naděje na dožití je vyšší pro ženy než pro muže. V ČR je při narození (2005) střední délka života pro ženy 79,1 roku a pro muže 72,9 roku. To znamená, že rozdíl při narození je 7,2 roku **(4)**.

### ***1.4. Adaptace na stáří***

Každý jedinec přijímá vlastní stáří jinak. Postoj, jaký zvolí z hlediska přizpůsobování se seniorskému věku, to jak daný jedinec dovede přijmout a vyrovnat se s novou nadcházející situací, lze vystihnout v pěti strategiích vyrovnání s vlastním stářím.

1. *Konstruktivnost*: Je optimální strategií. Lidé zaujímají optimistický postoj k životu, navazují vztahy s ostatními lidmi, jsou tolerantní a přizpůsobiví. Své zájmy, které mají, neustále rozvíjejí. Jsou smířeni s faktem stárnutí, uvědomují si možnosti svých výkonů a jejich mezí.
2. *Obranný postoj*: Typická strategie pro lidi, jejichž předchozí život byl plný aktivit, je často i přehnaně orientována profesionálně. Nemohou se smířit s myšlenkou stárnutí, mají strach z jakékoli závislosti a hrozící ztráty aktivního života. To je důvodem, že ustavičně hledají různé činnosti a odmítají jakoukoli pomoc. Na udržování sociálních kontaktů „nemají čas“.
3. *Závislost*: Tendenci k závislosti ve stáří mají lidé, kteří byli celý život spíše pasivní, spoléhali na druhé. I teď očekávají, že jejich potřeby uspokojí někdo

druhý. Často dochází k zveličování problémů, což jim usnadňuje lepší manipulaci s okolím. Ve vztahu k druhým lidem bývají ostražití a podezřívaví.

4. *Nepřátelství*: Tito lidé měli již v předcházejícím životě časté neshody s ostatními. Mívají sklon svalovat vinu na druhé, bývají agresivní, podezřívaví a nespokojení. Takovýto postoj zaujímají hlavně vůči mladým lidem, ke kterým se chovají nepřátelsky, protože jim závidí. Stáří vnímají jako další nepřízeň osudu. Rodina i ostatní lidé se jim raději vyhýbají, proto často žijí osaměle.
5. *Sebenávist*: V této skupině jsou lidé, kteří se považují za oběť svého osudu, jsou lítostiví a pesimističtí. Smrt berou jako vysvobození ze svého „promarněného“ života. I když se cítí osaměle, sociální kontakty nevyhledávají. Nejvíce inklinují k depresím a následné sebevraždě.

Způsob, jak jedinec zvládá změny spojené se stářím, je vždy individuální. Můžeme se setkávat s různou kombinací těchto reakcí (25).

### ***1.5. Příprava na stáří***

Jelikož stárnutí populace vede ke změně demografické struktury obyvatelstva a má sociální a ekonomické důsledky, bylo třeba podat návrh řešení těchto důsledků globálního stárnutí populace. Proto byly vypracovány zásadní mezinárodní dokumenty, především „Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí“ (Vídeň 1982), přijatý Valným shromážděním OSN v roce 1982 a „Zásady OSN pro seniory“, přijaté v roce 1991. Posledním zásadním dokumentem OSN jsou závěry II.světového shromáždění o stárnutí v Madridu ve dnech 8. - 12. 4. 2002 (24). Na rozdíl od Prvního světového shromáždění o stárnutí, které projednávalo problematiku stárnutí ve vyspělých zemích, se Druhé shromáždění zabývalo problémy skutečně celého světa včetně zemí rozvojových, kde populace také výrazně zestárá. Dalšími aspekty k projednání bylo stárnutí handicapovaných osob, problematika duševního zdraví a špatného zacházení se starými lidmi (10).

Také česká společnost musela reagovat na demografické změny, a proto byl usnesením vlády České republiky ze dne 14. 11. 2001 číslo 1181 schválen Návrh

základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v České republice. Tímto usnesením bylo 1. místopředsedovi vlády a ministru práce a sociálních věcí PhDr. V. Špidlovi uloženo předložit vládě ČR do 30. 4. 2002 návrh Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR. Tento klíčový dokument byl schválen vládou ČR na zasedání dne 15. května 2002. Cílem Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003 - 2007 je vytvořit příznivé celospolečenské klima a podmínky pro řešení problematiky stárnutí seniorů a docílit změny postojů a přístupů na všech úrovních vedoucích k dosažení „společnosti pro všechny generace“.

Strategický dokument se skládá z deseti částí:

- 1) etické principy
- 2) přirozené sociální prostředí
- 3) pracovní aktivity
- 4) hmotné zabezpečení
- 5) zdravý životní styl, kvality života
- 6) zdravotní péče
- 7) komplexní sociální služby
- 8) společenské aktivity
- 9) vzdělávání
- 10) bydlení **(24)**.

Protože stárnutí je celoživotní proces, příprava na stáří musí být nedílnou složkou života lidí.

Z praktického hlediska můžeme rozlišit tři formy přípravy na stáří:

*1. Dlouhodobá:* Začíná již od dětství, kdy bychom měli učit děti úctě ke starším lidem, vést je ke správnému chování. Svým jednáním k rodičům, prarodičům spolurozhodujeme o tom, jaký vztah budou mít děti k nám, až zestárneme.

*2. Střednědobá:* Každý člověk středního věku by měl začít s cílenou přípravou na stáří. Zamyslet se nad svojí životosprávou, akceptovat stáří jako nedílnou součást lidského života. Lidé středního věku by měli začít také pracovat na svém sociálním portfoliu, tj. na souboru různých aktivit, které budou moci využívat a rozvíjet v pozdějších letech. Začínat se zcela novými činnostmi až na začátku penze je možné, ale náročné a obtížné.

Snadnější adaptaci na nové období také usnadňuje včasné vytvoření přátelských vztahů, protože televize nenahradí osobní zájem a přátelství.

3. *Krátkodobá*: Má být ryze praktická (asi 3 roky před odchodem do starobního důchodu). Lidé by si měli upravit bezpečně a bezbariérově byt, vyměnit opotřebované spotřebiče. To vše v době, dokud mají větší finanční možnosti a jsou při síle. Měli by rovněž více dbát na zdravý životní styl a posílit přátelské a společenské vztahy. A hlavně by měli mít jasno, jak vyplní penzijní čas. V naší společnosti se víceméně udržuje tradiční obraz člověka v důchodovém věku: život v ústraní a smyslem života je péče o vnoučata a podpora rodin dětí. Tato role by se však neměla stát jedinou náplní života seniorů. Co tedy s léty „navíc“? Jsou dvě možnosti: stárnout pasivně, sedět a čekat, až zestárneme, či aktivně, tzn. svůj život stále vytvářet. Ve výhodě jsou jednoznačně lidé s celoživotními koníčky a racionálním postojem ke stáří **(25)**.

### ***1.6. Demence***

Slovo demence vychází z latinského slova „mens“, což značí „mysl“, a předpony „de-“, která značí „od-“. Slovo „demens“ tedy lze přeložit jako „šílený“, tedy něco, co pozbylo myslí či odchylku od rozumového chápání. V medicíně tohoto termínu poprvé použil Aurelius Cornelius Celsus ve své knize „De medicina“, což bylo v prvním století našeho letopočtu. Avšak do moderní psychiatrické klasifikace jej zavedl Dominique Esquirol v roce 1814 **(22)**.

Demence patří mezi nejzávažnější choroby vyššího věku. Tato choroba se vyznačuje tím, že se rozvíjí až po vzniku základů kognitivních funkcí, což je od 2 do 6 let života. V důsledku chorobného procesu v mozku dochází k podstatnému snížení kognitivních (poznávacích) funkcí oproti původnímu stavu. Mezi kognitivní funkce se řadí např. paměť, intelekt, motivace, exekutivní (výkonné) funkce. Toto snížení je tak výrazné, že se prolíná do běžných, profesních aktivit i do soběstačnosti postiženého. Druhotně vzniká i porucha nekognitivních funkcí, jako jsou emoce, chování, spánek **(13)**.

### 1.6.1. Definice demence

*„Demence je klinický syndrom charakterizovaný poklesem, až ztrátou globálních intelektových schopností v důsledku organického postižení mozku, která je obvykle ireverzibilní a trvale progredující a nepříznivě ovlivňující pracovní a sociální funkce pacienta“ (30).*

Definice demence podle 10. decenální revize MKN (mezinárodní klasifikace nemocí) zní: *„Demence (F 00- 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociální chování a nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (22).*

### 1.6.2. Typy demencí

Demence vzhledem k etiologii postižení se dělí na dvě základní skupiny:

1. Atroficko-degenerativní demence - jejich primární příčinou je degenerativní poškození mozku.
2. Sekundární demence – se objevují v důsledku jiných primární poruch, které určitým způsobem poškozují CNS. Ty se dále dělí na :
  - a) Ischemicko-vaskulární demence, které vznikají následkem kardiovaskulárního onemocnění, jejichž základem jsou hypoxicko-ischemické změny v mozku.
  - b) Ostatní sekundární demence, které jsou vyvolány jinými příčinami např. metabolické, infekční, poúrazové.

Demence smíšeného typu je označení pro kombinaci obou základních skupin. Tvoří asi 10% všech demencí (32).



## ***1.7. Alzheimerova choroba***

Své pojmenování dostala po německém neuropatologovi Aloisu Alzheimerovi (1861- 1915), který v roce 1906 publikoval kazuistiku 51 leté staré kuchařky Augusty D. Její pětileté onemocnění charakterizoval úpadek poznávacích funkcí, halucinace, bludy a rozpad sociálních funkcí. Alzheimer toto onemocnění chápal jako atypický případ senilní demence, který je charakterizovaný časným začátkem a nápadným klinickým průběhem. Onemocnění, které Alzheimer na přednášce popsal, jeho jménem pojmenoval roku 1910 Emil Kraepelin **(18)**.

Alzheimerova choroba se dělí podle doby manifestace prvních klinických příznaků na formu s časným začátkem (presenilní), kdy se příznaky objevují dříve než v 65 letech, a na formu s pozdním začátkem (senilní), která je mnohem častější a příznaky se manifestují v 65 letech života a později. O poněkud vzácnější familiární formě Alzheimerovy choroby se hovoří tehdy, jestliže se toto onemocnění vyskytuje u více členů pokrevního příbuzenstva a zde jsou zjištěny genetické faktory podmínění choroby. Tato forma se objevuje častěji v mladším věku. Většina případů nemoci nemá zjiřitelné genetické podmínění, nevyskytuje se familiárně, tehdy se hovoří o sporadické formě choroby **(29)**.

### ***1.7.1. Definice***

*„Alzheimerova choroba je progresivní neurodegenerativní onemocnění, které se vyznačuje atrofií mozkové kůry i subkortikálních oblastí.“* Stupeň atrofie zpravidla odpovídá úpadku schopností nemocného, ale nedá se tento vztah použít jednoznačně **(32)**.

### ***1.7.2. Epidemiologie a etiologie***

Roční incidience, což je počet nově vzniklých případů v mentálně nepostižené populaci, činí ve věku 65 - 70 let 1%, ve věku nad 80 let je to 7 - 8%. Prevalence, která zahrnuje jednak incidenci a také trvání nemoci, má stoupající tendenci s věkem.

Ve věku pod 65 let je výskyt Alzheimerovy nemoci vzácný. Avšak ve věku nad 85 let a více je touto nemocí od lehké po těžkou formu postiženo 10 – 35% populace **(18)**.

Alzheimerova choroba je onemocnění, pro které je charakteristický úbytek nervových buněk. V mozku lidí, postižených chorobou vznikají škodlivé bílkoviny, které se ukládají uvnitř v podobě vláken nebo v okolí nervových buněk, jako tzv.  $\beta$  - amyloidové plaky. Tím dochází k poškození a k zániku nervových buněk a jejich spojů. Současně v mozkové tkáni dochází k úbytku acetylcholinu. Tato látka je pro mozek velmi potřebná. Slouží k přenosu nervových vzruchů. Při jejím nedostatku ztrácí buňky schopnost vzájemně si vyměňovat informace. Právě to se projevuje postupným zhoršováním paměťových a rozumových schopností a vede to k rozvoji demence **(27)**.

Přesné příčiny Alzheimerovy choroby zatím nejsou známy. Existuje však několik faktorů, které mohou zvýšit riziko:

- Věk

Jak již bylo výše uvedeno u lidí před 60. rokem se s nemocí setkáme jen vzácně. Nad 80 let již chorobou postižen každý pátý.

- Pohlaví

Alzheimerovou chorobou jsou postiženy o něco častěji ženy než muži. Mohou za to pravděpodobně rozdíly v hladinách hormonů.

- Genetické vlohy

Na riziku vzniku Alzheimerovy choroby se podílí i genetické vybavení, které jsme získali od svých rodičů **(27)**. Byla potvrzena porucha hned několika genů lokalizovaných na 1., 12., 14., 19., 21. chromozonu **(32)**.

- Nízký stupeň vzdělání

Zdá se, že "trénovaný" mozek je vůči chorobě odolnější. Trvalá duševní aktivita (čtení, luštění křížovek, zájem o kulturu) je určitou ochranou vůči onemocnění.

- Opakované úrazy hlavy

Rizikovým faktorem pro vznik choroby i poškození mozku opakovanými pády nebo údery do hlavy (např. při boxu).

Komplikovanou souhrou mnoha okolností dochází ke vzniku nemoci. Výše uvedená rizika zřejmě jen připravují vhodnou půdu pro zatím neznámý "spouštěč" choroby. Ten teprve způsobí „nastartování“ poruchy odpovědné za změny v mozku.

*Nejvíce se uvažuje o následujících spouštěčích:*

virová infekce

toxické vlivy prostředí - hromadění hliníku, mědi a zinku v mozku

poruchy imunitního systému (27).

### *1.7.3. Stádia nemoci a klinický obraz*

Rozvoj Alzheimerovy choroby je pozvolný, pomalý a plynulý. Jeho průběh trvá obvykle 8 - 10 let a končí smrtí, individuální rozpětí pro přežití je 2 - 20 let (30). Jednotlivé symptomy se objevují postupně a zpočátku zcela nenápadně. Teprve až po určité době zaznamená okolí, že se nemocný změnil. Progrese potíží začíná být zřejmá mezi 2. - 4. rokem od začátku onemocnění. Klinický projev demence ve většině případů předchází stavem, který se nazývá lehká porucha poznávacích funkcí (mild cognitive impairment). Jedná se o poruchu paměti spojenou s potížemi v oblasti exekutivních funkcí. Není však pravidlem, že toto preklinické stádium se představuje u všech případů Alzheimerovy choroby (32). Mezi základní příznaky patří poruchy symbolických funkcí: afázie, apraxie, agnózie, agrafie, akalkulie. V raném stádiu dochází k poklesu slovní zásoby, těžkostem s hledáním vhodných slov (16). Dále dochází k různým změnám osobnosti od postupující pasivity až po zvýšený egocentrismus, hostilitu a podezřívavost. U 50% nemocných se v průběhu choroby objevují bludy, obvykle paranoidní. U 25% nemocných halucinace zejména zrakové. Kolem 40% případů je doprovázeno depresí nebo úzkostí (11).

Vágnerová dělí demenci do čtyř stádií s typickým klinickým obrazem.

*První stádium: lehká demence* - Je doprovázena mírnou poruchou především krátkodobé paměti, občasnými výkyvy v místní a časové orientaci, s obtížemi při porozumění složitějšího verbálního sdělení, při počítání a řešení málo obvyklých situací. Nemocný potřebuje kontrolu a občasnou pomoc.

*Druhé stádium: střední demence* - Porucha paměti je již závažnější, postižena je i dlouhodobá paměť. Nemocný je dezorientován časem i místem, má problémy při řešení zcela obvyklých situací, objevují se obtíže v komunikaci a apraxie. Takový člověk potřebuje dohled a trvalou pomoc.

*Třetí stádium: těžká demence* - Dezorientace nemocného je místem, časem i osobou. Ztrácí schopnost myšlení, jeho verbální komunikace je omezena, nerozumí sdělení a nedokáže se vyjádřit. Není schopen vykonávat ani ty nejjednodušší sebeobslužné úkony. V této fázi demence je nemocný zcela odkázán na péči okolí.

*Čtvrté stádium: terminální* - Nemocný je upoután na lůžko nekomunikuje, nerozumí, ztrácí schopnost jakékoliv aktivity. Je zcela závislý na ošetrovatelské péči (32).

#### *1.7.4. Diagnostika a vyšetřovací metody*

Stanovení včasné diagnózy je velmi důležité. Klíčovou roli zde hraje především blízké okolí a rodina, kteří nepodcení první příznaky. Diagnóza je první krokem k plánování budoucnosti (13). Alzheimerova choroba se diagnostikuje pomocí klinického obrazu, objektivní anamnézy především dle sdělení nejbližších příbuzných a souboru různých podrobných a pomocných vyšetření (36). Provádí se fyzikální, laboratorní a podrobné neuropsychologické vyšetření. Hodnotí se kognitivní funkce. Nejčastěji se doporučuje krátká škála mentálního stavu MMSE a test kreslení hodin. Dále se zhodnotí vliv onemocnění na funkční schopnosti za pomoci funkčních testů ADL a IADL. Nemocní s Alzheimerovou chorobou jsou trvale dispenzarizováni (neurolog, psychiatr, geriatr) a sledováni v 3 - 6 měsíčních intervalech (29).

#### *1.7.5. Terapie*

V současné době není k dispozici lék, který by tuto chorobu vyléčil. Léčba je zaměřena na zlepšení stavu nemocného, podporu a zachování jeho kompetencí i na úpravu jeho životních podmínek. Léčbu lze rozdělit do několika kategorií:

- farmakologická léčba - je zaměřena na redukci jednotlivých obtíží. Jako je úprava neklidu, deprese.

- psychoterapeutická léčba se soustřeďuje na nemocného, jejím cílem je podpora sebehodnocení, emočního prožívání a zvládnutí zátěže. Důležitá je aktivizace a využití zájmu nemocného.
- pomoc při úpravě domácího prostředí a vytvoření systému péče, kde důležitou roli hraje podpora rodiny. Užitečné je i využití podpůrných skupin příbuzných lidí, kteří trpí demencí. Pomoc rodinám s nemocnými demencí nabízí pečovatelská služba a denní stacionáře. Někdy je nezbytné umístění do specializovaného zařízení (32).

#### 1.7.6. Česká alzheimerovská společnost (ČALS)

V roce 1996 vznikla ČALS a rok poté byla registrována jako občanské sdružení, která se nejen zabývá osobami se syndromem demence, ale i jejich rodinami. Pravidelně je organizován Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. ČR se k této tradice poprvé připojila 21. 9. 2001, když vyhlásila Pomerančový den. V roce 2005 došlo k přesunu Pomerančového dne na 21.6. tedy den, kdy v Česku slaví svátek Alois. Každým rokem ČALS uděluje prestižní cenu Zlatá vážka, kterou odměňuje ty, kteří významným způsobem přispěli k péči o staré a nemocné občany (7).

### 1.8. Stres

Stres je definován jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, které jsou zaměřeny na změnu situace, jenž člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.

Pro definování stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem) stresogenní situace (stresoru, stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi) danou situaci zvládnout. O stresu hovoříme jen v případě, kdy míra intenzity stresové situace je vyšší než schopnost či možnost člověka danou situaci zvládnout (21).

### *1.8.1. Příčina stresu*

- přetížení množstvím práce
- časový stres
- neúměrně velká zodpovědnost
- nevyjasnění pravomocí
- vysilující snaha o kariéru
- kontakt s lidmi
- spánek
- vztahy mezi lidmi
- dlouhodobá napětí **(21)**.

### *1.8.2. Fáze reakce na stres*

Reakce na stres je proces, probíhající ve třech fázích, které zachycují postupné zvládnání situace.

1. Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže. Dochází k aktivaci obranných fyziologických a psychických reakcí. První fyziologickou reakcí je vyplavení adrenalinu, noradrenalinu, zvýšení krevního tlaku, zrychlení srdeční činnosti. Následně organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukrů a bílkovin. Nakonec se aktivují depotní tuky jako energetický zdroj. Dochází ke změně vnitřního prostředí navozené katabolismem.
2. Fáze hledání účelných strategií, jenž by mohly vést ke zvládnutí, případně ke zmírnění účinků stresu. Při zvládnutí zátěže nebo změny situace se fyziologické a psychické funkce člověka vrací do normálního stavu. Pokud je zátěž dlouhodobá a nedaří se ji zvládnout nastupuje další fáze.
3. Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch. Dochází ke vzniku takových potíží, které lze chápat jako projev selhání obranných reakcí **(32)**.

### 1.8.3. *Prevence a zvládání stresu*

#### Prevence stresu

- *Životní styl*, kam patří pohyb, výživa, spánek, koníčky, kultura, společenský život.
- *Mezilidské vztahy*, pro pomáhající je zejména důležité jaké mají zázemí ve svém osobním životě. Dlouhodobé, neřešené konflikty v manželství, partnerství, v rodině vedou k odsávání energie.
- *Přijetí sebe samého*, v zásadě znamená přijetí, akceptování, vytvoření náklonosti k sobě samému. Kdo se nemá rád, kdo je na sebe příliš přísný spotřebovává mnoho energie ve svém vnitřním konfliktu (17).

#### Zvládání stresu

**Coping** je technika, či styl života, ve kterém vede člověk cílený boj proti stresu sám či za pomoci svých blízkých i spolupracovníků. Základní metoda spočívá v umění oddělit věci podstatné od nepodstatných a to, jak v osobním, tak i profesionálním životě. Relaxační techniky pomáhají zmírnit kumulovaný stres a úzkost a dávají pocit duševní čistoty a sil (5).

#### *Relaxační techniky*

Pro celkové uvolnění lze použít relaxační techniky.

- Technika vizualizace spočívá v celkovém uvolnění a postupném navození představ pro člověka idylického prostředí - les, rozkvetlá louka, moře,...
- Meditace dýcháním je založena na celkovém uvolnění a postupném soustředění se na rytmus a charakter dýchání člověka, který následně ovlivňuje svůj rytmus a hloubky nádechu a výdechu.
- Meditace s předmětem je vázána na vybavování si určitého esteticky příjemného předmětu - květu, druhu ovoce, sochy, obrazu.
- Meditace prostřednictvím jógy, stejně tak jako všechny shora zmíněné techniky slouží pro navození biologické zpětné vazby a omezení vlivu, či eliminaci prožitého stresu.

- Autogenní trénink - technika relaxace založena na vůli ovlivňovaném uvolňování různých svalových skupin, obvykle za doprovodu mluveného slova a hudby (5).

### ***1.9. Syndrom vyhoření***

Motto: „Pokud zapálíte oba konce svíčky, dostanete více světla.

Svíčka však zároveň rychleji vyhoří.“

Myron D. Rush (26)

Předpokladem ve všech pomáhajících profesích je zájem o druhého člověka a značná schopnost empatie neboli vcítění. Empatický proces je výrazně dvoufázový. Pečovatel by se měl umět vcítit do pocitů nemocného, o kterého se stará, ale měl by se umět těchto pocitů také „zbavit“. Návik identifikačních a reidentifikačních technik je nutné svěřit odborníkům. Existuje empatie prostá a empatie jako metoda psychoterapeutické práce. Technicky dobře zvládnutelná empatie nevyklučuje riziko syndromu vyhoření, ale snižuje ho. Naopak prostá empatie vede k rychlému nástupu syndromu vyhoření (8).

První zmínky o syndromu vyhoření byly zveřejněny v USA v letech 1974-75, kdy označení burnout začal užívat H. J. Freudenberger. Postupně se tato oblast stala nejzkoumanější při studiu dopadu pracovního stresu na psychiku člověka. Tento syndrom se vyskytuje v profesích, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a často i neadekvátním ohodnocením. Syndrom vyhoření není nemoc, ale proces, který se objevuje v průběhu kariéry pomáhajícího, často i velmi záhy. Způsobuje škody osobní, to znamená, že zasahuje pracovníky, ale také se v jeho důsledku zhoršuje kvalita poskytovaných služeb (1).

Syndrom vyhoření lze definovat jako stav psychického, fyzického a emočního vyčerpání. Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým setrváním v emocionálně náročných situacích. Dochází k němu v souvislosti s pracovní zátěží u jinak zdravých jedinců. Na místě je přísloví, které říká: „Abychom mohli vyhořet, musíme nejprve vzplanout.“ To přesně poukazuje na podmínky, ve kterých je jedinec více ohrožen vyhořením.



Pomáhající profese je velice náročná na očekávání od pracovníků a stejně takovéto „velké cíle“ si klade mnoho pomáhajících (34).

### 1.9.1 Vývoj syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je proces, jehož vrcholem je samotné vyhoření, většinou trvá mnoho měsíců až let. Probíhá v několika fázích, které mohou být různě dlouhé (31).

Fáze vývoje syndromu vyhoření:

1. *nadšení*: vysoké ideály, vysoká angažovanost
2. *stagnace*: ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných, či zaměstnavatele začínají obtěžovat.
3. *frustrace*: pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání
4. *apatie*: mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám
5. *syndrom vyhoření*: dosažení stádia úplného vyčerpání, ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem

Některé fáze syndromu vyhoření mohou být na jedinci výraznější, jiné mohou být jen naznačené a nevýrazné. Někdy si sám člověk uvědomuje, že je „přepracovaný“, jindy se necítí dobře a neví proč. Příčinu shledává většinou jinde, než ve svém životním rytmu a komunikačních stylech.

Z poslední fáze plně rozvinutého syndromu vyhoření je cesta nazpět již velmi obtížná. Za štěstí se považuje, pokud se podaří proces pochopit a zastavit ve fázích frustrace, či apatie. Nejlepší předpoklady k tomu, aby se rozvoji burn-out syndromu zabránilo, jsou ve fázi stagnace (31).

### 1.9.2. Předpoklady vzniku syndromu vyhoření

Za základní předpoklady vzniku syndromu vyhoření se považuje:

#### ➤ Přítomnost stresorů

Při práci se seniory není o stres nouze. Pečovatel má obavy jednak o osud klienta, jeho bezpečí, dobré zvládnutí péče. Dále jsou to obavy z konfliktů přímo s klienty a ze vzájemných konfliktů mezi jednotlivými obyvateli. Objevuje se také obava z kritiky, strach o pracovní pozici či zaměstnání vůbec.

#### ➤ Frustrace

Primární je potřeba smysluplné práce a respektu pro pečovatele. K smutku dochází z nedostatku ocenění. Profese pečovatelů si stále nezískala dostatečné uznání ve společnosti. Tím může být potřebné ocenění, poděkování, dobrý vztah. Základem péče o seniory je zkvalitnění života. Mohou přijít mírná a přechodná zlepšení stavu. Chybí však proces uzdravení, který je posilující pro zdravotníky v jiných odvětvích.

#### ➤ Negativní vztahy mezi spolupracovníky

- přítomnost nedorozumění, sporů, konfliktů
- existence verbálních i brachiálních útoků ze strany klientů
- snížená důvěra ze strany klientů, jejich rodin, nadřízených
- nekolegiální chování
- snaha o zneužití moci

#### ➤ Vliv prostředí, pracovních podmínek, organizace práce

- míra svobody a kontroly
- nesmyslnost požadavků
- problémy s autoritou
- nadměrná odpovědnost
- neplnění úkolů
- špatná komunikace
- nadměrné požadavky na pracovníky (34).

Matoušek přidává další podmínky vzniku syndromy vyhoření ze strany pracovníka, který nemá prostor pro tvořivost a je považován za pouhé „kolečko ve stroji“,

zvláště pokud má tvořivé ambice. Snadněji k syndromu vyhoření dojde u osob, které mají vrozenou omezenou seberealizaci vstupovat do kontaktů s lidmi. Očekává-li od práce plnou seberealizaci nebo ztotožní své soukromí a práci **(23)**.

Dle Janovského záleží též na vztahu mezi naplněním smyslu života a vyhořením. Naplnění smyslu života je nepřímo úměrné míře vyhoření. Lidí, kteří mají nízké naplnění života, vykazují vysokou míru vyhoření a naopak čím vyšší naplnění smyslu života tím nižší míra vyhoření **(12)**.

### *1.9.3. Příznaky syndromu vyhoření*

Dle Křivohlavého je možno rozdělit příznaky do dvou skupin:

- Subjektivní příznaky - což je mimořádně velká únava, snížené sebehodnocení a sebecenění, špatná koncentrace, zvýšená podrážděnost, negativismus. „Vyhořelý“ člověk nabývá dojmu, že jako člověk nemá žádnou cenu. Prožívá odliv veškeré síly, energie a nadšení. Ztrácí iluze, naděje, plány a žije v neustálém napětí, i když nic nedělá.
- Objektivní příznaky – se projevují sníženou celkovou výkonností. Tato okolnost lze dobře zjistit členy rodiny, spolupracovníky, příjemci služeb **(20)**.

Bartošíková zase popisuje jednotlivé roviny vyčerpání.

- *Emocionální vyčerpání* se projevuje tím, že se člověk cítí citově vysátý, už nechce slyšet další trápení, starosti, zažívá pocit, že nemůže pomoci, že neví jak. Ztrácí chuť se vžít do pocitů druhých lidí, začíná se emočně distancovat. Snižuje se citlivost vůči ostatním, přestává vnímat, že lidé kolem mají podobné pocity, snaží se jim spíše vyhýbat. Pokud se nemůže vyhnout, jeho reakce je podrážděná, nepřátelská, necitlivá, ztrácí empatii. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi, zpočátku v práci, postupně přechází do osobního života. Rodinu a přátele nevnímá jako zdroj radosti, ale jako přítěž.
- *Psychické vyčerpání* vede k negativnímu postoji k sobě, k jiným, ke změně životních postojů. Takový člověk se stává cynickým, negativistickým, pesimistickým, vše mu připadá za těžko, odmítá změny, nevěří si. Objevují se poruchy koncentrace, zapomnětlivost, vyhýbání se úkolům. Jeho činnost se

omezuje na rutinní postupy, upadá do činnostního i myšlenkového stereotypu. Vytrácí se smysl jeho života, posléze se mohou objevit i sebevražedné myšlenky.

- *Tělesné vyčerpání* je vyjádřeno chronickou únavou, nedostatkem energie, bolestmi svalů, pocity tělesné slabosti. Prožitek únavy je odlišný. Fyzická únava ze sportu či práce po odpočinku zmizí, kdežto v případě vyhoření je únava doprovázena pocitem viny a selhání. Objevuje se zvýšená potřeba spánku, který je přitom nekvalitní, ráno se člověk cítí nevyspale a neodpočatě. Dochází k častější nemocnosti, drobným úrazům a ke změně stravovacích návyků, které jsou spojeny se změnou hmotnosti.
- *Změny v sociálních vztazích* se projevují zejména stahováním se ze sociálního kontaktu. Nejprve vyhýbáním se pacientům, později izolováním se i od spolupracovníků. V souvislosti s psychickou zátěží se zvyšuje podrážděnost, mohou narůstat konflikty, hostilní postoje, odmítání ve vztazích. Dochází k celkovému útlumu sociability, je výrazná lhostejnost, apatie, nezájem o hodnocení druhých (1).

#### 1.9.4. Úskalí pomáhajících profesí

Při navazování vztahu s klientem je třeba zapojit profesionalitu, vůli a překonat úskalí tak, aby tento vztah fungoval. To je velmi citově náročné. Zvláště senioři jsou často odmítaví a vytvoření důvěry v ošetřující personál trvá velmi dlouho, bojí se zklamání. V souvislosti s projevy paranoidity a vlivem jiných psychických poruch se jeví téměř nemožné vztah navázat a udržet. Vztah je často ukončen smrtí klienta nebo při zhoršení stavu jeho překladem do jiného zařízení. Podvědomou obranou před smutkem je příliš se emočně neangažovat, zůstat chladnější. Pečovatelé jsou vystaveni stresujícím situacím, což může být konflikt mezi profesionalitou a požadavky klienta či rodiny. Za prevenci závislosti na péči se požaduje zachování co nejvyšší míry samostatnosti každého klienta. To může být v rozporu s tím, co klient nebo jeho rodina očekává, tím je převzetí veškeré péče i úkonů, které klient může bez problémů

zvládnout sám. Může dojít k útokům ze strany rodiny, že pečovatelé nejsou dostatečně ochotní, nestarají se, jak by měli (34).

#### *1.9.5. Odlišnost vyhoření od jiných jevů*

Vyhoření je negativní emocionální jev v lidském životě. Negativních jevů podobného druhu je však více. Důležité je odlišení.

##### *Burn-out a stres*

Stres je definován jako napětí mezi tím, co člověka zatěžuje tzv. stresory a zdroji možností tyto zátěže zvládat tzv. salutory. Do stresu se může dostat každý člověk, avšak vyhoření se projevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací, mají vysoké cíle, očekávání. Stres se může projevit při různých činnostech. Oproti tomu burn-out se projevuje jen činností, při kterých dochází k osobnímu styku s druhým člověkem, při práci s lidmi.

##### *Burn-out a deprese*

Deprese je negativní emocionální jev, který patří dle statistik WHO k nejčastějším nemocem v celém světě. Objevuje se u lidí, kteří pracují intenzivně jako u syndromu vyhoření, ale i u lidí, kteří nepracují, či nepracovali téměř vůbec. Deprese mívá často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, u vyhoření tomu tak není. Depresi oproti vyhoření lze léčit farmakoterapeuticky. Léčbou burn-out syndromu je nalezení smysluplnosti života.

##### *Burn-out a únava*

Únava je další negativní zážitek, který se vyskytuje i při vyhoření. Obecně má únava úzký vztah k tělesné námaze, ze které se lze dostat odpočinkem, relaxací. Únava z fyzické zátěže např. ze sportovního výkonu, nebo únava z intelektuální práce je často pocíťována kladně. Kdežto u syndromu vyhoření jde o pocit veskrze negativní, tíživý, bezvýhledný. Má úzkou vazbu s pocitem selhání a marnosti.

##### *Burn-out a odcizení*

Odcizení je dalším negativním emocionálním zážitkem. Odcizení lze definovat jako druh anomie - ztráty normální zákonitosti, k němuž dochází tam, kde lidé zažívají nedostatek nebo absenci přijatelných sociálních norem, které by mohly řídit jejich

jednání a byly směrodatným měřítkem jejich životních hodnot. Odcizení se objevuje u lidí, pro které činnost, kterou dělali, nebyla smyslem jejich života, nebyli jí nadšeni. U burn-out syndromu se odcizení vyskytuje až v posledním stádiu. Zpočátku jsou tito lidé svou prací nadšeni **(20)**.

#### *1.9.6. Diagnostika syndromu vyhoření*

Identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých příznaků u osob, v jejichž chování se burnout začíná objevovat, jednak z prožívání příznaků, které lze snázeji identifikovat, pokud člověk o projevu tohoto syndromu něco ví, a konečně ze speciálních psychologických metod, které byly k diagnostice syndromu vyhoření sestaveny **(15)**.

Ke stanovení jevu vyhoření se používá řada různých metod. Nejběžnějšími metodami jsou dotazníky speciálně zaměřené na :

- celou šíři problematiky vyhoření
- na tři její nejvýraznější charakteristiky – fyzické, emociální a psychické vyčerpání
- na tři relativně samostatné faktory – emociální vyčerpání, depersonalizace snížený pracovní výkon **(21)**.

#### *1.9.7. Prevence syndromu vyhoření*

Syndrom vyhoření je důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Tuto disbalanci lze zmenšit jednak na straně jedince, který si osvojí základní postupy hodnocení stresové situace a strategie zvládnání stresu, jednak na straně zaměstnavatele změnou organizace a kultury.

*Prevence na úrovni jedince:*

- péče o sebe a zdravý životní styl

Mít se rád a sám sebe přijímat, protože opak vede ke spotřebování energie ve stálém vnitřní konfliktu mezi skutečností a realitou (např. nemá rád své vlastnosti, je na sebe příliš přísný). Do pečování o sebe patří i udělat si radost, dopřát si koupel, masáž **(1)**. Ke zdravému životnímu stylu patří zdravá životospráva, sport či jiná pohybová aktivita, dostatek spánku, osvojení technik relaxace, které

po jejich zvládnutí umožní rychlé navození stavu tělesného i psychického uvolnění(34).

- požádat o pomoc druhé, tam kde síly člověka nestačí

Každý pečovatel by se měl naučit znát hranice svých možností. Není potřeba se srovnávat s ostatními a klást na sebe přílišné nároky. Každý člověk má jiné hranice. Není to projevem selhání, ale může to být naopak projevem důvěry.

- udělat si čas na „své“ lidi a záliby

Je dobré dbát na dobré a hojné vztahy s lidmi, kteří ve stavu nouze mohou pomoci. Je důležité udržovat přátelství a nemít jen přátele z řad spolupracovníků. Také je přínosné věnovat se osobním zálibám, zájmům, koníčkům, které vnáší do života radost, uspokojení a uvolnění. Představují zdroj emočních zážitků a energie.

- nenosit si práci domů

Ti, kterým dělá potíže oddělit práci od osobního života, by si měli najít nějaký pomocný rituál, např. jízda na kole, autem z práce domů, osprchování se doma, odpočinek u kávy (1).

*Prevence na úrovni organizace:*

- styk mezi vedením a týmem by měl být pravidelný a ne jen tehdy, když se něco neobvyklého děje (když „hoří“)
- vedení má sdělovat týmu, o čem mu opravdu jde a nepřístupovat k němu s určitým podezřením
- vedení se má pokoušet spíše sladit (harmonizovat) vzájemné vztahy v týmu
- vedení by mělo sdělovat týmu nejen krátkodobé úkoly, ale seznamovat je i se svými dlouhodobými perspektivními záměry a plány
- vedení má dát zřetelně najevo, že si váží práce svého týmu (20).

Bartošíková předkládá další možnosti prevence na úrovni organizace

- péče o psychické zdraví zaměstnanců - možnost spolupráce s psychologem nebo jiným odborníkem k přípravě programů k osvojení dovedností
- podpora růstu pracovníků jednak vzděláváním, ale také zvýšením autonomie, rotace pozic
- podpora rozvoje týmové spolupráce

- zabezpečení možnosti regenerace, racionální rozpis služeb, poukázky na sportovní aktivity, plavání, rehabilitace, kulturní akce (1).

### 1.9. Supervize v zařízení sociální péče

Základem supervize je bezpečný vztah mezi supervizorem a supervidovaným.

Cílem supervize je profesionální rozvoj pracovníka. Zaměřuje se především na oblasti:

- rozšiřování stávajících dovedností, získání nových dovedností
- pomoc při řešení problémů
- zvládání emočně náročných situací
- vzdělávací funkce, zejména u studentů začínajících pracovníků (34).

Supervizi vede supervizor, což je profesionál s přirozenou autoritou. Může působit jako školitel rádce, průvodce obtížnou situací, ochránce či zdroj podpory a jistoty.

*Interní supervizor* je zaměstnancem organizace. Jedná se o přímého nadřízeného nebo o pracovníka k tomu určenou rolí.

*Externí supervizor* není zaměstnancem organizace, kde se provádí supervize. Jedná se o člověka zvenčí, což mu umožňuje nezaujatý pohled (1).

Formy supervize:

- individuální - setkání jednoho pracovníka se supervizorem
- skupinová - setkání supervizita s 8 až 10-ti člennou skupinou
- týmová - setkání celého pracovního kolektivu se supervizorem (34).

Tošnerovy vidí supervizi jako mohutný nástroj pravidelného očištění od zbytků myšlenek i emocí, které v hlavě uvíznou, slouží také dalšímu osobnímu i profesionálnímu rozvoji. Pravidelná supervize odborně prováděná je jedním z nejlepších preventivních opatření proti syndromu vyhoření (31).



## **2. Cíl práce**

Cílem mé práce je zjistit zatížení přímých pečovatelů v konkrétním zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou.

## **3. Metodika**

### **3.1. Použité metody**

Zvolenou metodikou je kvalitativní výzkum, metoda dotazování, kterou tvoří naslouchání, kladení otázek lidem a získávání jejich odpovědí (9).

Použila jsem techniku nestandardizovaného polořízeného rozhovoru (viz. příloha č. 1) s pracovníky v přímé péči, pečujícími o seniory s Alzheimerovou chorobou.

V úvodu rozhovoru jsem zjišťovala základní sociodemografické údaje, tedy věk, pohlaví, vzdělání, délku praxe a pracovní zařazení. Poté následovalo čtrnáct otázek, které se vztahovaly k práci, ke stresorům, možnosti dalšího vzdělávání, k využití volného času.

Jako doplňková metoda je využito vyhodnocení standardizovaného dotazníku – Inventář projevů syndromu vyhoření ( viz.příloha č. 2)

### **3.2. Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkum byl proveden v rozmezí měsíce prosince 2007 až měsíce března 2008 v ústavním zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou.

Soubor respondentů byl vybrán mechanismem prostého náhodného výběru. Rozhovory poskytlo 13 přímých pečovatelů o seniory s Alzheimerovou chorobou. Jednalo se o zdravotní sestry, sanitářky a sanitáře, kteří byli informováni o významu a stručném obsahu rozhovoru. Respondenti na mé otázky odpovídali zcela dobrovolně.

Písemný záznam rozhovoru byl prováděn souběžně do záznamového archu. Rozhovory byly vedeny přímo na pracovišti.

## 4. Výsledky

### 4.1. Kazuistiky

#### *Kazuistika 1.*

Muž ve věku 32 let v pracovním poměru na dobu neurčitou v pozici sanitáře. Je svobodný, bezdětný. Bydlí asi 10 km od zařízení ve svém bytě společně se spolubydlicím. Přítelkyni momentálně nemá. Do zaměstnání dojíždí podle směn buď autem nebo autobusem. Svým vystupováním a komunikací se jeví jako inteligentní člověk. S rozhovorem souhlasí.

Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je pouze základní, i když 2 roky studoval na středním odborném učilišti. Toto studium však nedokončil. V dřívější době vystřídal již několik zaměstnání jako např. pomocník v kuchyni nebo na stavbě. Základní vojenskou službu neabsolvoval, ale raději zvolil variantu civilní vojenské služby v zařízení pro seniory, kterou vykonával 1,5 roku. Po jejím absolvování dostal od vedení zařízení nabídku, zda nechce nastoupit do stálého pracovního poměru. Tuto nabídku ochotně přijal a v roce 1995 absolvoval a jak říká: „Jsem zdárně ukončil sanitářský kurz.“ Jeho délka praxe v domově pro seniory společně s civilní vojenskou službou činí dohromady 9 let.

Na své začátky v zařízení si dobře pamatuje. Bylo to pro něho první osobní setkání s umíráním a se smrtí vůbec. Pociťoval velký stud a nepříjemně vnímal umývání starých lidí a pohled na nahé tělo. V této době cítil potřebu se někomu svěřit a vypovídat se. Částečné pochopení našel u svých spolupracovnic, které v té době byly v předdůchodovém věku. Něco avšak zůstalo v něm. Velmi intenzivně se věnuje buddhismu a meditaci. Zajímá ho práce s energií a otázky, které se týkají smrti a co následuje po ní. I když jeho začlenění do pracovního kolektivu se nepotýkalo s žádnými problémy, o své náklonosti k buddhismu moc nemluví. V současné době se cítí psychicky dobře, je vyrovnaný a po směně odchází domů nebo za přáteli „s čistou hlavou“. Jako jediný muž coby přímý pečovatel je klienty vždy vřele vítán. Během své praxe doposud neměl s nikým žádný problém. Co se týká další možnosti se vzdělávat, o studium nemá zájem, je spokojený a v současné době neuvažuje o možnosti dále

studovat. O své práci mluví se zaujetím. Jeho okolí vnímá tuto práci jako potřebnou a velmi důležitou. Občas se setkává s otázkou: „Proč to děláš ?“

**„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“** odpověď zní: **„Nejspíš kolektivní problémy, špatná komunikace“.**

Za největší stresor nepovažuje ani tak náplň své práce jako špatnou komunikaci mezi zaměstnanci. Neví, zda je to dáno veskrze ženským kolektivem, nebo neochotou domluvit se. Pokud je přítomen nějaké stresové situaci, snaží se nezasahovat, pokud se to přímo netýká jeho samotného. Možnost supervize externím supervizorem by byla pro něj samotného přínosná.

Jako pozitivní změnu ve své práci by uvítal zlepšení komunikace a dostatečnou informovanost. Rád by se zúčastnil odborných seminářů, jejichž problematika se vztahuje k umírání, k postoji k němu a ke komunikaci se seniory s demencí.

Tabulka 1- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 1

Věk	32 let
Vzdělání	Základní
Délka praxe	9 let
Stresory	Negativní pracovní vztahy
Volnočasové aktivity	Buddhismus, meditace, společenský život
Společenské ocenění práce	Ano
Externí supervize	Ano
Návrh změn na pracovišti	Zlepšení pracovních vztahů, dostatečná informovanost

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

## ***Kazuistika 2.***

Žena 31 let v pracovním poměru na dobu neurčitou v pozici zdravotní sestry. Je vdaná a má dvě děti ve školním věku. Bydlí v rodinném domku v místě zaměstnání, do kterého se dopravuje pěšky nebo autem dle potřeby. Její vyjadřování a vystupování je milé a vstřícné. Projevuje ochotu a souhlas s rozhovorem.

Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Vystudovala střední zdravotnickou školu a po absolvování studia pracovala v ambulanci, kam musela však složitě dojíždět. Později se jí naskytla možnost pracovat v místě bydliště, což velmi uvítala. Její délka praxe společně s mateřskou dovolenou činí 11 let.

Při vzpomínkách na své začátky v tomto zařízení se jí vybavují potíže se změnou denního režimu. Dříve nebyla zvyklá na směnný provoz a tuto změnu z počátku pociťovala jako problém. Cítila se unavená, nevyspalá a podrážděná. Byla to však otázka několika týdnů, než si na tento režim zvykla. Se začleněním do pracovního kolektivu neměla žádné potíže. Po návratu z mateřské dovolené pracuje jako ergoterapeutka. U klientů je velmi oblíbená. Od začátku si je získala ochotou, laskavostí a schopností naslouchat. Do ergoterapeutické místnosti za ní denně dochází stálá skupinka klientů, kteří si rádi tvoří a přitom si povídají. Pečlivě si připravuje pomůcky k výrobě, materiály na procvičování paměti a motoriky. Stávající i nově příchozí klienty se snaží začlenit do těchto aktivit. Práci s klienty považuje za náročnou, ale zajímavou. Má pocit, že někteří lidé, hlavně ti, co si zkusili pečovat o seniora s demencí doma, ví jaká úskalí tato práce sebou přináší a pečovateli si váží. Jiní to považují za jednoduché zaměstnání. Ve svém volném čase se věnuje jednak rodině, péči o dům a zahradu, ale současně si také dokáže najít čas i sama na sebe. Ráda čte, cvičí, zdokonaluje se v angličtině nebo navštěvuje různé kurzy (např. drátkování). Možnost dalšího studia ji láká, ale vzhledem k péči o malé děti zatím o dalším vzdělávání neuvažuje.

***„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“*** odpověď zní: ***„Bezmoc lidí, bezvýhodnost jejich situace a také špatná komunikace mezi spolupracovnicemi.“***

Největším stresorem pro ni je bezvýhodná situace klientů, pocit, že jsou zde umístěni „na dožití“, není pro ně cesty zpět a špatná komunikace se spolupracovnicemi.

Pravidelně se účastní odborných seminářů v blízkém či vzdáleném okolí, cíleně si vybírá ta témata semináře, která ji zajímají. V náplni své práce by nic zásadního neměnila, naopak by uvítala korektní vztahy na pracovišti. K tomuto zlepšení by podle ní mohla přispět supervize.

Tabulka 2- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 2

Věk	31let
Vzdělání	Středoškolské
Délka praxe	11 let
Stresory	Negativní pracovní vztahy, závislost ve stáří
Volnočasové aktivity	Práce na zahradě, četba, cvičení, jazykové kurzy, zájmové kurzy
Společenské ocenění práce	Ano
Externí supervize	Ano
Návrh změn na pracovišti	Zlepšení pracovních vztahů

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

### ***Kazuistika 3.***

Jde o 36-letou ženu v pracovním poměru na dobu neurčitou v pozici zdravotní sestry. Je vdaná a má dvě děti. Do zaměstnání dojíždí autobusem nebo na kole, záleží na počasí a na směnách. Působí na mě dojmem klidného, vyrovnaného člověka, spíše introverta. S naším rozhovorem souhlasí.

Do zařízení nastoupila hned po absolvování střední zdravotnické školy. Délka její praxe včetně mateřské dovolené je 18 let.

Nabídku volného pracovního místa přijala hlavně z důvodu snadné dostupnosti. V úvodu své praxe nepociťovala žádné zásadní problémy. Měla štěstí na spolupracovnice, které byly tehdy vesměs v předdůchodovém věku, a kterým

nevadily časté otázky „nováčka.“ Ráda přijímala jejich rady, ale i připomínky ke své práci. Jak říká: „Byla jsem mladinká a čerstvě po škole, člověk je rád, když se ho někdo ujme. Když zkušenější vede začátečníka a přitom ho to neobtěžuje.“ Práce s klienty jí připadá zajímavá a ona sama patří mezi oblíbené sestřičky. Její volný čas naplno vyplňuje rodina a blízký okruh přátel. Již dříve zvažovala otázku doplnit či rozšířit si vzdělání. V loňském roce byla přijata k bakalářskému studiu na vysoké škole do studijního oboru zdravotní sestra. Při studiu poznává nové lidi, získává nové poznatky a vědomosti. Momentálně věnuje přípravě a učení veškerý volný čas. V žádném případě toho nelituje, i když je to velmi časově a psychicky náročné. Ve svém zaměstnání o studiu moc nemluví. Svou práci pociťuje jako společensky nedocenenou. Říká: „Nezasvěcená veřejnost považuje tuto práci za jednoduchou, nenadřeme se a ještě za to bereme peníze.“

**„Co považujete za největší stresor ve Vaší práci“** odpověď zní: **„Špatná komunikace v práci, moc si nenasloucháme.“**

Mezi stresory ve své práci by zařadila špatnou komunikaci mezi kolegyněmi, připadá jí, že si neumí vzájemně naslouchat. Dříve si problémy a starosti z práce nosila domů. Jako záchytná síť při stresové situaci jí dříve sloužila rodina a přátelé. Dnes pokud se jí něco nelíbí, dokáže se včas ozvat a řešit problém na místě.

Přivítala by odborně vedenou supervizi externím supervizorem, která by mohla přispět ke zkvalitnění pracovních vztahů. Také se nebrání, naopak vítá účast na odborných seminářích, kterých se pravidelně zúčastňuje. Zejména by jí zajímal seminář na téma bazální stimulace, komunikace se seniorem s demencí.

Tabulka 3- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 3

Věk	36let
Vzdělání	Středoškolské
Délka praxe	18 let
Stresory	Negativní pracovní vztahy
Volnočasové aktivity	Společenský život
Společenské ocenění práce	Ne
Externí supervize	Ano
Návrh změn na pracovišti	Zlepšení vztahů

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

#### ***Kazuistika 4.***

Žena 40 let pracuje v zařízení jako fyzioterapeutka, pracovní smlouvu má na dobu neurčitou. Je vdaná a má dvě dospívající děti. Do zaměstnání dochází pěšky, protože bydlí přímo v místě zařízení. Mluví velmi přívětivým, klidným hlasem, vyzařuje z ní dobrosrdečnost a vyrovnanost. S naším rozhovorem souhlasí.

Po absolvování 4-letého gymnázia vystudovala vyšší odbornou školu obor fyzioterapeut. O svém dřívějším zaměstnání nechce mluvit. V zařízení pracuje 2 roky. O volném místě fyzioterapeuta se dozvěděla od známých.

Její začátky nedoprovázely žádné výraznější problémy. Práce ji velmi bavila a baví stále. Se „zapadnutím“ do pracovního kolektivu neměla žádné potíže. Nejčastěji pracuje samostatně ve „své“ místnosti, kam za ní klienti sami docházejí nebo si pro méně soběstačné chodí a doprovází je. U klientů je velmi oblíbená, představuje pro ně příjemné vyplnění dne, těší se na ni, na její laskavost a vlídnost. Dokáže je pohladit nejen rukou, ale i slovem. Ve volném čase se dlouhodobě a hluboce věnuje cvičení a předcvičování jógy. Sama s cvičením začala před 17 lety. S jógovými technikami souvisí i meditace, naučila se vstupovat do hladiny alfa, kde nalézá harmonii, klid a radost ze života. Ráda si usedne k pěkné knížce nebo své osobní volno vyplní dlouhou procházkou v přírodě, která ji odreaguje a naplní energií pro další dny.

Také jídlo pro ni představuje uspokojení a zdroj energie. Na dotaz ohledně dalšího studia odpovídá s úsměvem, ale záporně. Co ji zajímá a co sama vyhledává jsou semináře o technikách masáží. Vzhledem k náročnosti práce by viděla odbornou podporu formou supervize jako potřebnou.

**„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“ odpověď zní: „Bezmoc lidí, demence a jejich propad.“**

Při její práci s osobami s demencí je pro ni nejvíce stresující nezvratný a prohlubující se úbytek poznávacích funkcí, projev demence jako takové a neodvratitelná situace klientů. Pokud je vystavena této situaci a některý z klientů ji „přiroste“ více k srdci, dokáže si pomoci sama nebo velkou oporu má v rodině a v blízkém okruhu přátel. Pokud by ji byla k dispozici nabídnuta externí supervize, možná by ji využila.

Svou práci má velmi ráda, je spokojená a nenapadá ji nic, co by chtěla změnit. „Asi bych to nechala takové, jaké to je. Jsem opravdu spokojená.“ Má pocit, že i veřejnost její práci vnímá pozitivně a uvědomuje si potřebnost této složky v péči o osoby s demencí. Její služby jsou také využívány personálem.

Tabulka 4- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 4

Věk	40let
Vzdělání	Vyšší odborná škola
Délka praxe	2 roky
Stresory	Závislost ve stáří, projev demence
Volnočasové aktivity	Jóga, meditace, četba, procházky, jídlo
Společenské ocenění práce	Ano
Externí supervize	Možná
Návrh změn na pracovišti	Nic by neměnila

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4 je stručně shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.



### ***Kazuistika 5.***

Žena 34 let, která má pracovní smlouvu na dobu neurčitou jako sanitářka. Do zaměstnání dojíždí většinou autobusem, protože bydlí asi 10 km od zařízení. Je vdaná a má dvě děti mladšího školního věku. Působí energicky a komunikativně.

Vyučila se na odborném učilišti obor prodavačka. Této profesi se také v dřívější době věnovala. Po ukončení mateřské dovolené se zabývala myšlenkou více se věnovat nějaké profesi, zaměřené na pomoc druhým lidem. V roce 2007 absolvovala sanitářský kurz při střední zdravotnické škole. A současně se v této době od známých dozvěděla o volném pracovním místě v domově pro seniory. Protože je v pracovní procesu krátce, teprve 1 rok stále, sbírá zkušenosti a rady od služebně starších kolegyně, tzv. „oťukává se“.

Zpočátku její práce ji doprovázely problémy, jak přijmout nahotu, bezmoc klientů a jak komunikovat s nimi. Bylo to poprvé, co se setkala s lidskou nahotou ve stáří, s bezmocí a odkázáním na pomoc druhé osoby. V současnosti dokáže tento stav přijmout jako přirozený. Už ji to nevadí. S přijetím do kolektivu neměla žádné problémy, i když si možná více rozumí s mladšími kolegyněmi. Ani s přijetím klientů nemá problémy. Je to zvláštní, ale více ji baví práce u ležících a méně soběstačných klientů. Tam si připadá více potřebná a práce je zde smysluplná. Její volný čas vyplňuje rodina, hlavně děti, kamarádky a jízda na koni. Pokud se jí podaří „ukrást si“ chvíli pro sebe, věnuje ji koním, kde relaxuje a získává energii. O případném dalším vzdělávání formou studia neuvažuje, zajímá se však o odborné semináře, jejichž tematika se vztahuje k ošetrovatelské péči. Při dotazu na případnou možnost supervize neví, nedokáže jednoznačně odpovědět.

***„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“*** odpověď zní: **„Určitě umírání a smrt.“**

I když sama na sobě pracuje a s problémy při péči o klienty se potýká, nejvíce zatěžující, a na co si doposud nezvykla, je smrt a s ní spojené umírání. Jak říká: „Zatím

se mi to vyhlo a úplně sama jsem se s tím nesetkala, nemusela jsem to řešit. Zatím tomu vždy došlo než jsem nastoupila na směnu nebo až po ní. Uvidím až mě to potká, jak to zvládnou.“ Pokud dojde k úmrtí klienta v zařízení, i když tomu prozatím nebyla přítomna, potřebuje být sama, prodýchat se, pobřečet si, dát si cigaretu.

Jako možnou změnu a pomoc při její práci by viděla větší množství pomůcek, jinak ji nic nenapadá. Dle jejího názoru jsou pečovatelé společností uznáváni, hlavně těmi, kteří sami o někoho takového pečují.

Tabulka 5- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 5

Věk	34let
Vzdělání	Vyučena v oboru
Délka praxe	1 rok
Stresory	Umírání, smrt
Volnočasové aktivity	Jízda na koni, společenský život
Společenské ocenění práce	Ano
Externí supervize	Neví
Návrh změn na pracovišti	Více pomůcek

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

### ***Kazuistika 6.***

Žena 29 let, pracující jako sanitářka s pracovní smlouvou uzavřenou na dobu neurčitou. Bydlí v místě svého zaměstnání, do kterého se dopravuje pěšky nebo na kole. Je vdaná a má dvě děti mladšího školního věku. S rozhovorem ochotně souhlasí. Je komunikativní a v odpovědích rozhodná.

Studovala na středním odborném učilišti obor ošetřovatelka. Do zařízení přišla pracovat jako brigádnice. Posléze ji bylo nabídnuto pracovní místo do stálého pracovního poměru. Délka její praxe včetně mateřské dovolené představuje 11 let.

Její nástup a začlenění do kolektivu nedoprovázely problémy. Se spolupracovnicemi si rozuměla a ani s klienty se nedostala do střetu. Občas však došlo

k menšímu nedorozumění s bývalou vrchní sestrou. Co bylo obsahem těchto konfliktů, nechce blíže popsat. Při výkonu své profese ji zpočátku dělalo potíže vyrovnat se s umíráním klientů a péče o mrtvé tělo. V té době byla ráda, že má dobrou kamarádku-kolegyni, která dokáže naslouchat a vnímat ji. V současné době se s tímto přirozeným projevem konce života dokáže smířit. Má vybudovaný určitý odstup, snaží se nebrat si umírání osobně. Ale neznamená to, že by k těmto lidem byla lhostejná. Svůj volný čas rozděluje mezi péči o rodinu, přátele a školu. Studuje kombinovanou formou na střední zdravotnické škole. S uvolňováním do hodin výuky nemá v práci žádné problémy. Směny si vždy včas domluví s vrchní sestrou. Jak říká: „Škola mi dává hodně. Dostanu tady potřebné informace. Mám větší přehled v oboru.“ Účast na seminářích, dle jejího názoru, nemá již pro ni zásadní význam. Pochopitelně, kdyby nestudovala, určitě by jich navštěvovala více.

**„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“** odpověď zní: **„Komunikace mezi kolegyněmi.“**

Na její práci ji připadá nejvíce zatěžující ne vždy snadná komunikace mezi kolegyněmi. Pokud je vystavena nějaké konfliktní, stresující situaci dokáže reagovat podrážděně, občas i neadekvátně tzv. „vybuchne“. Tato nálada ji doprovází i po ukončení služby a přenáší se do domácího prostředí, osobního života.

Zlepšení komunikace by přivítala a považuje ji za příjemnou změnu na pracovišti. Řešením by byla možná případná externí supervize, pro ni osobně by mohla vést k vyjasnění problémů, které si jinak nosí domů. Dle jejího názoru je péče o klienty s demencí dostatečně neocenená, veřejnost nemá patřičný náhled do problematiky, lidé si nedokáží představit, co vše tato práce obnáší a profesi pečovatele berou za méně významnou.

Tabulka 6- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 6

Věk	29 let
Vzdělání	Vyučena v oboru
Délka praxe	11 let
Stresory	Negativní pracovní vztahy
Volnočasové aktivity	Společenský život
Společenské ocenění práce	Ne
Externí supervize	Ano
Návrh změn na pracovišti	Zlepšení pracovních vztahů

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 6 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

### ***Kazuistika 7.***

Žena 38 let, pracuje v domově pro seniory na dobu neurčitou jako sanitářka. Je vdaná a má dvě dospívající děti. Bydlí v místě svého zaměstnání, do kterého dochází pěšky.

Její nejvyšší vzdělání dosahuje stupně odborného vyučení v oboru kuchařka. Této profesi se také dříve věnovala. Po přestěhování hledala nové zaměstnání nejlépe v místě bydliště. Důvodem byly její tehdy ještě malé děti. Přijala nabídku uklízečky v domově pro seniory, kde v této pozici setrvala 10 let. Poté se sama začala zajímat o absolvování sanitářského kurzu při střední zdravotnické škole, který ukončila v roce 2006. A proto zde již druhým rokem pracuje jako sanitářka.

Protože pracovní kolektiv i klienty znala z dřívější doby jako uklízečka, nevyskytly se žádné problémy při zapojení v nové roli. Práce s klienty ji baví, směnný provoz vyhovuje, umožňuje jí více volného času, který dokáže vyplnit četbou knih, procházkami v přírodě. Co také miluje a dodává jí energii jsou stromy. Ve svém dřívějším bydlišti měla blízko domu lípy, které jí onu energii dodávaly. Po přestěhování tomu tak není, proto za nimi tzv. „utíká“. O možnosti dalšího vzdělání formou studia nebo kurzů neuvažuje. Ale účasti na odborných seminářích se nebrání. V nejbližší

době proběhne seminář na téma: „Péče o klienty s demencí v zahraničí“. Očekává, že by mohl přinést zajímavé informace a poznatky, které by šly realizovat i u nich v zařízení.

**„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“** odpověď zní: **„Komandování od klientů“**.

Za nejvíce zatěžující při práci se seniory s demencí považuje jejich změnu osobnosti, chování, jak říká: „Komandování od klientů“. Zachovat si profesionální přístup není jednoduché. Vyžaduje to klidné jednání, rozvahu, velkou dávku trpělivosti, neustálé opakování a vysvětlování. Těmto situacím není možné se vyhnout, způsobují u ní podrážděnost, zvýšenou únavu, která se projevuje i v osobním životě. Vždy se jí nepodaří „hodit“ tyto situace za hlavu. Řešit vzniklé problémy jí pomáhá kolegyně, proto pro ni samotnou supervize v externí formě ztrácí význam.

Změnu, kterou by na své pracovišti ráda uvítala, a která se v dohledné době stane, by byla přestavba pokojů s menším počtem klientů. Což by mělo vést k většímu soukromí a pohodlí klientů. Dle jejího mínění není společnost schopna patřičně ohodnotit a vytvořit si představu o náročnosti práce pečovatele. Neví, jak je výkon tohoto zaměstnání vyčerpávající.

Tabulka 7- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 7

Věk	38 let
Vzdělání	Vyučena v oboru
Délka praxe	2 roky
Stresory	Zhoršená komunikace se seniory s demencí
Volnočasové aktivity	Četba, procházky
Společenské ocenění práce	Ne
Externí supervize	Ne
Návrh změn na pracovišti	Pokoje s menším počtem klientů

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 7 je stručně shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

### ***Kazuistika 8.***

Žena 28 let, v domově pro seniory pracuje, jako sanitářka. Pracovní smlouvu má uzavřenou na dobu neurčitou. Je svobodná, bezdětná. Do zaměstnání dochází pěšky, neboť bydlí přímo v místě zařízení. S rozhovorem souhlasí, je komunikativní a ochotná odpovídat.

Vystudovala rodinnou školu obor ošetrovatelka. Jako čerstvá absolventka hledala pracovní uplatnění ve svém oboru. Informaci o volném pracovním místě v ústavním zařízení získala od známých. Po uzavření pracovního poměru pracovala zpočátku pouze na ranní směně, neboť ještě nedosáhla 18 let. Délka její praxe je 11 let.

Do stávajícího kolektivu se začlenila bez větších potíží i klienti ji přijali velmi dobře. Práci s klienty již znala z praxe, kterou vykonávala při studiu na rodinné škole. Jediným stěžujícím momentem byla častá únava, kterou způsoboval pozdější přechod na směnný režim. Dnes už si přece jen zvykla. Ve svém osobním volnu ráda chodí nakupovat, jezdí na kole nebo usedne k pěkné knížce. I když se cítí po ukončení směny unavená, dokáže se ihned vrhnout do dalších aktivit. Umí se rychle „přeladit“, oddělit pracovní život od osobního a užít si volno. Po skončení služby se dokáže bez problémů bavit se svými přáteli. Dříve po ukončení studia na rodinné škole přemýšlela o další formě studia. Pokud by se rozhodla ještě studovat, vybrala by si obor z jiné oblasti než je zdravotnictví. Společně s kolegyněmi navštěvuje odborné semináře. Vítá tematiku, kterou lze uplatnit při výkonu práce s osobami s demencí a se starými lidmi.

***„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“*** odpověď zní: ***„Napětí v práci a taky umírání lidí.“***

Za nejvíce zatěžující považuje napětí, které občas panuje na pracovišti. Vzniklé konflikty se snaží rychle vyřešit a urovnat. Pak odchází domů s klidem a pocitem uspokojení. Jako druhý stresor uvádí umírání. Když někdo umírá v době, kdy ona předává službu, její myšlenky se vracejí na pracoviště. Nenechává jí to lhostejnou.

Nemyslí si, že účastí na supervizi, by došlo k nějaké výrazné změně při řešení stresorů. Ona sama by ji spíše nevyužívala.

Co však považuje za přínosnou změnu, a která se již v zařízení bude realizovat, budou nové pokoje s menším počtem klientů, širší chodby. Domnívá se, že toto povede ke zlepšení ošetrovatelské péče a hlavně přispěje k většímu soukromí klientů samotných. Práce s těmito lidmi ji baví, i když má pocit, že tuto profesi okolí nedoceňuje. Důvodem by mohla být nedostatečná informovanost.

Tabulka 8- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 8

Věk	28 let
Vzdělání	Středoškolské
Délka praxe	11 let
Stresory	Negativní pracovní vztahy, umírání
Volnočasové aktivity	Nakupování, četba, jízda na kole, společenský život
Společenské ocenění práce	Ne
Externí supervize	Spíše ne
Návrh změn na pracovišti	Pokoje s menším počtem klientů

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 8 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

### ***Kazuistika 9.***

Žena 31 let, v pracovním poměru na dobu neurčitou jako zdravotní sestra. Je vdaná, má dvě děti mladšího školního věku. Bydlí přímo v místě zařízení, kam dochází pěšky. Působí křehkým, citlivým a uzavřeným dojmem.

Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Po ukončení mateřské dovolené se sama zajímala o pracovní místo v zařízení. Důvodem byla jednak snadná dostupnost, ale i možnost pracovat se starými lidmi, kteří potřebují pomoc druhých. V domově pro seniory pracuje již 5 let.

Na své začátky si dobře pamatuje. Kolegyně i klienti ji přijali vřele. Přesto jí trvalo asi rok, než si na tuto práci zvykla. Byla hodně empatická, vnímavá, příliš

soucítila s lidmi. Obávala se manipulace s lidmi při ošetřování. Jako důvod uvádí: „Aby je to nebolelo.“ Tyto obavy více pociťovala u ležících klientů s těžkým stupněm demence. V této fázi dochází k poruše komunikace verbální a převažuje neverbální. Je důležité odezírat především z mimiky, případně z gestikulace. Dalším projevem stáří je umírání, které ji velmi zasahovalo. Soucítila s umírajícími lidmi, snažila se jim být na blízku. Chtěla jim svou přítomností poskytnout pomoc a oporu. Dalším problémem byla velká únava a vyčerpání ze směnného provozu. Určité problémy nastaly v době, kdy se její děti měly adaptovat na nové prostředí školy a školky. Tuto změnu velmi prožívaly, což se odrazilo následně v její dočasně ranní nervozitě při nástupu do práce. Byla více citlivá a myslela na děti. Svě rodině, zejména dětem, věnuje veškerý svůj volný čas. Nejspokojenější je doma, ve svém prostředí s lidmi, které miluje. Občas se projede na kole nebo sáhne po oddychové knížce. V případě možnosti dále se vzdělávat by ji zajímala fyzioterapie. Umět pomoci lidem i jinak. Aktivně se zajímá o odborné semináře především s tematikou bazální stimulace. Práce v zařízení u ní vede k uvědomění si reality a konečnosti života.

**„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“** odpověď zní: **„Určitě umírání. Vadí mi to“.**

Za nejvíce stresující při náplni své práce pokládá stále umírání. I když na sobě pracuje, snaží se, aby ji to tolik nezraňovalo, vnímá umírání za velké úskalí. Naučila se odbourávat osobní vztah ke klientům, pracovat profesionálně. Jinak by docházelo k přenosu starostí z práce domů. Velkou pomocí je pro ni kolegyně, se kterou může situaci probrat a vyzpovídat se. Neví, zda by využívala k řešení problémů odbornou supervizi v jiné formě. Takovou svou si vytvořila sama.

Jako pozitivní změnu by přivítala větší počet personálu, který je podle ní nedostačující. Také by ráda měla během své služby rozděleny pokoje s klienty, o které by pečovala. V jejím okolí je tato profese považována za obdivuhodnou. Především lidé, kteří pečují o staré osoby doma si uvědomují náročnost a zatížení.



Tabulka 9- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 9

Věk	31 let
Vzdělání	Středoškolské
Délka praxe	5 let
Stresory	Umírání
Volnočasové aktivity	Občas jízda na kole, četba
Společenské ocenění práce	Ne
Externí supervize	Neví
Návrh změn na pracovišti	Větší počet personálu, rozdělení pokojů

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 9 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

### ***Kazuistika 10.***

Žena 41 let, pracovní smlouvu má uzavřenou na dobu neurčitou jako sanitářka. Je vdaná, má jedno dospívající dítě. Bydlí asi 10 km od zařízení, kam dojíždí autem nebo autobusem. S rozhovorem souhlasí, i když se cítí hodně unavená, neboť teď ji vycházelo více služeb za sebou.

Vyučila se na středním odborném textilním učilišti, dříve v tomto oboru pracovala. V roce 2007 ukončila sanitářský kurz konaný při střední zdravotnické škole. Hledala nové uplatnění a ráda uvítala možnost pracovat s lidmi v domově pro seniory. Práce ji nebyla neznámá, její maminka pracovala také v ústavním zařízení, kam za ní jako malá často chodila. Dá se říci, že v prostředí lidí, kteří pomáhají druhým, vyrůstala. Délka její praxe v zařízení je krátká pouze 8 měsíců.

Při začleňování do pracovního kolektivu se nesešla s žádnými nesázemi. Ke klientům přistupuje individuálně a nedošlo mezi nimi a jí k žádným neshodám. Jediné s čím se stále potýká je směnný provoz. Pociťuje často únavu, mívá poruchy spánku a při nočních službách nepříjemně vnímá samotu. Svůj volný čas vyplňuje relaxací, odpočinkem nejlépe v prostředí domova. Je ráda se svou rodinou a v blízkosti svých přátel, se kterými si ráda povídá, naslouchá jim a vnímá je. Určitě by neodmítla další vzdělávání formou odborného kurzu. Účast na sanitářském kurzu považuje

za zajímavou a přínosnou. Také začala navštěvovat odborné semináře a v ústavním zařízení měla příležitost vést seminář pro účely zvýšení informovanosti ošetřujícího personálu o osoby s demencí. Téma její práce se zabývalo příčinami syndromu demence, Alzheimerovy choroby. Ji samotnou by zajímaly nové možnosti a postupy v léčbě demencí.

**„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“** odpověď zní: **„Bezmoc lidí ve stáří a pocit bezmoci, který cítím u sebe.“**

Za největší zátěž ve své práci pokládá vlastní pocit bezmoci, který doprovází řadu pomahačských profesí. Dále bezmoc lidí, kteří jsou ve stáří odkázáni na pomoc druhé osoby a stávají se závislími. Pomocí pro ni na jedné straně je vyjasnění problému, srovnání uvnitř sebe a na druhé straně možnost probrat situaci s kolegyní. Neví, zda by supervize vedla k řešení těchto problémů. Pokud by vedení supervize mělo smysl, účastnila by se jí.

Jako možnou změnu by viděla ve větším počtu ošetřujícího personálu, hlavně sanitářů. O své práci hovoří s účastí, považuje ji za společensky ceněnou, i když se setkává s lidmi, kteří jsou názoru, že by toto dělat nemohli.

Tabulka 10- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 10

Věk	41 let
Vzdělání	Vyučena v oboru
Délka praxe	8 měsíců
Stresory	Závislost ve stáří, pocit bezmoci
Volnočasové aktivity	Relaxace, odpočinek
Společenské ocenění práce	Ano
Externí supervize	Neví
Návrh změn na pracovišti	Větší počet personálu

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 10 je stručně shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

### ***Kazuistika 11.***

Žena 53 let, pracuje jako sanitářka v pracovním poměru na dobu neurčitou. Je vdaná má dvě dospělé děti, které už mají vlastní byt a jedno i rodinu. Doma má ještě v pěstounské péči neteř, o kterou se řádně stará. Bydlí 15 km od zařízení, kam se dopravuje autem. Je příjemná, komunikativní, vyrovnaná. S rozhovorem souhlasí.

Její nejvyšší vzdělání dosahuje středoškolské úrovně, vystudovala střední ekonomickou školu. V dřívějším zaměstnání pracovala jako administrativní pracovníce v kanceláři. Pociťovala však potřebu změny. Do domova pro seniory nastoupila jako brigádnice a posléze jí bylo nabídnuto uzavření pracovní smlouvy na hlavní pracovní poměr. Před 5 lety absolvovala sanitářský kurz. Délka její praxe zde činí 7 let.

V začátcích mívala smíšené pocity. Stala se svědkem agresivity osob s demencí, setkala se s inkontinencí, s ošetřováním hlubokých dekubitů. S těmito úskalími se při výkonu práce vypořádávala sama. Se zapojením do kolektivu neměla potíže. Snažila se k nim přistupovat srdečně. Oblíbení našla také u klientů, protože se snaží dávat do své práce jak říká: „I srdíčko, snažím se udělat pro ně, co nejvíc.“ Je věřící, ve své práci vidí smysluplnost, která ji naplňuje. Ve volném čase se věnuje práci na zahradě, pročítáním knih o alternativní medicíně, kineziologii, reiky. Pravidelně chodí na cvičení jógy, s ohledem na rozpis služeb, jinak cvičí i doma. Možnost další vzdělávání jako studia již nezvažuje, sama se zajímá o kurzy, které se zabývají alternativní medicínou. Aby si rozšířila odborné poznatky, navštěvuje semináře a přednášky, které jsou zaměřené na její ošetrovatelskou činnost, zejména ji zajímá problematika spojená s ošetřováním dekubitů a bércových vředů na dolních končetinách.

***„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“*** odpověď zní: ***„Nesouhru kolegyně, jejich podrážděnost, spěch, možná i nedostatek potřebných pomůcek.“***

Za nejvíce stresující při výkonu práce považuje nesouhru kolegyně, která vzniká při některé směně, nedostatek pomůcek, které potřebuje k práci, spěch, který nemá

ráda. Pokud je na pracovišti vystavena konfliktní situaci, jejichž příčinou je personál, jedná v klidu, „nevybuchne“ anebo se otočí a raději odchází. Její práce se prolíná do jejího osobního života, myslí na klienty i doma. O ústavním prostředí moudře říká: „Až tady si člověk uvědomí, že je to jeho poslední cesta. Když žije doma mezi svými a tam zestárne a zemře, je to požehnání.“ Možnost supervize vnímá kladně, domnívá se, že by měla smysl, člověk by někdy potřeboval o tom všem mluvit.

Přínosnou změnou na pracovišti by pro ni znamenalo dostatek ošetřujícího personálu. Dalším návrhem by bylo rozdělení pokojů s klienty, o které by pečovala během celé směny. Domnívá se, že by měla více času s nimi promluvit, předčítat jim a více je aktivovat. O své práci mluví se zaujetím, líbí se jí. Ve svém okolí se setkala však i s názorem lidí, kteří by tuto práci nedělali a tak i nemůžou pochopit, že jí přináší uspokojení.

Tabulka 11- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 11

Věk	53let
Vzdělání	Středoškolské
Délka praxe	7 let
Stresory	Negativní pracovní vztahy, nedostatek pomůcek, časový stresor
Volnočasové aktivity	Práce na zahradě, jóga, zájmové kurzy
Společenské ocenění práce	Ne
Externí supervize	Ano
Návrh změn na pracovišti	Větší počet personálu, rozdělení pokojů

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 11 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

## ***Kazuistika 12.***

Žena 44 let, pracovní smlouvu má uzavřenou na dobu neurčitou v pozici vrchní sestry. Je vdaná, má dvě dospělé, nezaopatřené děti. Bydlí asi 18 km od zařízení, do kterého jezdí většinou autem případně autobusem. Je komunikativní, ochotná. S rozhovorem souhlasí.

Její dosažené vzdělání je středoškolské, vystudovala střední zdravotnickou školu, dále absolvovala postgraduální studium zakončené osvědčením obor geriatric a v roce 2001 kurz managementu. Do domova pro seniory nastoupila hned po absolvování střední zdravotnické školy. Délka její praxe včetně mateřské dovolené je 21 let.

Při vzpomínce se na své pracovní začátky jí nenapadá, že by byly nějak problematické či dramatické. S přijetím do kolektivu neměla potíže, jednalo se o malý kolektiv. Ani při seznamování s klienty se nevyskytly problémy. Po ukončení pracovní doby dokáže využít volno v rodinném kruhu, návštěvou divadla nebo hlavně o dovolené sportovní činností jako je plavání, lyžování, horské výstupy a také speleologie. Další vzdělávání formou studia zvažuje jen v případě, pokud to bude sama vyžadovat pro výkonové vedoucí funkce. Pravidelně se účastní odborných seminářů, školení, při jejichž výběru dbá na obsah tématu, který souvisí s náplní její práce a s oborem, ve kterém pracuje, nikoliv ji neovlivňuje počet získaných kreditních bodů. Svou práci vnímá jako potřebnou a ceněnou. Za dobu vykonávání této profese u sebe pociťuje vyšší sociální cítění, potřebu pomoci.

***„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“*** odpověď zní: ***„Nedostatek času, přemíru úkolů, administrativu.“***

Za nejvíce zatěžující považuje nedostatek času, který vyplývá z přemíry úkolů a ze zvýšeného množství administrativní práce v souvislosti se změnami v legislativě. Při řešení stresující situace vyvstává u ní pocit, že to musí zvládnout. Zformuluje si vzniklý problém, vytvoří plán, závažnější problémy řeší s kolegyní či paní ředitelkou.

Po odeznění stresové situace potřebuje nutný odpočinek a relaxaci. Pokud se týká možnosti supervize, problém vidí v kvalitě supervizora. Jinak by byla potřebná.

Jako možnou změnu na pracovišti nebo spíše potřebu by viděla ve větším počtu mužské síly, která zde evidentně chybí a přitom je zapotřebí. Možná by byla přínosná i přítomnost psychologa v zařízení. Pokud se týká společenského ocenění této profese v domově pro seniory, nemyslí si, že by patřila mezi dostatečně ohodnocené, jak po stránce finanční tak prestižní.

Tabulka 12- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 12

Věk	44 let
Vzdělání	Středoškolské+ postgraduální studium
Délka praxe	21 let
Stresory	Časový stresor, přemíru úkolů, administrativní činnost
Volnočasové aktivity	Kulturní, společenská, sportovní činnost
Společenské ocenění práce	Ano
Externí supervize	Ano
Návrh změn na pracovišti	Větší počet personálu, přítomnost psychologa

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 12 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

### ***Kazuistika 13.***

Žena 36 let, pracovní smlouvu má na dobu neurčitou, pracuje zde jako zdravotní sestra. Je vdaná, má dvě děti ve školním věku. Bydlí přímo v místě svého zaměstnání, kam dojíždí na kole, nebo chodí pěšky. Působí trochu uzavřeně, ale klidně. S naším rozhovorem souhlasí.

Její nejvyšší ukončené vzdělání je středoškolské, vystudovala střední zdravotnickou školu. Po ukončení studia až do nástupu mateřské dovolené pracovala v nemocnici na lůžkovém oddělení. Před návratem zpět do zaměstnání hledala

vhodnější práci hlavně z důvodu snadnější dostupnosti. Její délka praxe včetně druhé mateřské zde činí 12 let.

Na své začátky nevzpomíná jako na problematické období. Práce a péče o seniory ji byla známá již z nemocnice. Částečné potíže se týkaly nedostatku pomůcek zejména plenkových kalhotek, bylo jich omezené množství. Při začleňování do kolektivu nepocítovala potíže, myslí si, že ji kolektiv přijal dobře. Ani u klientů nedocházelo a nedochází ke konfliktům. Svůj volný čas ráda vyplní péčí o rodinu, jízdou na kole, pravidelným cvičením nebo popovídáním si s kamarádkami. Pravidelně dochází na odborné semináře. Snaží se udržet si přehled v oboru, proto ji zajímají přednášky, které nejsou zaměřeny jen na péči o seniory s demencí. Avšak možnost vzdělávat se formou studia nikdy nezvažovala.

**„Co považujete za největší stresor ve vaší práci“** odpověď zní: **„Patrně špatnou komunikaci mezi námi, někdy řešíme zbytečné maličkosti.“**

Za nejvíce stresující ve své práci cítí špatnou komunikaci, která vážne mezi spolupracovnicemi. Řešením stresové situace pro ni je snaha zůstat klidná. Považuje se za nekonfliktního člověka. Pokud by byla externí supervize prostředkem či návodem, jak problém na pracovišti řešit, považovala by ji za potřebnou.

Kdyby se dalo na jejím pracovišti něco změnit, ráda by jako změnu uvítala právě příznivější domluvu mezi kolegyněmi. Jinak ji nenapadá nic jiného. Práce ji uspokojuje, baví, mluví o ní i o seniorech velmi pěkně. Snaží se, i když je to někdy těžké, aby si pracovní problémy nenosila domů, aby se dokázala o nich odprostit. Péči o seniory s demencí vnímá jako potřebnou, ale nedoceněnou. Cítí, že zdravotní sestry, které pracují v nemocnici, považuje okolí za důležitější a významnější.

Tabulka 13- Shrnutí zásadních informací – rozhovor 13

Věk	36 let
Vzdělání	Středoškolské
Délka praxe	12 let
Stresory	Negativní pracovní vztahy
Volnočasové aktivity	Jízda na kole, cvičení, společenský život
Společenské ocenění práce	Ne
Externí supervize	Ano
Návrh změn na pracovišti	Zlepšení pracovních vztahů

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 13 je stručné shrnutí výsledků rozhovoru pro účely výzkumné práce.

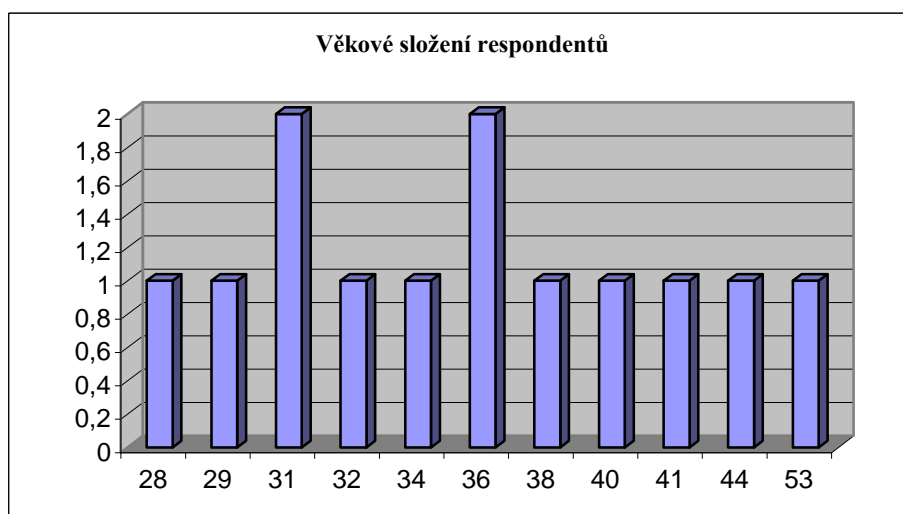
#### **4.2. Rozbor výsledků**

Položený rozhovor obsahoval otázky, které se týkaly osobních údajů, délky praxe, práce, volného času, zátěže, možnosti dalšího vzdělávání, seminářů, případné změny na pracovišti. (viz příloha č.1)

Oslovila jsem 13 pečovatelů v ústavním zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou.



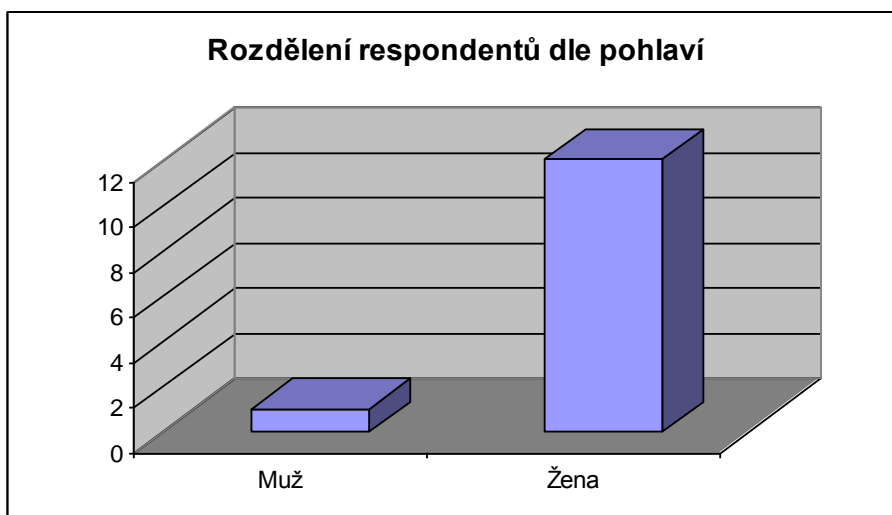
**Graf č. 1: Věkové složení respondentů**



Zdroj: vlastní výzkum

Přehled věkové struktury respondentů. Dotazovaní byli různého věkového složení. Shoda byla pouze ve věku 31 a 36 let, kdy tohoto věku dosáhli 2 respondenti.

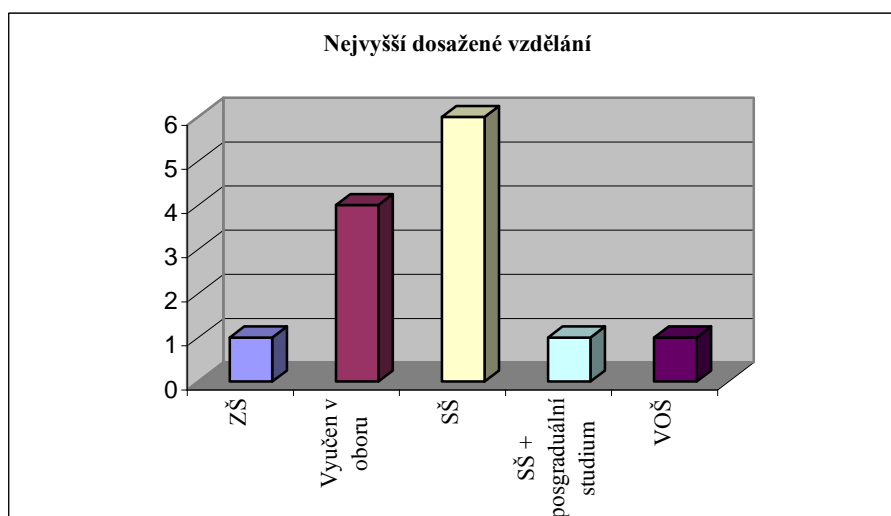
**Graf č. 2: Rozdělení dle pohlaví ve skupině dotazovaných**



Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo 12 žen a 1 muž..

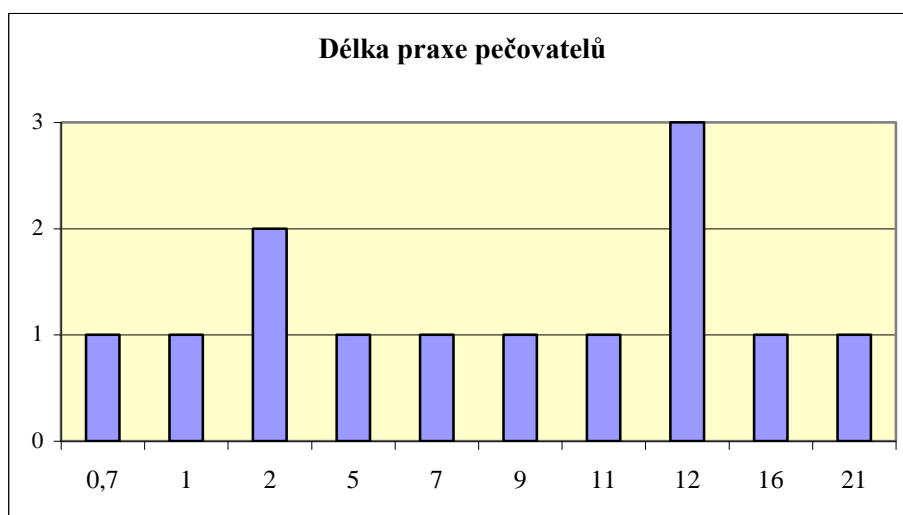
**Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**



Zdroj: vlastní výzkum

Největší počet 6 respondentů dosáhl středoškolského vzdělání, 4 respondenti jsou vyučeni v oboru. Vyšší odborné vzdělání, středoškolské s následným postgraduálním studiem a základní vzdělání bylo zastoupeno vždy jedním respondentem.

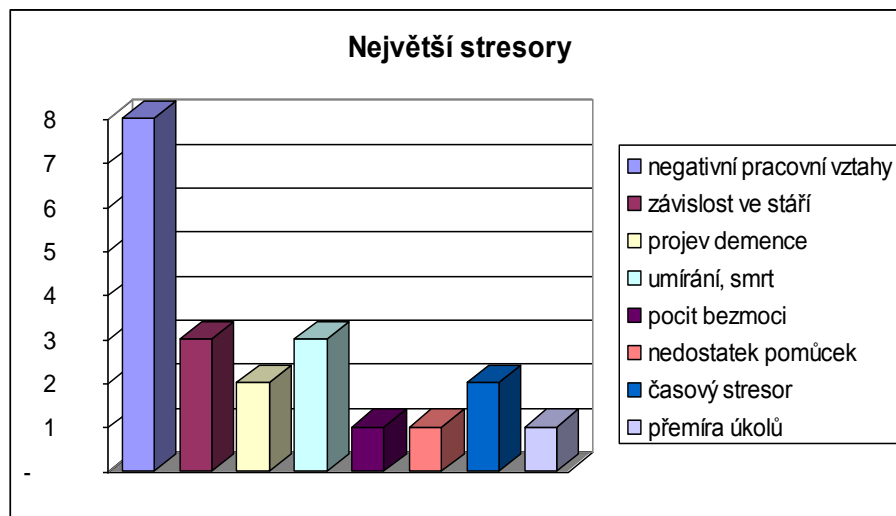
**Graf č. 4: Délka praxe pečovatелů v ústavním zařízení**



Zdroj: vlastní výzkum

Délka praxe dotázaných respondentů se pohybuje od 0,7 (8 měsíců) do 21 let. Největší zastoupení délky praxe u 3 dotázaných představuje 12 let.

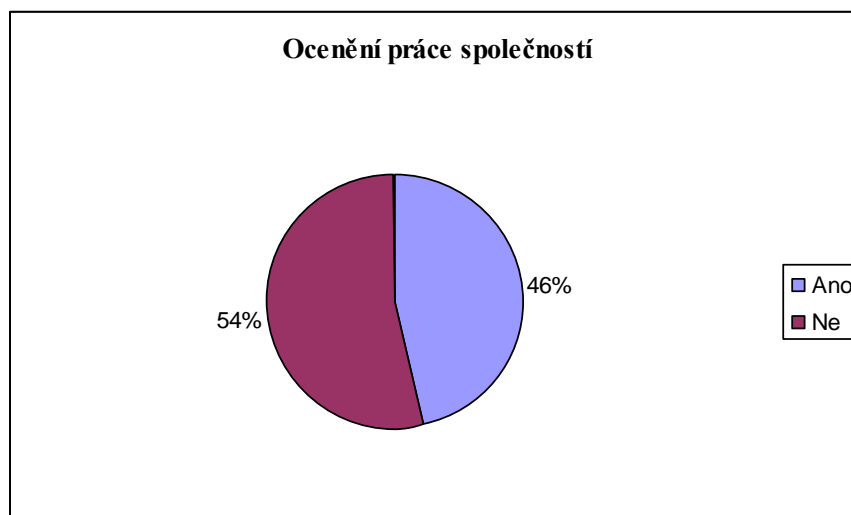
**Graf č. 5: Přehled největších stresorů**



Zdroj: vlastní výzkum

Dotázaní respondenti nebyli schopni určit pouze jeden stresor. Jednalo se o kombinace více stresorů. 8 pečovatelů považuje za největší stresor negativní pracovní vztahy, 3 pečovatelé závislost ve stáří, 3 umírání, smrt, 2 projevy demence, 2 časový stresor, 1 pocit bezmoci, 1 nedostatek pomůcek, 1 přemíru úkolů.

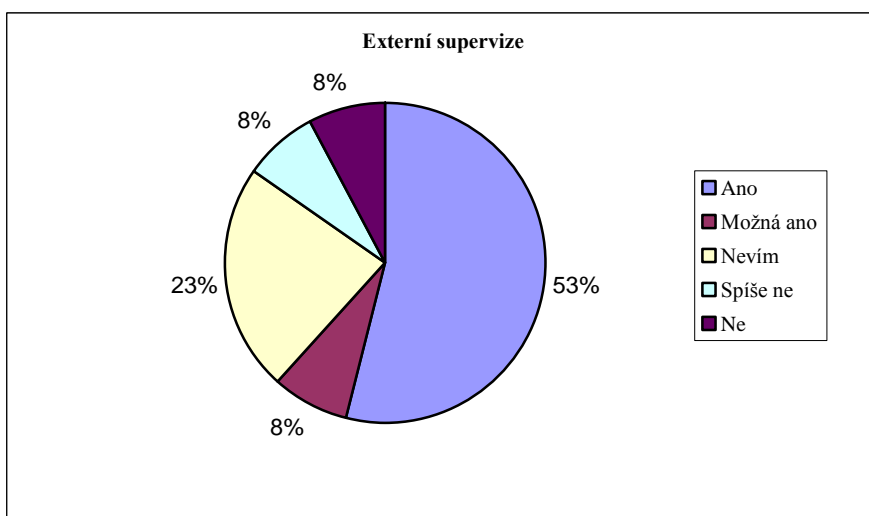
**Graf č. 6: Ocenění práce společností**



Zdroj: vlastní výzkum

Svou práci, která není společensky ceněnou, považuje 54% pečovatelů, 46% pečovatelů vnímá svou práci jako společensky oceněnou.

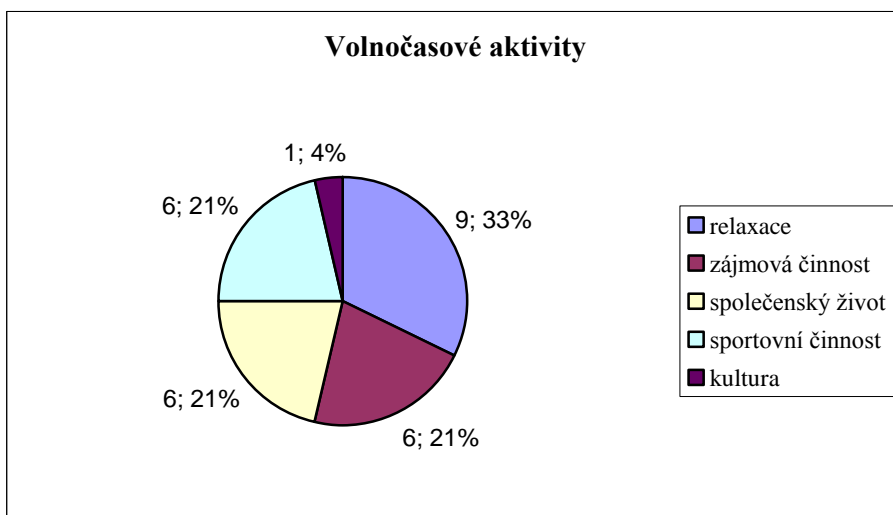
**Graf č. 7: Externí supervize**



Zdroj: vlastní výzkum

Možnosti externí supervize v ústavním zařízení by využívalo 53% dotázaných, 23% dotázaných neví, 8% dotázaných se vyjádřilo o možnosti využití externí supervizi jako možná ano, 8% dotázaných spíše ne. Externí supervizi by nevyužívalo 8% dotázaných.

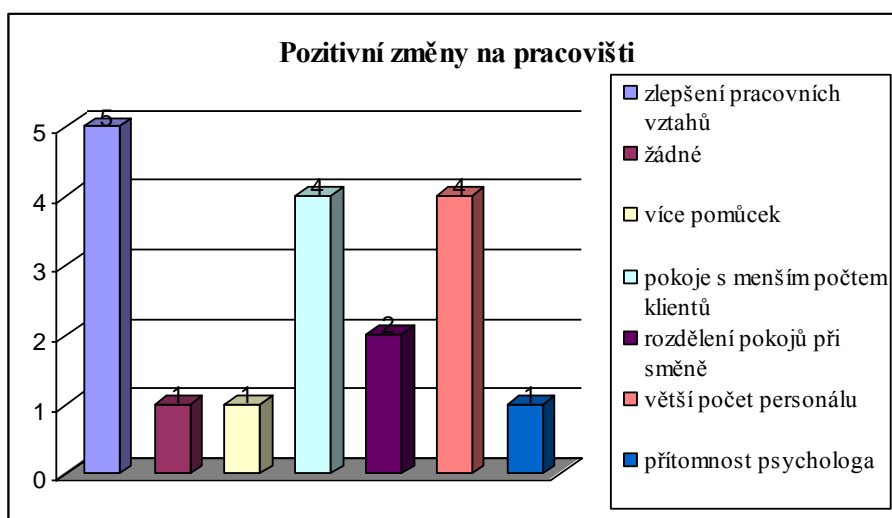
**Graf č. 8: Volnočasové aktivity**



Zdroj: vlastní výzkum

U tohoto grafu představuje první číslo počet respondentů a druhé číslo je vyjádření v procentech. Všichni dotázaní pečovatelé se ve svém volném čase věnují zájmové činnosti. Společenský život vede 19%, sportovní činnost 16%, meditaci a relaxaci 13%, procházkám 6%, kulturní činnosti 3% dotázaných.

**Graf č. 9: Návrh změn na pracovišti**



Zdroj: vlastní výzkum

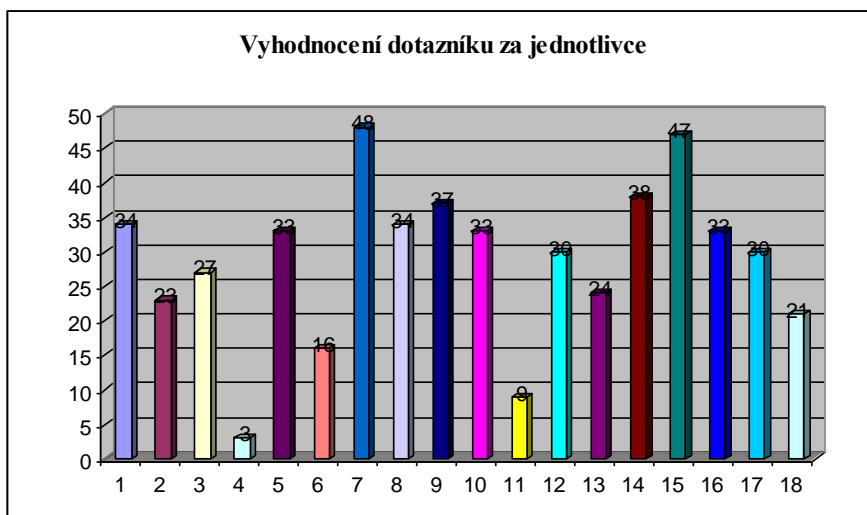
Jako možnou změnu na pracovišti navrhuje 5 respondentů zlepšení pracovních vztahů, 4 respondenti by uvítali pokoje s menším počtem klientů, 4 respondenti by chtěli navýšit počet ošetřujícího personálu, 2 respondenti by rádi měli rozdělené pokoje s klienty při směně, zlepšení množství pomůcek při péči o klienty označil 1 respondent, možnost mít k dispozici a k spolupráci psychologa by uvítal 1 respondent a žádnou změnu na pracovišti by neprováděl 1 respondent.

### 4.3. Inventář projevů syndromu vyhoření

Jako doplňková metoda byl použit standardizovaný dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření ( viz příloha č. 2.). Tento nástroj hodnotí čtyři roviny: rozumovou, emocionální, tělesnou, sociální. Součtem všech čtyř rovin se získá míra náchylnosti ke stresu a k syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96 a minimální je 0. Chybí zde však jasné určení, kolika bodů musí člověk dosáhnout, aby se dalo říci, že trpí syndromem vyhoření nebo je ve stresu. Získané informace jsou pouze orientační a záleží na individuálním posouzení každého člověka, zda bude považovat svůj součet bodů za výstražný.

Bylo rozdáno 20 dotazníků. Návratnost byla 18 dotazníků tj. 90%. Níže uvedený graf č.10 značí vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření jednotlivých pečovateli v zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou.

**Graf č. 10: Vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření jednotlivých pečovateli**

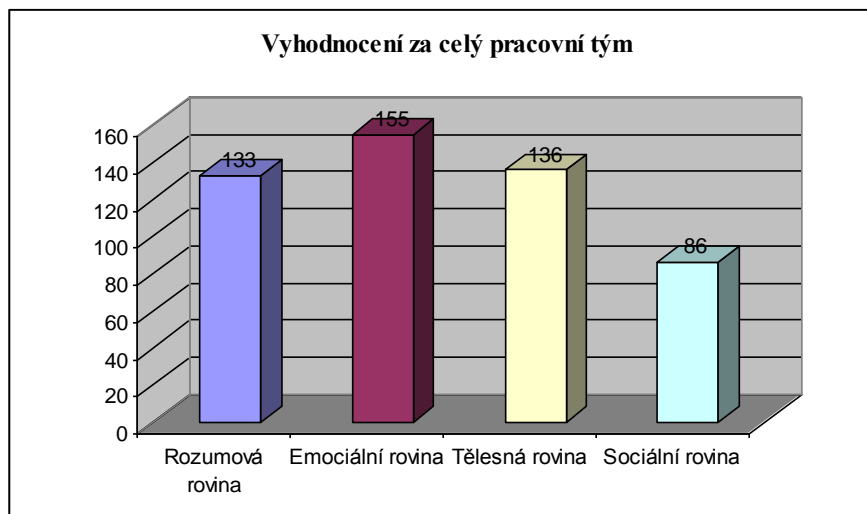


Zdroj: vlastní výzkum

Vyhodnocení dotazníku ukazuje přehled celkového součtu všech rovin u jednotlivých pečovateli.

Rozmezí získaných hodnot je od 3 do 48 bodů

**Graf č. 11: Vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření za celý pracovní tým**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 11 popisuje vyhodnocení dotazníku, vystihuje míru zatížení. Nejvíce zatíženou rovinou je rovina emociální 155, dále tělesné 136, rozumová 133, sociální 86.

Z výsledků dotazníku je patrné, že nejvíce zasaženou rovinou u pracovníků v ústavním zařízení je rovina emociální, jejichž součet činí 155 bodů. Druhou zatíženou rovinou je rovina tělesná, její bodový součet je 136 bodů. Ve velmi vyrovnaném poměru k rovině tělesné je rovina rozumová, její součet bodů činí 133. Nejméně zasaženou rovinou u pracovníků se jeví rovina sociální.

## 5. Diskuse

Práce profesionálních pečovatелů je velmi náročná, obzvláště pak v ústavních zařízeních, kde jsou umístění senioři s Alzheimerovou chorobou. Klienti s tímto syndromem demence potřebují nepřetržitý 24 hodinový dohled, citlivý přístup při péči a velkou dávku trpělivosti. Zajištění takovéto péče je pro profesionální pečovatele po všech stránkách vyčerpávající, pečovatel je vystaven mnoha zátěžovým situacím. Stálým hromaděním negativních faktorů dochází ke zvyšování pracovního stresu, který může ovlivnit vznik syndromu vyhoření - burnout syndromu.

Tato bakalářská práce byla zaměřena na zjištění zatížení profesionálních pečovatелů v ústavním zařízení pro seniory s Alzheimerovou chorobou .

Úvod výzkumu s profesionálními pečovateli byl zaměřen na sociodemografické údaje, které vedly ke zjištění základních údajů o jejich věku, pohlaví, vzdělání, pracovním zařazení a délky praxe.

**Věkové složení** dotázaných respondentů bylo od 28 do 53 let, kdy věkový průměr této skupiny byl 31 let. Zájem na výzkumu měly více mladší ročníky pečovatелů. To si lze vysvětlit tak, že starší pečovatelé nejsou tak otevření vypovídat o sobě.

Ve skupině dotázaných pečovatелů bylo 12 žen a pouze 1 muž. Jejich **délka praxe** byla v rozmezí 8 měsíců až 21 let. Dle MATOUŠKA (23) má vliv na projev syndromu vyhoření doba strávená v jedné pracovní pozici v jednom zaměstnání, nikoliv věk. Dalším sociodemografickým údajem bylo dosažené vzdělání. Pouze základního vzdělání dosáhl 1 dotázaný, vyučení v oboru byli 4 pečovatelé, největší počet 6 respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání. Vyšší odborné vzdělání, středoškolské s následným postgraduálním studiem bylo zastoupeno vždy jedním respondentem. Všichni pečovatelé, kteří nedosáhli potřebného vzdělání, absolvovali pro doplnění vzdělání sanitářský kurz, pořádaný střední zdravotnickou školou. Dle KŘIVOHLAVÉHO (20) je vyšší pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření u lidí s vyšším vzdělání, kteří více očekávají od práce.



Další otázky se již více zabývaly cílem práce. Dotázaní pečovatelé nebyli schopni se vyjádřit pouze k jednomu stresoru, jednalo se o kombinace více stresorů. To svědčí o vysoce náročné práci.

Výzkum ukázal, že 8 dotázaných pečovatelů v ústavním zařízení pocítuje za nejvíce stresující **negativní pracovní vztahy**. Dobré vztahy mezi pracovníky výrazně ovlivňují spokojenost či nespokojenost. Dle MATOUŠKA (23) je špatná komunikace s kolegy jedním z typických projevů syndromu vyhoření. Téhož názoru je i KŘIVOHLAVÝ (20), který se ve své knize zmiňuje o negativních vztazích mezi lidmi, které je možno vyjádřit jako existenci nedorozumění, sporů, rozporů či konfliktů. Také BARTOŠÍKOVÁ (1) považuje vztahy na pracovišti za důležitý faktor, ovlivňující vznik syndromu vyhoření. Lépe se pracuje tam, kde jsou dobré vztahy, spolupráce, kde hodnoty jednotlivce se příliš neodlišují od hodnot pracoviště. Je potřebné zlepšit vzájemnou komunikaci na pracovišti, naučit se mluvit o všem, co se týká práce. Umět sdělit, co vadí, s čím nesouhlasí, ale i ocenit, co potěšilo. Dle mého názoru se sociální komunikací ať již v rovině horizontální či vertikální úzce souvisí **zpětná vazba**. Dle KŘIVOHLAVÉHO (20) je důležitá důsledná zpětná vazba. Není dostačující pouze stanovit kompetence, ale i průběžně kontrolovat, zda určený úkol je proveden dle očekávání. Na začátku mého výzkumu nebyly prováděny v domově pro seniory pravidelné porady mezi vrchní sestrou a podřízenými. Během prováděného výzkumu bylo možno pozorovat změnu, která je jednou z možností prevence syndromu vyhoření. Pravidelně jsou pořádány **pracovní porady**, které by měly přispět ke zlepšení informovanosti personálu. Tímto opatřením by mohlo dojít ke zlepšení pracovních vztahů. KŘIVOHLAVÝ (20) upozorňuje na podmínky, za kterých je pracovní porada dobrým nástrojem v boji se syndromem vyhoření (viz příloha č. 3)

Dalším faktorem, který vyvolává stres u 3 respondentů, je považována **závislost ve stáří**.

Za další stresogenní situaci označili 3 dotázaní respondenti **umírání a s tím související smrt**. Pečovatel je během své profese často konfrontován se smrtí. HAŠKOVCOVÁ (8) ve své knize říká, že každý pečovatel přistupuje k umírajícím podle toho, jak on sám rozumí jevu umírání a smrti. Za fyziologické se považuje

vytěsnění smrti mladými lidmi ve věku 18 - 25 let. V mém výzkumu jsem se nesečkala s touto věkovou skupinou, proto není možné porovnání. Avšak za nejvíce stresující tuto skutečnost považují pečovatelé ve věku 28, 31, 34 let. Jejich délka praxe v zařízení je 1 rok, 5 a 11 let.

Za zátěž ve své práci pocítují 2 pečovatelé demenci a její postupnou progresi. Dle VÁGNEROVÉ (33) se jedná o velmi náročnou péči o člověka s demencí. Značné problémy jsou způsobeny snížením kognitivních funkcí, obtížností a postupnou nemožností domluvy s nemocným. Rovněž postupné zhoršování stavu sebou přináší proměnu osobnosti seniora. Tyto problémy působí nepříjemně, jsou emočně vyčerpávající a mohou vyvolat u pečujícího pocit bezmocnosti, jak je u sebe pocítuje žena v kazuistice č. 10.

Časový stres jako zátěž vyslovili 2 dotázaní. KŘIVOHLAVÝ (21) ve své knize popisuje přiměřenost času k vykonávání určité práce. Pokud tohoto času je málo, mluvíme o distresu. Také přemíra úkolů, o které se vyjádřil 1 pečovatel, vedou dle KŘIVOHLAVÉHO k přetížení.

Výzkumem bylo také zjišťováno využití volného času. Relaxaci se věnuje 33% pečovatelů. BARTOŠÍKOVÁ považuje relaxaci za důležitou, neboť v krizové situaci dochází k nerovnováze mezi napětím a uvolněním, a relaxací dojde k nápravě. Téhož názoru je i KŘIVOHLAVÝ (21), který považuje za prevenci zvládnání stresu osvojení technik relaxace. Další volnočasovou aktivitou je u 21% dotázaných zájmová činnost, u 21% sportovní činnost, 21% pečovatelů vede společenský život a pouze 4% respondentů označila kulturu. RUSH (26) se své knize uvádí jako jeden z důvodů fyzické vyčerpanosti nedostatek pravidelného cvičení. Právě zlepšení fyzické oblasti má podle něj pozitivní vliv na oblast emocionální a duševní. Také BARTOŠÍKOVÁ (1) klade důraz na pěstování osobních zálib, zájmů, koníčků, které vnáší do života radost, uvolnění a uspokojení. Téhož názoru je i HAŠKOVCOVÁ (8), uvádí, že jsou potřebné, i přes časovou náročnost povolání, pravidelné procházky v přírodě, návštěvy divadel, rozvoj zálib, či relaxace, kterou může poskytnout práce na zahradě, studium cizích jazyků.

Další otázkou byl zjišťován názor, zda pečovatelé vnímají svou práci jako společensky ceněnou. 46% pečovatelů se přiklání k názoru, že je jejich práce společensky ceněna, 54% respondentů si myslí opak. Neustále zvyšující se nároky na přímé pečovatele, ať se to týká vzdělání, používání nových pomůcek nebo administrativy, nejsou adekvátně ohodnoceni finančně ani morálně. To, jak člověk vnímá ocenění své práce, je dle KŘIVOHLAVÉHO (20) jedním z možných rizik syndromu vyhoření. Zda se syndrom rozvine, záleží také na osobních rysech pečovatele. Tento můj názor je v souladu s popisem v knize KEBZY, ŠOLCOVÉ (15), že existují osobní charakteristiky predisponující k syndromu vyhoření. Mezi ně lze přiřadit empatii, senzitivitu, obětavost, idealismus, zaměřenost na druhé, výrazná až přehnaná identifikace s druhými. Také HAŠKOVCOVÁ (8) poukazuje na míru empatie, kterou pečovatel projevuje v situaci neodvratné smrti. Uvádí empatický proces jako dvoufázový. Na jedné straně jde o identifikační techniky, umění vcítit se do pocitů druhého člověka, na straně druhé by měly být reidentifikační techniky tj. umění zbavit se těchto pocitů. Také JANKOVSKÝ (12) sdílí názor, že je třeba u lidí, kteří jsou ochotni a schopni vložit do situace i sféru prožívání, nutnost umět reidentifikační techniky.

Dle mého názoru je nutné tuto dovednost cvičit za pomoci odborníků. Jako možnost bych viděla pomoc, například psychologa či supervize. V zařízení není k dispozici možnost využívat **externí supervizi**. Někteří respondenti využívají vzájemné supervize mezi jednotlivými pracovníky, nejedná se však o supervizi v pravém slova smyslu. Za chybějící a potřebnou ji považuje 53% respondentů, možná ano odpovědělo 8%, spíše ne 8%, ne 8%, nevím 23%. Nerozhodnost u dotázaných pečovatelů vidím v neinformovanosti o významu a náplni supervize. Při položení této otázky jsem se dostala do situace, že jsem musela nejprve objasnit pojem supervize. BARTOŠÍKOVÁ (1) považuje supervizi ve státních zařízeních za minimálně využívaný nástroj rozvoje pracovníků a cestu ke zkvalitňování poskytovaných služeb. K tomuto názoru se také přiklání ve své knize i MATOUŠEK (23), který vidí důležitost supervize v souvislosti s rozvojem osobnosti a s prevencí negativních jevů, jakým je syndrom vyhoření.

Jedna z otázek souvisela s návrhy pečovatелů na změnu na pracovišti. Jako pozitivní změna by bylo pro 5 pečovatелů zlepšení pracovních vztahů, 4 respondenti by uvítali pokoje s menším počtem klientů, 4 respondenti by chtěli navýšit počet ošetřujícího personálu, 2 respondenti by rádi měli rozdělené pokoje s klienty při směně, zlepšení množství pomůcek při péči o klienty označil 1 respondent, možnost mít k dispozici a ke spolupráci psychologa by uvítal 1 respondent a žádnou změnu na pracovišti by neprováděl 1 respondent.

Zásadní vliv nezátížení profesionálních pečovatелů má i pracovní doba. Tázání respondenti mají nepravidelnou pracovní dobu, která je příčinou změn denních režimů, jako je spánek, odpočinek, stravovací návyky.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno za celý pracovní tým, že největší zatížení je v emocionální rovině. Její součet činí 155 bodů. Druhou zatíženou rovinou je rovina tělesná, její bodový součet je 136 bodů. Ve velmi vyrovnaném poměru k rovině tělesné je rovina rozumová, její součet bodů činí 133. Nejméně zasaženou rovinou u pracovníků se jeví rovina sociální. Nejvyšší emocionální zatížení si vysvětlují výrazným zastoupením žen ve skupině dotázaných. Ženský kolektiv má svá specifika, která jsou kladná, ale i záporná. Mezi kladná patří hlubší citové založení, vyšší empatie, trpělivost, obětavost, mezi záporná sklon k malichernostem, pomluvám, citová labilita, vznětlivost.

Pokud se jedná o výsledky dotazníku jednotlivých pečovatелů, jejich celkový součet všech čtyř rovin dosahuje rozmezí od 4 do 48 bodů. Dle mého názoru je potřeba, aby se začali zabývat prevencí syndromu vyhoření u sebe, co mohou u sebe změnit, neboť jsou ohroženi a někteří se již v různé z fází syndromu vyhoření nacházejí.

**Výsledky výzkumu ukázaly významný vliv negativních vztahů mezi lidmi na možnost vzniku syndromu vyhoření. Dalším stresogenním podmětem je projev demence, její progresu u klientů v institucionální péči.**

**Výsledky dotazníkového šetření ukázaly na významné zatížení v emocionální rovině. V emocionální rovině tedy lze mluvit o zatížení syndromem vyhoření. Část respondentů pečovatелů je pouze ohrožena a někteří respondenti se nachází v různé z fází syndromu vyhoření.**

Z výzkumu by bylo možné stanovit hypotézu

**Negativně vnímané vztahy na pracovišti jsou pro pracovníky v přímé péči větším stresorem, než přímá práce s nemocnými s Alzheimerovou chorobou.**

**( pozn. Pokud by byla tato hypotéza ověřena, byla by nejprve operacionalizována.)**

Možnosti nápravy vidím na jedné straně u organizace a na druhé u jednotlivých pečovatelů.

Organizace by se měla zaměřit na profesní růst a další vzdělávání svých zaměstnanců, měla by vytvářet podmínky pro efektivní týmovou práci, poskytnout odpovídající finanční ohodnocení, které má význam praktický i morální, určit pravomoce nadřízených na podřízené, otevírat se možnostem supervize, ve které lze nalézt jednak účinný nástroj k udržení kvality práce a také nástroj k udržení si kvalitních pracovníků.

Vedoucí pracovníci na všech úrovních by měli být schopni komunikovat, zapomínat by se nemělo ani na morální ocenění.

Sám pečovatel by měl ve svém osobním životě dbát na zdravou životosprávu, naučit se odpočívat, osvojit si techniky relaxace, pěstovat a udržovat své koníčky, dál se vzdělávat, nebát se změn a umět si stanovit dosažitelné cíle.

## 6. Závěr

Demence představuje zdravotní, sociální a ekonomický problém. O lidi s demencí se v ústavním zařízení starají profesionální pečovatelé. Výběr tohoto povolání primárně souvisí se snahou pomáhat lidem, kteří to potřebují. Pomáhající, kteří již od počátku nemyslí na sebe a své potřeby, se vystavují riziku, že se dříve či později stanou obětí své práce. Situace se může vyhrotit až k syndromu vyhoření, k problémům s kolegy, k nespokojenosti klientů.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit zatížení profesionálních pečovatelů. Výzkum se zabýval zjištěním největších stresorů, využíváním volného času, mírou projevů syndromu vyhoření. Výsledky výzkumu ukázaly významný vliv negativních vztahů mezi lidmi na možnost vzniku syndromu vyhoření. Dalším stresogenním podmětem je projev demence, její progresse u klientů. Z výsledků dotazníku se prokázalo, že v emocionální rovině dosahuje většina zaměstnanců nejvyšší míry syndromu vyhoření.

Cíl mé bakalářské práce jsem dle mého názoru splnila a ráda bych, aby její výsledky posloužily jako podnět k zamyšlení pro vedení ústavního zařízení, jak zkvalitnit podpůrný systém prevence zátěže na úrovni organizace, a tím zkvalitnit i služby pro své klienty. Ale také pro jednotlivé pomáhající, aby si více uvědomovali potřebnost osvojit si relaxační techniky, pěstovat své záliby, více pečovat o duševní hygienu.

## 7. Seznam použité literatury

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla.* ©1999–2004, [online]. [cit. 2008-2-12]. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentu.* ©1999–2004, [cit. 2008-2-12] Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Základní údaje o České republice*, [online]. [cit.2007-11-11]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zakladni\\_udaje\\_o\\_ceske\\_republice](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zakladni_udaje_o_ceske_republice)>.
5. GRANO SALIS. *Jak končí lidský život*, [online]. [cit.2007-11-11]. Dostupné z: <<http://www.granosalis.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=614>>.
6. GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 1998. 86 s.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10- Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum, základní metoda a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 180 s. ISBN 80-7367-040-2.
10. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. GEMA, 2002.
11. HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.
12. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

13. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
14. KAVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří-pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 46 s. ISBN 80-72-62-455-5.
15. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: SZÚ, 1998. 23s. ISBN 80-7071-099-3.
16. KOLIBÁŠ, E., PIDRMAN, V. *Změny v jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
17. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
18. KOUKOLÍK, F. Vztah klinického obrazu a neurobiologie Alzheimerovy nemoci. *Praktický lékař*. Praha: Praha 2007, roč. 87, č. 8, s. 478-477. ISSN 0035-6739.
19. KRAMÁŘOVÁ, N., TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2005. 55 s. ISBN 80-7040-0829-4.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
22. KUČEROVÁ, H. *Demence v kazuistikách*. 1. vyd. Praha. Grada, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
23. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 378 s. ISBN 80-7178-548-2.
24. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007* [online]. [cit. 2007-25-11]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/1057>> .
25. POLÁCHOVÁ, E. *Adaptace a příprava na stáří*, [online]. [cit. 2007-11-11]. Dostupné z: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=305689>> .
26. RUSH, M.D. *Syndrom vyhoření*. Přel. M., Čejková. 1. vyd. Praha. Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.



27. STÁŘÍ, *Alzheimerova choroba*, [online]. [cit. 2007-12-1].  
Dostupné z: <[http://www.stari.cz/alzheimerova\\_choroba/](http://www.stari.cz/alzheimerova_choroba/)>.
28. STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Přel. J. Krejčí. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
29. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
30. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. 1. vyd. Praha: UBC Pharma, s.r.o., 1999. 87 s. ISBN 80-238-4913-1.
31. TOŠNER, J. – TOŠNEROVÁ, T. *Burn-Out syndrom, Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzu. 2002*, [online]. [cit. 2008-2-12].  
Dostupné z: <<http://hestia.ecn.cz/ruzne/BURNOUT.doc>>.
32. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
33. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
34. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
35. ZIMMELOVÁ, P. *Přednášky z gerontologie a thanatologie*. [online]. [cit. 11. listopadu 2007]. Dostupné z: <[http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/kko/ucebni\\_texty/prednasky-z-gerontologie-a-thanatologie/](http://www.zsf.jcu.cz/struktura/katedry/kko/ucebni_texty/prednasky-z-gerontologie-a-thanatologie/)>.
36. ZVOLSKÝ, P., *Speciální psychiatrie*. Praha. Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 382-006-03.

## **8. Klíčová slova**

Alzheimerova choroba  
pečovatel  
senior  
syndrom vyhoření  
zatížení

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1 Otázky polořízeného rozhovoru

Příloha č. 2 Inventář projevů syndromu vyhoření

Příloha č. 3 Podmínky pozitivní pracovní porady

## **Příloha č. 1**

### **Otázky polořizeného rozhovoru**

Sekundární analýza dat:

Pohlaví

Věk

Nejvyšší dosažené vzdělání

Pracovní zařazení

Délka praxe

Otázky

1. Co vás vedlo přijetí k pracovního místa v DS?
2. Jaké bylo vaše začlenění do kolektivu?
3. Jak vás přijali klienti?
4. S jakými problémy jste se setkával( a)?
5. Co považujete za stresory ve vaší práci?
6. Jak řešíte stresovou situaci?
7. Jak trávíte volný čas (aktivity, koníčky, zájmy)?
8. Provádí se na vašem pracovišti supervize?
9. Byla by pro vás přínosná?
10. Máte zájem o další vzdělávání (studium)?
11. Máte zájem o získávání nových informací (semináře)?
12. Co nového byste uvítal(a) na pracovišti?
13. Myslíte si, že je vaše práce společensky ceněna ?
14. Promítá se nějakým způsobem vaše práce do rodinného života?

Zdroj: vlastní výzkum

## Příloha č. 2

### INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Pokud se chcete dozvědět více o projevech vyhoření, a to podrobněji a z hlediska více rovin, vyplňte následující dotazník - **Inventář projevů syndromu vyhoření...**

*(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)*

	v ž d y	č a s t o	n ě k d y	z ř í d k a	n i k d y
<i>počet bodů</i>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
1. Obtížně se soustřeďuji	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
2. Nedokáži se radovat ze své práce	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
6. Jsem sklíčený/á	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
7. Jsem náchylný/á k nemocem	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
8. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
15. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
16. Svou práci omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
17. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
19. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
22. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
23. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0

## VYHODNOCENÍ INVENTÁŘE PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnuli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil.

Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

### Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = ..... bodů

### Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = ..... bodů

### Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... = ..... bodů

### Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = ..... bodů

**Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = ..... bodů**  
(podrobný popis potíží charakterizujících jednotlivé roviny uvádíme na následující stránce)

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0.

**Pamatujte, že se nejedná o hodnotící test ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u vás vše v pořádku.**

**Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o vašem syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po vašem životním stylu, resp. po vašich stylech chování a vypořádávání se s problémy.**

**Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat.**

Nyní, když si na základě vyhodnocení inventáře dokážete představit, jak jsou definovány jednotlivé roviny syndromu vyhoření, vám bude srozumitelnější i následující stránka.

V jednotlivých rovinách lidské psychiky - rozumové, emocionální, tělesné a sociální, hodnotí syndrom vyhoření **mezinárodní klasifikace nemocí ...**

Zdroj: <http://hestia.ecn.cz/ruzne/BURNOUT.doc> (31)

### **Příloha č. 3**

#### **Podmínky pozitivní pracovní porady**

- když mají účastníci naprostou svobodu sdělit své kritické připomínky spolu s konkrétními plány zlepšení situace (když mají k dispozici i návrhy na řešení kritizované situace),
- když je dovoleno svobodně se citově projevit – pocity radosti, ale i starostí, ukřivdění, zlosti, psychického zranění atp.,
- když jsou zakázány negativní osobní kritiky, osobní odsudky, různé formy ponižování jednoho účastníka druhým, posměšky, ironie a sarkasmy,
- když je vždy důsledně vyžadováno několik různých programů, plánů či koncepcí řešení určitého úkolu a po diskusi se vybere nejlépe vyhovující řešení,
- když porada může skutečně něco udělat („změnit stav světa“) a není jen povídáním pro povídání („slovním volnoběhem“),
- když je v rámci porady dána možnost nejen projednat úkoly, které tíží vedení, ale i to, co tíží ostatní účastníky,
- když si účastníci porady ujasňují cíle, tj. představy o žádoucích výstupech (co se opravdu chce), záměry a smysluplnost činnosti.

Zdroj: Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení (20)*