

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

KVALITA ŽIVOTA, ŽIVOTNÍ  
SMYSLUPLNOST A POTŘEBY  
PROFESIONÁLNÍCH PEČOVATELŮ U  
OSOB S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Markéta Duchková**  
Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc

2018

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Kvalita života, životní smysluplnost a potřeby profesionálních pečovatelů u osob s Alzheimerovou chorobou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis .....

Děkuji panu Mgr. Martinovi Kupkovi Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce, za jeho cenné rady a vstřícný přístup. Dále děkuji Mgr. Tejčkové za pomoc se získáváním respondentů a respondentům samotným. V neposlední řadě děkuji nejbližším za podporu.



# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>8</b>
<b>1 Vymezení základních pojmů .....</b>	<b>9</b>
1.1 Smysl a smysluplnost .....	9
1.1.1 Definice pojmu .....	9
1.1.2 Dělení pojmu .....	10
1.2 Kvalita života.....	10
1.2.1 Vývoj pojmu.....	11
1.2.2 Definice pojmu .....	11
1.3 Lidské potřeby .....	12
<b>2 Demence .....</b>	<b>14</b>
2.1 Vymezení pojmu .....	14
2.2 Vyšetření.....	14
2.3 Příčiny demence .....	16
2.4 Demence Alzheimerova typu (DAT) .....	16
2.4.1 Neuropatologie DAT.....	17
2.4.2 Charakteristika a fáze DAT? .....	18
2.4.3 Terapie DAT.....	19
Farmakologická léčba .....	19
Nefarmakologická léčba .....	20
<b>3 Péče o člověka s demencí .....</b>	<b>21</b>
3.1 Možnosti aktivit.....	21
3.1.1 Reminiscence.....	21
3.1.2 Validační terapie.....	22
3.1.3 Rezoluční metoda.....	22
<b>4 Psychická zátěž pracovníků v pomáhajících profesích.....</b>	<b>23</b>
4.1 Stres a odolnost vůči němu.....	23
4.1.1 Stresory.....	24
4.1.2 Vliv stresu na kvalitu života .....	24
4.2 Sřet se smrtí pacientů .....	25
4.3 Syndrom vyhoření .....	26
4.4 Duševní hygiena v pečujících profesích.....	26
4.5 Spiritualita v pomáhajících profesích .....	27

<b>5</b>	<b>Výzkumy na podobná témata .....</b>	<b>28</b>
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>Výzkumný problém.....</b>	<b>31</b>
	6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	31
<b>7</b>	<b>Realizace výzkumu .....</b>	<b>32</b>
	7.1 Metodologický rámec výzkumu .....	32
	7.1.1 SEIQoL.....	32
	7.2 Výzkumný soubor .....	34
	7.3 Zpracování a analýza dat .....	34
	7.3.1 Postup analýzy.....	35
	7.4 Etické hledisko a ochrana soukromí.....	35
<b>8</b>	<b>Výsledky výzkumu .....</b>	<b>37</b>
	8.1 Seznámení s účastníky výzkumu .....	37
	8.1.1 Sestra Alena.....	37
	8.1.2 Sestra Barbora .....	38
	8.1.3 Sestra Cecílie .....	39
	8.1.4 Sestra Daniela.....	40
	8.1.5 Sestra Emílie.....	42
	8.1.6 Sestra Františka .....	43
	8.1.7 Sestra Gabriela .....	44
	8.2 Dotazník SEIQoL .....	46
	8.3 Výsledky analýzy společných témat .....	47
	8.4 Zodpovězení výzkumných otázek .....	51
<b>9</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>53</b>
<b>10</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>56</b>
<b>11</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>57</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>59</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>62</b>

# ÚVOD

Téma smysluplnosti a kvality života v pomáhajících profesích není v oboru psychologie ničím neobvyklým, ale v Čechách se většina dostupných studií věnuje spíše tématu syndromu vyhoření a na pozitivní aspekty péče a prožívání smysluplnosti se zapomíná. Domnívám se, že záslužné práci pracovníků v pomáhajících profesích a především těm, kteří pečují o osoby ve vyšším věku, by měla patřit větší pozornost.

Můj zájem o tuto oblast vzešel z obdivu k pracovnícím domova pro seniory, kde jsem působila jako dobrovolnice. Žasla jsem nad jejich neutuchající radostí ze života, nekonečnou trpělivostí, empatií, laskavostí a nadhledem. Chtěla jsem prozkoumat konkrétní příběhy sester a pracovníc, které svým sluncem v duši přináší jiným do života radost a světlo. Rádo věřím, že téma péče o seniory pro nás bude čím dál aktuálnějším tématem – demografická křivka neúprosně naznačuje, že podíl seniorů v populaci stále poroste.

Hlavním přínosem této práce by měla být sonda do práce pečujících, jejich pocitů a zkušeností. Chceme zjistit prožívanou smysluplnost, spokojenost v zaměstnání, kvalitu života, konkrétní zatěžující aspekty v zaměstnání, úskalí a emocionální, sociální a spirituální potřeby pečujících.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

V této kapitole vymezíme základní pojmy, které nás budou provázet celou prací. Nejprve se čtenáři pokusíme přiblížit problematiku smyslu a smysluplnosti, jeho definici a dělení. Druhým hlavním pojmem této práce je kvalita života, jeho definování a vývoj. Tím třetím je problematika lidských potřeb.

## 1.1 Smysl a smysluplnost

Smysl je pojmem těžko uchopitelným. Každý si tento abstraktní pojem představuje pod něčím, co konkrétně ho vede v životě kupředu a na čem mu nejvíce záleží. Dle Křivohlavého (2006) si můžeme smysl vysvětlovat různě – jako významnost, obsah myšlenky či pojmenování pro smyslový orgán. V tomto textu se budeme věnovat smyslu jako vyjádření účelu nebo důvodu.

### 1.1.1 Definice pojmu

Nad otázkou smyslu života společnost bádá již odpradáвна a není divu, že způsobů, jak tento pojem definovat, existuje kolem 170 (Sklenka, 1998 in Tavel, 2007). Například rakouský psychoterapeut Längle (2002, str. 11) chápe životní smysluplnost jako „*určitý způsob utváření situace. Smysluplně žít tedy znamená, velmi obecně řečeno, že člověk se se svými vlohami a schopnostmi, se svým cítěním a chtěním věnuje tomu, co mu právě přítomná chvíle nabízí.*“ V psychologických studiích mají slova smysl a smysluplnost odlišný výklad, nicméně spolu neodmyslitelně souvisí (Křivohlavý, 2006).

Balcar (in Payne, 2005, str. 256) si vysvětluje, že podmínkou prožívání pocitu smysluplnosti v životě je:

*„...mít něco, pro co stojí za to žít. Vzhledem k omezenosti jeho individuálního života musí toto ‚něco‘ jeho meze přesahovat – nemůže spočívat je v něm samém, nýbrž zároveň i ve světě, v němž žije. Dále musí být člověk dostatečně svobodný v uskutečňování zvolených, smysl dávajících hodnot ve světě, aby tak mohl činit s vědomím své odpovědnosti za to.“*

Otázkou smyslu života se zabýval Viktor Frankl, jenž vyvinul tzv. Logoterapii, psychotherapeutickou metodu, která se právě zabývá tématem smysluplnosti. Frankl se

zamýšlí nad souvislostí mezi smyslem bytí a sebeinterpretací. Právě tendence k sebeinterpretaci může vycházet z pocitu, že člověku chybí smysl života a snaží se ho sebezkoumáním hledat. Podobně to Frankl vidí i s tématem seberealizace. Ta samotná však vychází ze smyslu, protože seberealizace je možná jen rozsahu smyslu samotného (Frankl, 1994).

### 1.1.2 Dělení pojmu

Baumeister (1991) klade důraz na to, aby nebylo opomenuto dělení smyslu na vyšší a nižší úroveň. Nižším smyslem myslíme vztažnost ke konkrétním situacím, například studium knih ke zkoušce z daného předmětu nebo sled činností, které vedou k výslednému uvaření pokrmu. Vyšší úrovní už máme na mysli spíše abstraktnější a dlouhodobější pojem, který pojednává právě o smyslu života a bytí (in Křivohlavý, 2006).

Smysl může nést dva významy. V prvním případě může mít smysl *implicitní význam*. U implicitního smyslu se v hovoru předpokládá, že význam určitého slova má pro posluchače stejný význam jako pro vypravěče, a dále se nespecifikuje. Uveďme to na příkladu rozhovoru o rodičovství, manželství či studentského života. Všem účastníkům rozhovoru je jasně srozumitelná povaha tématu přesto, že nebyla dále upřesňována (Křivohlavý, 2006).

V druhém případě nazýváme význam smysluplnosti existenciálním, který pojednává o existenci, o bytí. Nahlížíme na události a jednání z větší perspektivy a dáváme je spolu do souvislostí, které se sestavují v jeden velký obraz se společným kontextem života. Existenciální smysl je zaprvé utvářen díky našemu biologickému, vrozenému nastavení, zadruhé naše snaha o pořádek a soudržnost – díky tomuto vytváříme smysluplnost každé situaci a zážitku (Křivohlavý, 2006).

## 1.2 Kvalita života

Vymezit pojem kvality života je nesnadné nejen proto, že se prolíná několika vědními disciplínami a díky tomu existuje velké množství definic, ale také z důvodu multidimenzionality – význam kvality života může být vykládán různě. Kvalita života může vycházet jak z materiálního zabezpečení či z pocitů subjektivní spokojenosti, tak z fyzického a duševního zdraví nebo vztahu k morálce a hodnotám (Heřmanová, 2012). Z tohoto vyplývá základní problém definování pojmu. Posuzování kvality života se

pohybuje mezi dvěma odlišnými rozměry – mezi objektivním a subjektivním (Hnilicová in Payne, 2005).

### 1.2.1 Vývoj pojmu

Kvalita života je pro laika dnešní doby zcela známým slovním spojením, ale není to tak dávno, kdy se odborníci různých disciplín, jako jsou medicína, psychologie, kulturní antropologie, sociologie, politologie či ekonomie, začali o tento pojem zajímat. Hlavním podnětem byla především proměna společnosti v 60. letech 20. století. Prosperující státy USA i Evropy se začaly orientovat na konzumní a materialistický způsob života, se kterým úzce souvisel vývoj hodnotového žebříčku společnosti (Heřmanová, 2012).

Zprvu byla kvalita života spojována pouze se somatickými obtížemi nemocných a strádáním chudých a až později se zaměřila na subjektivní vnímání štěstí a spokojenosti (Svobodová, 2008). Nad pojmem kvality života se detailněji bádá až v posledních deseti letech. Týmy odborníků se snaží najít a rozeznat faktory, jež vedou k dobrému životu a pocitu smysluplnosti a štěstí. (Hnilicová in Payne a kol. 2005). V psychologii se kvalita života pojí s pojmy životní spokojenost, štěstí a osobní pohoda (Ondrušová, 2011).

### 1.2.2 Definice pojmu

Za jednu z nejstarších definic, která může být vykládána jako definice kvality života v oblasti medicíny, je pojetí zdraví, které Světová zdravotnická organizace (WHO) od roku 1948 vysvětluje jako „*zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody*“ (Heřmanová, 2012, str. 32). Definice se zabývá nejen fyzickým zdravím, ale i tím, jak se dotyčný subjektivně cítí. Její velkou nevýhodou je možnost relativního výkladu a to, že se pohybuje ve velkém rozmezí mezi zdravím a nemocí. Proto se odborníci z WHO zabývající se kvalitou života rozhodli definici upravit a nyní zní takto: „*individuální vnímání jeho nebo její pozice v kontextu kulturních a hodnotových systému, v nichž žijí ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům*“ (Heřmanová, 2012, str. 32).

Ani první definice však nebyla daleko od reality. Nyní se v medicíně sleduje dopad nemoci a léčby na pacientovu kvalitu života. Na druhou stranu je nutné zmínit, že strádání v jedné oblasti (zdraví) nemusí ovlivnit kvalitu komplexně. Bylo například zjištěno, že neexistuje signifikantní rozdíl v oblasti spokojenosti s rodinou nebo přáteli mezi

onkologickými pacienty a lidmi, kteří jsou zdraví. Hnilicová (in Payne a kol., 2005) tvrdí, že ve velmi obecném pojetí kvalita života znamená dopad vzájemného působení několika odlišných činitelů. Sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální činitele na sebe navzájem působí a ovlivňují tak individua i celou společnost. V oboru psychologie se kvalita života zkoumá jako subjektivní životní spokojenost se svým životem a faktory, jež mají na spokojenost a životní pohodu dopad (in Payne a kol., 2005).

Kováč (2004) vytvořil model kvality života, který se sestává ze tří stupňů. Stupně v modelu jsou pojmenovány takto: bazální – všelidská, individuálně specifická – civilizační a kulturně duchovní. Tyto úrovně tvoří dohromady smysl života. Nemůžeme je však pokládat za celistvé vysvětlení kvality života, nesmíme totiž zapomenout na formování hodnot a prostý vývoj individuálních potřeb člověka.

### 1.3 Lidské potřeby

Nyní se zaměříme na prožívání člověka a jeho potřeby. Potřeba vychází z pocitu, že člověku něco chybí nebo přebývá. Když jsou potřeby naplněny, dochází k vyrovnání vnitřní rovnováhy (Šamánková in Šamánková, Lebedová, Vichová, Koláčná, Jirků, 2011).

*„Potřeba je nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit; na rozdíl od přání jsou potřeby určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody“* (Hartl a Hartlová, 2010, str. 433).

Abraham Maslow vytvořil pyramidu lidských potřeb, která zahrnuje potřeby základní i ty složité a komplexní (Plamínek, 2013). Dle Maslowa jsou potřeby postaveny hierarchicky a dělí se na tzv.: D-potřeby a B-potřeby. D-potřeby se zaměřují na nedostatky a jejich napravení. V případě nedostatků člověk cítí napětí a nutkání a vyvíjí úsilí naplnění. Když jsou tyto potřeby uspokojeny, považujeme to za standart. B-potřeby se vyskytují v hierarchii výše a týkají se dosažení hodnot bytí. Na rozdíl od D-potřeb pocítujeme příjemné emoce z toho, že jsme jich dosáhli, a jejich uspokojením naše snažení nepřestává, spíše roste. Nejprve však musí být uspokojeny D-potřeby, abychom se mohli snažit o uspokojení B-potřeb. (Šamánková in Šamánková et al., 2011).

Nyní k samotnému Maslowově modelu: na nejnižší úrovni pyramidy leží základní tělesné a fyziologické potřeby (hlad, žízeň, sex, spánek aj.), výše potřeba bezpečí, jistoty, stability, spolehlivosti, osvobození od strachu, úzkosti nebo chaosu, pořádku či zákona. Dále navazuje potřeba lásky, přijetí, náklonnosti a spolupatříčnosti, potřeba uznání a úcty a

nejvýše leží potřeba seberealizace. Poslední potřeba je příkladem B-potřeby, tedy úzce souvisí s otázkou bytí (Plháková, 2004). Říčan (2007) inovuje Maslowovu hierarchickou pyramidu potřeb a nad potřebu seberealizace přidává potřebu transcendence – spirituálního přesahu.

## 2 DEMENCE

Dalším velmi důležitým pojmem v našem textu je demence. Vzhledem k tomu, že se v práci zabýváme pečujícími o osoby s demencí, je na místě popsat toto závažné onemocnění a přiblížit tak čtenáři všechny aspekty péče o takové pacienty.

### 2.1 Vymezení pojmu

Syndrom demence spadá do kategorie onemocnění vyznačujících se závažnou kognitivní poruchou. Dle Koukolíka a Jiráka (1999) je název odvozen od latinského *de mens*, což v překladu znamená pokles úrovně duševní aktivity. Tímto syndromem je myšleno postižení mozku různé příčiny. Podstatou demence jsou poruchy úsudku, paměti, emocí, řeči, orientace a chování v takové intenzitě, kdy to ovlivňuje soukromý i pracovní život (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje pojem syndromu demence takto:

*„Demence 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 sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“ (ÚZIS, 2018).*

### 2.2 Vyšetření

Pokud máme podezření na to, že náš blízký či pacient onemocněl demencí, je možné jej otestovat třemi jednoduchými způsoby:

1. zjistíme, jak dobře je dotyčný orientován (zeptáme se na místo, rok, den, měsíc)
2. dále otestujeme paměť – vysvětlíme vyšetřovanému, že mu záhy přečteme tři jednoduchá slova, která zopakuje, a za pár minut se na ně znovu zeptáme
3. mezi zopakováním a vybavením předchozích slov instruuje dotyčného, aby od čísla padesát stále odečítal číslo 7.

Tuto metodu je dobré opakovat ještě jednou se zhruba měsíčním rozestupem. Pokud není pacient schopný splnit jakýkoliv ze tří úkolů v obou případech testování, je na místě uvažovat nad degenerativními procesy v mozku. (Koukolík in Koukolík, Jirák, 1999).

Ke zjištění střední až těžké demence se používá metoda MMSE – Mini Mental State Examination. Jedná se o screeningovou škálu, která je vlastně rozšířením orientačního testování zmíněného výše. Škála obsahuje 30 položek, které testují následující kognitivní funkce: orientace, recentní paměť, pozornost a počítání, novopaměť a výbavnost, pojmenování předložených věcí, opakování instrukce, splnění tříступňové instrukce, čtení, psaní, splnění zapsané instrukce a obkreslení předloženého geometrického obrazce (Lužný, 2012). Pokud pacient při testování dosáhne 23 a méně bodů, diagnóza Alzheimerovy choroby je více než pravděpodobná. Metoda MMSE dokáže odhalit střední až těžké stadium Alzheimerovy demence, pro diagnózu jiných typů demencí je tato metoda nedostatečná (Koukolík in Koukolík, Jirák, 1999).

To, jak demence ovlivňuje pacientův život, lze hodnotit dle tzv. ABC schématu, které zahrnuje tři oblasti: aktivity denního života (Activities of daily living), chování (Behaviour) a kognitivní funkce (Cognition). Demence postihuje pacientovu soběstačnost, dochází k poruchám chování a kognitivních funkcí (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Diagnóza demence je vždy stanovena na základě psychiatrického a psychologického vyšetření. Zobrazovací metody CT nebo MR jsou schopné odhalit patologické změny na mozku, ale ne vždy odhalená míra poškození koresponduje se stupněm demence (Pidrman, 2007). Vyšetření bývá podrobné, zahrnuje osobní a rodinnou anamnézu, tělesné vyšetření, vyšetření neurologem, a nakonec detailní psychiatrické vyšetření duševního stavu pacienta (Koukolík in Koukolík, Jirák, 1999).

K potvrzení diagnózy syndromu demence musí být přítomny minimálně dvě poruchy následujících funkcí: paměť, intelekt, orientace, soudnost a abstraktní myšlení, chápání, korové funkce, pozornost a motivace, chování, emotivita a osobnost. Zároveň musí být splněny tyto podmínky:

1. vyloučení přítomnosti kvalitativní poruchy vědomí a deprese (porucha se může projevit jako doprovodný příznak)
2. porucha kognitivních funkcí je natolik závažná, že ovlivňuje pracovní nebo sociální funkce
3. schopnost abstraktního myšlení nebo soudnosti je narušena

4. organické poškození je prokázáno či důvodně předpokládáno (Zvěřová, 2017).

## 2.3 Příčiny demence

Demence se dělí dle hlavní příčiny na demence symptomatické, které jsou sekundárním výsledkem jiného onemocnění (infekce, intoxikace, úraz, nádor, cévní porucha aj.) a degenerativní demence, které se vyznačují procesy snižujícími počet neuronů a synapsí v mozku (Jiráček in Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Hlavním znakem neurodegenerativních onemocnění je atrofie mozku. Tím je myšlena degenerace proteinů anebo ukládání beta-amyloidu, tau-proteinu a dalších škodlivých proteinů. Dále dochází k poškození acetylcholinergního a glutamátového systému (Zvěřová, 2017). Jako příklad degenerativní demence uveďme například Alzheimerovu demenci, demenci s Lewyho tělísky, progresivní supranukleární obrnu či frontotemporální demenci (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

K symptomatické demenci dochází z několika úplně odlišných příčin. Vznik demence může souviset s úrazem, infarktem mozku, epilepsií, traumatem, intoxikací, infekcí i autoimunitním onemocněním a tyto onemocnění vedou až sekundárně ke ztrátě kognitivních funkcí (Pidrman, 2007). Existuje více než sedmdesát typů symptomatické demence, mezi nejzávažnější patří multiinfarktová demence, demence po mozkové mrtvici, demence při nádorech CNS, Binswangerova choroba či demence toxické etiologie (Lužný, 2012).

## 2.4 Demence Alzheimerova typu (DAT)

*„Es müssen ganz zweifellos mehr psychische Krankheiten existieren, als sie unsere Lehrbücher aufführen.“ (Alois Alzheimer, Deutschlandfunk, 2018)*

Alzheimerova demence je nejčastějším neurodegenerativním onemocněním vůbec. Vyskytuje se totiž až v šedesáti případech ze sta a je 5. – 6. příčinou smrti. Demence Alzheimerova typu přichází velmi nezřetelně a její symptomy se dají lehce splést s přirozenými změnami, ke kterým ve stáří dochází (Lužný, 2012). Nemocní začínají zapomínat jména i telefonní čísla, nemohou najít klíče, nevzpomenou si, kam položili brýle. Takové jednání bychom se mohli lehce splést s chaotickým způsobem života. Nemoc se však u nemocného dále rozvíjí a pomalu postihuje další funkce, jako je logické myšlení a soudnost, bloudí v prostoru, je narušena exekutivní funkce a člověk není schopen vykonávat



běžné činnosti, neorientuje se časem ani místem, nerozeznává obličeje známých lidí. V terminálních stádiích je pacient zcela závislý na péči a pomoci ostatních (Jiráček, Koukolík, 2004).

DAT objevil mnichovský lékař Alois Alzheimer, který jako první na lékařské konferenci v Tübingenu popsal nález na mozku pacientky Augusty, která zemřela v pětapadesáti letech s příznaky těžké demence (Koukolík in Koukolík, Jiráček, 1999). Po smrti pacientky Alzheimer provedl pitvu a v mozku našel neobvyklé množství plaků a vláken. Přesto, že jeho objevům lékařští kolegové nevěřili, Alzheimer se nenechal odradit a provedl stovky pitev a rozborů. Jeho neutuchající snahu existenci nemoci pěkně dokazuje citát zmíněný na začátku této podkapitoly: *"Zcela jistě musí existovat více psychických nemocí, než kolik jich uvádějí naše učebnice"*. Roku 1910 byla demence úspěšně pojmenována po něm samotném (Zvěřová, 2017).

#### **2.4.1 Neuropatologie DAT**

U pacientů s DAT dochází k velkému úbytku mozkové tkáně. Makroskopicky je viditelný úbytek mozkové kůry, rozšířené mozkové komory a atrofie hipokampických oblastí. Ve tkáních zemřelých jsou zřetelné dva patologické systémy: mimobuněčné amyloidní plaky a neurofibrilární klubíčka (Zvěřová, 2017).

V mozku pacientů totiž dochází k ukládání neurotoxické bílkoviny, která se jmenuje beta-amyloid. Tento protein je příčinou vzniku krystalků, kolem kterých dochází k dalším neurodegenerativním procesům. Takto vznikají neuritické plaky, útvary, které postihují funkci v dané oblasti mozku. Čím více plaků se v oblasti mozkové kůry vyskytuje, tím rozsáhlejší je postižení (Zvěřová, 2017).

Beta-amyloid je tělu vlastní látka, pochází z amyloidového prekurzorového proteinu, bílkoviny, která je rozkládána enzymem alfa-sekretáza. V případě DAT je ale amyloidový prekurzorový protein štěpen beta – a gama-sekretázami, přestává být vstřebatelný a spojuje se v dlouhé řetězce, které už známe jako beta-amyloid. (Jiráček in Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009). Druhým škodlivým procesem je degenerace tzv. tau-proteinu obsaženého uvnitř nervové buňky. Tau-protein má při DAT tvar dvojité šroubovice, které jsou základem vzniku neurofibrilárních klubek. Pokud neuron takové klubko obsahuje, neplní svoji funkci a zaniká (Jiráček in Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

Zmíněné psychologické a psychiatrické vyšetření se stále pohybuje v pravděpodobné rovině a diagnózu stoprocentně určit nemůže. K definitivnímu vyjádření dochází až ve chvíli, kdy je provedeno vyšetření histologických změn v mozku. V současnosti se definitivní diagnóza určuje dle kritérií, které mají tři kroky:

1. *Semikvantitativně se určuje počet plaků a klubek v místech, kde je jejich denzita nejvyšší;*
2. *Určí se počet plaků ve vztahu k věku pacienta v době úmrtí, a to kombinací pacientova věku a semikvantitativní míry počtu plaků v oblasti, kde je jejich hustota nejvyšší;*
3. *Zjištěné skóre se porovná s klinickými informacemi o tom, zda pacient byl nebo nebyl dementní (Koukolík in Koukolík, Jiráček, 2004; str. 129).*

## **2.4.2 Charakteristika a fáze DAT**

DAT se dělí dle začátku nemoci. Presenilní forma DAT neboli s časným začátkem, začíná před 65. rokem věku pacienta. V případě senilní formy DAT se symptomy nemoci projevují až po 65. roce. Mezi těmito dvěma formami neexistuje velký rozdíl, za zmínku však stojí to, že presenilní forma nemoci má rychlejší průběh (Zvěřová, 2017).

Česká alzheimerovská společnost vytvořila čtyřstupňové schéma, které popisuje pokročilosti stadií DAT, které doplníme o poznatky Martiny Zvěřové (2017).

### **1. Stadium – P – Paměť**

V této fázi nastupuje porucha paměti, vybavení i vštípení, pacient je však soběstačný. Je na místě začít s aktivitami ke stimulaci mozku a s kognitivním tréninkem – četba, křížovky, pohybové aktivity (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Přesto, že jsou poruchy kognitivní funkcí teprve v počátku, pacient si je uvědomuje a jsou i měřitelné testovými metodami. Pacient ztrácí schopnost soustředění a přestává být schopen složitějších činností. Častým vedlejším příznakem nemoci v první stádiu je depresivita, kterou má na svědomí nedostatek acetylcholinu a náhled na nemoc (Zvěřová, 2017).

### **2. Stadium – PA – Programové aktivity**

V tomto stádiu se poruchy kognitivních funkcí stávají značnými, nemoc rychle postupuje. Pacient už není schopen zastávat každodenní úkoly, jako je například praní, úklid nebo obsluha přístrojů. Objektívni náhled na nemoc chybí (Zvěřová, 2017). Pacient již nemá zájem o žádné aktivity, často trpí poruchou

chování a je nutné obstarat dohled nad pravidelností braní léků, stravování a oblékáním. U osamocených pacientů je již na místě zvážit umístění do zařízení pro seniory (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

### 3. Stadium – IA – Individuální asistence

Aktivity na stimulaci mozku se v této fázi nemoci jeví spíše kontraproduktivně. Daleko vhodnější jsou aktivity s pomalým tempem a klid, respektujeme únavu. Kladný účinek může mít canis – nebo muzikoterapie. Pacient potřebuje pomoci při všech běžných činnostech – při jezení, oblékání, pohybu a hygieně. Pacientova nálada bývá často depresivní, apatická, objevuje se agresivní chování a vykřikování. V tomto stadiu má problém rozeznat obličej blízkých (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

### 4. Stadium – ošetrovatelská péče

V posledním stadiu pacienti obvykle už pouze leží na lůžku, či jsou velmi pohybově omezení. V důsledku tohoto pacienti často trpí proleženinami. Slovní zásoba je chabá, často se objevuje drmolání, mumlání nebo dezorganizace slovního projevu. Ve 4. stadiu nemoci je velké riziko vdechnutí potravy a následného zápalu plic. Doba přežívání v tomto stadiu závisí na poskytované péči a prostředí (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Od okamžiku zjištění nemoci pacienti žijí průměrně sedm až deset let, ale díky dobré péči lze počet let prodloužit (Zvěřová, 2017).

## 2.4.3 Terapie DAT

### Farmakologická léčba

Vzhledem k nevléčitelnosti nemoci se dá průběh nemoci léky pouze zpomalit. Léčbu je vhodné nasadit co nejdříve, nemoc pak stagnuje v lehčím stádiu demence. V dnešní době se na DAT předepisují dva typy léků – kognitiva a antagonisté NMDA glutamátergních ionotropních receptorů. Kognitiva inhibují acetyl- a butyrylcholinesterázu a tím pomáhají přenosu acetylcholinu, neurotransmiteru, který je odpovědný za funkčnost paměti. Významný efekt mají hlavně v lehkých a středně těžkých stádiích nemoci (Zvěřová, 2017).

Druhý typ léků funguje na základě blokování kalciového kanálu a brání tak prostupování toxického kalcia do nervových buněk. V těžkých fázích demence je postižen

glutamátergní systém, který svými patologickými procesy též postihuje paměť. Antagonisté NMDA glutamátergních ionotropních receptorů zlepšují hlavně krátkodobou paměť (Zvěřová, 2017).

### **Nefarmakologická léčba**

Základem přístupu této léčby je trpělivost, protože při jakékoliv činnosti bude pacientova odezva minimální, a s postupem nemoci se musí volit čím dál jednodušší aktivity. Nejúčinnějším způsobem, jak udržet nemocného do jisté míry nezávislého, je ho ponechat v jeho domácím prostředí, co jen to bude možné. Přestěhování a adaptace na prostředí domova seniorů či nemocnice je pro nemocného velkou zátěží a vede k výraznému zhoršení (Zvěřová, 2017).

## 3 PÉČE O ČLOVĚKA S DEMENCÍ

Pacient trpící demencí je náročným na péči v mnoha ohledech. Vzhledem k dezorientaci a neschopnosti udržet informace je stále nutné hlídat jeho bezpečí a vytvořit mu bezpečné prostředí, které bude podněcovat pacientovu kreativitu a talent. Zgola (1999) ve své knize nabízí několik rad, tipů a zkušeností, jak o člověka s demencí pečovat, jak s touto skutečností naložit a jak se pokusit mu zajistit kvalitní život.

Pacienti s demencí se kvůli projevům nemoci mohou osamocení a izolovaní, a tak jim prospívá kontakt s dalšími obyvateli domova a různé druhy společných aktivit, které podněcují jejich pocity sounáležitosti a užitečnosti. Také je potřeba reagovat na projevy agresivního chování, které vlastně může pramenit jen z toho, že se pacient zoufale snaží mít vše pod kontrolou. Pacienti odmítají pomoc s každodenními úkony a zlobí se, když jim pečovatel odnese oblečení nebo pomáhá s hygienou. V takových případech je užitečné pacientovi nabídnout aktivní účast na činnosti (např. ho poprosit, aby podržel mýdlo) a vrátit mu tak pocit kontroly nad situací (Zgola, 1999).

### 3.1 Možnosti aktivit

V případě aktivit, které pracovníci pro člověka s demencí vytváří, je třeba myslet na to, aby nebyly náročné a příliš excitační. Pacientovi prospívá, když jej aktivita jemně stimuluje, ale nesmí ho zneklidnit. Při stimulujících aktivitách pracovníci opakovaně instruují pacienta, ukazují mu, co se po něm žádá a pomáhají mu s udržením soustředěnosti. Jakýkoliv projev zájmu o aktivitu je dobré rozvíjet. Typem vhodných aktivit pro pacienty s demencí jsou například mechanická práce, četba, malování, kresba či šití (Rheinwaldová, 1999).

#### 3.1.1 Reminiscence

V případě nefungující komunikace s pacientem je možné aplikovat několik technik ke stimulaci pacienta. Metoda reminiscence má svoji nenahraditelnou pozici v oboru gerontologie. Funguje na základě vzpomínání a vybavování pacientových vzpomínek. Pracovník pacientovi ukazuje staré fotografie, alba či časopisy. Pacient tak může vzpomínat na své blízké, rodinný a pracovní život, koníčky a zájmy. Tato metoda vybavuje příjemné vzpomínky a pacient znovu pocítuje kladné emoce (Malíková, 2011).

### **3.1.2 Validační terapie**

Druhou metodou, která může podnítit komunikaci, je validační terapie. Její podstatou je práce s lidmi s demencí a s jejich chováním a prožíváním. Cílem této terapie je objevení traumat, která ovlivňují pacientovo nynější jednání, a následně mu pomoci. A čeho chce tato metoda dosáhnout? Obnovení sebeúcty, snížení stresu, řešení konfliktů z minulosti, zlepšení kvality života a vyrovnání se se životem a životními ztrátami (Malíková, 2011).

### **3.1.3 Rezoluční metoda**

Třetí doporučenou terapií je rezoluční metoda, která funguje na opačném systému než terapii validace. Rezoluční terapie je určena pro pacienty s demencí v pokročilém stádiu, kdy je již navrácení pacienta do reality nevhodné. Smyslem terapie je respektování klientových projevů a fantazií. Pracovník přistupuje na změněnou skutečnost, pečlivě naslouchá a dává pacientovi pocit přijetí. Výsledkem je pacientova sebedůvěra a pocit důstojnosti (Malíková, 2011).

## 4 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ PRACOVNÍKŮ V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Práce se seniory je náročná, kombinuje totiž práci sestry a psychologického pracovníka. Vedle pracovních povinností musejí být pracovníci vždy laskaví, milí a nápomocní. Práce vyžaduje fyzickou zdatnost, velké množství energie, psychickou odolnost a zároveň musí pracovník vytvářet atmosféru, která zpříjemní poslední fáze života a zajistí pocity harmonie, klidu a komfortu. Takto náročné zaměstnání může být často stresujícím a vyčerpávajícím (Rheinwaldová, 1999).

### 4.1 Stres a odolnost vůči němu

Zvláště v dnešní době je stres více než obvyklým pojmem. Doprovází snad každého v této uspěchané době a ovlivňuje prožívání, myšlenky i zdraví. Čím uspěchanější a více stresovanou se naše společnost stává, tím více zjišťujeme, že dlouhodobé vystavení stresorům zapříčiňuje množství různých somatických, ale i duševních onemocnění.

Psychologickému pojetí stresu se věnovali Lazarus a Folkmanová (1984), kteří stres definují jako vztah mezi osobou a prostředím, které na něj klade nepřiměřené nároky, jež ohrožují jeho zdraví (in Kurucová, 2016)

.Vinay Joshi (2007) stres popisuje jako „základní proces, v jeho průběhu se organismy aktivně přizpůsobují jak předvídatelným, tak nahodilým událostem“ (str. 17). Organismus se neustále udržuje v homeostáze, což je jakási rovnováha, při které jsou všechny systémy v těle na stabilních hodnotách. Při stresu dochází buď k domnělému, nebo skutečnému narušení homeostázy, což se obvykle projevuje (mimo jiné) neurofyzilogickými změnami – zvýšený srdeční tep, pocení, zrychlené dýchání, zpomalení trávení; které ovládá autonomní nervový systém (Joshi, 2007).

Mezi příznaky dlouhodobého vystavení stresu pak patří například nechutenství, střevní potíže, nadměrný svalový tonus, impotence, obtíže se zrakem, bolesti páteře v oblasti krku a beder, únava, problém se soustředěním, úzkosti, špatná nálada, nerozhodnost nebo nespavost (Hošek, 1999).

V rámci zátěžových situací se pracovník snaží adaptovat a vytvořit copingové strategie, které mu pomohou těžkou úlohu lépe zvládnout. Adaptací můžeme rozumět vyrovnávání se ze zátěží obvyklým způsobem. Vytvoření copingových strategií je vyrovnáváním se s neobyčejně velkou zátěží, na kterou nebyl dosud připraven. Formy strategií mohou být různé – vytěsnění, popření, sublimace, katarze nebo projekce (Kurucová, 2016)

#### **4.1.1 Stresory**

Příčiny, které způsobují stres, nazýváme stresory. Mezi takové patří jakékoliv náročnější situace – problém jako nežádoucí situace, pocit frustrace, konflikty se sebou a s druhými, strach a úzkost, nemoc, bolest a utrpení nebo krize (Paulík, 2017). Vzhledem k tématice této práce je vhodné se pozastavit u pojmu konflikt.

Intrapersonální konflikt je konfliktem jedné a té samé osoby. Může docházet ke střetu rolí, které osoba zastává. Každý z nás zastává několik rolí – v soukromí, zaměstnání, mezi přáteli a někdy se naše vlastní hodnoty nebo názory nemusí potkávat s očekáváním okolí. Tyto vnitřní konflikty jsou závažnější, než se člověku může zdát. Konflikty se mohou nastřádat a způsobovat vnitřní napětí, nespokojenost, nejistotu nebo dokonce agresí (Paulík, 2017).

Interpersonální konflikt je střetem dvou nebo více lidí. Dle Paulíka (2017) takové konflikty dělíme na otevřené, skryté a potenciální. Pak je již na účastnících, zda problém systematicky vyřeší, nebo ho nechají být a přetrvávat. Na počátku pociťují účastníci vnitřní napětí a poměrně často ke konfliktu dochází z důvodu rozdílných názorů, představ a postojů. Daleko častěji se ale setkáváme s konflikty, které vznikají na základě nekvalitní komunikace. V případě nevyřešení problému vznikají narušené vztahy a interakce mezi účastníky vážne (Paulík, 2017).

#### **4.1.2 Vliv stresu na kvalitu života**

V této podkapitole se budeme věnovat tomu, jak stres v zaměstnání ovlivňuje subjektivní prožívání kvality života. Vycházejme z předpokladu, že spokojenost v životě se odráží od spokojenosti v jednotlivých oblastech, jako je rodina, mezilidské vztahy, zdraví nebo právě zaměstnání. Karasek (1979) definoval dva hlavní faktory, které ovlivňují pracovní spokojenost. Prvním faktorem jsou pracovní nároky, které mohou být jakékoliv –



rychlé tempo, náročná duševní práce, mnoho úkolů a nedostatečný čas, anebo vylučující se požadavky. V případě dlouhodobého působení v takto nepříznivých podmínkách dochází k psychickému vyčerpání zaměstnance (Hnilica in Payne, 2005).

Druhým faktorem je kontrola v práci – záleží na tom, jestli člověk má možnost rozhodovat o tom, v jakém tempu bude pracovat, jaké pořadí jednotlivé úkony budou mít, jestli se v daném zaměstnání může rozvíjet a uplatnit se. Výzkumy na toto téma potvrzují, že čím je pracovních nároků na jedince méně a čím více kontroly v zaměstnání, tím větší životní spokojenost vykazuje (Hnilica in Payne, 2005).

## 4.2 Střet se smrtí pacientů

Střet se smrtí a smrtelností je bohužel častým aspektem pomáhajících profesí. Uvědomění si vlastní smrtelnosti a vypořádání se s tím je úkolem každého z nás. Každý tuto tematiku prožívá diametrálně jinak – někoho zachvacují silně nepříjemné pocity při myšlence na smrt, někdo je vůči tématu smrtelnosti zcela odolný a nepřemýšlí nad ním. To vše se odvíjí od toho, jaké má člověk osobnostní dispozice a v jaké životní fázi se momentálně nachází (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012).

Přesto, že ke kontaktu se smrtí pacientů dochází nejčastěji v hospicích, smrt je často na blízku i v domovech pro seniory, nemocnicích a geriatrických zařízeních. Zde je nejčastějším zdrojem stresu sester a personálu smrt a umírání. Sestry se smrtí těžko vyrovnávají, zvláště když si k pacientovi vybudují blízký vztah (Vachon in O'Connor, Aranda, 2005). Není překvapením, že i na geriatrických odděleních a v domovech pro seniory je umírajícím poskytována určitá forma takzvané paliativní péče. Tato péče je určena pacientům, kteří trpí nevléčitelnou chorobou a umírají. Paliativní péče má za úkol zmírnit prožívání bolesti i dalších příznaků a zajistit důstojné umírání. Forma této péče však nemá za úkol pouhé tlumení bolesti pomocí příslušných léků, stará se o komplexní potřeby člověka na konci cesty – duševní, psychické, sociální i spirituální. Umírající lidé se setkávají pocity prázdného čekání na smrt a cítí se nesoběstační. Proto musí být zabezpečeny všechny složky bio-psycho-sociálně-spirituálního celku. Paliativní péče nenavozuje ani neurychluje smrt. Je poskytována všemi zdravotnickými zařízeními, ale specializovanou bychom našli především v hospicích (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

### **4.3 Syndrom vyhoření**

Pracovníci v pomáhajících profesích často pocítují podobné příznaky. Cítí velkou únavu, vyčerpání, podráždění, nedostatek sil, ztrátu energie, radostné nálady a zápalu pro věc. Syndrom vyhoření vzniká většinou při neúspěšném zvládnání dlouhodobého stresu v zaměstnání. Pracovníci jsou často duševně i fyzicky vyčerpání, unavení a práci zastávají s negativním postojem. (Dvořáčková in Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Příznaky syndromu se dají dle Kebzy a Šolcové (1998, 2008) rozdělit do tří rovin – psychické, fyzické a roviny sociálních vztahů. V psychické rovině převládají pocity, že snaha a vynaložené úsilí nekoresponduje s výsledky práce, pracovníci se cítí bezcenně, vyčerpaně, „na dně“, jejich myšlenky jsou naladěny negativně, pocítují nedostatek uznání, beznaděj a marnost. Ve fyzické rovině dominuje vyčerpání organismu, bolesti hlavy, poruchy spánku, rozvoj závislostí, únava či potíže s dýcháním a zažíváním. V sociálních vztazích se postižení jedinci projevují konfliktně, neempaticky, lhostejně, nemají zájem o kontakt s těmi, kteří nějak souvisí s prací a je zaznamenán celkový útlum sociability (in Kupka, 2014).

Předpoklady ke kvalitnímu vykonávání tohoto zaměstnání jsou hlavně vrozené osobní rysy a vyzrálost. Především díky osobnímu přístupu, emocionální stabilitě a výdrži je pravděpodobné, že pracovník bude svoji práci vykonávat dlouhodobě kvalitně (Dvořáčková in Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Rheinwaldová (1999) uvádí seznam vlastností a přístup dobrého sociálního pracovníka, který takto chrání sebe i okolí před negativitou a vyčerpáním: pracovník je vyrovnaný, rozeznává své životní cíle od cílů seniorů, dokáže se vcítit do světa seniorů, a přesto je v kontaktu s realitou, kterou nikomu nevnučují. Přesto, že se senioři mohou chovat dětinsky, nechovají se k nim jako k dětem. Neodsuzují, nevyvolávají strach, netrestají, jednájí s respektem a vytvářejí pocit důvěry a lásky.

### **4.4 Duševní hygiena v pečujících profesích**

V zaměstnání, jako jsou zdravotní sestra nebo sociální pracovník, je péče o sebe důležitým aspektem. Pokud chceme, aby jí pracovník dlouhodobě kvalitně zastával, musíme se starat o jeho pocit pohody a spokojenosti. Nikdo nemůže očekávat, že sestra, která se cítí vyčerpaně, bude pacienty povzbuzovat milými slovy a pečovat o ně (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Z těchto důvodů je třeba dbát na psychiku pracovníků a praktikovat tzv.

duševní hygienu. Ta spočívá v tom, že jedinec následuje určitá pravidla a rady, které vedou k nastolení duševní rovnováhy. Můžeme ji chápat jako konkrétní jednání za účelem uchování si duševního zdraví, anebo v širším smyslu jako péči o duši (Křivohlavý, 2001).

Duševní hygiena může mít mnoho podob. Dle Jahodové (1958) je základem duševního zdraví sebezpřijetí a akceptace sebe samého. Míček (1976) dále popisuje několik strategií, které udržují duševní zdraví: sebezpoznávání, autoregulace emocí a myšlení, autorelaxace, sebereflexe a aktivní zvládání situací (in Křivohlavý, 2001). Nejenže jsou toto strategie, které předchází duševnímu strádání, ale duševní hygiena má pozitivní dopad na sociální vztahy, výkon v zaměstnání a celkovou životní spokojenost (Míček, 1984).

## **4.5 Spiritualita v pomáhajících profesích**

Spiritualita vyjadřuje niterné prožívání náboženství, vnitřní duchovní život. Ten však vůbec nemusí souviset s církví ani konkrétním náboženstvím. Označuje vysoce individuální zájem o duchovno, který se stává součástí každodenního života. Možnou alternativou pro spiritualitu může být pojem religiozita, který však není pojmem totožným. Na rozdíl od spirituality v sobě religiozita navíc nese navázání na organizovaný duchovní, nejčastěji křesťansky orientovaný, život a instituce, které k tomu patří. Religiozita tvoří představu duchovního prožívání spojeného se strnulou a zastaralou církví, která nedává mnoho možností pro volný výklad (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012).

Dle Řičana (2007) je spiritualita všeprostupujícím prvkem, který ovlivňuje motivy, postoje i emoce. Takovou osobnostní složku spirituality najdeme v určité míře u většiny z nás, ne-li u všech. Stává určitou základní podstatou veškerého jednání a individuální prožívání spirituality může vést k určitému přehodnocení životních priorit a k prosazování dobra a etického chování v životě. Z toho vyplývá, že prostupuje do všech oblastí života, tedy například i do zaměstnání. Nejvíce ovlivněny jsou zejména pomáhající profese. Například Bwaghan (2010) vidí spiritualitu jako sílu, která pracovníka vede k pomáhání a zároveň jej zároveň chrání před negativními aspekty této práce. Dle Kumara (2015) je spiritualita zásadním aspektem ve zvládání stresových situací, integraci osobnosti a celkové rovnováze. Zkrátka téma spirituality hraje zvláště v oblasti pomáhajících profesí zásadní roli.

## 5 VÝZKUMY NA PODOBNÁ TÉMATA

Tématem smysluplnosti a kvality života profesionálních pečujících se, zdá se, zabývalo jen malé množství studií. Mnoho výzkumů se zabývá kvalitou života rodinných pečujících, kteří pečují o své blízké. Zato téma potřeb, syndromu vyhoření a duševní hygieny v pomáhajících profesích je hojně zkoumaným fenoménem.

Nejprve však zmiňme výzkum Wallace Chi Ho Chana, který se zabýval smysluplností práce čínských pečovatelů z Hong Kongu. Vzorkem bylo 223 respondentů z patnácti hongkongských nemocnic. Výsledky jeho statistické studie poukazují na zajímavé zjištění - ve snahách personálu byla nalezena dvoufaktorová struktura obsahující faktory přítomnosti a hledání. Personál si je důležitosti smysluplnosti v životě velmi dobře vědom a vykazuje neustálou touhu a potřebu po hledání smyslu (Chi Ho Chan, 2014).

Důsledkům dlouhodobé péče o seniory se věnovaly Hana Lukšová a Iva Kuzníková. Zjistily, že personál pečující o seniory vykazuje emocionální vyčerpání, trpí depersonalizací a mírným stupněm osobního uspokojení. Syndromem vyhoření trpělo 5,8–6,5 % pečujících o seniory (Lukšová, Kuzníková, 2016).

O tématu kvality života pečujících o pacienty s Parkinsonovou chorobou pojednává studie výzkumníků z Katowic. Zjistili, že kvalita života pečujících souvisí s tím, že pečují o osoby s Parkinsonovou chorobou. Účast pečujícího na rehabilitaci pacienta však významně kvalitu života zlepšuje (Cholewa et al., 2016)

Potřebami a duševní hygienou se ve své práci zabývala Ivana Chadimová psychohygienou pečujících. V jejím výzkumu se sice jedná o pracovníky, kteří pečují o mládež ve střediscích výchovné péče, ale výsledky jejího zkoumání stojí za zmínku. Chadimová popisuje, že pracovníci středisek si jsou vědomi rizik stresu a cíleně praktikují techniky, které jim pomáhají stres ventilovat (relaxace, sport, kontakt s přáteli). Dále zjišťuje, že důležitým aspektem zvládnutí stresu je dobrý pracovní kolektiv a že díky prožívání smysluplnosti a naplnění pracovníci nepodléhají syndromu vyhoření (Chadimová, 2011).

Ze zahraničních výzkumů na téma syndromu vyhoření zmiňme výzkum Nienhause, Westermanna a Kuhnerta, kteří se zabývali syndromem vyhoření pracovníků pracujících na odděleních geriatrie a ve stacionářích pro seniory. Výzkumníci došli ke zjištění, že se syndrom vyhoření mezi pracovníky projevuje psychosomatickými obtížemi, poklesem

výkonnosti, pracovní neschopností a předčasným odchodem do penze. Uvádějí, že ke vzniku syndromu vyhoření přispívá svoboda jednání, pracovní vyčerpání, rozumný podíl mezi pacienty, pracovní nespokojenost a personálem a neuroticismus (Nienhaus, Westermann, Kuhnert, 2012).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Dostupná literatura je poměrně bohatá na výzkumy týkající se problematiky syndromu vyhoření u profesionálních pečovateli. Stejně tak je probádána oblast smysluplnosti u zdravotních sester, ale obvykle se tyto práce věnují perspektivě spíše z medicínských oborů. Pokusíme se tedy o komplexnější pohled na smysluplnost, potřeby a kvalitu života z psychologického hlediska.

### 6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem tohoto výzkumu je zmapování kvality života, potřeb a prožívání smysluplnosti u profesionálních pečujících, kteří se starají o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Obecně práce v pomáhajících profesích je považována za náročnou, cílem výzkumu bylo zjištění emocionálních, sociálních a spirituálních potřeb pečujících. Dále nás zajímalo, jaké jsou konkrétní zatěžující aspekty a úskalí této profese. Náš výzkum se zaměřuje na pocity a zkušenosti pečujících a na příběh podaný z jejich perspektivy.

Ve výsledcích výzkumu lze najít užitečné informace, které mohou vést k lepšímu povědomí o náročné práci pečujících a následnému zlepšení psychologické péče o zaměstnance v pomáhajících profesích.

Naše hlavní výzkumné otázky stanovené pro tento výzkum zní:

1. **Jaká je kvalita života profesionálních pečujících o osoby s DAT?**
2. **Jaké jsou jejich psycho-sociálně-spirituální potřeby?**
3. **Jaká je prožívaná smysluplnost profesionálních pečujících o osoby s DAT?**

# 7 REALIZACE VÝZKUMU

Následující kapitola osvětlí, jak probíhal celý výzkum. Objasníme, jaké metody byly použity, formu rozhovoru a jeho otázek. Dále definujeme náš výzkumný soubor, typ analýzy, a nakonec bude zmíněno etické hledisko výzkumu.

## 7.1 Metodologický rámec výzkumu

Vzhledem k tématu práce a faktu, že se náš výzkum zabývá žitou zkušeností a jejich významem pro každého jedince zvlášť, jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum umožňuje daleko kvalitnější prozkoumání dané problematiky.

Rozhovory s účastníky výzkumu probíhaly formou polostrukturovaných rozhovorů, díky kterým bylo možné pohotově reagovat na to, kam téma rozhovoru směřuje, a zároveň dát účastníkovi dostatek prostoru, aby mohl své myšlenky rozvést. V tomto typu rozhovoru se může výzkumník doptávat na to, jak danou věc respondentka myslí, a ujistit se tak, že jeho výpověď správně pochopil. V polostrukturovaném rozhovoru je dáno jádro rozhovoru, které je pevně stanoveno, a na něj se nabalují další témata, která se otevírají během rozhovoru (Mioviský, 2006). V našem rozhovoru byla předložena sada dotazů, která vycházela z našich výzkumných otázek.

### 7.1.1 SEIQoL

Ve výzkumu byla kromě rozhovoru použita metoda SEIQoL, která mapuje kvalitu života u konkrétního jedince. Zkratka SEIQoL v překladu znamená *Program hodnocení individuální kvality života*. SEIQoL je kvalitativní metoda, která se zaměřuje na to, jak na svůj život pohlíží sám participant a jak je s tím, jak svůj život vede, spokojený.

Respondentkám byl předložen formulář (obr. 1) a byly instruovány, aby se zamyslely nad pěti hlavními životními cíli, oč jim v životě nejvíce jde či na co se dlouhodobě zaměřují, a to napsaly do prostředního sloupečku. Příkladem takových životních témat může být: rodina, mezilidské vztahy, zdraví, duševní pohoda, duchovní život, koníčky nebo práce na svém rozvoji. Poté byly požádány, aby u každého životního cíle vyznačily, jak jsou s jeho dosahováním spokojeny. Míra spokojenosti ve má vyjádřit v procentech, kdy v tomto případě



0 znamená, že jsou s dosahováním zcela nespokojeny, 100 vyjadřuje absolutní spokojenost s dosahováním daného cíle. Číselný údaj zapsaly do pravého sloupce. (Křivohlavý, 2001).

V třetím kroku byly respondentky požádány, aby do levého sloupečku vepsaly, jak důležitý pro ně každý životní cíl je. Opět se důležitost vyjadřuje v procentech. V tomto kroku tvoří pět životních cílů dohromady celek, 100 % všech snah., takže respondentka musela zmíněných 100 % rozdělit mezi jednotlivé cíle. Posledním krokem je označení příslušného místa křížkem na úsečce, která se vyskytuje na formuláři pod tabulkou. Úsečka představuje jakýsi metr, nebo teploměr, který měří spokojenost se životem. Respondentka na úsečce udělala značku tam, kde si myslí, že leží výše jeho spokojenosti se životem (Křivohlavý, 2001).

SEIQoL se vyhodnocuje následovně: u každého jednotlivého tématu se násobí míra spokojenosti s dosahováním s důležitostí, dále se těchto pět součinů sečte. Součet hodnot je vydělen číslem sto. Výsledná hodnota se pohybuje mezi čísly od 0 do 100 a představuje vnímanou míru kvality života daného jedince (Křivohlavý, 2001).

Respondentky byly požádány, aby po dokončení každého kroku své úvahy okomentovaly a vysvětlily, proč přemýšlely zrovna takto. Výzkumnice tak získala doplňkové a mnohdy cenné informace, které by se otázkami v rozhovoru nepodařilo zachytit.

## Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL

Jméno a příjmení:

Dnešní datum:

Rok narození:

Důležitost daného tématu v %	Životní téma – Oč vám v životě jde a oč vám jde především (nejvíce)?	Míra spokojenosti v % (v každé řádce od 0 do 100 %)

Součet procent ve všech pěti řádcích v levém sloupečku musí být roven 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

je to tak špatné, jak jen to je možné ..... je to tak dobré, jak jen to dobré může být

Celková hodnota QL:

Celková míra spokojenosti se životem:

Obrázek 1: Formulář pro zjišťování kvality života

## 7.2 Výzkumný soubor

Sběr dat probíhal následovně: Na webových stránkách České alzheimerovské společnosti byla vyhledána zařízení, která se specializují na péči o pacienty s Alzheimerovou demencí, dohromady bylo e-mailem osloveno 23 zařízení. Zpět se ozvalo 5 zařízení, všechna výzkum na své půdě zamítla. Druhá vlna oslovování probíhala telefonicky, vedení institucí však s výzkumem nesouhlasila, častý argument odmítnutí byla ochrana zaměstnanců. Ve zdánlivě úspěšném jednání probíhala komunikace s vedením domova sv. Aloisie, který se specializuje pouze na péči o osoby s Alzheimerovou demencí, ale při domluvě termínu setkání vedení výzkum náhle zamítlo. Jediná instituce, která s proběhnutím výzkumu souhlasila, byla Psychiatrická nemocnici v Dobřanech.

Výzkumný vzorek tvořilo 7 zdravotních sester ve věku od 24 do 52 let. Sestry pracují v PN Dobřany na gerontopsychiatrických odděleních č. 3, 4, 5 a 6. Oddělení jsou určená pro pacienty ve vyšším věku s různými typy demencí v pokročilých stádiích, nejčastěji jedná se o Demenci Alzheimerova typu, ale nalezneme zde i pacienty s poruchou osobnosti nebo s onemocněním schizofrenního okruhu. V případě pacientů pod 65 let jde o pacienty s presenilní formou demence, s ethylickou demencí a o poúrazové či pozánětlivé stavy s postižením hlavy a mozku (PN Dobřany, 2018).

Setkání proběhla v průběhu ledna a února na základě telefonické domluvy s psycholožkou těchto oddělení, která fungovala jako prostředník mezi výzkumníkem a sestrami. Vzhledem k tomu, že výzkumnice nemohla výběr času ani místa setkání ovlivnit, všechna se konala během pracovní doby sester. Rozhovory se zdravotními sestrami trvaly od 17 do 32 minut.

## 7.3 Zpracování a analýza dat

Nashromážděná data byla převedena do psané podoby v MS Word a následně analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Tato analýza má svá specifika v tom, že se zabývá zažitou zkušeností účastníka výzkumu a klade velký důraz na jeho individuální prožívání. Zároveň je třeba mít na paměti, že nemůžeme nikdy dosáhnout čistého popisu, protože analýza stojí na subjektivní interpretaci dat a zažité zkušenosti výzkumníka. V interpretativní fenomenologické analýze má výzkumník stejně aktivní roli jako respondent (Kostínková, Čermák, 2013). Vzhledem k tomu, že jsou výsledky analýzy vysoce individuální, nelze je zobecnit na celou populaci (Smith, Osborne, 2003).

### 7.3.1 Postup analýzy

IPA má následující fáze: V první fázi analýzy je každý přepis rozhovoru několikrát čten, výzkumník se učí v textu orientovat a všímá si vynořujících se témat. Dobrým nástrojem proniknutí do případu je opakované poslouchání nahrávky (Smith, Osborne, 2003).

Druhá fáze obnáší další čtení a první poznámky a nápady, které jsou zachyceny na levý okraj papíru. Je důležité nezapomenout na absolutní otevřenost tématu – výzkumníkova předpojatost vůči jakékoli části textu není na místě (Kostínková, Čermák, 2013).

V následující fázi si už všímáme především vlastních komentářů a poznámek a z nich vynořujících se témat. Cílem této fáze je najít témata, která vychází z účastníkovy příběhu a zároveň se dají zobecnit na teoretické pojmy. Různorodá témata vytvoří tematické skupiny, které bude možné pojmenovat nadřazeným pojmem. Stále však probíhá kontrola toho, zda výzkumníkova interpretace koresponduje s textem (Kostínková, Čermák, 2013).

Ve čtvrté fázi analýzy výzkumník vytváří tabulku, do které zanáší skupiny témat a jejich podtémat, a zkoumá, v čem se témata shodují či rozcházejí, hledá shodující se vzorce napříč rozhovory. Výsledkem je konečná tabulka, které obsahuje jen ta témata, která jsou shodná pro všechny participanty výzkumu (Kostínková, Čermák, 2013).

V poslední fázi jsou témata převedena do narativní formy, k danému tématu jsou připojeny doslovné úryvky z rozhovorů, které poukazují na vznik daného tématu. Z textu však musí být zřejmé, co je výzkumníkova interpretace a co je citování respondenta (Kostínková, Čermák, 2013).

## 7.4 Etické hledisko a ochrana soukromí

Před zahájením celého výzkumu byla poslána žádost řediteli nemocnice o umožnění výzkumu, který s provedením výzkumu souhlasil. Před začátkem výzkumu byly všechny účastnice informovány o pravé tematice této práce a přesném průběhu výzkumu. Účast byla dobrovolná a respondentky byly poučeny, že mohou na jakoukoliv otázku neodpovědět a z výzkumu kdykoliv odstoupit. Informovaný souhlas respondentek byl zajištěn na základě slovní dohody. Všechny respondentky souhlasily se zpracováním údajů a nahráváním rozhovoru na diktafon. Zároveň byly ujištěny, že data budou zpracovávána anonymně a následně smazána. Při přepisování dat byla respondentkám kvůli případnému odhalení změněna jména, ani nebude zmiňováno, na jakém oddělení konkrétně pracují. S jejich

souhlasem uvádíme jejich pravý věk. Účastnicím nebylo nic zamlčeno a všechny dotazy jim byly pravdivě zodpovězeny.

## 8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 8.1 Seznámení s účastníky výzkumu

V této podkapitole čtenáře blíže seznámíme s participanty našeho výzkumu. Součástí kazuistiky budou i individuální výsledky SEIQoL. Pro lepší přehlednost byly přepsané rozhovory zestručněny a shrnuty v nejdůležitějších bodech.

#### 8.1.1 Sestra Alena

První rozhovor proběhl na sesterně v polední pauze, kdy většina pacientů odpočívá po obědě a na oddělení panuje všeobecný klid. Alena je šestatřicetiletá staniční sestra, která na oddělení pracuje již 9 let. Rozhovor trval 22 minut a probíhal velmi uvolněně.

Alenu práce zdravotní sestry na geriatrickém oddělení dlouhodobě naplňuje i přesto, že se cítí psychicky vyčerpaná. Dle jejích slov však za vyčerpáním stojí „*administrativa. Baví mě práce s lidmi, chtěla bych si s nimi povídat, ale musím sedět u počítače a vykazovat péči.*“ Na otázku, jak ztracenou energii čerpá zpět, odpovídá, že ji čerpá u pacientů – „*pomáhá mi reakce lidí. Mně pomáhá to, že naši společnou práci je člověku líp. Prostě mi pomáhá zpětná vazba, že jsou rádi.*“ Smysl své práce vidí právě v pomoci potřebným.

Jako náročnou součást práce v pomáhající profesi vidí nepochopení blízkých pacientů, kteří nevidí úsilí a práci sester, a vyčítají personálu, že o jejich blízkého není postaráno. S tímto problémem a pocitem nedocení se vyrovnává společně s kolegy, kteří dle jejích slov „*řeší to stejně.*“ Jediné, co by Alena ve své profesi ráda změnila, je zajištění více času na práci s pacienty. Chtěla by volnost, protože cítí, že ji systém a seznam povinných úkonů utlačuje a že kvůli tomu upadá do stereotypu.

Důležitým aspektem, který Aleně pomáhá zvládat náročné situace v zaměstnání a v životě, je její spirituální život. Alena již několik let praktikuje šamanismus, který sama nazývá „*spíše cestou nežli vírou nebo náboženstvím.*“ Díky praktikování šamanismu získala nadhled, sílu a daleko lépe vidí ve věcech souvislosti. Sama Alena tvrdí, že vlivem duchovního života přestala lidi soudit, nejen pacienty, ale i jejich rodiny a kolegy.

Případného stresu a psychického vyčerpání se Alena zbavuje na procházkách v

přírodě se svým psem, cvičí, nebo vytváří různé výrobky. Říká, že si to může dovolit, protože nemá děti. „*S dětma si to neumím představit, že bych ještě s nima musela mít trpělivost.*“

V rozhovoru se opakovaně objevovalo téma křivdy a viny. Alena několikrát nenápadně zmínila, že ji tyto pocity souží a že se tímto tématem aktivně zabývá. Dle jejích slov jí řešení vnitřních konfliktů ubírá sílu a snaží se s nimi vyrovnat - *...přitom když se člověk nad tím zamyslí a odtrhne to emocionální, tak mu to přijde zbytečný. Ale já si nemůžu pomoci.*“ Do hloubky problému mě však nechtěla pustit.

Alena		
Důležitost	Životní cíl	Spokojenost s dosahováním
20 %	Vyrovnanost	50 %
30 %	Zdraví	75 %
10 %	Vzdělání	40 %
20 %	Síla	50 %
20 %	Naplnění	60 %

Tabulka 1: Životní cíle sestry Aleny

### 8.1.2 Sestra Barbora

Rozhovor se sestrou Barborou (42) a následně dalšími čtyřmi sestrami byl veden dopoledne, když měly sestry službu. Rozhovor s Barborou trval 19 minut.

Barbora je ve svém zaměstnání spokojená – „*tady jsem se našla a fakt se mi tu líbí.*“ Psychické vyčerpání nepocituje a na otázku, kde čerpá energii, odpovídá takto: „*Já ji čerpám tady z těch lidí. Jinak ráda cvičím, ale já se sem fakt každý den těším. Tím, že to dělám ráda, tak si vlastně odpočinu tady.*“ Cítí, že na oddělení panuje přátelská atmosféra, dle jejích slov mají dobrý kolektiv a skvělé vedení. Chtěla by se dále vzdělávat a dodělat si specializaci pro psychiatrii. Na studium na vysoké škole se už necítí, dle svých slov na to nemá psychickou ani fyzickou sílu. Smysl své práce vidí v pomoci druhým a je šťastná, když vidí, že jsou pacienti „*spokojení, čistí a voňaví.*“ Barbora by však uvítala změnu ve

finančních prostředcích nemocnice, dle jejího názoru by pacientům i sestřám na oddělení pomohly zdravotní pomůcky, které zohledňují limity jejich fyzických sil.

Náročným aspektem práce na geriatrickém oddělení je pro Barboru všudepřítomné úmrtí. O smrti na oddělení říká: *To je tady úplně to nejhorší. Ale беру to, je to vlastně přirozenější, než když jsem v porodnici viděla umírat miminka. (...) Zase tady je odchod důstojnej, neumírají tu sami. Ale člověk se s tím úplně nesmíří.*“ Barbora je pečovatelkou na dvou frontách – má dvě malé děti, z toho jedno trpí handicapem a rodinnou situaci popisuje jako problémovou. Říká, že kdyby mohla, je s dětmi doma a je pedagogickou asistentkou svého dítěte s handicapem. To však nemůže, *protože musí vydělávat.* Z rozhovoru je patrné, že pro Barboru je její práce velmi důležitá. Nejen proto, že ji osobně naplňuje, ale závisí na ní i existenčně.

<b>Barbora</b>		
<b>Důležitost</b>	<b>Životní cíl</b>	<b>Spokojenost s dosahováním</b>
60 %	Spokojenost v rodině	60 %
20 %	Budoucnost svých dětí	40 %
10 %	Spokojenost v práci	70 %
10 %	Doplnění vzdělání	30 %
-	-	-

Tabulka 2: Životní cíle sestry Barbory

Pozn.: Barbora trvala na 4 životních cílech i přes opakovanou instrukci a žádost výzkumníka.

### 8.1.3 Sestra Cecílie

Třetí sestra v pořadí, Cecílie, byla tou nejmladší z výzkumného vzorku – je jí teprve 24 let a na oddělení pracuje docela krátkou dobu. K práci se dostala náhodou, nejprve chtěla být porodní asistentkou. Hledala však brigádu a na geriatrickém oddělení se jí tak zalíbilo, že tam nastoupila na hlavní pracovní poměr. Zároveň se zaměstnáním studuje obor Všeobecná sestra na vysoké škole.

Cecilii práce se seniory baví a náročné situace, ke kterým v této profesi často dochází, úspěšně zvládá díky spolupracovníkům – „*hodně mi pomáhá kolektiv a vedení. Je tu dobrá atmosféra.*“ Dle jejích slov oddělení trpí nedostatkem personálu, chtěla by více času na to, aby se mohla pacientům osobně věnovat.

Nejnáročnější součástí práce je podle Cecilie smrt pacientů. Zvládnout zpracovat fakt, že se pacienti již nevrátí domů a maximum, které pro ně sestry mohou udělat, je zmírnění obtíží a zpříjemnění posledních chvil. Stres z práce si ale neodnáší, naučila se oddělovat práci a soukromý život. Pokud se však cítí sklíčená, často takové pocity řeší spánkem: „*Pak je nejlepší nad ničím napřemýšlet a pořádně se vyspat.*“ Dlouhodobě vyčerpaná se Cecilie necítí, klade velký důraz na relaxaci, cvičí a tráví čas s blízkými.

Cecilie nevěří v konkrétní náboženství, ale věří, že každý má svoji karmu: „*Každý se musí zamyslet nad svých chováním, protože věřím, že jak se chováme k druhým lidem, budou se tak oni chovat k nám, a také věřím, že karma nám vše vrátí. Asi to ovlivňuje moji práci s lidmi. Snažím se k pacientům chovat zodpovědně a citlivě, asi tak, jak bych chtěla, aby se zdravotní personál choval ke mně. I když to opravdu není někdy jednoduché.*“

<b>Cecilie</b>		
<b>Důležitost</b>	<b>Životní cíl</b>	<b>Spokojenost s dosahováním</b>
30 %	Zdraví	70 %
20 %	Rodina	100 %
10 %	Vzdělání	80 %
20 %	Práce	90 %
20 %	Relaxace	60 %

*Tabulka 3: Životní cíle sestry Cecilie*

#### **8.1.4 Sestra Daniela**

Daniela je dvaadvacetiletá zdravotní sestra, pro kterou byla práce na gerontopsychiatrickém oddělení dlouhodobým snem. Pracovala na chirurgické ambulanci, na neurologii, na stomatologii, ale „*nic ji tak nenaplnovalo, jako práce na tomto oddělení.*“



Smysl své práce vidí v pomoci seniorům a pocitu naplnění: „*Naplnění, proto jsem tady. Já ty lidi k životu potřebuju.*“

Daniela bere práci jako zábavu, snaží se, aby se pacienti v nemocnici cítili jako doma: „*snažím se s nima komunikovat, že to jsou jako moji známí. Zeptám se, jak se vyspali, řeknu: ,pojd', já tě učešu, ať ti to sluší.*“

Psychické vyčerpání pociťuje, ale daleko méně, než když pracovala na stomatologii: „*U zubaře jsem musela zvedat padesát telefonů, řešit nespokojenost, že máme dlouhý čekací doby. Takže tam jsem měla větší pocity nervozity než tady.*“ Zato se cítí fyzicky vyčerpaná, protože pracuje na pokoji, kde jsou jen ležící pacienti. Danielu vyčerpává polohování pacientů, posazování do křesel a obstarávání veškeré hygieny. Systém, který je na oddělení nemocnice nastavený, Daniele vyhovuje a nezměnila by vůbec nic: „*jsou tady standarty a já je dělám na sto procent; snažím se to dělat nejlíp, jak to jde, takže bych nic neměnila.*“

Náročným aspektem zaměstnání je i pro Danielu smrt. O umírání pacientů mluví s velkým zármutkem: „*Vadí mi, když jsou tu ty lidi před smrtí. Když toho pacienta znám nějakou dobu, vím, jak vypadal před měsícem, dvěma, a najednou umírá. Je to takový smutný, že mu nemůžete pomoci. Chcete mu to ulehčit, aby se netrápil.*“ S negativními emocemi Daniela nijak nepracuje, snaží se za nimi zabouchnout dveře a na nic nemyslet.

Na otázku, kde čerpá novou energii a zda praktikuje pravidelnou psychohygienu, nedokázala Daniela konkrétně odpovědět. „*Vlastně nikde. Když vyjdete z toho zaměstnání a máte ty dny volna, tak ta energie zas nabyde, ale při žádné činnosti se jako nenabijím.*“ Svůj čas tráví s rodinou, hlavně se svou matkou a dcerou, nebo jiným typem práce. „*Nabíjí mě dcera, její spokojenej život, že spolu někam vyrazíme utratit penízky*“, říká.

Daniela se ve svém osobním životě trápí, není spokojená a tvrdí, že na změnu, nebo zlepšení je pozdě. Hlavním zdrojem radosti jsou její osmnáctiletá dcera a kočky. Daniele velmi záleží na tom, jak se cítí její blízcí, a snaží se je co nejvíce obdarovávat láskou a štěstím. Na druhou stranu sama přiznává, že pro své štěstí nedělá aktivně nic.

Daniela		
Důležitost	Životní cíl	Spokojenost s dosahováním
20 %	Zdraví	100 %
20 %	Štěstí	80 %
20 %	Láska	100 %
20 %	Sociální zázemí	80 %
20 %	Zaměstnání	100 %

Tabulka 4: Životní cíle sestry Daniely

### 8.1.5 Sestra Emílie

Setkání se sestrou Emílií trvalo 18 minut, Emílii je 48 let a práce zdravotní sestry byla jejím snem. Cesta k tomuto zaměstnání byla pro Emílii složitější než pro ostatní. *„Původně jsem vystudovala zemědělkou, ale pak jsem si udělala sestru. Napřed jsem pracovala jako dokumentačka v nemocnici, ale jen s maturitou to nešlo. Tak jsem se dala znovu do studií, jsem bakalářka a splnila jsem si svoje přání.“* Smysl své práce vidí v naplnění svého životního snu, vždy prý chtěla pracovat s lidmi a pomáhat potřebným.

V práci je Emílie dle svých slov na sto procent spokojená, ale i tak shledává práci náročnou. Cítí se psychicky vyčerpaná: *„Ty lidi jsou nemocní, nemůžete se s nima domluvit. Řeknete: ‚tohle nedělejte, tohle nemůžete‘, ale stejně jim to nevysvětlíte. Je to vlastně horší než malý dítě.“* Za psychické vyčerpání může dle Emílie i častá smrt, které se tomto oddělení personál nemůže vyhnout. Cítí, že to nejtěžší na celé práci je nevybuchnout. *„Musím být v klidu, ovládat se, protože ty lidi za to nemůžou.“* Emoce, které se během konfliktů nashromačují, si snaží nepřipouštět. Má pocit, že to je jediná cesta, jak zůstat psychicky vyrovnaná.

Emílie by ocenila, kdyby mělo oddělení, na kterém pracuje, více personálu a lépe se uspořádaly směny: *„Jde o to, že teď se nám vyškrtávají směny, protože v létě jsou dovolení. A pak se stane, že je člověk obden na dvanáctce. A když jde po noční směně zas na denní, tak toho má plno...“*

Emílie klade velký důraz na pravidelnou psychohygienu, chodí na procházky se psem, čerpá energii z přírody, vyhledává samotu a ticho. Sama si všimla, že když se psem ven nejde, cítí se daleko sklíčenější a vyčerpanější. Tvrdí ale, že energii pro práci s lidmi nelze nijak čerpat: „*To je v každém z nás, někdo té energie má v sobě víc, někdo ji má méně.*“ Žádnou spirituální složku, která by ovlivňovala její práci s lidmi, v životě nemá. Sice je pokřtěná, ale věřící není.

<b>Emílie</b>		
<b>Důležitost</b>	<b>Životní cíl</b>	<b>Spokojenost s dosahováním</b>
30 %	Rodina	95 %
25 %	Profese	100 %
15 %	Zdraví	80 %
15 %	Celková životní pohoda	90 %
15 %	Koníčky	100 %

*Tabulka 5: Životní cíle sestry Emílie*

### **8.1.6 Sestra Františka**

Františku jsem zastihla v polední pauze ve dne, kdy byla na oddělení jako jediná sestra. Rozhovor trval 17 minut a probíhal v mírném časovém presu. Františka na tomto oddělení pracuje jedenáct let a práci by si chtěla i nadále udržet a vzdělávat se v oboru. Práce ji naplňuje a její smysl vidí hlavně v pomoci těm, co ji potřebují a zaslouží si ji. Je patrné, že Františka chová hlubokou úctu k pacientům a ke stáří obecně.

Významným aspektem, díky kterému Františka práci zvládá, je přenos pozitivní energie mezi ní a pacienty: „*Lidi mě dobíjejí svou energií. Stačí mi si s nimi promluvit, stačí jeden člověk a jsem nabitá energií.*“ Uvědomuje si, že proudění energie není jednostranné: „*Musí tu docházet k výměně energií. Pokud cítím, že ten člověk to potřebuje, že je třeba v depresi, tak se snažím mu zlepšit náladu.*“ Jako další aspekt, který Františce pomáhá svoji práci vykonávat kvalitně, je podle ní její spirituální naladění. Říká, že nechodí do kostela, ale že „*věří v něco.*“ K duchovnu se sama dostala v těžké životní fázi a od té doby cítí, že se

jí značně změnila životní hodnoty. Spiritualita v životě změnila Františku přístup k lidem a spojila vztahy v rodině.

Nejtěžší chvíle v službě pro Františku nastávají, když pacient nespolupracuje a odmítá její pomoc. Františku takové situace vysilují, protože cítí, že se snaží nadarmo a její úsilí jde vniveč. Stres z práce si domů nebere: „*Už jsem schopná se od toho oprostit a nechat to tady. Za začátku mi to nešlo a trápila jsem se, ale postupně jsem se naučila s tím stresem bojovat.*“ Na své práci by ale nic nezměnila, je velmi spokojená s tím, jak to na oddělení funguje.

Františka je pečovatelkou nejen v zaměstnání, ale i doma – pečuje o nemocné rodiče a malého vnuka. „*Bojujeme se starostma, ale o tom život je. Dcera s námi bydlí s malým a je úplně sama.*“ Boj se starostmi ale nevzdává a je připravená čelit všemu, co přijde: „*Život holt dělá kudrlinky, ale musíme se tomu postavit.*“ Františka nepraktikuje žádnou určitou formu duševní hygieny, říká, že nejlépe si odpočine, když svůj volný čas tráví se svým vnoučkem. Momentálně je vnouček pro Františku dle jejích vlastní slov tím nejdůležitějším na světě.

Františka		
Důležitost	Životní cíl	Spokojenost s dosahováním
60 %	Rodina	90 %
10 %	Úspěch v práci	90 %
10 %	Zdraví	90 %
10 %	Sebeuspokojení	90 %
10 %	Zdokonalení	90 %

Tabulka 6: Životní cíle sestry Františky

### 8.1.7 Sestra Gabriela

Jednačtyřicetiletá Gabriela pracuje na oddělení jedenáct let a hlavní smysl své práce vidí v pomoci: „*Jsmo rádi, když tu někomu pomůžeme. Ta pomoc je tady na nejvyšším bodě.*“ Gabriele dodává sílu to, když vidí, že jsou pacienti spokojení a kompenzovaní. Cítí, „*že její pomoc k něčemu je.*“

I v tomto rozhovoru se objevovalo téma bezmoci, kterou Gabriela zažívá, když se snaží přesvědčit pacienta, aby spolupracoval: „*Kolikrát je nejtěžší toho človíčka přemluvit, aby se najedl, napil, aby si vzal léky.*“ Gabriela říká: „*Na této práci je těžké všechno. Člověk musí mít na takovou práci povahu a žaludek, protože pracuje s výkaly.*“ Občas je pro ni těžké nad prací nepřemýšlet doma, někteří pacienti jí uvíznou v paměti, ale snaží se „*vypnout a nemyslet na to*“.

Gabriela náročnou práci zvládá hlavně díky svému životnímu nastavení – věnuje se nadpřirozenu, duchovnímu růstu, často medituje a čte. Důležitou složkou moudrost, *chtěla by porozumět všemu a jeden život jí nestačí*. Klade velký důraz na lásku ke každému a tvrdí, že tak, jak se člověk chová k druhému, tak se oni chovají k němu. „*Je to jeden z vesmírných základů.*“ Gabriela o sobě tvrdí, že je věřící: „*Věřím v Boha, ve zdroj. Do kostela nechodím, nejsem nikde organizovaná, spiritualita je jen v mém nitru.*“

Poslední ze všech setkání, setkání s Gabrielou, bylo významně odlišné než ta zbylá. Setkání se neslo v transcendentálním duchu, Gabriela odpovídala vzletnými frázemi, ale neřekla žádnou konkrétní informaci. Zdálo se, že si Gabriela střeží svoji osobní hranici, za kterou nechtěla výzkumnici pustit.

<b>Gabriela</b>		
<b>Důležitost</b>	<b>Životní cíl</b>	<b>Spokojenost s dosahováním</b>
20 %	Láska	80 %
20 %	Moudrost	80 %
20 %	Pomoc druhým	80 %
20 %	Spokojenost	80 %
20 %	Duchovní růst	80 %

*Tabulka 7: Životní cíle sestry Gabriely*

## 8.2 Dotazník SEIQoL

V této podkapitole zmíníme výsledky individuálního hodnocení kvality života. Připomeňme, že životní cíle každé respondentky jsou individuální a specifické. V následujícím textu uděláme výčet cílů všech sedmi respondentek, které byly rozděleny do obecnějších kategorií pro lepší přehlednost. Na konci kapitoly uvádíme tabulku (č. 9), která shrnuje kvalitu života sester v procentech.

- Nejčastěji zmiňovanými kategoriemi bylo *Zdraví*, které ani nepotřebovala žádné zobecnění, a téma *Zaměstnání*. V obou případech se tato témata ve formulářích objevila u 5 respondentek.
- Dále 4 respondentky do svých pěti životních cílů uvedly téma *Rodiny*, se kterým souvisí i celková spokojenost v rodině nebo děti.
- Třetím nejčastějším tématem byla *Potřeba vzdělání*, která je životním tématem pro 4 respondentky.
- Pro tři respondentky je důležitým tématem, které zmínily ve formulářích, *Celková spokojenost*.
- U dvou respondentek se shodně objevovala témata *Lásky*, *Spokojenosti v práci* a *Zálib*.

Ve formulářích se dále vyskytovala tato témata: moudrost, pomoc druhým, vyrovnanost nebo síla.

Sestra	QL v %
<b>Sestra A</b>	59,5
<b>Sestra B</b>	54
<b>Sestra C</b>	79
<b>Sestra D</b>	86
<b>Sestra E</b>	94
<b>Sestra F</b>	81
<b>Sestra G</b>	80
<i>průměrná hodnota</i>	76,214

Tabulka 9: Vypočítaná kvalita života respondentek

## 8.3 Výsledky analýzy společných témat

Transkripce rozhovoru a následnou analýzou jsme získali výsledky, které jsou přehledně zobrazeny v tabulce 8. Díky detailní analýze se vynořila tato stěžejní témata: smysl práce, aspekty zvládnutí náročných situací, aspekty zatěžující vykonávání profese, potřeba změny a doplnění zaměstnání, aktuální prožívání a praktikování duševní hygieny. V tabulce je výskyt určitého tématu u každého probanda znázorněn tečkou. Jednotlivá témata rozvedeme a popíšeme v následujícím textu, který doplníme citacemi jednotlivých probandů.

**1) Téma smyslu** – vysvětluje důvod a motivaci pracovat na pozici sestry na gerontopsychiatrickém oddělení. Zdá se, že podtémata pomoci a naplnění spolu často souvisí. To znamená, že sestry se cítí naplněny, když mohou pomáhat. Máme za to, že téma smyslu úzce souvisí s nejvyšší potřebou seberealizace, kterou jsme zmínili v první kapitole teoretické části práce.

### ➤ **Pomoc druhým**

Smysl své práce v pomoci potřebným vidí všechny sestry kromě Cecílie a Daniely. Například Františka o smyslu své práce říká: „*Smysl je určitě v pomoci těm, co to potřebují, protože oni si to zaslouží. Mám k nim úctu.*“ Smysl, který sestry v pomoci vidí, často v rozhovoru navazoval, že se sestry cítí potřebné a že jejich pomoc a úsilí mají nějaký viditelný výsledek.

### ➤ **Pocit naplnění**

Pět sester cítí smysl v osobním pocitu naplnění, pro Barboru nebo Danielu je práce na tomto oddělení „*splněným snem.*“ Sestry popisují, že dělají to, co si v životě přály dělat. Práce s lidmi je naplňuje, baví a přináší radost. Daniela tvrdí, že „*lidi ke své práci potřebuje.*“

## 2) Zvládnutí náročných situací

Toto téma se týká aspektů, díky kterým sestry lépe zvládají stres a náročné situace, které vznikají při práci.

### ➤ **Spiritualita**

Alena, Cecílie, Františka a Gabriela náročné zaměstnání zvládají mimo jiné díky duchovnu v jejich životě. Alena se naučila díky šamanismu lidí nesoudit a více se snaží chápat souvislosti v různých situacích. Cecílie zase věří v karmu – „*snaží se*

*chovat k pacientům tak, jak bych chtěla, aby se personál choval k ní.* “ Věří, že špatné chování se člověku může vrátit. Emílie je sice pokřtěná, ale věřící není jako další tři sestry.

➤ **Práce jako zábava**

Šest ze sedmi respondentek (kromě Gabriely) doslova řeklo, že je práce sestry baví. Do práce se těší, baví je práce a komunikace s pacienty a kolegy. Alena o své práci říká: *„Baví mě práce s lidma, chtěla bych si s nima povídat, motivuje mě to“*. Barbora na otázku, zda ji práce baví, nadšeně vykřikuje: *„Jo!“*.

➤ **Pozitivní zpětná vazba pacientů**

Toto podtéma souvisí s tím, že si sestry přijdou užitečné a platné. Alena, Barbora, Daniela A Františka zmiňují, že jsou rády za úsměvy pacientů a milá slova. Františka popisuje radost z interakce s pacienty takto: *„Ty lidi mě dobíjejí, tou svou energií. Stačí si s nima jen promluvit. Stačí jeden člověk, který si s váma popovídá, a jste nabitá energií.“*

➤ **Dobrá kolektiv**

Barbora s Cecílií hodnotily kolektiv na oddělení totožně – skvělý kolektiv a vedení. Cecílie o kolektivu říká: *„Hodně mi pomáhá kolektiv a vedení, je tu dobrá atmosféra“*, a Barbora zase: *„máme tady dobrý kolektiv a skvělý vedení, je tu sranda, tak se sem vždy těším.“* Je užitečné zmínit to, že Barbora a Cecílie pracují na stejném oddělení.

### 3) Aspekty zatěžující vykonávání profese

Níže zmíněné aspekty sestrám ztěžují práci, jsou původci stresu, psychického vyčerpání a při nedostatečné psychohygieně mohou vést k syndromu vyhoření.

➤ **Pocity bezmoci**

Pocity bezmoci se v různé míře a v různé formě objevují u pěti sester, jen Barbora a Cecílie nic takového nepocítují. K takovým pocitům může vést četná nespokojenost s personálem a nepochopení ze strany příbuzných pacientů nebo když jejich práce nenese ovoce. Alena o nepochopení říká: *„Nejvíc mi vadí nepochopení lidí, kteří o tom nic neví. To jsou třeba rodiny, který sem přijdou a začnou Vás obviňovat, že o ty lidi není postaráno, a přitom Vy děláte to nejvíc, co můžete. Vy se snažíte, co nejvíc můžete, a pak přijde někdo, kdo to nechápe a začne vám to vytýkat.“*



➤ **Nespolupráce pacienta**

Emílie, Františka a Gabriela vyprávěly o tom, že se hůře vyrovnávají s tím, když pacient odmítá jejich péči, nebo nechce spolupracovat. Sestry pak cítí, že se snaží nadarmo. Například Františka o nespolupráci pacientů říká: *„Nejhorší je nespolupráce pacienta. Je to vysilující, když odmítá pomoc a moje snaha jde vniveč.“* Gabriela vyprávěla o tom, že *„kolikrát je nejtěžší pacienta jen přemluvit, aby jedl nebo si vzal léky.“*

➤ **Smrt**

Tématem, o kterém sestry mluvily s největším zármutkem, byla smrt pacientů. Dohromady bylo toto téma zmíněno čtyřikrát, sestry se často potýkají s faktem, že pacient už nemůže být vyléčen a vlastně mu zpříjemňují jen poslední chvíle života. Z rozhovorů bylo patrné, že sestry kladou důraz na to, aby s pacientem až do konce bylo jednáno s úctou a respektem. Barbora popisuje, že *„odchod je na jejich oddělení důstojný, že nikdo neumírá sám, ale že se s tím nejde zcela smířit.“* Cecílie o umírání na oddělení říká: *„Nejtěžší je to psychicky zvládnout. Tady odsud se lidi nedostanou, tady je to prostě konečná. Tak je těžké se smířit s tím, že už to můžete jen zmírnit. Už jenom zlepšíme konec.“*

#### 4) **Potřeba změny**

Toto téma se týká potřeb sester. Byly tázány na to, zda by něco změnily nebo zda existuje něco, co by jejich práci ulehčilo. Tři sestry jsou v zaměstnání naprosto spokojeny a nezměnily by vůbec nic.

➤ **Finance na pomůcky**

Barbora by ocenila, kdyby oddělení, na kterém pracuje, uvolnilo finance na nákup pomůcek, které by sestrám pomohly s mobilitou pacientů: *„Ty zdravotní pomůcky jsou drahý, který nám pomáhají. Ale pomůže to těm lidem i nám, protože se s těma lidma pořád taháme.“*

➤ **Posílení personálu**

Emílie s Cecílií vnímají, že je personál přepracovaný a že by bylo vhodné navýšit stav personálu. Cecílie si myslí, že by to chtělo více personálu, aby se mohly pacientům věnovat. Emílie tvrdí: *„Je potřeba změnit uspořádání směn. Teď se nám vyškrtávají směny, protože v létě jsou dovolený a pak jste tady obden na dvanáctce. A když jdete po noční zase na denní, tak toho máte plno...“*

➤ **Více času na pacienty**

Alena a Cecílie by byly rády, kdyby se mohly osobně více věnovat pacientům. Alenu práce s lidmi baví, ale vzhledem k tomu, že je staniční sestrou, musí více času věnovat administrativě a povinným úkonům, jako je příprava léků, psaní zápisů nebo měření tlaků. Říká: „*Tyhle úkony mě nebaví. Radši bych dělala něco s lidma, to je vždycky něco nového. I když Vám to sice přidá práci, tak se něco děje.*“

## 5) Potřeba doplnění vzdělání

Alena, Barbora, Cecílie a Františka mluví o potřebě doplnění si vzdělání. Alena zastává názor, „*že by se člověk měl pořád vzdělávat a rozvíjet.*“ Barbora je vystudovaná sestra, ale ráda bych se do vzdělání v oblasti psychiatrie: „*Až mi odrostou děti, chtěla bych si ho (vzdělání) doplnit pro psychiatrii, protože jsem se tady fakt našla a líbí se mi tu.*“ Cecílie má vystudovanou střední zdravotnickou školou a ve studiích pokračuje na vysoké škole. Františka mluví o sebezdokonalování a dalším vzděláváním.

## 6) Aktuální prožívání

Přestože v rozhovoru nebyla vytvořena otázka, která by cílila na to, jak se sestry aktuálně cítí, z jejich odpovědí se vynořila tato tři podtémata.

➤ **Celková spokojenost**

Celkově spokojená v zaměstnání se pouze cítila pouze Cecílie, nejmladší ze všech sester, která na oddělení působí pouze krátce.

➤ **Psychické vyčerpání**

Téma psychického vyčerpání z náročného zaměstnání se objevilo ve čtyřech případech. Důvody tohoto vyčerpání mohou pramenit nadměrného množství povinností, ze zmíněného odmítání pomoci a nepřijemných pacientů nebo úmrtí. Psychickým vyčerpáním trpí Alena, Emílie, Františka a Gabriela. Z výše zmíněných důvodů nebo z blíže nespecifikovaných.

➤ **Fyzické vyčerpání**

Fyzické vyčerpání zdravotních sester pramení hlavně z polohování nepohyblivých pacientů. Již výše bylo zmíněno, že Barbora mluví o fyzickém vytížení. Daniela o fyzickém vyčerpání říká: Psychicky vyčerpaná nejsem, jen fyzicky z toho

polohování lidí, protože jsme na pokoji, kde jsou ležící pacientu. Takže to vysazování nebo posazování do křesla a hygiena jsou namáhající.

## **7) Duševní hygiena**

Všechny sestry praktikují určitý typ psychohygieny, ale ne každá ji praktikuje pravidelně a cíleně za účelem psychické úlevy. Všechny sestry kromě Františky chodí do přírody, cvičí, běhají. Dalším častým způsobem, jak sestry odpočívají, je aktivní trávení času s blízkými a přáteli. Františka za zdroj svého odpočinku považuje trávení času s vnukem, „na ostatní nemá čas.“ Barbora o tom, kde čerpá novou energii, říká: „*Já ji čerpám tady z těch lidí. Jinak cvičím, jdu si zaběhat nebo zajezdit na kole, ale já se sem fakt každý den těším, takže já si vlastně odpočinu tady.*“

Na otázku, jak pracují se silnými emocemi z práce, sestry odpověděly, že nijak. Danielina strategie zvládání stresu a silných emocí je podobná odpovědím všech ostatních sester: „*Snažím se za tím zabouchnout dveře a snažím se na nic nemyslet.*“

## **8.4 Zodpovězení výzkumných otázek**

V této podkapitole zodpovíme otázky stanovené na začátku výzkumu výsledky analýzy dat. Pro zodpovězení první otázky využijeme především výsledky analýzy metody SEIQoL, ty doplníme o informace z rozhovoru.

### **Jaká je kvalita života profesionálních pečujících o osoby s DAT?**

Na základě výsledků SEIQoL není možné konstatovat, zda je celková úroveň kvality života profesionálních pečujících uspokojující či ne. Kvalita života našeho vzorku se pohybuje ve velkém rozpětí – od 54 % do 94 %. U dvou respondentek jsme zaznamenali 2 průměrné výsledky s hodnotami 54 % a 59,5 %, zbylých pět hodnot kvality života našich respondentek se pohybuje v rozpětí od 79 % do 100 %.

Z výsledků SEIQoL a rozhovorů vychází, že respondentky jsou s dosahováním životního cíle, jenž se jakkoliv týká jejich profese, nadměru spokojeny. Rozpětí spokojenosti s dosahováním daného cíle se pohybuje mezi 70 % a 100 %. Kvalita života respondentek je tedy snížena jinými životními aspekty než prací.

### **Jaká je prožívaná smysluplnost profesionálních pečujících o osoby s DAT?**

Profesionální pečující z našeho souboru vidí smysl své práce v pomoci potřebným a v subjektivním prožívání pocitu naplnění. Z výpovědí respondentek lze vyvodit, že tyto dva aspekty prožívání smysluplnosti spolu často souvisí a ovlivňují jeden druhý.

### **Jaké jsou jejich psycho-sociálně-spirituální potřeby?**

Z výsledků studie vyplývá, že profesionální pečující jsou v zaměstnání spokojeni. Potřeby pečujících, které stojí za celkovou spokojeností, jsou již zmíněná smysluplnost, praktikování duševní hygieny, přátelský kolektiv v zaměstnání, dostatek personálu, dostatek zdravotních pomůcek, kvalitní komunikace s pacienty a spirituální prožívání.

## 9 DISKUZE

Cílem naší diplomové práce bylo zjistit, jaká je kvalita života, smysluplnost a potřeby profesionálních pečujících u osob s Alzheimerovou demencí. Otázky k rozhovoru jsme sestavili v závislosti na výzkumných otázkách rozčleněných na tematické okruhy, které se týkaly smysluplnosti, spokojenosti v zaměstnání a aktuálních pocitů, strategií zvládnání náročných situací, motivujících prvků, potřeb a praktikování duševní hygieny. Tato tematika byla předchozími výzkumy již zpracována, za hlavní přínos naší práce lze považovat zjištění, že sestry svoji práci profesionálního pečovatele dělají i přes všechna úskalí kvalitně a rády. Užitečné je i získání náhledu do náročného zaměstnání, které kombinuje klasickou práci sestry a psychologického pracovníka. Využití naší studie v praxi může spočívat ve vyvolání diskuze nad opatřeními, která by vedla ke zlepšení kvality života a spokojenosti sester. Náš výzkum sice nepřináší průlomové informace, ale společně s podobnými výzkumy se participuje na celostním prozkoumání této tematiky.

Zaměříme se na určité nedostatky výzkumu. Data, která výzkum přinesla, jsou cenná a zajímavá, ale vzhledem k tomu, že byla získávána kvalitativním způsobem, tedy rozhovorem, mohlo být získáno mnohem víc informací. Soubor sedmi respondentek je potenciálním zdrojem velkého množství dat. Důvodů, proč se nepodařilo získat obsáhlejší a komplexnější data, může být několik. Jak již bylo zmíněno, sběr dat probíhal v psychiatrické nemocnici během pracovní doby. Sestry si tedy jen ‚odběhly‘ od svých povinností vést rozhovor s výzkumníkem. Při rozhovoru bylo zřejmé, že spěchají – kontrolovaly čas nebo se ptaly, kolik otázek ještě zbývá. Výsledkem časového presu mohly být úspornější odpovědi, které sestry ani po doplňujících dotazech o mnoho víc nerozvedly. Na otázky, u kterých se mohly pěkně rozpovídat, odpověděly dvěma slovy a na takto úsporné odpovědi trvaly. Tohoto úskalí jsme si byli vědomi již při sběru dat a snažili se tomuto výsledku velkým množstvím doplňujících dotazů předejít, zřejmě však neúspěšně. Je jasné, že v případě většího počtu připravených otázek, by bylo zjištěno obsáhlejší množství dat. Předpokládali jsme však, že koncipované otázky dají respondentkám dostatek prostoru na to se rozmluvit.

Druhým možným důvodem nedostatečných dat může být fenomén sociální žádoucnosti. Otázky se dotýkaly citlivých témat a ne každý se při prvním kontaktu chce

otevřít natolik, abychom zjistili potřebná data. A tak sestry mohly odpovídat tak, jak si myslí, že je správné a žádoucí. Například rozhovor s poslední sestrou trval obvyklou dobu, ale na kvalitu dat byl chabý. Sestra odpovídala velmi abstraktně a informace ze svého soukromí si přísně střežila.

Dalším úskalím našeho výzkumu je náš soubor – pocházel pouze z jednoho pracoviště. Náhodně jsme narazili na pracoviště s veskrze spokojeným personálem, kterého práce těší a přináší mu radost. Zkušenosti našeho souboru se tedy mohou významně lišit od zaměstnanců jiného zařízení a daný fenomén tak nejsme schopní popsat v celé jeho komplexnosti.

Další potenciální pochybení v našem výzkumu může představovat samotné provedení výzkumu. Otázky v rozhovoru mohly být sestrami pochopeny jinak, než byl náš záměr. Pokud došlo při rozhovoru k tomu, že respondent nepochopil otázku, nebo si ji jinak interpretoval, snažili jsme se náš záměr a myšlenku dovysvětlit či přeformulovat. Mohlo se však stát, že jsme si desinterpretace nevšimli, a dostalo se nám odpovědi, která nekoresponduje se zbytkem. Další úskalí může vézt v převádění rozhovoru do psané podoby a následné interpretaci – mohlo se stát, že byla nějaká důležitá informace přeslechnuta nebo špatně zinterpretována. Tomuto problému jsme se snažili předejít opakovaným poslechem nahrávek i opakovaným čtením textu. Výsledky analýzy stojí na subjektivní zkušenosti a individuální interpretaci, a tak není možné zajistit zcela transparentní výzkum.

Nyní pokročíme k doporučením či opatřením, ke kterým by mohlo vést na gerontopsychiatrických odděleních v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Z rozhovorů vyvstalo několik důležitých témat, zastavme se na moment u potřeby sester doplnit si vzdělání. Máme za to, že daleko vhodnější než vzdělávání pouze v oblasti teorie, by bylo absolvování sebezkušenostního výcviku, který by se věnoval všem aspektům zaměstnání zdravotní sestry. Takovým dobrým příkladem je Balintovská skupina – sestry by mohly na této psychoterapeutické skupině sdílet zkušenosti, tipy, rady a využít zpětné vazby a supervize. Sestry by Účast na takové skupině by mohla být dobrou prevencí proti únavě, psychickému vyčerpání a syndromu vyhoření.

Dalším způsobem, jak je možné zlepšit spokojenost sester, by bylo rozšíření pole působení tamějšího psychologa. Psycholog se převážně věnuje pouze pacientům, ale psychologickou péči by zřejmě využily i sestry. Většina sester z našeho souboru prožívala velmi složité životní situace, které jistě ovlivňují celý jejich život. Psychická nerovnováha

může přesahovat do pracovního života a negativně ovlivňovat vykonávání pracovních povinností.

Když srovnáme výsledky našeho výzkumu s výzkumy jiných autorů v České republice, které byly zmíněny v závěru teoretické části práce, nejvíce paralel lze najít ve výzkumu Ivany Chadimové, jež se zabývala psychohygienou pečujících. I v naší studii respondentky uvedly cílené praktikování psychohygieny v boji proti stresu a dobrý pracovní kolektiv a pocit naplnění jako aspekty prevence syndromu vyhoření (Chadimová, 2011).

S výsledky studie Lukšové a Kuzníkové se naše výsledky značně liší. Důvody rozdílu mezi studii může být jakýkoliv z výše zmíněných (Lukšová, Kuzníková, 2016).

Výzkum týmu Nienhause, Westermanna a Kuhnerta pojednávající o syndromu vyhoření pracovníků, kteří pracují se seniory, však přinesl podobná data. Můžeme si povšimnout, že většina zmíněných aspektů, které jsou příčinou vyhoření, byly zmíněny i v našem výzkumu. Bylo by jistě více než žádoucí se na tyto aspekty (svoboda jednání, pracovní vyčerpání, podíl mezi pacienty a personálem, pracovní nespokojenost s personálem, neuroticismus) v pomáhajících profesích věnovat pozornost a snažit se určité zlepšení. (Nienhaus, Westermann, Kuhnert, 2012).

# 10 ZÁVĚR

Výzkumná část naší práce byla zaměřena na zmapování kvality života, smysluplnosti a potřeby profesionálních pečujících u osob s Alzheimerovou demencí. Výzkumný soubor tvořilo 7 zdravotních sester, kterým byl předložen formulář pro zjišťování individuální kvality života a následně s nimi byl veden polostrukturovaný rozhovor. Otázky, které rozhovor obsahoval, vycházely z našich výzkumných otázek. Nejpodstatnější informace a případné využití našich zjištění v praxi sumarizuje tento závěr.

Bylo zjištěno, že prožívání smysluplnosti v zaměstnání pramení hlavně z pomoci potřebným a pocitu naplnění, které spolu neodmyslitelně souvisí. Tedy pečující si přáli pomáhat těm, co pomoc potřebují, a když takové zaměstnání vykonávají, cítí se naplnění a spokojení.

Kvalita života profesionálních pečujících o osoby s Demencí Alzheimerova typu se pohybuje v širokém spektru. V životní oblasti profese se spokojenost s dosahováním pohybuje od 70 % k 100 %. Kvalitu života profesionálních pečujících ovlivňuje spíše soukromý život, rodina a zdravotní stav.

Ukázalo se, že téma potřeb profesionálních pečujících má co nabídnout. Zjistili jsme, že pečujícím ke spokojenosti přispívá množství psycho-sociálně-spirituálních aspektů. Respondentky se díky uspokojení svých potřeb úspěšně vyhýbají syndromu vyhoření. Co se týká psychologických potřeb – všichni pečující praktikují určitý typ duševní hygieny. Vyhledávají klid v přírodě, sportují, meditují, relaxují. Zkrátka vědomě pracují s psychickou zátěží. Do zaměstnání respondentky chodí rádi mimo jiné díky tomu, že tam panuje přátelská atmosféra, i mezi pacienty, a jsou spokojeny se skladbou pracovního kolektivu a vedením nemocnice. Určité zvýšení spokojenosti a zlepšení by přinesl nákup nových zdravotních pomůcek a posílení personálu, které by vedlo k většímu vnitřnímu klidu a času na interakci s pacienty. Důležitou složku, která pozitivně ovlivňuje práci s pacienty i komunikaci s kolegy, představuje spiritualita.

Většina respondentek uvedla, že by se ráda zdokonalovala v odbornosti a dovzdělala se. Dovzdělání je myšleno specializací v oblasti psychiatrie. Vnímáme, že na tomto místě se ukazuje užitečnost studie – doplnkem dalšího vzdělávání by mohla být účast na psychoterapeutické skupině.



# 11 SOUHRN

V teoretické části práce se nejprve zabýváme základními pojmy. Smysl znamená mít něco, pro co stojí za to žít. Takový smysl přesahuje naši individualitu – není v nás samých, ale ve světě kolem. (Balcar in Payne, 2005). Smysl chápeme buď na nižší úrovni, například ve sledu činností vedoucích k nějakému výsledku, a na vyšší úrovni, která se týká komplexního smyslu života (Baumeister, 1991 in Křivohlavý, 2006). Kvalitou života myslíme celkové vnímání života v kulturním i hodnotovém kontextu, souvislost s jejich cíli, naším očekáváním a standardům (Heřmanová, 2012). Kvalita života se pojí se spokojeností, pocitem smysluplnosti a štěstím (Svobodová, 2008). Potřeba znamená pocit absence nebo naopak přebytku a týkat se může velkého spektra oblastí – fyziologických funkcí, bezpečí, jistoty, přijetí, lásky, spolupatříčnosti, seberealizace, anebo transcendence (Plháková, 2004; Říčan, 2007).

Demence je onemocněním, které postihuje kognitivní funkce. Zasahuje do schopností úsudku, paměti, emocí, řeči, chování a orientace (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Podezření na výskyt tohoto onemocnění můžeme potvrdit nebo vyvrátit metodou MMSE – jedná se o jednoduchou škálu obsahující 30 položek, které testují oblast orientace, paměti, pozornosti, počítání, verbálních funkcí, nebo například obkreslování (Koukolík in Koukolík, Jirák, 1999). Existují dva hlavní typy demence dle příčiny: symptomatická a neurodegenerativní (DAT) (Lužný, 2012).

Demence Alzheimerova typu je neurodegenerativním onemocněním, jehož hlavním znakem je úbytek mozkové kůry (Zvěřová, 2017). DAT má progredující průběh – pacient nejprve ztrácí paměť, hledá obvyklé předměty, dále ztrácí orientaci, logické myšlení, bloudí, zapomíná jména i obličeje, a nakonec není schopen základních úkonů (Jirák, Koukolík, 2004). K atrofii mozku dochází na základě ukládání škodlivých bílkovin a degenerace částí neuronů.

Tato choroba není vyléčitelná, její průběh se dá jen zpomalit (Zvěřová, 2017). Péče o člověka s demencí je náročná v mnoha ohledech. Je třeba jej neustále hlídat a zároveň ho vybízet k aktivitám, aby neupadal do apatie. Vhodnými aktivitami jsou takové činnosti, které aktivují paměť a přináší příjemné pocity a vzpomínky (Zgola, 1999).

Pečující zažívají ve své profesi mnoho stresujících chvil. Práce je náročná svými nároky na schopnosti – pracovník musí být fyzicky zdatný, odolný a zároveň citlivý a empatický (Rheinwaldová, 1999). Dlouhodobý stres může vést k syndromu vyhoření, který se projevuje apatií, somatickými potížemi či psychickou nepohodou (Paulík, 2017). Takovými typickými stresory v pomáhajících profesích mohou být nespolupráce pacientů, odmítání pomoci nebo smrt pacientů. Se stresujícími situacemi se lépe vyrovnávají lépe psychicky odolní, vyzrálí, stabilní, empatičtí a věřící jedinci (Rheinwaldová, 1999; Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012).

Výzkum této práce byl založen na kvalitativním přístupu. Byly stanoveny 3 výzkumné otázky, na základě kterých byl vytvořen dotazník. Respondentkám byl zároveň předložena metoda SEIQoL, která zjišťuje individuální kvalitu života. Data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Na základě samovýběru a záměrného výběru tvořilo výzkumný soubor 7 zdravotních sester, které pracují na čtyřech gerontopsychiatrických odděleních v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech.

Výsledky analýzy rozhovoru a SEIQoL poukazují na značnou celkovou spokojenost v zaměstnání našeho vzorku. Kvalita života pečujících se odvíjí od spokojenosti v osobním životě, s pracovním životem jsou nadměru spokojeny. Ve většině případů smysluplnost péče o pacienty pramení hlavně z pomoci potřebným a pocitu naplnění. Z analýzy vyvstalo téma potřeb sester, které jejich naplňováním úspěšně bojují proti syndromu vyhoření. Mezi hlavní potřeby pečujících sester patří smysluplnost, praktikování duševní hygieny, přátelský kolektiv v zaměstnání, dostatek personálu, dostatek zdravotních pomůcek, kvalitní komunikace s pacienty a spirituální prožívání.

# LITERATURA

- 1) Bhagwan, R. (2010). Spirituality in Social Work: A Survey of Students at South African Universities. *Social Work Education*, 29(2), 188–204.
- 2) Čeledová, L., Kalvach, Z., & Čevela, R. (2016). *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
- 3) Deutschlandfunk. (2018). Der Irrenarzt mit dem Mikroskop. Získáno 21. 3. 2018 z: [http://www.deutschlandfunkkultur.de/hirnforschung-der-irrenarzt-mit-dem-mikroskop.932.de.html?dram:article\\_id=289133](http://www.deutschlandfunkkultur.de/hirnforschung-der-irrenarzt-mit-dem-mikroskop.932.de.html?dram:article_id=289133)
- 4) Frankl V.E. (1994). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- 5) Hartl P., Hartlová H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 6) Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).
- 7) Hošek V. (1999): *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum.
- 8) Hrozenková, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- 9) Chadimová I. (2011). *Psychohygienu pracovníků středisek výchovné péče: prožívání stresu z hlediska profesních pozic (Diplomová práce)*. Získáno 23.2. 2018 z: [https://is.muni.cz/th/52968/pedf\\_m\\_b1/](https://is.muni.cz/th/52968/pedf_m_b1/)
- 10) Chi Ho Chan, W. (2014). Factor Structure of the Chinese Version of the Meaning in Life Questionnaire among Hong Kong Chinese Caregivers. *Health [online]*. 2014, 39(3), 135-143 [cit. 2018-02-21]. ISSN 03607283.
- 11) Cholewa, J., Rychly A., Rafalska B., Cholewa J. (2016) Quality of Life amongst care givers for patients with Parkinson's Disease. *Journal of Physical Education [online]*. 2016, 5(7), 47-53 [cit. 2018-02-19]. ISSN 20847971.
- 12) Jiráček, R., Koukolík, F. (2004). *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
- 13) Jiráček R., Holmerová, Borzová a kol., 2009). *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada.
- 14) Joshi, V. (c2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.
- 15) Koukolík F., Jiráček R. (1999). *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha: Grada.
- 16) Kováč, D. (2004). *Kultivace integrované osobnosti*. In: *Psychologie Dnes*.
- 17) Křivohlavý J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

- 18) Křivohlavý J. (2006): Psychologie smysluplnosti existence. Grada. Praha.
- 19) Křivohlavý, J., & Pečenková, J. (2004). Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada.
- 20) Kostínková, J., Čermák, I. (2013) Interpretativní fenomenologická analýza. In book: Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy, Chapter: Interpretativní fenomenologická analýza, Publisher: MUNI Press. pp. 9-43.
- 21) Kumar, S. (2015). Influence of spirituality on burnout and job satisfaction: A study of academic professionals in Oman. South Asian Journal of Management, 22(3), 137-175. Získáno z: <https://search-proquest-com.authenticate.library.duq.edu/docview/1732041534?accountid=10610>
- 22) Kupka M. (2014). Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada.
- 23) Kurucová, R. (2016). Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné. Praha: Grada Publishing.
- 24) Längle, A. (2002). Smysluplně žít: aplikovaná existenciální analýza. Brno: Cesta.
- 25) Lukšová, H., Kuzníková I. Syndrom vyhoření v institucionální péči o seniory. Hygiena, 62(1), 12-17.
- 26) Lužný, J. (2012). Gerontopsychiatrie. Praha: Triton.
- 27) Malíková, E. (2011). Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing.
- 28) Míček, L. (1984). Duševní hygiena. Praha: SPN.
- 29) Miovský, M. (2006): Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.
- 30) Nienhaus, A., Westermann C., Kuhnert S. (2012) Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz [online]. Citováno 20. 3. 2018. ISSN 14369990.
- 31) O'Connor, M., & Aranda, S. (2005). Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing.
- 32) Paulík, K. (2017). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.
- 33) Payne, J. (2005). Kvalita života a zdraví. Praha: Triton.
- 34) Pidrman V. (2007): Demence. Praha: Grada.
- 35) Plháková, A. (2004). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia
- 36) Rheinwaldová E. 1999. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada (Psyché).
- 37) Říčan, P. (2007). Psychologie náboženství a spirituality. Praha: Portál.

- 38) Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative Phenomenological Analysis. In Qualitative psychology. London: Sage.
- 39) Šamánková, M., Lebedová, Z., Víchová, J., Koláčná, T., & Jirků, H. (2011). Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada Publishing.
- 40) Tavel, P. (2007). Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla: potřeba smyslu života, přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života. Praha: Triton
- 41) ÚZIS ČR. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (Tabelární část). Organické duševní poruchy včetně symptomatických. Získáno 4. ledna 2018 z: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz): <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>
- 42) Vojtíšek Z., Dušek P., Motl J. (2012). Spiritualita v pomáhajících profesích. Praha: Portál
- 43) Zgola, J. M. (2003). Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada Publishing.
- 44) Zvěřová M. (2017): Alzheimerova demence. Grada. Praha

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh bakalářské diplomové práce**

Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 2: Otázky k rozhovoru

Příloha č. 3: Ukázka transkripce rozhovoru

Příloha č. 4: Ukázka vyplněného formuláře SEIQoL

Příloha č. 5: Výsledky výzkumu dle IPA znázorněné v tabulce

**Příloha č. 1: Abstrakt bakalářské diplomové práce v českém a anglickém jazyce**





## **Příloha č. 3: Otázky k rozhovoru**

- 1. Jaký smysl vidíte ve vykonávání své profese?**
- 2. Které aspekty nebo situace vám ztěžují vykonávání práce?**
- 3. Co je vaší hnací silou, motivací, díky které zvládáte náročnou práci?**
- 4. Co je na této práci vůbec nejtěžší?**
- 5. Nosíte si z práce stres domů?**

Pokud ano, jak s tím následně pracujete?

- 6. Praktikujete duševní hygienu?**

Pokud ano, jak často a jaký způsobem?

- 7. Máte potřebu něco změnit/zlepšit, aby se Vám práce vykonávala lépe?**
- 8. Považujete se za věřící či máte ve svém životě nějakou spirituální složku?**
- 9. Je něco, co byste ráda dodala na závěr?**

## **Příloha č. 4: Ukázka transkripce rozhovoru**

(S = sestra, V = výzkumník)

**V: Nejprve bych se ráda zeptala, jaký smysl vidíte ve vykonávání své profese?**

S: Pomoc... Pomoc druhým. Že někomu můžu pomoci.

**V: Chtěla byste to nějak rozvést?**

S: To je to nejdůležitější... Ta práce mě teď teda docela vyčerpává. Ale na druhou stranu mě motivuje, protože mě baví. Baví mě práce s lidma, ale vyčerpává mě ta administrativa. Chtěla bych si s nima povídat, ale místo toho musím sedět u počítače a vykazovat péči. Ale že jo.. Taky jsem vyčerpaná, když jsem s nima dlouho. Ale je to jinej pocit, než když tady musím řešit dokumentaci. Péče mě nevysiluje, spíš papírování.

**V: Teď bych mě zajímalo, co vlastně je vaší hnací silou nebo motivací, díky které zvládáte tak náročnou práci?**

S: Pomáhá mi ta reakce lidí. Pořád tu sice bude někdo negativní, že jo... Ale mně pomáhá to, že naší společnou práci je člověku líp. A že jim to tady zpřijemníme. Je to na nich hodně vidět. ... Pomáhá mi zpětná vazba, že jsou rádi. Člověk si řekne, že jsou starý, co s nima... Ale i tak... jsou to lidi a staráme se o ně. Jsem jim tady platná, když už tady jsem.

**V: Co je na této práci vůbec nejtěžší?**

Nejvíc mi vadí nepochopení lidí, který o tom nic neví.

**V: Jak to myslíte – nepochopení?**

S: No... Třeba rodiny, který sem přijdou, a teď vás začnou obviňovat, že o ty lidi není postaráno, a přitom vy děláte to nejvíc, co můžete. Myslím si, že úplně to stejný řeší i můj kolegové. Neřeknou to, ale myslím, že je to mrzí. Protože vy se snažíte, co nejvíc můžete. A pak někdo přijde, nechápe to a něco vám vytkne. To je blbý.

**V: A jak pak následně pracujete s takovými pocity?**

S: No jak... Nijak. Prostě nad tím mávnu rukou a jdu dál. Nesmíte na to myslet.

**V: A nosíte si tyto pocity a obecně stres z práce stres domů?**

S: Jsem poslední dobou po práci už dost unavená, takže práci vypouštím z hlavy docela snadno. Ale jinak jsem už schopná mít určitý nadhled, nepouštět si určitý věci k tělu... Takže dokážu vypnout a věnovat se něčemu jinému... Jen asi ty emočně vypjatější situace si v sobě držím déle, to ještě neumím úplně přepnout... Každý ale máme tu hranici jinde. U mě je to hodně spojeno se situací, kde mám pocit viny či křivdy.

**V: Myslíte situace v práci?**

S: Ne... To nemusí být jen v práci.

**V: Chtěla byste to nějak rozvést?**

S: Asi ne...

**V: Máte potřebu něco změnit nebo zlepšit, aby se Vám práce vykonávala lépe?**

S: Že by měl člověk volnost. K té práci s lidma. Ten systém ho trošku utlačuje. Jasně, jsou taky nějaká pravidla, který se musí dodržovat. Aby to nebyl stereotyp, což jako úplně nejde.

**V: Jak by to šlo udělat?**

S: No udělat... Mě nebaví ty úkony, třeba připravit léky, udělat zápis, změřit tlaky. Tohle mě nebaví. Radši něco dělat s lidma, to je vždycky něco nového. I když se děje něco nového, co vám přidá práci, tak se něco prostě děje, není to to samý. Ale přitom vám to sebere tu energii, kterou potřebujete k tomu stereotypu.

**V: Praktikujete nějakou duševní hygienu?**

S: Jojo. Já jak jsem mezi lidma, tak potřebuju klid. Jít třeba do přírody se psem, nebo si zacvičit. Prostě jako vypnout. Což jako můžu, protože nemám děti. S dětma si to neumím představit. Že bych ještě musela mít trpělivost s nima. Taky ráda různě tvořím, úplně se do toho ponořím. A myslím si, že jakýkoliv pohyb nás očisťuje a uvolňuje.

**V: Tak to je moc pěkné. Považujete se za věřící či máte ve svém životě nějakou spirituální složku?**

S: Už několik let se zabývám šamanismem. Setkala jsem se již s mnohým, co rozumově nejde zdůvodnit a nejde to ani ignorovat. A dokonce mi to se zkušenostma na psychiatrii docela dobře zapadá... Je to spíš teda taková cesta než víra či náboženství. Vlastně hlavním cílem je rozšiřovat své vědomí. S tím se pak poutá hodně věcí. Odkryjou se vám souvislosti, ale zároveň se střetáváte se svými zraněníma... Ty lidi díky své sebedůležitosti nevidí.

**V: A vidíte nějakou souvislost mezi vaším spirituálním životem a vaší prací? Myslím tím, zda na základě šamanismu například jednáte jinak s lidmi nebo jinak přemýšlíte?**

S: V mé práci mi to pomohlo nejvíc asi v tom, že jsem přestala tolik lidí soudit. A nemyslím jen pacienty, ale i jejich rodiny. Taky kolegy... Už to nevidím tak černobíle, víte, každý má svůj příběh...

**V: To máte pravdu. Tak já Vám chci moc poděkovat za rozhovor, bylo to velmi příjemné setkání. Chtěla byste na závěr něco dodat nebo se na něco zeptat?**

S: Asi ne... Já taky děkuju, bylo to příjemný. Ať Vám to vyjde!

## **Příloha č. 5: Ukázka vyplněného formuláře SEIQoL**

## Příloha č. 6: Výsledky výzkumu dle IPA

Téma	Podtéma	Sestra A	Sestra B	Sestra C	Sestra D	Sestra E	Sestra F	Sestra G
Smysl	Pomoc druhým	•	•			•	•	•
	Pocit naplnění	•	•	•	•	•		
Aspekty zvládání náročných situací	Spiritualita	•		•			•	•
	Práce ji baví	•	•	•	•	•	•	
	Pozitivní zpětná vazba	•	•		•		•	
	Dobrý kolektiv		•	•				
Aspekty zatěžující vykonávání profese	Pocity bezmoci	•			•	•	•	•
	Nespolupráce pacientů					•	•	•
	Smrt		•	•	•	•		
Potřeba změny	Pomůcky		•					
	Posílení personálu			•		•		
	Více času na pacienty	•		•				
Potřeba doplnění vzdělání		•	•	•			•	
Aktuální prožívání	Psychické vyčerpání	•				•	•	•
	Fyzické vyčerpání		•		•			
	Celková spokojenost			•				
Duševní hygiena	Pohyb, sport	•	•	•	•	•		•
	Trávení času s blízkými	•		•	•		•	•
	Tvůrčí činnost	•						
	Relaxace, meditace			•		•		•

Tabulka č. 8