



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích

Bakalářská práce

Stres v souvislosti s péčí o seniory

Vypracovala: Kateřina Korejsová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Tématem této bakalářské práce je péče o seniory a případný stres doprovázející pečovatelskou činnost. Úvodní kapitola teoretické části pojednává o tématu stárnutí a stáří. Následující kapitola se věnuje tématu pečovatelské a ošetřovatelské. Poskytuje náhled do historie těchto oborů, charakterizuje jejich význam a cíle, popisuje osobnost pečovatele/ošetřovatele a představuje holistický přístup v pečovatelské/ošetřovatelské. V dalších kapitolách se zabýváme stresem a syndromem vyhoření, jeho projevy, příčinami jeho vzniku a prevencí či případnou léčbou.

Důležitou část práce tvoří kapitola shrnující různé možnosti péče o seniory, popisuje jak různé formy zdravotní péče, tak i formy péče sociální. Jedna z podkapitol této kapitoly uvádí přehled zařízení péče pro seniory existujících v České republice. Poslední kapitola teoretické části spojuje téma péče o seniory s tématem stresu. Popisuje nejčastější stresory, které se v souvislosti s péčí o seniory objevují.

Ve výzkumné části práce jsou popsány cíle, metody a výsledky výzkumu, jehož cílem bylo zjistit, jak se osoby pečující o seniory cítí, zda se potýkají se stresem, co ho způsobuje a jak se s ním vyrovnávají. Je zde použita kvantitativní dotazníková metoda, přičemž jsou vytvořeny dva typy dotazníků – jeden pro osoby pečující o seniory (své rodinné příslušníky) v přirozeném prostředí domácnosti, a druhý pro pracovníky pečující o seniory v odborných zařízeních.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že pečovatelé „laici“, pečující o svého rodinného příslušníka v domácnosti, jsou sice často vyčerpaní, ale nedomnívají se, že by podlehlí syndromu vyhoření – tzn., že péče pro ně není tak velkou zátěží, aby ji už nemohli nebo nechtěli dále vykonávat. Pozitivní je zjištění, že se tyto lidé ve většině případů rozhodli pečovat o své blízké staršího věku čistě z vlastní vůle, ne z donucení vnějšími okolnostmi. Stresujícími faktory jsou podle výzkumu vyšší stupeň závislosti/nesamostatnosti seniora, dlouhotrvající péče (více než deset let), nepřizpůsobení domácnosti zdravotnímu stavu seniora a fakt, zda pečující pečuje úplně sám, či zda mu v péči někdo pomáhá (rodina, přátelé, odborná zařízení).

Na základě druhého typu dotazníku jsme dospěli k poněkud znepokojujícímu zjištění. Nejen, že se dvacet šest respondentů ze třiceti cítí po pracovním dni vyčerpáno, ale navíc se polovina z nich domnívá, že podleli syndromu vyhoření (pocítují dlouhodobou vyčerpanost a únavu, nechutí k práci apod.). Jelikož se však téměř všichni respondenti domnívají, že jsou s jejich prací senioři, o které pečují, spokojení, domníváme se, že důvodem pro toto „vyhoření“ bude sama náročnost péče, a případně také fakt, že jejich práce není dostatečně finančně ohodnocena. Na druhou stranu však musíme uvést, že i přesto, že se pracovníci odborných zařízení péče o seniory cítí vyčerpání a „vyhoření“, mají svou práci rádi.

Klíčová slova: stáří, senior, pečovatelská zařízení, péče o seniory, domácí péče, odborná pečovatelská zařízení, stres, syndrom vyhoření.

Abstract

The theme of this bachelor's thesis is the care of seniors and any stress accompanying nursing duties. The introductory chapter of the theoretical portion is concerned with the theme of age and aging. The chapter after is devoted to the theme of care and nursing. It provides a glimpse into the history of these fields, defines their meaning and aims, describes the nature of a carer/nurse and introduces a holistic approach to care/nursing. The following chapters will address stress and burnout syndrome, their manifestations, causes, and preventative measures as well some treatments.

An important part of the thesis is the chapter that details the possibilities for care of seniors. It describes the various forms of health care as well as social care. One of the sub-chapters of this section presents an overview of the care facilities for seniors that exist within the Czech Republic. The last chapter of the theoretical part connects the theme of care of seniors with the theme of stress. It describes the most common causes of stress which surround the care of seniors.

In the research portion of this thesis goals are described and methods and results of research are outlined. Its aim was to discover how the individuals who care for seniors feel: stress levels, the causes of stress, and how they deal with stress. A quantitative questionnaire method was used, and two types of questionnaire were created as a result – one for the individuals who care for seniors (members of their family) in the normal surroundings of their home, and a second for the care workers who look after seniors in professional facilities.

In the research it was discovered that the carers "laymen" who care for their family members at home are more often exhausted, but they do not think they succumb to burnout syndrome. This may be because care is not such a great drain on them that they could not or would not continue to give it. A positive of this is the discovery that these people often chose to care for their senior relatives purely by choice, and not due to pressure from their surroundings. Stress-causing factors are, according to the survey a higher level of dependency of the senior, long-term care (more than 10 years), no adjustment of the household to accommodate for the health status of the senior and the

fact that the carer cares for them by themselves unless someone helps them (family, friends, professional facilities).

The second questionnaire came to a somewhat unsettling discovery. Not only that twenty-six of thirty respondents feel exhausted at the end of the day, but half revealed that they felt they had succumbed to burnout syndrome (they feel long-term exhaustion and fatigue, an aversion to work etc.). However, almost all respondents agree that the seniors they care for are content. We suggest that the reason for this "burnout" is that the job itself is very demanding, and also the possibility that their work is not fairly rewarded financially. On the other hand, we can also gather that although the carers in professional facilities feel exhausted and "burnt out", they like their jobs.

Key words: old age, senior, nursing, care of seniors, care at home, professional nursing facilities, stress, burnout syndrome.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4.5.2016

.....

Kateřina Korejsová

Poděkování

Největší poděkování bych ráda věnovala vedoucí své bakalářské práce, doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc., za vlídný a ochotný přístup. Také velmi děkuji Domovu pro seniory Chvalkov a Horní Stropnice a Pečovatelské službě v Trhových Svinech za vyplnění dotazníků, a mnoha dalším osobám a respondentům, kteří se tohoto zkoumání také zúčastnili.

Obsah

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 STÁŘÍ.....	12
1.1 Vymezení pojmu stáří	12
1.2 Charakteristiky stárnutí a stáří	13
2 OŠETŘOVATELSTVÍ A PEČOVATELSTVÍ.....	15
2.1 Pohled do historie.....	15
2.2 Charakteristika, význam a cíle	16
2.3 Osobnost pečovatele/ošetřovatele	17
2.4 Holistické pojetí člověka.....	19
3 STRES	20
3.2 Význam stresu	20
3.3 Zdroje stresu.....	21
3.4 Projevy stresu	21
3.5 Boj se stresem	23
4 STRESOVÉ SITUACE PŘI PÉČI O SENIORY A DŮSLEDKY	26
4.1 Nespolupracující klient.....	27
4.2 Nespolupracující rodina klienta.....	28
4.3 Syndrom vyhoření	29
4.3.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření	29
4.3.2 Příčiny vzniku a stádia vývoje	30
4.3.3 Prevence a léčba syndromu vyhoření.....	31
5 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY	33
5.1 Zdravotní služby pro seniory.....	33
5.2 Sociální služby pro seniory	35
5.2.1 Formy poskytování sociálních služeb.....	35
5.2.2 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb.....	35
5.2.3 Zařízení sociálních služeb	35
5.2.4 Příspěvek na péči.....	39

VÝZKUMNÁ ČÁST	40
6 CÍLE A PŘEDPOKLADY	40
7 METODIKA VÝZKUMU	41
7.1 Výzkumné metody a postup práce	41
7.2 Výzkumný soubor	42
8 VÝSLEDKY	44
8.1 Dotazník pro osoby, které pečují o seniora (rodinného příslušníka) v přirozeném prostředí	44
8.2 Dotazník pro pečující pracující v odborném zařízení	53
9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE	62
9.1 Péče o seniory v přirozeném prostředí	62
9.2 Péče o seniory v odborných zařízeních	67
ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
SEZNAM PŘÍLOH	76

ÚVOD

Téma stáří a péče o seniory je zajímavé už jen z toho důvodu, že se o něm příliš nemluví. Touto problematikou se většinou lidé moc nezabývají a ani se jí nechtějí zabývat. Tato situace však nemine nikoho z nás.

Je všeobecně známo, že pečovat o staré či nemocné lidi, ať už v domácnosti nebo jako profesionální pečovatel či ošetřovatel ve specializovaném zařízení, je velmi psychicky i fyzicky náročné. Proto je třeba zjistit, jak moc na tyto osoby dopadá stres, zda a jakým způsobem se s ním umějí vyrovnat, anebo zda je pro ně tak velkou zátěží, že péči už nemohou či nechtějí dále vykonávat. Důležité je také zjistit, jaké faktory jsou pro pečující největšími stresory.

K výběru tohoto tématu mě vedle těchto okolností motivovala i osobní angažovanost. Cítím, že je potřeba pomáhat, zejména rodinným příslušníkům, a vím, že bude tato pomoc brzy vyžadována i po mně. Ráda bych se díky studiu odborné literatury k tomuto tématu i díky provedenému výzkumu dozvěděla více o této nedílné součásti života a očekávám, že se poté dokážu lépe vcítit do starých lidí či do role pečovatelů o ně. Bylo by pěkné, kdyby to samé pocítili i čtenáři této práce. Ráda bych rozšířila povědomí o tom, jak je tato práce náročná a přesto nedoceněná, o tom, jaké možnosti v oblasti péče o seniory lidé mají, jaké služby mohou využívat a které z nich jsou pro jejich rodinného příslušníka-seniora potencionálně nejlepší, a především, jak se vyhnout stresu při poskytování péče.

Bakalářská práce je strukturována do dvou částí. V teoretické části pojednávám o problematice stáří, dále se v obecné rovině věnuji oboru pečovatelsví/ošetřovatelství a stresu. Důležité jsou kapitoly o možnostech péče o seniory a o stresových situacích, které při péči mohou nastat. Ve výzkumné části práce popisuji cíle, metody a především výsledky výzkumu, jehož cílem bylo nahlédnout do myslí pečovatelů o seniory (rodinných příslušníků pečujících v domácnosti i profesionálních pečovatelů/ošetřovatelů) a zjistit, v jaké míře se potýkají se stresem, které faktory je stresují a která forma péče je podle nich nejlepší.

Zakončením výzkumné části práce je diskuze, ve které interpretuji konkrétní výsledky výzkumu. V samotném závěru pak shrnuji poznatky, které byly v rámci této bakalářské práce zjištěny.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ

Pro dospívající a mladé osoby je stárnutí procesem nepoznaným. Některým mladým lidem se staří lidé dokonce oškliví, pod vlivem stereotypů se domnívají, že stáří je jen nemoc spojená s omezenou pohyblivostí a zpomaleným myšlením. Stárnutí člověka však patří k přirozeným jevům lidského života, a dožene každého, ať chce, či nechce.

1.1 Vymezení pojmu stáří

Pojem stáří bývá obvykle vymezován v souvislosti s chronologickým věkem jedince. Kroutilová Nováková a kol. (2011) označují za stáří období po 60. roce života a dále ho dělí na rané stáří (od 60 do 74 let), vlastní stáří (od 75 do 89 let) a dlouhověkost (od 90 let). Stáří se často vymezuje také v souvislosti s odchodem jedince do důchodu, a začátek této životní etapy se tudíž posouvá spíše k 65. roku života.

Hranici nástupu stáří však chronologickým věkem jedince nelze vymezit striktně, jelikož fyziologické změny spojené se stárnutím probíhají vždy individuálně. V některé literatuře proto bývá chronologický věk odlišován od věku funkčního (např. Pacovský, 1990). Funkční věk udává, co vše je člověk schopen dělat, souvisí tedy se zdravotním stavem a fyzickou a psychickou kondicí jedince, nikoli s jeho věkem. Mezi věkem chronologickým a funkčním často existují disproporce (Sýkorová, 2007). Laicky řečeno se jedná o rozdíl mezi tím, jak starý člověk je a jak starý se cítí být.

1.2 Charakteristiky stárnutí a stáří

Podle Kroutilové Novákové a kol. (2011) je stáří obdobím života, kdy dochází ke ztrátě mnoha rolí a ke snižování kompetencí, které byly do tohoto věku součástí identity člověka. Mění se zdravotní stav a sociální okolnosti života člověka. Tělesné stárnutí postihuje celý organismus a týká se jak změn fyzických, tak změn psychických. Projevuje se především omezením hybnosti a výkonnosti, snížením imunity a výskytem chronických chorob, zhoršením paměti a myšlení, zpomalením reakcí a zhoršením funkcí smyslových orgánů. Obvykle dochází ke zvýraznění vlastností, které měl člověk již dříve. Často se pak setkáváme s komplexem neužitečnosti a sníženým sebehodnocením, menší adaptabilitou (schopností přizpůsobovat se), trváním na návycích a stereotypch a přecitlivělostí.

Psychiku člověka kromě tělesných změn ovlivňují i změny v sociální oblasti. Lidé odcházejí do důchodu a ztrácí tak roli, kterou zastávali většinu svého života. Tělesné změny mívají za následek ztrátu sociálních kontaktů, izolovanost a nečinnost. Snížená soběstačnost pak může vést ke změně zažitého způsobu života – umístění do domova pro seniory; ošetřovatelé narušující zažitý stereotyp. Ve stáří roste význam partnera, je zdrojem bezpečí, sounáležitosti a sdílení života. Jeho nemoc či smrt pak jsou významnými stresory. Člověk ve stáří hodnotí uplynulý život a jeho důležitým úkolem je smířit se s blížící se smrtí (Kroutilová Nováková a kol., 2011).

Se stářím jsou ovšem spojeny i změny pozitivní. Jednou z nich je role prarodiče a druhou tzv. životní moudrost. Na rozdíl od inteligence fluidní (schopnost chápat vztahy a abstraktní myšlení), jejíž úroveň se ve stáří snižuje, roste inteligence krystalická (řeč, profesní vědomosti, sociální inteligence), praktická a emocionální (Gruss, 2009).

Aby se člověk vyrovnal se všemi změnami v tělesné i sociální oblasti, doporučuje profesor psychologie Josef Švancara všem seniorům postup pro adaptaci ve stáří, který nazval 5P (Dvořáčková, 2008):

- Perspektiva – svůj život brát pozitivně a mít pozitivní výhled do budoucnosti.

- Pružnost – zůstat otevřený všem novým možnostem. Cíleně se vzdělávat nadále i ve stáří.
- Prozíravost – připravit se na možné problémy a ztráty ve svém životě. Dopředu se připravit na stáří z pohledu finančního a sociálního zabezpečení sebe a své rodiny.
- Porozumění – snažit se se s lidmi nehádat, nepoučovat je a nic jim nevyčítat. Být vstřícný a snažit se pochopit druhé.
- Potěšení – umět si užívat života a pěstovat si dobrou náladu. Těšit se na další den.

Lidé by měli ve stáří vést kvalitní a zdravý život, naším úkolem pak je se o naše blízké postarat a poskytnout jim ve stáří tu nejlepší péči.

2 OŠETŘOVATELSTVÍ A PEČOVATELSTVÍ

Přestože se v současné době jedná o dvě rozdílné služby s rozdílnými kompetencemi (Ošetřovatelská péče je služba zdravotnická, zatímco Pečovatelská služba je služba sociální), má pečovatelsví a ošetřovatelsví mnoho styčných ploch, a pro účely této práce o nich může být pojednáváno současně.

2.1 Pohled do historie

Rozvoj ošetřovatelsví a pečovatelsví je ovlivňován různými náboženskými, kulturními, sociálními a politickými faktory (Jarošová, 2000). Obecně můžeme rozlišit tři vývojové linie/směry, které vývoj ošetřovatelsví a pečovatelsví ovlivnily (Plevová, 2011):

- **Neprofesionální ošetřovatelsví a péče** – základem je klasické ošetřování či opatrování, kdy člověk jako laik ošetřuje sám sebe či své blízké (vzájemná pomoc). Pochylá (2005) ve své knize zmiňuje, že účast profesionálů je v tomto směru také možná. A to formou ukázky ošetření pacienta, které pak převezme rodina.

- **Charitativní ošetřovatelsví a péče** – tento směr se objevuje s příchodem křesťanství v 9. století a vychází z náboženského přesvědčení, že je nutné poskytovat pomoc člověku v nouzi, nemoci či utrpení. Kutnohorská (2010) dále uvádí, že charitativní ošetřovatelsví poskytuje základní hygienické potřeby, přístřeší a stravu formou poskytnutí zázemí v kláštorech. Pomoc je poskytnuta jak tělesně, tak duševně nemocným.

- **Profesionální ošetřovatelsví a pečovatelsví** – rozvinulo se s rozvojem medicíny a sociální oblasti teprve v 19. století.

V českých zemích sledujeme počátky organizované péče o nemocné již v 10. století. Na území Prahy tehdy vznikaly první hospice, respektive útulky určené pro

chudé a nemocné lidi. Náboženské řády tehdy při svých kláštorech zakládaly také první špitály, jejichž hlavní náplní však spíše než léčení nemocných bylo zajistit, aby chudí a nemocní lidé měli kde spát, bylo jim teplo a měli dostatek jídla a tekutin. První špitál byl zřízen v Týně na dnešním Staroměstském náměstí. Za důležitou osobnost českého ošetrovatelství můžeme považovat Anežku Přemyslovnu, dceru Přemysla Otakara I., která v Praze založila několik klášterů. Nejvýznamnějším je klášter U sv. Haštala stojící na Starém Městě, který byl založen roku 1233 a u kterého byl také zřízen špitál. (Plevová, 2011). Podobné hospice a špitály postupně vznikaly i v ostatních městech. Zmínit musíme také řád Diakonek, které pečovaly o nemocné lidi nejen ve špitálech, ale i přímo v jejich domovech. Tato péče byla zcela bezplatná a byly tak zabezpečeny základní potřeby lidí i ve stáří.

K většímu rozvoji ošetrovatelství docházelo po vzniku lékařské fakulty Univerzity Karlovy v roce 1348. Od poloviny 18. století pak byly při lékařských fakultách zřizovány první všeobecné nemocnice. O nemocné se tehdy starali pomocníci lékaře, kteří však až do poloviny 19. století neměli žádné zdravotnické vzdělání. První ošetrovatelské školy začaly vznikat teprve ve druhé polovině 19. století (Plevová, 2011).

2.2 Charakteristika, význam a cíle

„Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.“ (Plevová, 2011). Významně se podílí také na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Cíle ošetrovatelství můžeme rozdělit na cíle zaměřené na zdraví (prevence, pomoc dosáhnout zdraví) a na nemoc (snižování negativních dopadů nemoci, uspokojování potřeb a snižování utrpení zdravotně postižených a nevyléčitelně nemocných). Ošetrovatelé jsou součástí zdravotnického týmu a dělí se na zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu (všeobecné sestry) a zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu povolání pod odborným dohledem či přímým vedením (ošetrovatel, sanitář a zdravotnický asistent).

Kvalifikaci všeobecná sestra lze od roku 2004 získat pouze na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách či univerzitách. Střední zdravotnické školy pak produkují pouze zdravotnické pracovníky způsobilé pro výkon povolání pod odborným dohledem či přímým vedením.

Stejně cíle si klade také pečovatelská práce – „cílem pečovatelské práce je poskytování služeb seniorům a osobám se zdravotním, mentálním či jiným handicapem, které nejsou schopny si zajistit své potřeby a denní úkony vlastními silami“ (Mlýnková, 2010). Hlavní činností pečovatelů je upevňovat a navracet zdraví, zmírňovat utrpení a snažit se udržet seniorům a zdravotně postiženým jejich soběstačnost a důstojnost. Předpokladem pro splnění těchto činností jsou kvalitní a proškolení pečovatelé, kteří tuto práci budou vykonávat s nadšením a láskou, s potřebou pomoci jedincům, kteří tuto pomoc vyžadují. K výkonu tohoto povolání je nutné vystudovat obor Sociální péče – pečovatelská činnost na středním odborném učilišti. Tento studijní obor byl poprvé otevřen v roce 2001 a jeho cílem je naučit jedince dovednostem potřebným pro výkon tohoto povolání, což je např. osvojení činností potřebných pro chod domácnosti klienta a poznání a uspokojování základních životních a výživových potřeb seniora. Velmi důležitým faktorem také je, aby jedinec uměl komunikovat s klientem a jeho příbuznými. Nedílnou součástí všech těchto poznatků je, umět je všechny aplikovat v praxi (Nováková, 2008).

2.3 Osobnost pečovatele/ošetřovatele

Osoba jakožto celek je jedinečná a individuální osobnost, kterou naplňuje celá řada vlastností. Tyto vlastnosti spolu navzájem spolupracují a dohromady tvoří určitou jednotku. Každý jedinec má vlastní povahu a charakter, kterým se lidé od sebe liší. Při této náročné práci, jako je práce pečovatele či ošetřovatele, jsou na osobnost kladeny značné nároky. Pečovatel/ošetřovatel musí být neustále soustředěný, vnímavý a pozorný k okolí, ve kterém pracuje. Velké nároky jsou kladeny i na citlivost pečovatele/ošetřovatele. Musí umět soucítit a vědět, jak se v náročné situaci zachovat. Jednou z nejdůležitějších složek osobnosti pečovatele/ošetřovatele je být tzv. „emočně

zralý“. Znamená to být samostatný, nezávislý na okolí a umět udržet stabilitu svého chování (Paličová, 2001).

Kromě obecných vlastností zralé osobnosti (sociocentrismus, tolerance, přizpůsobivost, respektování autorit, schopnost spolupráce a přiměřené sebehodnocení) vyžaduje povolání pečovatele/ošetřovatele ještě následující předpoklady (Mlýnková, 2010; Plevová, 2011):

- senzomotorické – šikovnost, zručnost, obratnost, neporušené smyslové vnímání;
- estetické – smysl pro úpravu vlastního zevnějšku, zevnějšku klienta, zdravotnického prostředí či domácnosti;
- intelektové – schopnost řešit náročné situace, vybrat optimální řešení;
- sociální – pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, vést dialog, empatie, potřeba pomáhat;
- autoregulační – přizpůsobivost, sebezapření, zvýšená odolnost vůči stresu;
- komunikační – schopnost naslouchání, podněcování hovoru, mlčení.

Jedním z nejdůležitějších komunikačních prostředků je kromě zmíněných také úsměv. Je důležitý jak pro člověka, který ho dává, tak pro člověka, který ho dostává. Úsměv by neměl být nucený, nebo „umělý“, ale přirozený. Jsou situace, kdy pro úsměv není ten správný čas, proto je důležité si úsměv plánovat a přemýšlet o něm. Lidský úsměv je tu od nepaměti a je jedním z nejúčinnějších léků. Někdy se říká, že úsměv malého dítěte je lepší než sto doktorů. Každý člověk je rád, když se na něj okolí usmívá, vyvolává to v něm pocit bezpečí a spokojenosti, a pocit toho, že někam patří a je potřebný. Pocit radosti z toho, že díky vašemu úsměvu vznikl úsměv na tváři nemocného či starého člověka, je k nezaplacení (Staňková a kol., 2004).

2.4 Holistické pojetí člověka

Moderní ošetrovatelství/pečovatelství vychází z myšlenky holistické filozofie, že člověk je celistvou jedinečnou bytostí. Pečovatelé/ošetrovatelé tudíž přistupují k jedinci jako k celku, nezajímají se jen o jeho porušenou část či funkci (Plevová, 2011). Je důležité, aby si ošetřující a pečovatelský personál uvědomil, že osoba vyžadující jejich pomoc není jen „samotné tělo“. V holistickém pojetí se na člověka pohlíží jako na bio-psycho-sociální celek, je osobou, která vnímá, cítí, rozumí a má potřebu sociálního kontaktu. Nemocným a seniorům může sice ubývat sil, aby se postarali o sebe a svou domácnost, ostatní složky jejich osobnosti, jako je citění a potřeba komunikace a sociálního kontaktu však stále fungují. Je důležité si tuto skutečnost uvědomit, brát člověka jako lidskou bytost a poskytnout mu patřičnou pozornost a ochotu. Je jasné, že duše seniorů je značně oslabena, ve smyslu toho, že jsou ve velkém stresu, že se o sebe nemohou postarat a musejí „obtěžovat“ personál, který o ně pečuje. Je nutné porozumět tomuto myšlení a brát seniory jako celostní osobnosti, stejně jako jsou všichni ostatní (Mastiliaková, 2007).

3 STRES

Pojem stres lze přeložit jako zátěž či napětí. Jedná se o širší biomedicínský a psychologický pojem, který v nejširším slova smyslu označuje také náročné životní situace, k nimž patří např. konflikty, frustrace, problémy a nepříjemně pocíťované situace vůbec (Švingalová, 2006).

Stres je klasifikován jako univerzální jev, se kterým se setkává každý jedinec. Pokud se jedná o stres přiměřený, nemající trvalý charakter, neměl by uškodit našemu tělu (Bartošíková, 2006).

3.1 Stres v souvislosti s pečováním

Stres je velmi zatěžující z pohledu pečujícího rodinného příslušníka, jelikož se jedná o blízkého jedince. V průběhu času v pečování však může dojít k určitým změnám, například zhoršení zdravotního stavu pečovaného. Právě tato událost v procesu pečování je velmi psychicky zatěžující i pro okolní rodinu. Může se obávat konce a následků. Pokud je senior v odborném zařízení, není přímo pod dohledem rodiny, která právě trpí díky jeho zdravotnímu stavu.

3.2 Význam stresu

Stres nelze považovat pouze za škodlivou záležitost. Určitou úroveň stresu naopak naše tělo a duše potřebuje. Pokud je stres přiměřený, vede naši pozornost k soustředění, zostření a zvýšené schopnosti se rychle a dobře rozhodovat. Pokud by byla hladina stresu příliš nízká, vedlo by to k oddalování rozhodování a nesoustředění se na danou strategii. Naopak vysoká hladina stresu způsobuje blokádu myšlení a nepřiměřené chování v dané situaci (Praško, 2003). Vysoká míra stresu a chronicky se opakující stres mohou vést k poškození organismu.

3.3 Zdroje stresu

Zdroje stresu – tzv. stresory se obecně dělí na stresory nenadálé, chronické a všední (drobné denní nepříjemnosti). Mezi stresory nenadálé patří zátěžové životní situace jako např. nemoc či smrt blízkého, rozvod či ztráta zaměstnání. Chronické stresory, tedy dlouhodobě působící problémy a potíže ovlivňující životní styl a spokojenost jedince, jsou např. nepříznivé podmínky bydlení, každodenní dojíždění do práce, soustavný nedostatek financí nebo i péče o nemocného či starého člověka. Mezi stresující faktory běžného dne pak patří např. jednorázové konflikty, ztráta nějakého předmětu či obyčejné čekání či spěch (Kňazejová, 2014).

V odborné literatuře můžeme vyčíst několik kategorií stresorů. Jsou to:

1. nepřiměřené úkoly – přetěžování; nutnost zvládat úkoly, které nejsou v rámci fyzických a psychických sil jedince;
2. problémové situace – přizpůsobení se novým životním podmínkám a situacím, s nimiž jedinec ještě nemá zkušenosti;
3. frustrace – nemožnost uspokojit své potřeby, dosáhnout stanovených cílů;
4. konflikty – důležitá rozhodování;

stresové situace – ztížené podmínky pro výkon určité činnosti; časová tíseň; existence rizika; odpovědnost (Krupková, 2007).

3.4 Projevy stresu

Stres je možné chápat jako somatický a psychický stav, který může být dlouhodobější, než je člověku příjemné. Změny, které se v našem těle odehrávají, vyznačuje vnitřní napětí, zvýšené emoční prožívání a chování, které lidé konají bez jasného cíle (Bartošíková, 2006).

Stres se manifestuje mnoha variabilními a individuálními symptomy, které se projevují v těchto oblastech (Švingalová, 2006; Praško, Prašková, 2001):

- **V myšlení** (snížená myšlenková plynulost, produkce negativních myšlenek, nerozhodnost, pokles pozornosti aj.) – hlavním stresorem tohoto projevu je „dělání si

starostí“. Určitý stresor v člověku vyvolává pocit napětí, člověk si vytváří katastrofické představy, trpí různými obavami a není schopen myslet na jiné činnosti.

V procesu poskytování péče o seniory mohou mít tyto obavy závažné důsledky. Pečující osobě mohou lézat hlavou myšlenky spojené například se správnou péčí: „Podala jsem klientovi správné léky? Poskytla jsem mu tu nejlepší péči?“; nebo s odchodem od opečovávané osoby: „Mohu ho vůbec nechat samotného? Nestane se mu nic, než se vrátím?“. Různé obavy mohou mít také lidé, kteří se rozhodují, jakou formu péče poskytnou svému rodinnému příslušníkovi. Tyto obavy zvyšují napjatost situace a mohou mít negativní vliv také na psychiku ošetřovaného.

- **V emociích** (podrážděnost, rozmrzelost, napětí, bezradnost, bezmoc, strach, úzkost, vztek, zlost, agrese, deprese, apatie, rezignace) – hlavním prožitkem stresu je pocit nepohody. V oblasti péče o seniory mohou tyto emoční změny vyvolat ztrátu chuti k jakékoli činnosti, potažmo nechtít vykonávat domácí péči či poskytovat péči v odborných střediscích, což se u ošetřujících projevuje i v chování. Nálada pečovatele je v procesu péče o seniora velmi důležitá a má velký vliv na jeho psychiku.

- **V chování** (snížení aktivity, apatie, neklid, bezmyšlenkovité a zkratkovité jednání, chybné úkony) – pokud na člověka stres dopadá natolik, aby dopustil jeho projevy ve svém chování, je to jistě velký problém. Člověk se vyhýbá každodenním povinnostem, nemá zájem o rozhodování, je nervózní a zrychluje své životní tempo. Projevuje se i nervózní chování, kdy člověk nevydrží sedět v klidu na židli, uhýbá z očního kontaktu, skáče lidem do řeči a nedokáže dobře vnímat. V krajních případech se může vyskytovat i jednání agresivní či sebepoškozující. V péči o seniory je důležité, aby pečující osoba projevy svého stresu zvládala, a pokud možno nenechala stres, aby ovlivnil její chování.

- **V tělesných projevech** (bušení srdce, bolesti hlavy, zažívací potíže, pocit tepla nebo chladu, závratě, svědění, nadměrné pocení, časté močení, pocit únavy, poruchy spánku, svalový třes či svalová ochablost, snížení imunity a poruchy metabolismu) – tyto příznaky mohou nastat v průběhu stresu nebo následovně po stresových situacích.

Časté projevy stresu mohou narušit náš imunitní systém. Člověk může trpět častým nachlazením, angínami, chřipkami a vysokým krevním tlakem.

3.5 Boj se stresem

Boj se stresem zahrnuje jednak zvládání jeho projevů, především emočních a myšlenkových, a jednak boj se samotným problémem vyvolávajícím stres (se stresorem). Lidé mají různé strategie, jak se vyrovnávají se stresem, z nichž některé jsou úspěšné a některé neúspěšné. Ke strategiím neúspěšného zvládání stresu patří podle Hartla a Hartlové (2000):

- tzv. ruminační strategie – uzavření se do sebe, neustálé přemýšlení problému, trápení se;
- tzv. vyhýbavá strategie – snaha přebít nepříjemnou náladu negativním rozptýlením (opíjení, hazard, agrese apod.).

Naopak úspěšné zvládání stresu se vyznačuje těmito strategiemi:

- behaviorální – relaxace, sport, sociální kontakty a hledání podpory v okolí;
- kognitivní – přehodnocení situace, vytěsnění problému z vědomí či snížení jeho významnosti, změna hierarchie hodnot;
- rozptylující – provádění příjemných činností, zapomenutí na problém.

Aby se pečovatelé vyhnuli stresu ve svém zaměstnání, je důležité dodržovat následující zásady (Holeksová, 2002):

- Vytvořit si odstup od lidí, kterým se snažíme pomoci.
- Stanovit si hranice mezi osobním a pracovním životem.
- Stavit se čelem ke změnám a přizpůsobit se.
- Udržovat si vztahy z důvodu svěřeni se o svých problémech. U této zásady si dáváme pozor na zásadu mlčenlivosti.

- Mít vlastní koníčky, tzn. věnovat svůj volný čas něčemu, co nás baví a odpoutá naše myšlenky od pracovního života.
- Odpočívat.
- Dodržovat zdravý životní styl, který nás naplňuje a prospívá našemu tělu.
- Smát se. Naše mysl tak přijde na jiné myšlenky, které fungují jako „antistres“.
- Vyřešit problémy a nástrahy, kterým čelíme, v nejbližším možném čase.
- Nenosit si práci domů.
- Netrápit se věcmi, které jsme nedokázali, ale radovat se z toho, co jsme dokázali.
- Uvědomit si, že člověk, který má jiný názor než my, nám nechce ublížit a není to náš nepřítel. Každý člověk má vlastní názor na určité věci, a nemusí sdílet stejné názory jako my.
- Chválit své okolí i sami sebe a nepřipomínat chyby, které lidé udělali. Nebýt příliš negativní i z pohledu svých pracovních kolegů.

Štěpaník (2008) vymezuje ještě jeden důležitý bod, a to je nepotlačovat své emoce.

Kelnarová a Matějková (2008) ve své knize doporučují postup, jak se vyhnout stresu v souvislosti s péčí o seniory: V průběhu péče o seniora si zajistíme jinou osobu, která tyto činnosti převezme za nás. Tuto osobu bychom měli využívat minimálně 1x týdně. Odpočineme si nejen my jako pečující osoby, ale i osoba, o kterou je pečováno. V době tohoto volna nevěnujeme čas plánování péče o seniora, ale věnujeme se své vlastní osobě. Člověk by měl trávit čas tím, co ho baví a naplňuje. Seniorovi, o kterého se staráme, to jistě také prospěje, protože přijde do kontaktu i s jinou osobou. Je důležité, abychom tělu dodali patřičnou aktivitu, jako je např. cvičení jógy, pilates či powerjógy. Pokud chodíme ještě při péči o seniora do zaměstnání, neměli bychom však tělo přetěžovat fyzicky náročným cvičením. Po náročném dnu je důležitá relaxace, vhodná je např. koupel, a kvalitní spánek. Měli bychom si užívat každého dne. Měli bychom si užívat přírodu kolem sebe a svou rodinu. Člověk by měl být šťastný a spokojený,

protože když není šťastný, nevykonává práci tak, jak by měl. Po každém náročném dnu se člověk pochvává za to, co udělal správně. Nepřipomíná si věci, které se mu nepovedly. Při usínání na nic nemyslí a snaží se mít čistou a uvolněnou hlavu.

Jako antistresové faktory působí humor, správná životospráva a zdravý životní styl (tělesný pohyb, dostatek spánku a odpočinku, pravidelné a zdravé stravování). Pomáhat mohou i různé antistresové rituály (dechová cvičení, relaxační programy apod.). Potřeba je také určitá hygiena naší mysli. Konkrétní forma duševní hygieny není striktně vymezená. Každý jedinec si regeneraci své duše může zajišťovat jakýmkoli způsobem, protože každý člověk je originál a má jiné požadavky a potřeby. Duševní hygiena spočívá v tom, že jedinec přemýšlí o různých věcech a zájmech, které ho naplňují, a při myšlení prožívá pocit bezpečí a radosti. Při tomto procesu by se neměl zabývat znepokojivými a stresujícími záležitostmi. Do zaměstnání by měl chodit odpočatý a s „čistou hlavou“ (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

3.6 Duševní hygiena

Jelikož jsou lidé v dnešní době stále v nějakém stresu, neustále někam spěchají, a pokud nikam nespěchají, tak spí, je potřeba i určitá hygiena naší mysli. Člověk vykonávající pomocnou profesi, by tuto hygienu neměl v žádném případě zanedbávat. Forma duševní hygieny není zcela vymezená. Každý jedinec si regeneraci své duše může čistit jakýmkoli způsobem, protože každý člověk je originál a má jiné požadavky a podmínky. V souvislosti s pečováním o seniora je duševní hygiena jednou ze součástí prevence určitých zdravotních problémů pečujícího. Aby člověk mohl vykonávat tuto péči, je důležité, aby byl vyrovnaný a uměl se stresem jednat. Duševní hygiena spočívá v tom, že jedinec přemýšlí o různých věcech a zájmech, které ho naplňují, a při myšlení prožívá pocit bezpečí a radosti. Při tomto procesu by se neměl zabývat znepokojivými a stresujícími poznatky. Do zaměstnání by měl chodit odpočatý a s „čistou hlavou“ (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

4 STRESOVÉ SITUACE PŘI PÉČI O SENIORY A DŮSLEDKY

Péče o seniory je náročná již ze své podstaty – práce se starými lidmi. Ve srovnání s mladšími věkovými kategoriemi se u starých lidí vyskytují ve větší míře zdravotní potíže, chronická onemocnění a rizika úmrtí. Ve stáří se nejčastěji vyskytují tato onemocnění (Topinková, 2005):

- kardiovaskulární choroby,
- nemoci pohybového systému,
- metabolická onemocnění,
- gastrointestinální a respirační nemoci.

Velmi často se u starých lidí vyskytuje polymorbidita (současný výskyt několika nemocí najednou), disabilita (omezení soběstačnosti) a tzv. stařecká křehkost (pokles výkonnosti orgánů, úbytek a ztráta pevnosti kostní hmoty, zhoršení mobility, snížení imunity a kognitivních funkcí), (Malíková, 2011).

Je jasné, že z výše uvedených nemocí mohou plynout problémové a stresové situace. Náznový přehled tzv. geriatrických syndromů uvádí Topinková (2005):

1. **Syndromy somatické** – poruchy chůze a pohyblivosti; závratě, nestabilita, pády a úrazy; inkontinence moči a stolice; poruchy termoregulace; poruchy příjmu potravy/tekutin; proleženiny.
2. **Syndromy psychické** – demence; deprese; delirium; poruchy chování; poruchy adaptace.
3. **Syndromy sociální** – ztráta soběstačnosti; sociální izolace; dysfunkce rodiny; týrání a zneužívání.

Ze samotné podstaty péče o starého člověka tedy plyne mnoho stresorů – péče o těžce nemocné, umírající osoby; potýkání se s bolestí a utrpením, pocitování bezmoci, neschopnost více pomoci, odpovědnost za druhého. Důležitým stresorem je také fyzická

náročnost péče a náročnost na čas. Pečující se obvykle musí vzdát jiných aktivit, např. společenských kontaktů či koníčků, nebo částečně omezit své zaměstnání.

Další stresové faktory vyskytující se u pečovatelů – profesionálů, tedy u pracovníků různých pečovatelských zařízení, můžeme vyčíst z článku MUDr. Nešpora (2007):

- kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bolest, soukromí pacientů, smrt);
- styk s negativními emocemi pacientů (deprese, vyčerpání, podrážděnost nebo hněv);
- velká morální a právní odpovědnost;
- nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích;
- konflikt rolí, např. poskytování péče vs. administrativní činnost nebo role matky vs. pracovní nároky);
- vlastní problémy a zkušenosti, které se stykem s nemocnými často aktivují;
- riziko selhání;
- směnný provoz, přesčasy;
- konflikty s kolegy či nadřízenými.
- nedostatek pracovníků a z toho plynoucí přetěžování;
- nedostatečné finanční ohodnocení.

Důležitými stresory jsou také faktory, které bychom mohli označit jako nespolupracující klient a nespolupracující rodina klienta.

4.1 Nespolupracující klient

Za nespolupracující klienty označují pracovníci pečovatelských služeb a ošetřovatelé klienty, kteří:

1. jsou agresivní,

2. jsou v depresi,
3. mají bariéry v komunikaci (smyslové, tělesné či mentální postižení),
4. odmítají služby (Hauke, 2014).

Důvodů pro to, aby senior odmítal péči, může být několik. Je důležité rozlišovat mezi situacemi, kdy klient službu odmítá proto, že není sám schopen rozpoznat závažnost situace, a kdy ji odmítá proto, že ji vlastně nepotřebuje a je mu spíše vnučována (rodinou či okolnostmi) – zvládne se o sebe postarat sám či prostřednictvím rodiny a blízkých; nebo mu vyhovuje jeho způsob života (nevadí mu nepořádek v domácnosti, neupravený zevnějšek apod.).

4.2 Nespolupracující rodina klienta

Potenciální stresovou situaci může vytvářet nejen nespolupracující klient, ale i nespolupracující rodina klienta. Problémy, které pracovníci vnímají, můžeme shrnout do několika bodů (Hauke, 2014):

1. Rodina rozhoduje za klienta – rodina nutí pracovníka, aby nedbal přání klienta, protože si svým přáním ubližuje, není svéprávný, už je starý apod.
2. Pracovník se cítí jako služka – některý z členů rodiny přihlíží při péči o klienta, příp. úkoluje pracovníka, místo aby péči vykonával sám.
3. Rodina si neváží práce pracovníka – stížnosti, výčitky, urážky.
4. Rodina nutí pracovníka k pravidelnému podávání informací o klientovi.
5. Rozdílná očekávání rodiny a klienta.
6. Nespolupracující rodina – v některých případech, např. péče o osobu s demencí, je spolupráce rodiny nutná. Ta ji však odmítá s tím, že na to nemá čas, že je to přece práce pečovatele apod.

4.3 Syndrom vyhoření

Důsledkem dlouhodobě působícího pracovního stresu, především u profesí pracujících s lidmi, může být citové, mentální i fyzické vyčerpání, pochybnosti o smyslu dané práce a ztráta zájmu o ni. Takové celkové vyčerpání označujeme jako syndrom vyhoření.

4.3.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Reakce nazvaná syndrom vyhoření, způsobená velkým dlouhodobým stresem a vyčerpáním, byla poprvé zmíněna v roce 1975 H. J. Freudenbergerem v USA. Také o ní můžeme slyšet jako o „burn-out syndromu“. Nejčastěji syndrom vyhoření postihuje tzv. pomáhající profese, např. ošetrovatelky, pedagogy, sociální pracovníky. Příznaky se projevují jak v psychické oblasti, tak po stránce tělesné. Lidé jsou unaveni, trpí bolestmi hlavy, trpí úzkostí, smutkem, nadměrným napětím, jsou nešťastní, nemají na nic náladu a jsou více náchylní k různým nemocem. Ve společnosti se necítí dobře, jsou lhostejní k ostatním lidem, nezajímají se o problémy ostatních a spíše se distancují od okolní společnosti. Chtějí trávit více času sami. V pracovním životě přijde zlom, kdy člověk nevidí žádný smysl a budoucnost ve své práci a zjistí, že nemůže dál. Práce ho už nenaplňuje a je mu spíše přítěží. Svou práci pak lidé vykonávají s určitým stereotypem a nepodávají takové pracovní výkony jako dříve.

Syndrom vyhoření bývá nejčastěji charakterizován jako psychické a fyzické vyčerpání, ztráta profesního zájmu a osobního zaujetí. Podle Bartošíkové (2006) není tento syndrom nemocí, ale určitým procesem, který se objevuje ve vývoji kariéry. Vyhoření můžeme chápat i jako sociální problém, protože k vyhoření dochází při práci s ostatními lidmi. Jistým způsobem má dopad na sociální sféru našeho života. Člověk je zcela vyčerpán a nemá síly na společenské aktivity.

4.3.2 Příčiny vzniku a stádia vývoje

Syndrom vyhoření je důsledkem dlouhodobého stresu, který je způsoben různými faktory. Charakteristika jedince, jeho náchylnost podlehnout stresu a schopnost se s ním vypořádat jsou faktory individuální. Profesionální faktory pak je například nadměrný tlak sociální role, rutina práce, nedostatek pozitivní zpětné vazby či nedostatek autonomie. Poslední příčinou jsou faktory organizační. Jedná se o přesčasy v zaměstnání, směnný provoz, který je vysilující a pro člověka velmi obtížný, a v neposlední řadě nízké finanční ohodnocení (Staňková, 2002).

Syndrom vyhoření je popisován jako proces, který trvá mnoho let. Efekt vyhoření je poslední fází tohoto procesu. Jednotlivé fáze tohoto procesu mohou být v odborné literatuře označovány různě, jejich podstata se ovšem nemění. První fází charakterizuje nadšení z nové práce, druhou zklamání a frustrace, třetí apatie a stagnace a čtvrtou celkové vyčerpání (Švingalová, 2006).

Bartošíková (2006) uvádí tato stádia:

1. Fáze – V této fázi je člověk plný energie a nadšení. Je si jist, že jeho povolání je poslání a provádí ho ze všech sil. V zaměstnání je velmi aktivní a pečlivý. Naslouchá všem a hledá všechny možné způsoby pomoci a vyřešení problémů. Je přesvědčen, že když o něco bude stát a bude se snažit, vše se mu podaří. Svou práci považuje za smysluplnou. Do zaměstnání vkládá spoustu energie a času. Neumí hospodařit se svou energií a silami. Ostatní zaměstnanci jsou spokojeni za svého „nováčka“, i když vědí, že mu to dlouho nevydrží. Při problémech mu nepomohou a nechají ho to vyřešit samotného. Pokud je naopak v zaměstnání dobrý a vstřícný kolektiv, může tato fáze trvat dlouhodobě.

2. Fáze – Nadšení, které na začátku člověk měl, už pomalu upadá. Problémy, které s klienty řešil, se vracejí a klienti vyžadují další pomoc. Jeho práce nabírá rutinu a zevšednění. Pomalu začíná přemýšlet o své budoucnosti. Postupně si začíná uvědomovat, že finanční ohodnocení na jeho plány asi nebude stačit, a své představy

začne pomalu měnit. Odvádění jeho práce v této fázi nemusí být špatné, svou práci vykonává dobře. Pokud si dokáže vybudovat dobré zázemí a spokojeně žít, k vyhoření nemusí vůbec dojít.

3. Fáze – Člověk začíná být v práci nespokojený a začíná ventilovat negativní názory. Točí se okolo myšlenky, zda má smysl pomáhat lidem, kteří o to podle něj nestojí. Pokud považuje práci za zbytečnou, není ochoten brát si úkoly domů či jich mít více, a to vede ke konfliktům na pracovišti. Začíná přemýšlet o změně zaměstnání i kvůli nedostatečnému ohodnocení jeho činnosti. V práci hledá různé výhody, které by mu byly poskytnuty. Tato fáze má různě dlouhou dobu, pokud nedojde ke změně zaměstnání.

4. Fáze – Nastává situace, kdy zaměstnání slouží pouze k obživě. Člověk se vyhýbá novým úkolům, ve svém zaměstnání není spokojen a stále častěji odchází z práce dříve či chodí pozdě do zaměstnání. Vyhýbá se spolupracovníkům a následně i klientům. O klientech se zmiňuje v negativním slova smyslu. O další vzdělávání nemá zájem a podle něj je zbytečné. Nastává stav, kdy člověk pouze čeká, co nastane.

Mnohdy jsou popisovány nejen tyto 4 fáze vývoje syndromu vyhoření, ale i fáze pátá. Poslední fáze se nazývá tzv. **vyhoření**. Znamená to úplné emocionální vyčerpání, pocit depersonalizace, odcizení od sebe samého i od okolí a následná ztráta smyslu při výkonu svého zaměstnání. Při dlouhodobém neléčení syndromu vyhoření se mohou objevit různé vážné nežádoucí zdravotní obtíže (Ptáček a kol., 2011).

4.3.3 Prevence a léčba syndromu vyhoření

Základem prevence syndromu vyhoření je dodržování obecných zásad psychohygieny. Důležité také je, vytvořit si určitý odstup od klientů (Švingalová, 2006).

Člověk, kterého syndrom vyhoření opravdu postihl, si v této situaci nedokáže poradit sám a měl by vyhledat pomoc jiných osob. Základní léčbou rozvinutého syndromu vyhoření je psychoterapie, kterou ovšem většina postižených osob odmítá. Vhodný je proto také nácvik relaxačních technik, dostatečné množství odpočinku

a zejména odstup od situace, která mu byla příčinou. Ke zlepšení může dojít při změně pracoviště, ale i při změně pracovní doby či jiných pracovních podmínek (Staňková, 2002).

5 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY

5.1 Zdravotní služby pro seniory

V České republice existuje několik forem poskytování zdravotních služeb pro seniory (Jarošová, 2006):

Geriatrické oddělení a geriatrická ambulance – oddělení specializovaná na péči o seniory s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti.

Zařízení následné péče – rehabilitační a doléčovací oddělení.

Ošetrovatelské oddělení – na toto oddělení jsou přijímáni pacienti ve stabilizovaném stavu, kteří potřebují základní ošetrovatelskou péči ve větší míře, než je reálně nárokována domácí péče (více než 3 hodiny péče, více než 3 návštěvy ošetrovatele denně). Obsah péče: hygienický režim, zajištění výživy, aktivizace pacientů, rehabilitace, převazy, podávání léků, sledování základních fyziologických funkcí a psychického stavu aj.

Hospice a hospicová péče – zvláštní forma ošetrovatelského ústavu.

Hospice poskytují zdravotnické a pečovatelské služby lidem nevléčitelně nemocným a umírajícím – tzv. paliativní péče. Cílem je klientovi ulevit od bolesti a zachovat mu jeho lidskou důstojnost. Služba je poskytována i v domácím prostředí, pokud to zdravotní stav klienta dovoluje. Výhodou je, že nemocný je v blízkosti své rodiny, přátel a svého blízkého okolí. Důležité je, aby nemocný nebyl v posledních chvílích svého života sám, aby se nebál a mohl se o někoho opřít. Pokud je klient

umístěn v hospici, je možno, aby v posledních chvílích jeho života s ním byla i jeho rodina. Klientovi je poskytnuta také možnost komunikace s farářem, kteří do hospiců pravidelně docházejí (Kelnarová, 2007).

Geriatrické denní centrum – do tohoto zařízení jsou přijímáni pacienti, kteří vyžadují zdravotní péči, která není kontinuální, ale trvá déle než ambulantní ošetření. Pobyť zde trvá 6–12 hodin.

Domácí péče - Domácí péče je péče poskytována v domácím prostředí seniora nebo v prostředí, kde je klientovi dobře a je tam spokojený. Spokojenost a psychická pohoda člověka je v procesu uzdravování velmi důležitá, jelikož je vědecky dokázané, že osoba, která je psychicky dobře naladěna, je v domácím prostředí a ve společnosti lidí, které má ráda, může mít lepší zdravotní stav jak po stránce psychické, tak fyzické. Klient není příliš stresován změnou prostředí a okolní společností (Misconiová, 1996). Pochylá (2005) dále uvádí, že jedním ze základních cílů domácí péče je také eliminace možnosti nozokomiálních nákaz (nemocniční nákaza) klienta.

Tato péče je poskytována osobám, jejichž zdravotní stav nevyžaduje poskytnutí péče ústavní. Jedná se o komplexní péči – ošetrovatelská, diagnostická, léčebná, rehabilitační a paliativní péče. Součástí péče je jednak péče zdravotní, jednak péče sociální a jednak laická pomoc formou sebepéče či pomoci blízkých osob klienta (Jarošová, 2006). Předpokladem pro poskytnutí domácí péče je součinnost rodinných příslušníků či blízkých klienta. Je také důležité, aby senior některé úkony vykonával sám. Povzbudí se tím i jeho sebevědomí. Pokud je klient v domácí péči spokojený a zdravotní stav se mu nezhoršuje, není nutnost přesouvat ho do výše zmíněných center (Misconiová, 1996).

5.2 Sociální služby pro seniory

5.2.1 Formy poskytování sociálních služeb

V § 33 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je zmíněno, jaké formy sociálních služeb v České republice existují. Jednou z hlavních forem služeb jsou služby **pobytové**. Další formou sociálních služeb je služba **ambulantní**, která nenabízí ubytování seniorů, a poslední formou poskytování sociálních služeb je pak služba **terénní**. V posledním jmenovaném případě je péče klientovi poskytována v jeho přirozeném sociálním prostředí.

5.2.2 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

V § 35 Zákona o sociálních službách je uvedeno, jaké činnosti zařízení sociálních služeb poskytují. Cílem všech zařízení sociálních služeb je poskytnout člověku vše, co potřebuje v péči o vlastní osobu, a zaručit spokojenost klienta. Zařízení poskytují pomoc při běžných úkonech, jako je např. osobní hygiena či zajištění stravy. Základní činností zařízení je také poskytnutí ubytování. Nedílnou součástí zařízení sociálních služeb jsou dále výchovné a vzdělávací činnosti. Další důležitou činností je poskytování informací klientovi o jeho právech, což je především pro seniory velmi důležité. Zařízení má schopnost klienty shromažďovat, senioři zde mohou navázat nové vztahy a upevnit své sociální kontakty. Všechny tyto zmíněné činnosti jsou střediska povinna zajistit, popř. mohou být klientovi poskytnuty i jiné služby, které nejsou v zákoně o sociálních službách zmíněny.

5.2.3 Zařízení sociálních služeb

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v § 31 uvádí, jaká zařízení sociálních služeb jsou poskytována a pro koho jsou tato zařízení určena. Najít zde můžeme nejen

zařízení určená k poskytnutí péče pro seniory, ale také pro osoby v hmotné nouzi, pro osoby v těžkém životním období či pro osoby s psychickými obtížemi.

Pečovatelská služba

Tato služba je poskytována formou terénní či ambulantní péče, tzn. poskytnutí dané péče přímo v domácím prostředí klienta, ve kterém je klient zvyklý a cítí se tam příjemně. Je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost kvůli svému věku či zdravotnímu postižení. Je myšleno i na rodiny s dětmi, které z důvodu těžké životní situace potřebují při uspokojování základních životních potřeb pomoc jiné osoby. Služba je poskytována ve vyhrazeném čase v přirozeném prostředí klienta nebo v sociálních zařízeních poskytujících tuto péči. Služba je povinna poskytovat péči o vlastní osobu klienta, pomoc při hygieně, zajistit stravování klienta, chod domácnosti a kontakt klienta se sociálním prostředím (Vučková, 1997).

Pochylá (2002) ve své knize zmiňuje, že tato služba poskytuje zpravidla dovážku obědů, nákupy, základní úklid a pomoc při základních činnostech domácnosti. Je důležité zmínit, že tyto služby nepředstavují úklidové firmy. Zdravotnické služby, které pečovatelská služba poskytuje, jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Ostatní služby, jako je dovážka obědů, úklid apod., si klient hradí sám. V případech, kdy služby poskytuje státní zařízení, je možné, aby některé části služeb hradil odbor sociální péče.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba, která poskytuje péči osobám se sníženou soběstačností (z důvodu věku či nějakého zdravotního postižení). Podmínkou pro poskytnutí osobní asistence je, že se osoba o svou osobu nedokáže postarat bez pomoci jiné osoby. Osobní asistence funguje v přirozeném prostředí klienta v jakémkoliv čase. Služba je povinna poskytovat základní činnosti, jako je například pomoc při běžné péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, zajištění chodu domácnosti a stravování klienta,

popř. informování, jakých práv se klient může dožadovat vůči své vlastní osobě (Zákon č. 108/2006 Sb., § 39).

Centra denních služeb

Dle § 45 Zákona č. 208/2006 Sb. existují centra denních služeb, která poskytují ambulantní péči. Služby center denních služeb jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností, nepříznivým zdravotním stavem či s chronickým onemocněním, které potřebují při uspokojování základních životních potřeb pomoc jiné osoby. Centra poskytují péči a pomoc při hygieně, stravování, zprostředkovávají společenský kontakt apod. Podobnou funkci mají také **denní a týdenní stacionáře** (Zákon č. 108/2006 Sb., § 46, 47).

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby, a to osobám s nedostatečnou soběstačností z důvodu věku. V domovech pro seniory je zajištěna celodenní komplexní pečovatelská, ošetrovatelská a lékařská služba. Služba je povinna klientovi poskytnout ubytování, stravu, péči o jeho osobu a hygienu, zprostředkovat společenský kontakt či aktivizační činnosti a informovat klienta (Zákon č. 108/2006 Sb., § 49).

Doba pobytu v domovech pro seniory není nijak omezena. Člověk je tam umístěn tehdy, kdy není schopen se sám o sebe postarat a obstarat si své základní životní potřeby a kdy není schopna splnit tyto potřeby ani jeho rodina a blízké okolí (Holeksová, 2002).

Vedle domovů pro seniory existují také tzv. **penziony pro seniory**, které poskytují ubytování starým a invalidním občanům, jejichž zdravotní stav však nevyžaduje komplexní celodenní péči. Senioři jsou ubytováni v bezbariérových garsoniérách a vedou poměrně samostatný život. Při uspokojování jejich základních potřeb

a v případě nemoci je jim k dispozici pečovatelská či lékařská služba, se kterou penzióny pro seniory obvykle úzce spolupracují (Jarošová, 2006).

Podobnou funkci mají také **domy s pečovatelskou službou**, kde si senioři mohou pronajmout bezbariérový byt. Senioři zde mohou žít v podstatě v přirozeném prostředí. Možné je i ubytování manželských párů.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Tato služba je službou ambulantní či ve vážném případě také terénní. Služby jsou poskytnuty osobám se zdravotním postižením či v důchodovém věku, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Služba obsahuje základní činnosti, jako je například zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí informací o právech klienta a sociálně terapeutické činnosti (Zákon č. 108/2006, § 66).

Průvodcovské a předčitatelské služby

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované seniorům a osobám se zdravotním postižením, jejichž schopnosti v oblasti orientace nebo komunikace jsou sníženy. Tato služba jim napomáhá osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

Odlehčovací služby

Tato služba je poskytována formou ambulantní, terénní nebo pobytovou. Péče je poskytována osobám, které mají z důvodu věku, zdravotního postižení či chronického onemocnění sníženou soběstačnost, a o něž jinak pečuje rodinný příslušník či blízký. Poskytnutí péče je v klientově přirozeném prostředí, pokud není nutnost klientovi poskytnout ubytovací zařízení. Cílem této služby je poskytnout odpočinek pečující osobě (Zákon č. 108/2006, § 44).

5.2.4 Příspěvek na péči

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí v § 7, odstavci prvním, že příspěvek na péči je poskytnut osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto poskytnutím příspěvku se stát podílí na pomoci občanům při zvládnání a zabezpečení základních životních potřeb.

Ve druhém odstavci se uvádí, že nárok na příspěvek na péči má osoba, která je z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu závislá na pomoci jiné osoby, jako je např. poskytovatel sociálních služeb, osoba blízká nebo asistent sociální péče, tato osoba má nárok na příspěvek na péči i po dobu, kdy je hospitalizována v jakémkoli zdravotnickém zařízení.

Dle odstavce třetího nemá osoba nárok na pobírání příspěvku na péči tehdy, když je mladší jednoho roku. Pro získání příspěvku na péči se u klienta hodnotí, jak je schopný zvládnout své základní životní potřeby. Hodnotí se např. mobilita, komunikace, stravování, oblékání, komunikace apod.

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 CÍLE A PŘEDPOKLADY

Cíl práce: Cílem výzkumné části této práce je popsat a zhodnotit práci pečovatelů či ošetřovatelů pracujících v odborném zařízení pro seniory a osob, které pečují o svého rodinného příslušníka-seniora v přirozeném prostředí domácnosti. Následným cílem je zjistit, jak na pečující osoby dopadá stres, a jak se s ním dokážou vyrovnat či jaké prostředky k tomu využívají. Dílčím cílem je zjistit, proč se lidé rozhodli pečovat o své blízké-seniory sami, či případně proč uvažují o tom, že jim poskytnou péči v některém z odborných zařízení pro seniory. Respektive, zda se lidé domnívají, že domácí péče je lepší než ústavní péče pro seniory, a opačně.

Předpoklad: Péče o seniora je pro jejich rodinné příslušníky i pro pečující osoby v odborných zařízeních mimořádně velkou zátěží, vedoucí k řadě emočních a behaviorálních symptomů. Domácí péče a instituce se v mnoha ohledech liší (nároky, motivace pečujících, zdroje atd.), navíc existuje řada přechodů např. odlehčovací péče, kterou mohou lidé využívat. Je důležité zjistit, jak náročnost pečovatelsví spočívá a proč lidé tuto práci vykonávají.

7 METODIKA VÝZKUMU

7.1 Výzkumné metody a postup práce

Ve výzkumu je použita kvantitativní metoda dotazování, a to formou dotazníků, které byly podány v Domově pro seniory Chvalkov, Horní Stropnice a v Pečovatelské službě Trhové Sviny. Dále osobám, které se starají o rodinného příslušníka ve svých domovech. Vytvořeny byly dva dotazníky – jeden pro osoby „laiky“ pečující o seniory (rodinné příslušníky) v přirozeném prostředí domácnosti a druhý pro osoby „profesionály“ pečující o seniory v odborných zařízeních.

V obou dotaznících se objevují jak otázky uzavřené, na které respondenti odpovídají ano či ne, tak otázky polouzavřené, které respondentům nabízí předem dané možnosti. Malé procento otázek tvoří také otázky otevřené, kde se může respondent libovolně vyjádřit – obvykle doplňující otázky.

Úvodní otázky obou dotazníků tvoří otázky na pohlaví a věk respondenta. Odpovědi na tyto otázky mají spíše ilustrativní charakter, můžeme si na základě nich udělat představu o tom, jací lidé nejčastěji pečují o seniory, jelikož se ovšem jednalo pouze o vybraný vzorek pečujících osob, nemůžeme to brát jako železné pravidlo. Podobnou roli hraje také otázka po dosaženém vzdělání respondentů dotazníku pro pečující osoby „profesionály“.

V dotazníku pro pečující osoby „laiky“ jsou poté klíčové otázky zjišťující stupeň závislosti seniora, otázky mapující důvody pro rozhodnutí starat se o rodinného příslušníka-seniora v domácnosti (případně zda uvažují o přesunu seniora do nějakého ústavního zařízení), a otázky týkající se syndromu vyhoření, negativních citových stavů a vyčerpanosti respondentů. Důležité informace přinášejí také otázky, zda se o rodinného příslušníka starají sami, nebo jim pomáhá rodina či využívají nějaké specializované zařízení, a jaké. Spíše doplňující funkci pak tvoří otázky na dobu, po kterou o seniora pečují a na stupeň přizpůsobenosti jejich domácnosti.

Dotazník pro pečující osoby „profesionály“ tvoří otázky týkající se spokojenosti respondentů se svým zaměstnáním a otázky sledující psychický stav respondentů (vyčerpání, negativní citové stavy, deprese či úzkost při úmrtí klienta, syndrom vyhoření). Zásadní je také otázka, zda si respondenti myslí, že domov pro seniory poskytuje lepší péči než péče „laiků“ v přirozeném prostředí seniora.

Po shromáždění všech vyplněných dotazníků byla spočítána frekvence jednotlivých odpovědí, jež byly následně zaneseny do grafů. Částečně byly také vyhodnoceny souvislosti mezi odpověďmi jednotlivých respondentů (syndrom vyhoření, negativní citové stavy, vyčerpání a přesun jedince do odborného zařízení).

7.2 Výzkumný soubor

Dotazníky byly směřovány na osoby, které pečují o rodinného příslušníka-seniora v přirozeném prostředí domácnosti, či na osoby, které se této činnosti věnují profesionálně v kvalifikovaných zařízeních. Každou z obou skupin reprezentovalo 30 respondentů. Ve výběru respondentů nebyly kladeny žádné další požadavky – např. požadavek na určitou věkovou skupinu apod. Jedinou podmínkou pro zařazení do výzkumu bylo, aby respondent pečoval o seniora, a to buď jako laik v prostředí domácnosti, nebo jako profesionál v odborném zařízení.

Pečující osoby „laiky“, kteří pečují o seniora – obvykle svého rodinného příslušníka – v domácnosti, jsem získávala prostřednictvím informací kolegů a kolegyně, známých a rodiny. Hledání potencionálních respondentů bylo značně náročné, nakonec se mi však podařilo získat předem stanovený počet třiceti respondentů. Doporučené pečující osoby jsem poté osobně informovala o svém výzkumu a tázala jsem se jich, zda by byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Všichni dotazovaní byli velmi ochotní a vstřícní, ani jednou jsem se nesetkala s negativní reakcí či s neochotou dotazník vyplnit. Byli rádi, že se o jejich činnost někdo zajímá a že konečně mohou někomu říct, jakou „obět“ vlastně podstupují tím, že se o svého rodinného příslušníka starají sami.

Získávání respondentů „profesionálů“, kteří pečují o seniory v odborných zařízeních, bylo proti mému očekávání také náročné. V předem vybraném zařízení péče o seniory jsem se setkala neochotou a s jistou formou strachu z vyplnění dotazníku. Pracovníci se báli, že kdyby dotazník vyplnili „špatně“, zjistili by to jejich nadřízení, kteří by to s nimi konzultovali, a to by bylo nepříjemné. Tato reakce sice nebyla opodstatněná, jelikož dotazníky byly pokládány anonymně a pouze pro účely této práce, nicméně nám poskytuje určité informace o tom, jaké pocity mají pracovníci pečující o seniory při výkonu svého zaměstnání (více v diskuzi). Z tohoto důvodu jsem byla nucena požádat o vyplnění dotazníků jiné zařízení. Dotazníky byly nakonec zadány ve dvou domovech pro seniory a v jedné pečovatelské službě. V těchto zařízeních jsem se již s neochotou nesečkala, spíše naopak – všichni respondenti byli velice milí a vstřícní.

8 VÝSLEDKY

8.1 Dotazník pro osoby, které pečují o seniora (rodinného příslušníka) v přirozeném prostředí.

Otázka 1. – Vaše pohlaví?

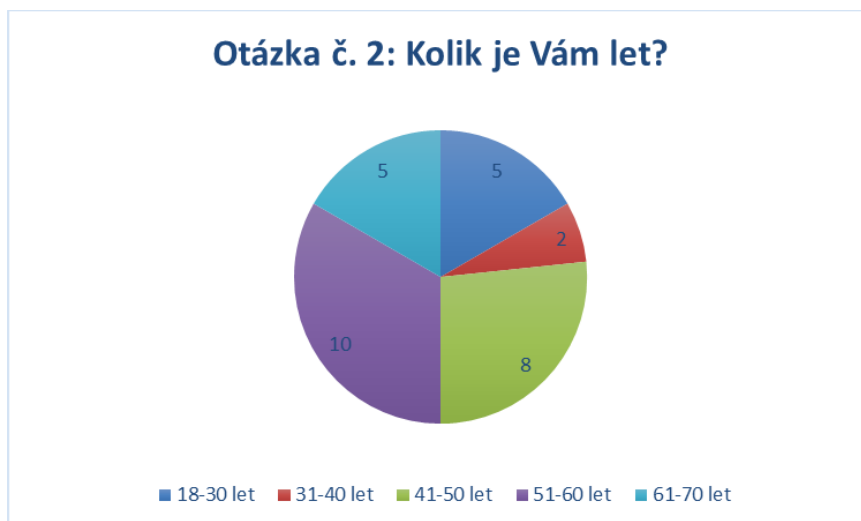
Z odpovědí na tuto otázku je zcela patrné, že péče o rodinné příslušníky staršího věku je v dotázaných domácnostech spíše ženskou záležitostí. Z 30 dotázaných byli pouze 4 muži.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 2. – Kolik je Vám let?

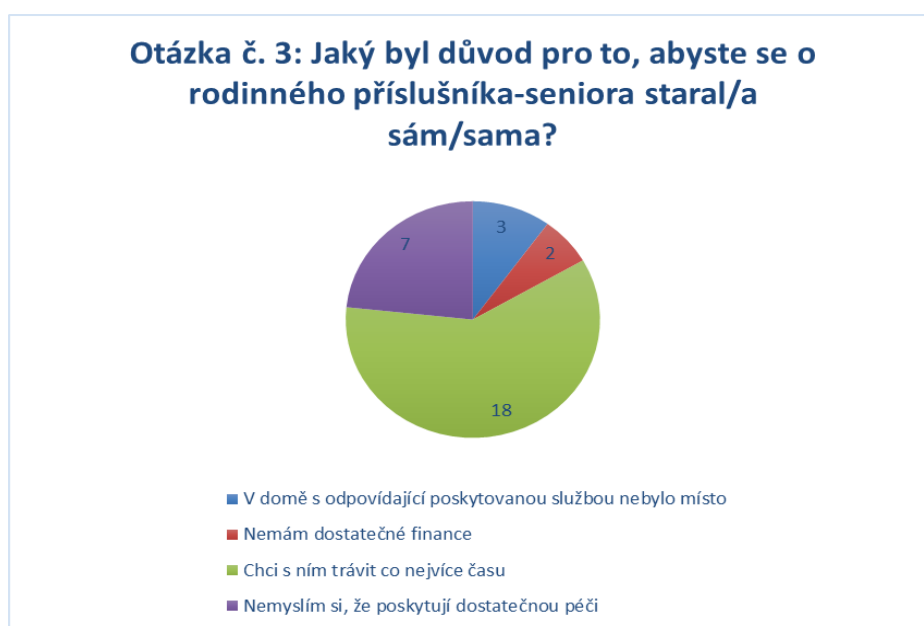
Položením této otázky je zjištěno, jaký je nejčastější věk osob pečujících o rodinného příslušníka staršího věku. Z výsledků je patrné, že nejméně dotázaných je ve věku od 31 let do 40 let, a dále ve věku 18–30 let a 61–70 let. Naopak nejvíce pečujících osob se nachází ve věku 51–60 let a ve věku 41–50 let.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 3. – Jaký byl důvod pro to, abyste se o rodinného příslušníka-seniora staral/a sám/sama?

Zodpovězením této otázky bylo zjištěno, proč se rodinní příslušníci rozhodli starat se o své rodinné příslušníky staršího věku sami. Nejčastější odpovědí je, že s ním chtějí trávit co nejvíce času (60 % dotázaných). Více než 20 % dotázaných se domnívá, že dostupná zařízení péče o seniory by jejich rodinným příslušníkům neposkytla dostatečnou péči. Dalšími faktory, i když ne tolik významnými, je nedostatek financí a naplněná kapacita zvoleného zařízení pro seniory.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 4. – Využíváte některé z nabízených služeb v souvislosti s péčí o rodinného příslušníka-seniora?

Z odpovědí na otázku 4 plyne, že osoby pečující o rodinné příslušníky staršího věku obvykle nevyužívají žádné pečovatelské či ošetrovatelské služby. Pokud už nějakou službu využívají, pak je to nejčastěji pečovatelská služba (23 %). Někteří z dotazovaných pak využívají služeb osobní ošetrovatelky, domova pro seniory, či případně služeb hospicových.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 5. – Jak dlouho se staráte o rodinného příslušníka-seniora?

Otázkou 5 byla zjištěna informace o délce trvání poskytované péče o rodinného příslušníka-seniora. Nejčastěji respondenti odpovídali, že se starají méně než rok (40 %). O dva respondenty méně (33 %) odpovědělo, že se starají o svého rodinného příslušníka staršího věku déle než rok, avšak méně než pět let. Odpovědi více než pět let a více než deset let byly zastoupeny minimálně.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 6. – Je vybavení vašeho bytu/domu přizpůsobeno zdravotnímu stavu rodinného příslušníka, o kterého pečujete?

Z odpovědí na otázku 6 je patrné, že většina dotazovaných nemá vybavení bytu či domu, ve kterém pečují o svého rodinného příslušníka-seniora, přizpůsobené jeho zdravotnímu stavu (47 %), anebo má uzpůsobenou pouze část bytu/domu (37 %). Pouze 5 respondentů má upravený celý byt či dům.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 7. – Staráte se o rodinného příslušníka-seniora sám/sama?

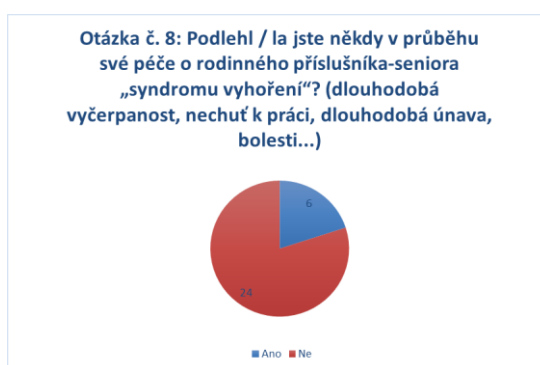
Na otázku 7 odpověděla většina dotázaných (70 %), že jim s péčí o seniora pomáhá zbytek rodiny. Čtyři osoby se starají o rodinného příslušníka samy a 3 osoby využívají pomoc formou jiných služeb. Dvěma osobám pomáhají přátelé a blízké okolí.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 8. – Podlehl/la jste někdy v průběhu své péče o rodinného příslušníka-seniora „syndromu vyhoření“? (dlouhodobá vyčerpanost, nechut' k práci, dlouhodobá únava, bolesti...)

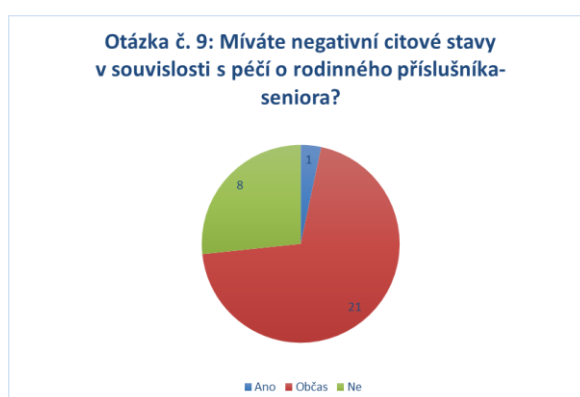
Většina respondentů na tuto otázku odpověděla, že nikdy syndromu vyhoření nepodlehla (80 %). Šest jedinců uvedlo, že syndromu vyhoření při péči o svého rodinného příslušníka-seniora podleho.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 9. – Míváte negativní citové stavy v souvislosti s péčí o rodinného příslušníka-seniora?

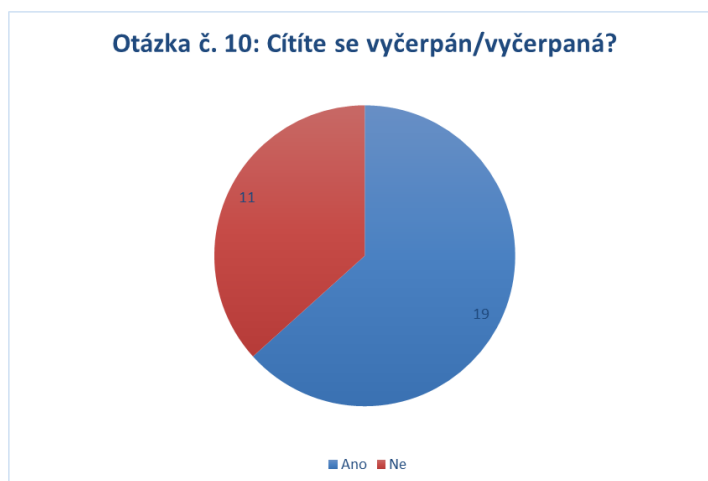
Na otázku, zda respondenti mívají negativní citové stavy v souvislosti s péčí o rodinného příslušníka, odpovědělo 21 dotazovaných občas. Osm osob odpovědělo, že ne, a pouze jedna osoba ano.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 10. – Cítíte se vyčerpán/vyčerpaná?

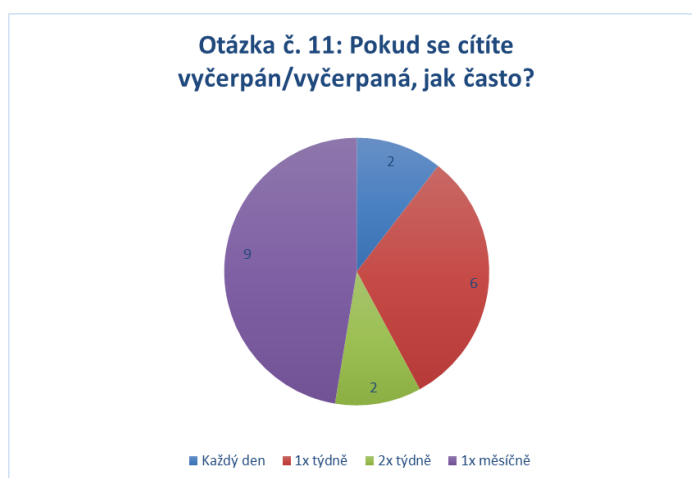
Nadpoloviční většina (19 dotazovaných) odpověděla, že ano. Jedenáct osob se vyčerpaně necítí.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 11. – Pokud se cítíte vyčerpán/vyčerpaná, jak často?

Tato otázka navazuje na předešlou otázku a táže se, jak často se osoby cítí vyčerpané. Devět dotazovaných se cítí vyčerpaně 1x měsíčně a šest se cítí vyčerpaně 1x týdně. Vždy dvě osoby odpověděly 2x týdně a každý den. Odpověď 1x za půl roku a 1x za rok nebyla nikým vybrána.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 12. – Uvažujete někdy o přesunutí rodinného příslušníka do odborných středisek?

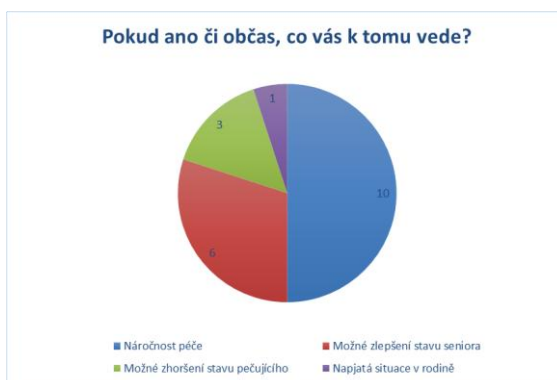
Nejčastější odpovědí s počtem 12 byla odpověď občas. Nikdy odpovědělo deset dotazovaných a osm osob odpovědělo, že ano.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Související otázka 12. – Pokud ano či občas, co vás k tomu vede? (otevřená otázka)

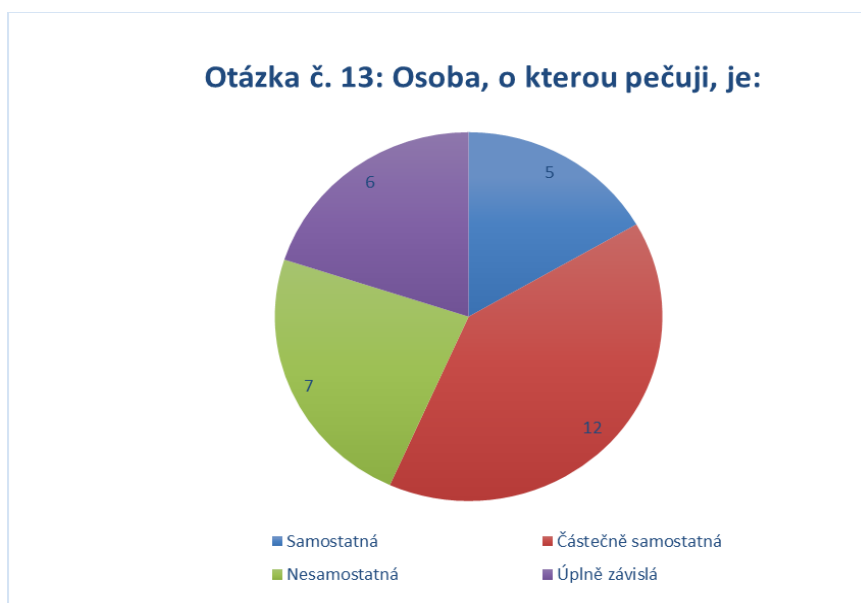
Na tuto otázku odpovídalo dvacet respondentů. Nejčastěji se objevovaly odpovědi, které by se daly označit jako náročnost péče – nezvládáme, oboustranně náročné, oboustranný stres, náročné na finance, náročné na čas, špatný zdravotní stav seniora (50 %). Šest z dotazovaných se domnívá, že by se jejich rodinnému příslušníku v odborném středisku vedlo lépe, že by se zlepšil jeho zdravotní stav. Tři respondenti pak zohledňují také svůj zdravotní stav a jeho možné zhoršení při poskytování péče. Jeden respondent uvedl jako důvod pro uvažování o přesunu seniora napjatou situaci v rodině.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 13. – Osoba, o kterou pečují, je:

Odpovědi na tuto otázku byly poměrně vyrovnané. Nejvíce dotazovaných zaškrtnlo odpověď částečně samostatná (40 %), sedm respondentů odpovědělo, že je to osoba nesamostatná (23 %). Šest osob se stará o osobu úplně závislou a pět osob o osobu samostatnou.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

8.2 Dotazník pro pečující pracující v odborném zařízení

Otázka 1. – Vaše pohlaví?

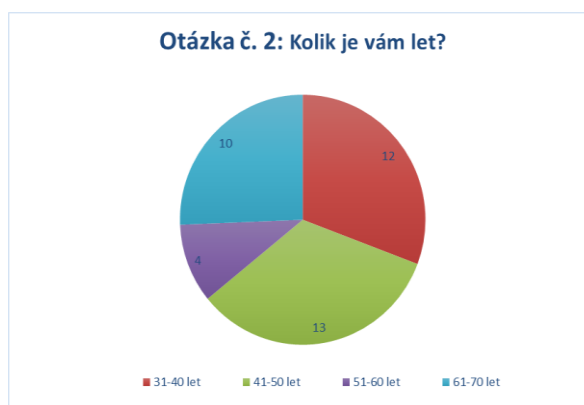
Ze třiceti respondentů pečujících o seniory v odborných střediscích bylo dvacet sedm žen a pouze tři muži.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 2. – Kolik je vám let?

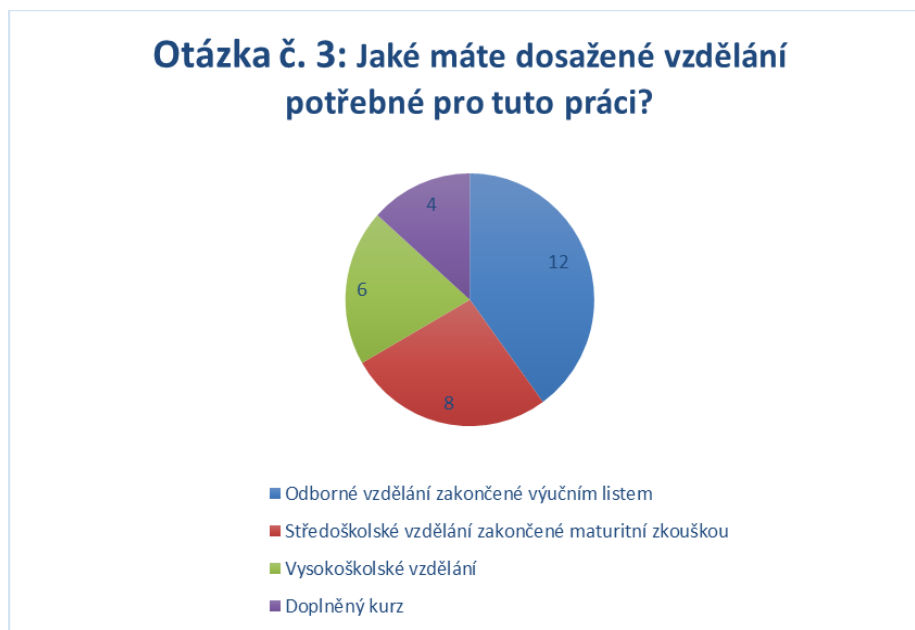
Třináct dotazovaných je ve věku 41–50 let a dvanáct je ve věku 31–40 let. Můžeme tedy říci, že více než 80 % respondentů je starších než třicet, ale mladších než padesát let. Čtyři osoby vykonávající toto povolání jsou ve věku 51–60 let a pouze jedna osoba je ve věku 61–70 let. Žádný z oslovených respondentů nebyl mladší než třicet let.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 3. – Jaké máte dosažené vzdělání potřebné pro tuto práci?

Nejčastěji zastoupeným stupněm vzdělání je mezi respondenty odborné vzdělání zakončené výučním listem (40 %). Druhým nejvíce zastoupeným stupněm vzdělání je středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou (27 %). Šest osob má vysokoškolské vzdělání a čtyři osoby vykonávají toto zaměstnání s doplněným kurzem.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 4. – Máte rád/ráda tuto práci?

Zde se všichni respondenti shodli na odpovědi ano.

Související otázka k otázce 4. – Pokud ano, proč? (otevřená otázka)

Na tuto otázku odpovědělo celkem 29 respondentů. Více než polovina respondentů uvedla odpovědi, které by se daly shrnout pod výpověď Rád/ráda pomáhám. Sedm dotazovaných odpovědělo, že rádi pracují s lidmi, a šest respondentů uvedlo odpovědi typu, že je práce naplňuje, že cítí uspokojení nebo že jejich práce má smysl.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 5. – Myslíte si, že vás tato práce naplňuje?

Na tuto otázku odpovědělo dvacet devět respondentů, že je práce naplňuje. Pouze jeden člověk odpověděl, že ne.



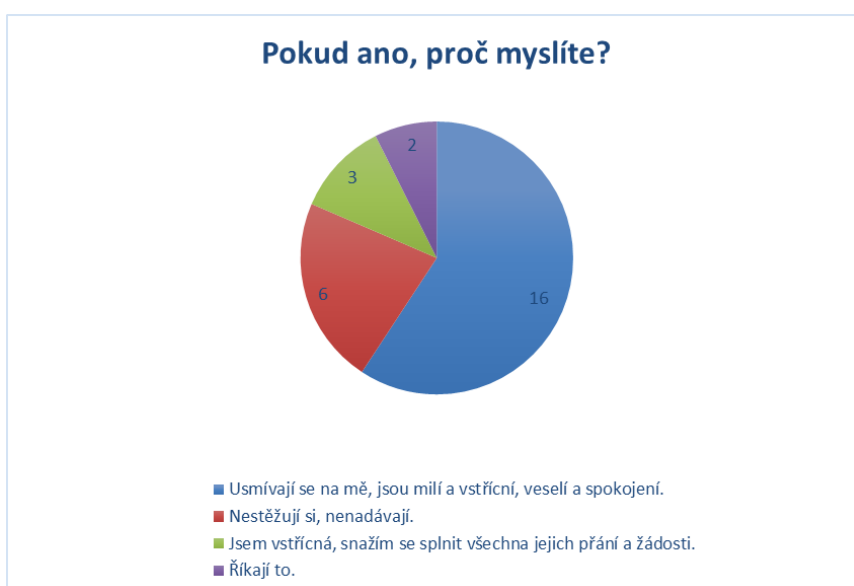
Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 6. – Jsou s vaší prací klienti spokojeni?

Také na této otázce se většina respondentů shodla, a uvedla, že ano. Dva dotazovaní otázku nezodpověděli s tím, že to nemohou posoudit.

Související otázka k otázce 6. – Pokud ano, proč myslíte? (otevřená otázka)

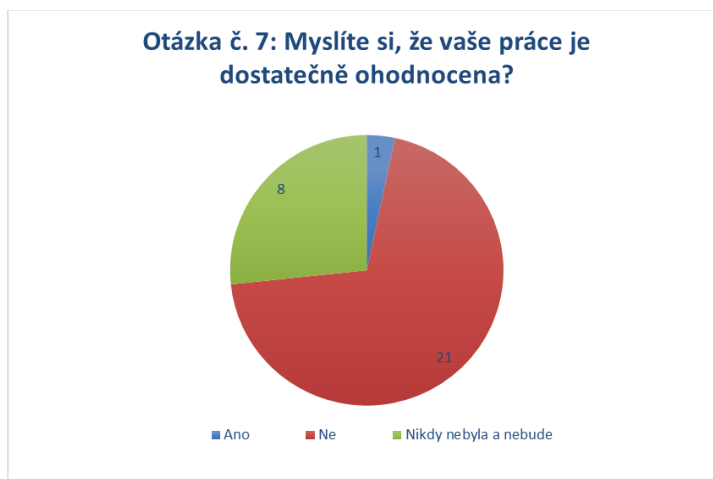
Odpovědi na tuto otevřenou otázku jsem shrnula do čtyř kategorií. Většina respondentů soudí, že jsou klienti spokojeni, podle toho, že se na ně usmívají, jsou milí, vstřícní, veselí a spokojení (16 respondentů). Druhá skupina respondentů pak zohledňuje především to, že si na ně klienti nijak nestěžují, nenadávají a nepocitují od nich žádné negativní reakce (6 dotazovaných). Tři respondenti tak soudí na základě toho, že oni sami plní správně své povinnosti a jsou ke klientům vstřícní. Dva dotazovaní pak vycházejí z toho, že jim to klienti sami řekli. Tři respondenti otázku nezodpověděli.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 7. - Myslíte si, že vaše práce je dostatečně ohodnocena?

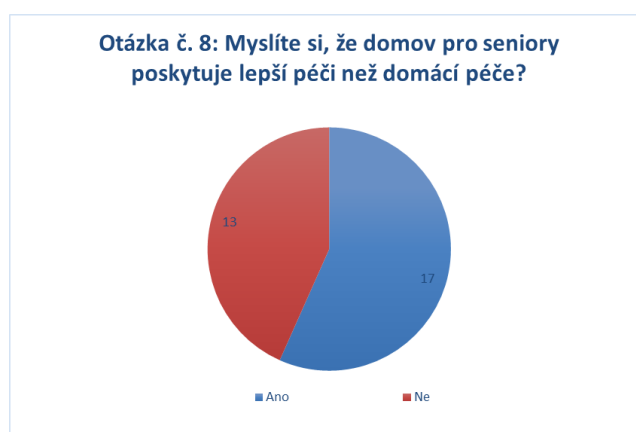
Také zde se většina dotazovaných shoduje, tentokrát však v negativních odpovědích. Dvacet jedna dotazovaných odpovědělo, že jejich práce není dostatečně ohodnocena, a osm zaškrtnulo, že nikdy nebyla a nebude. Pouze jedna osoba se domnívá, že je její práce dostatečně ohodnocena.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 8. – Myslíte si, že domov pro seniory poskytuje lepší péči než domácí péče?

Na tuto otázku odpovědělo sedmnáct osob z třiceti dotazovaných ano a třináct osob ne.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Související otázka s otázkou 8. – Pokud ano, proč?

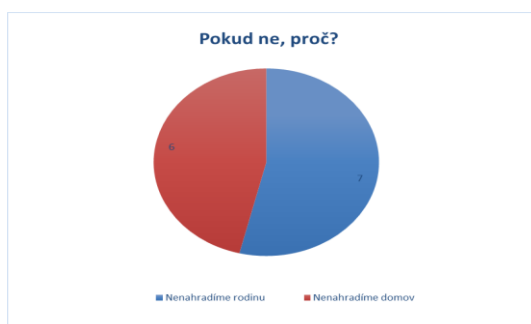
Z odpovědí na tuto doplňující otázku je patrné, že respondenti, kteří uvedli, že domov pro seniory poskytuje lepší péči než péče domácí, zohledňují především fyzické zdraví seniorů. Devět respondentů si myslí, že je domov pro seniory lepší proto, že seniorům nabízí celodenní péči, zajišťuje jim stravu apod. Pět respondentů tak soudí na základě toho, že je zde seniorům k dispozici odborný zdravotnický personál. Tři dotazovaní pak uvádějí, že je zde zajištěna rychlá pomoc v případě potřeby.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Související otázka k otázce 8. – Pokud Ne, proč?

Naopak respondenti, kteří si myslí, že domov pro seniory lepší není, zohledňují především zdraví psychické. Jejich odpovědi pak téměř jednotně uvádějí, že nic nemůže nahradit rodinu (7 respondentů) a domov (6 respondentů).



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 9. – Cítíte se vyčerpán/vyčerpaná po pracovním dnu?

Většina respondentů se na konci pracovního dne cítí vyčerpaná (87 %). Pouze čtyři dotazovaní uvedli, že se vyčerpaně necítí.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 10. – Podlehl/la jste někdy, za dobu své práce, „syndromu vyhoření“?

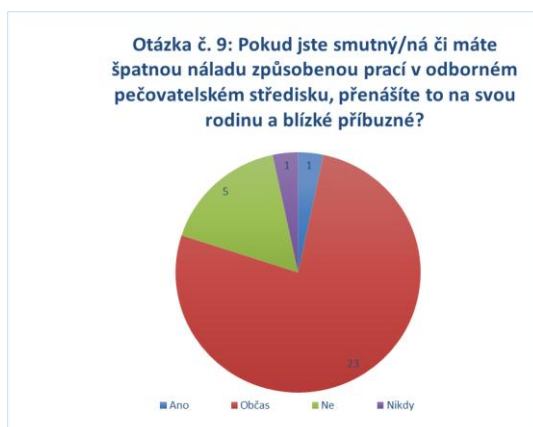
Zde byly odpovědi poměrně vyrovnané: šestnáct dotazovaných odpovědělo, že ne, a čtrnáct odpovědělo, že ano.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 11. – Pokud jste smutný/ná či máte špatnou náladu způsobenou prací v odborném pečovatelském středisku, přenášíte to na svou rodinu a blízké příbuzné?

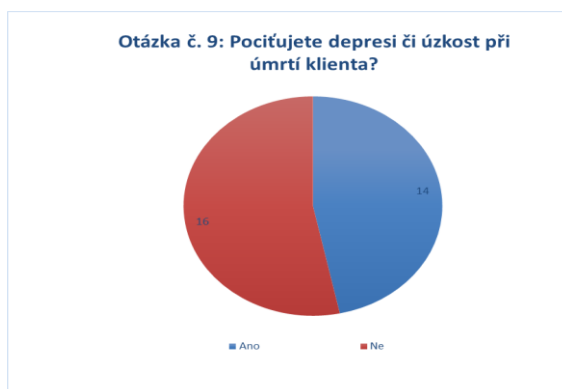
Většina respondentů zde uvedla, že své negativní pocity občas na svou rodinu přenáší (77 %). Pět respondentů uvedlo, že své negativní pocity nepřenáší. Po jedné osobě se shodlo na odpovědi ano a nikdy.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Otázka 12. – Pociťujete depresi či úzkost při úmrtí klienta?

Také zde byly odpovědi poměrně vyrovnané. Šestnáct dotazovaných odpovědělo, že depresi či úzkost při úmrtí některého z klientů nepociťují. Čtrnáct respondentů pak uvedlo, že ano.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

Související otázka s otázkou 12. – Pokud ano, jak léčíte případnou úzkost či depresi?

Sedm dotazovaných se shodlo na odpovědi – procházkou v přírodě či jiným pohybem. Dva respondenti se odreagovávají v blízkosti své rodiny či přátel. Další pak jako způsob odreagování využívají odpočinek, práci či své koníčky a zábavu. Dva lidé na tuto otázku neodpověděli.



Zdroj: vlastní výzkum, 2016

9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE

9.1 Péče o seniory v přirozeném prostředí

Z výsledků dotazníků plyne, že o rodinné příslušníky-seniory pečují v domácnosti spíše ženy (87 %), než muži. Toto zjištění naplňuje stereotypní vnímání žen jako matek pečovatelek a ošetřovatelek a mužů jako živitelů rodiny – stále však musíme mít na paměti velikost vzorku a předpokládat, že při větším počtu respondentů by se počet mužů pečovatelů mohl zvýšit. Zjištění samo o sobě překvapivé není, na péči o potřebné osoby se obvykle podílí celá rodina. Muži se tak na péči většinou podílí také, avšak jiným způsobem (např. finanční zabezpečení), kdy rodina tuto pomoc potřebuje také mnoho.

Nejvíce pečujících osob je ve věku od 41 do 60 let, což znamená, že se starají nejspíše o své rodiče, kteří jsou právě v tom věku, kdy potřebují nejvíce pomoci. Několik osob je ve věku 61–70 let, z čehož se můžeme domnívat, že nejspíše pečují o své partnery či partnerky. Překvapením může být i vyšší zastoupení mladých lidí (18 - 30 let). Při podrobnějším zkoumání odpovědí těchto „mladých“ navíc zjišťujeme, že pečují o své blízké především proto, že s nimi chtějí trávit co nejvíce času, že při péči nepocítují žádné negativní stavy, nejsou nebo jsou minimálně vyčerpaní a že neuvažují o tom, že by seniora přesunuli do ústavní péče. To jsou velmi potěšující zjištění, jelikož mladí lidé mají obvykle mnoho jiných zájmů a povinností, přesto však chtějí pomáhat a baví je to. Na druhou stranu však musíme uvést, že tito mladí respondenti o své blízké ve všech případech pečují kratší dobu než jeden rok a osoba, o kterou pečují, je ve třech případech samostatná a ve dvou částečně samostatná. Tyto okolnosti mohou být také důvodem pro to, že jsou odpovědi mladých respondentů takto „pozitivní“.

Hlavním důvodem pro to, že se lidé rozhodnou pečovat o své rodinné příslušníky-seniory sami v přirozeném prostředí domácnosti, je ten, že s ním chtějí trávit co nejvíce času. Lidem pravděpodobně dochází, že času není nikdy nazbyt, a že pokud by svého rodinného příslušníka umístili do některého z odborných zařízení, nenašli by si na něho tolik času, kolik mu mohou věnovat doma. Též mohou myslet na psychické zdraví

opečovávaného – tím, že bude více času s rodinou, a ne s cizími lidmi, se mu jistě bude dařit lépe. Sedm respondentů se rozhodlo pečovat o svého rodinného příslušníka-seniora doma, jelikož se domnívají, že odborná zařízení neposkytují dostatečnou péči. Jelikož v zařízeních péče o seniory pracují kvalifikovaní pečovatelé a ošetřovatelé, kteří jsou seniorům dostupní 24 hodin denně, a jejichž pracovní náplní je poskytovat seniorům veškerou péči, zdá se nám tento názor velmi subjektivní. Může být buď podmíněn určitou negativní zkušeností či předsudky, nebo mohou respondenti zohledňovat psychickou stránku péče, kde jsou oprávněni se domnívat, že oni sami se o seniora postarají lépe. Je jasné, že rodinu a domov odborná zařízení nahradit nemohou, přesto však nabízejí seniorům jiné druhy trávení volného času a jistě pečují i o jejich psychické zdraví. U pěti respondentů ovlivnily volbu typu péče vnější okolnosti – ve třech případech to byl nedostatek volných míst v zařízení jejich výběru a ve dvou případech pak nedostatečné finance. Zde můžeme soudit, že pokud by byly tyto okolnosti jiné, pak by raději zvolili péči ústavní, což se podle výsledků dotazníků potvrzuje u čtyř z pěti případů. Také se můžeme domnívat, že tito respondenti mohou mít z péče o seniora ve větší míře negativní citové stavy, mohou být více vyčerpaní a hrozí jim větší riziko syndromu vyhoření. To se potvrzuje u třech respondentů, kteří uvádějí, že mají občas negativní citové stavy, že jsou velmi vyčerpaní (každý den, 1x týdně), a ve dvou případech dokonce, že podlehli syndromu vyhoření. Naopak u respondentů, kteří se rozhodli pečovat o seniora opravdu jen ze své vlastní vůle, předpokládáme, že k výše popsaným negativním stavům nebude docházet nebo k nim bude docházet méně často. I tento předpoklad můžeme potvrdit – sedm respondentů (z 25) uvádí, že syndromu vyhoření nepodlehlo, vyčerpaní nejsou vůbec a negativní citové stavy mají jen občas; 13 respondentů syndromu vyhoření nepodlehlo, negativní citové stavy mají občas a vyčerpaní jsou v malé míře (1x měsíčně, ojediněle 1x nebo 2x týdně); pouze čtyři respondenti pak uvádějí, že syndromu vyhoření podlehli, negativní citové stavy mají občas a vyčerpaní jsou často (1x týdně, každý den).

Na otázku, zda respondenti využívají při péči o seniora služeb nějakého odborného zařízení, odpovídá polovina respondentů, že ne, a polovina ano (nejčastěji pečovatelská služba, dále osobní ošetřovatelka a domov pro seniory). Zde můžeme předpokládat,

že ve větším stresu budou osoby, které žádných služeb nevyužívají. Tento předpoklad ovšem na základě výsledků dotazníků potvrdit nemůžeme, jelikož v obou případech nalezneme devět respondentů, kteří stresem spíše netrpí (žádné vyčerpání nebo maximálně 1x měsíčně; negativní citové stavy žádné nebo občas; syndrom vyhoření ne) a šest respondentů, kteří jím trpí (časté vyčerpání; negativní citové stavy ano nebo občas; syndrom vyhoření ano i ne).

Z otázky č. 5 je patrné, že pečující se ve většině případů starají o seniora méně než rok či méně než pět let. Pro stanovení předpokladů v této oblasti se jistě najde mnoho pro a proti (kratší doba – odhodlání x náhlá změna životního stylu; delší doba – únava x zvyk), proto jsme si žádné předpoklady nestanovovali. Přesto můžeme ve výsledcích vidět náznak toho, že čím je péče delší, tím je stresovější – zejména u péče delší než deset a více let (z šesti respondentů tři uvádějí, že podlehl syndromu vyhoření, dva, že jsou vyčerpáni 2x týdně, a jeden, že je vyčerpán 1x měsíčně).

Další otázka se táže na přizpůsobení domácnosti pečujících zdravotnímu stavu seniora. O jednoho respondenta více než polovina má domácnost alespoň částečně přizpůsobenou. O jednoho respondenta méně než polovina pak domácnost uzpůsobenou nemá. Předpoklad, že neuzpůsobená domácnost může ve větší míře způsobovat stres, se ve výzkumu potvrdil. Respondenti, kteří domácnost uzpůsobenou nemají, se v devíti případech buď cítí často vyčerpání, nebo dokonce podlehl syndromu vyhoření; v pěti případech se pak vyčerpání necítí vůbec nebo minimálně (1x měsíčně). Naopak respondenti, kteří mají domácnost alespoň částečně uzpůsobenou zdravotnímu stavu seniora, se cítí často vyčerpání nebo dokonce „vyhoření“ pouze ve třech případech, ve 13 případech pak vyčerpání nejsou vůbec nebo jen minimálně. Zásadní složkou je, na kolik jedinci potřebují mít domácnost uzpůsobenou zdravotnímu stavu seniora.

Z otázky č. 7 plyne, že pouze čtyři respondenti se o seniora starají sami, ostatním pomáhá nejčastěji rodina, nebo pak přátelé či odborníci. Předpoklad, že pečující, kteří se starají úplně sami, jsou vystaveni většímu stresu, můžeme spíše potvrdit. Jeden ze čtyř respondentů sice uvádí, že syndromu vyhoření nepodleh, negativní pocity nepocítuje, vyčerpáný není a nikdy neuvažoval o tom, že by svého rodinného

příslušníka-seniora, o kterého se stará, umístil do ústavního zařízení; ostatní ovšem uvádějí, že o přesunu uvažují, negativní pocity mívají občas a jsou často vyčerpaní nebo dokonce podlehlí syndromu vyhoření. Zde je tedy poměr „stres“ vs. „nestres“ 75 % ku 25 %. Naopak u respondentů, kterým s péčí někdo pomáhá, je tento poměr 33 % ku 67 %.

Otázka č. 8 se týkala syndromu vyhoření. Na základě některých odpovědí, musíme zhodnotit formulaci této otázky poněkud kriticky. Celkem šest respondentů uvedlo, že syndromu vyhoření podlehlí, z nich všichni ovšem uvádějí, že negativní citové stavy pociťují jen občas, nebo dokonce vůbec. Pouze jeden z nich pak uvádí, že se cítí vyčerpaný každý den, další tři jsou vyčerpaní 1x týdně, jeden dokonce pouze 1x měsíčně a jeden vůbec. O přesunu uvažují dva respondenti, tři občas a jeden dokonce vůbec. Na základě těchto rozporů tedy soudím, že respondenti považují syndrom vyhoření spíše za jednorázový stav, který občas pociťují a který je specifikován v závorce v otázce (dlouhodobá vyčerpanost, nechů k práci, dlouhodobá únava, bolesti hlavy apod.). Z hlediska relevance výsledků by proto bylo lepší položit otázky týkající se těchto symptomů a na základě odpovědí na tyto otázky poté stanovit stupeň „vyhoření“ u jednotlivých respondentů. Položení této otázky však není úplně nevyhovující, z odpovědí je jasné, že respondenti symptomy syndromu vyhoření pociťují.

Negativní citové stavy mívá 22 respondentů ze třiceti (z nich 21 občas). Vyčerpání pociťuje 19 lidí. Z nich dva každý den, šest 1x týdně, dva 2x týdně a devět 1x měsíčně. O přesunu seniora do odborných pečujících zařízení uvažuje dvacet respondentů (z toho 12 občas), a to zejména z důvodu náročnosti péče (ať již na čas, peníze či na schopnosti), několik respondentů se pak domnívá, že se v odborném zařízenílepší seniorův zdravotní stav.

Poslední otázku dotazníku jsem pokládala s předpokladem, že stupeň samostatnosti/závislosti seniora bude mít na psychiku pečujícího patrně největší vliv. Pět respondentů uvádí, že pečují o osobu samostatnou – dohlíží na chod domácnosti, komunikují s ní, popř. s něčím pomohou; dvanáct respondentů pečuje o osobu částečně

samostatnou – dohlíží na přípravu pokrmů, případný odvoz k lékaři či správné dávkování léků apod.; devět respondentů o osobu nesamostatnou – starají se o hygienu, stravování, dávkování léků apod.; a šest o osobu úplně závislou – osoba je upoutaná na lůžko, pečují o ni 24 hodin denně. Na základě výsledků dotazníků můžeme s jistotou potvrdit, že předpoklad, že s rostoucím stupněm závislosti se zvyšuje výskyt negativních psychických stavů pečujících, se naplnil. Tento fakt dokazuje následující tabulka.

Tabulka č. 1: Vliv stupně závislosti seniora na psychický stav pečujícího

		samostatná (celkem 5x)	částečně samostatná (celkem 12x)	nesamostatná (celkem 7x)	úplně závislá (celkem 6x)
syndrom vyhoření	ano	0; 0 %	1* ; 8 %	2; 29%	3; 50 %
	ne	5; 100 %	11; 92 %	5; 71 %	3; 50 %
negativní pocity	ano	0; 0 %	0; 0 %	1; 14 %	0; 0 %
	občas	2; 40 %	9; 75 %	4; 57 %	6; 100 %
	ne	3; 60 %	3; 25 %	2; 29 %	0; 0 %
vyčerpání	každý den	0; 0 %	0; 0 %	0; 0 %	2; 33 %
	1x týdně	0; 0 %	2; 17 %	3; 43 %	1; 17 %
	2x týdně	0; 0 %	0; 0 %	0; 0 %	2; 33 %
	1x měsíčně	1; 20 %	3; 25 %	3; 43 %	1; 17 %
	ne	4; 80 %	7; 58 %	1; 14 %	0; 0 %
přesun	ano	0; 0 %	1; 8 %	3; 43 %	3; 50 %
	občas	0; 0 %	6; 50 %	3; 43 %	3; 50 %
	ne	5; 100 %	5; 42 %	1; 14 %	0; 0 %

Zdroj: vlastní výzkum, 2016

* Tento respondent sice uvádí, že syndromu vyhoření podlehl, dále ovšem uvádí, že negativní citové stavy mívá jen občas, že se vyčerpaný necítí nikdy a že o přesunu seniora do odborného zařízení neuvažuje. Můžeme se tedy domnívat, že jeho odpověď na otázku, zda podlehl syndromu vyhoření, by měla být spíše ne.

9.2 Péče o seniory v odborných zařízeních

Podobně jako v dotazníku pro pečovatele „laiky“ se i zde ukazuje, že jako pečovatelé a ošetřovatelé v odborných zařízeních péče o seniory pracují spíše ženy (90 %). Ani zde není tento výsledek překvapivý, jelikož problém feminizace pečovatelské profese, podobně jako jiných profesí ve sféře sociálních prací či profesí souvisejících s výchovou, je obecně znám.

Pracovníci zařízení péče o seniory, kteří vyplnili výzkumný dotazník, jsou nejčastěji ve věku 31–50 let (87 %). Zastoupeni jsou i pracovníci starší, ovšem lidé mladší než 30 let se ve výzkumném vzorku nevyskytli – což je poněkud překvapující. Není nikde uvedeno, že v jiných zařízeních se tyto jedinci nevyskytují, pouze v dotazovaných zařízeních tyto jedinci nebyli.

Podobně jako první dvě otázky měla i otázka třetí spíše doplňující funkci. Z výsledků můžeme vyčíst, že respondenti mají nejčastěji odborné vzdělání zakončené výučním listem, dále pak odborné vzdělání zakončené maturitní zkouškou a vysokoškolské vzdělání. Nejméně respondentů má své odborné vzdělání doplněné pouze na základě rekvalifikačního kurzu.

Další čtyři otázky byly zaměřeny na to, jak jsou pracovníci se svým zaměstnáním spokojeni. Zjišťujeme, že všichni respondenti mají svou práci rádi, a to především proto, že rádi pomáhají a rádi pracují s lidmi. To je velmi pozitivní výsledek, i když se samozřejmě můžeme ptát, zda všichni respondenti odpověděli popravdě. Jelikož byl ovšem výzkum anonymní, můžeme předpokládat, že ano.

Dále se dozvídáme, že až na jednu výjimku tato práce všechny respondenty naplňuje. Při dalším zkoumání dotazníku respondenta, který uvedl, že ho práce nenaplňuje, zjišťujeme, že podle něj není práce dostatečně ohodnocena, že se cítí vyčerpan a dokonce že podlehl syndromu vyhoření. Z toho můžeme soudit, že tohoto respondenta jeho práce opravdu spíše nebaví a není s ní spokojen (otázkou pak zůstává, proč uvedl, že má svou práci rád). Jelikož v návaznosti na dotazníky neproběhla žádná interview, můžeme se o jeho důvodech jen dohadovat, pro nás je však důležité zjištění, že 29 respondentů z 30 jejich práce naplňuje.

28 respondentů pak soudí, že jsou s jejich prací klienti/senioři spokojeni (dva respondenti uvádějí, že tuto skutečnost nemohou posoudit). A téměř všichni dotazovaní se domnívají, že jejich práce není dostatečně ohodnocena (1 soudí, že je). Ani to není zjištění překvapivé, jelikož je známé, že platy v tomto odvětví příliš vysoké nejsou, a to i přesto, že je to práce velmi náročná. Potěšující je ovšem fakt, že i přesto mají respondenti svou práci rádi, naplňuje je a patrně v ní chtějí pokračovat.

Otázka č. 8 se ptá, zda si respondenti myslí, že domov pro seniory poskytuje seniorům lepší péči než péče v domácnosti. Předpokládali jsme, že většina respondentů odpoví, že ano, jelikož tuto práci sami vykonávají. Tento předpoklad se ovšem potvrdil jen z části – většina respondentů (57 %) se domnívá, že domov pro seniory poskytuje seniorům lepší péči než péče v domácnosti, poměrně velké procento respondentů (43 %) se ovšem domnívá, že lepší péči neposkytuje. Při vyhodnocení odpovědí na doplňující otázku, proč tak usuzují, zjišťujeme, že respondenti, kteří se domnívají, že domovy pro seniory poskytují lepší péči, zohledňují především fyzické zdraví seniorů (celodenní péče, odborný personál) a respondenti, kteří se domnívají, že domovy pro seniory lepší péči neposkytují, pak naopak zohledňují především zdraví psychické (role rodiny a domova).

Poslední čtyři otázky z dotazníku směřovaly na psychický stav respondentů. Dozvídáme se, že 26 respondentů se po pracovním dni cítí vyčerpano. Toto číslo se nám zdá poměrně vysoké. Je přirozené, že je člověk po příchodu z práce domů poněkud unavený, otázkou ovšem je v jaké míře ho naplňuje. Tuto otázku by tudíž bylo lepší více specifikovat, což je bohužel nedostatkem tohoto výzkumu, kterého jsem si vědoma. O nedostatečích formulace otázky tázající se na syndrom vyhoření již byla řeč výše. Počet respondentů, kteří uvádějí, že syndromu podlehli, je zde poměrně vysoký (14 respondentů). Jistě je oprávněný můj úsudek, že tito lidé jsou ze své práce vyčerpanější a že jim hrozí vyšší riziko syndromu vyhoření, než lidem, kteří uvedli, že vyhoření nepodlehli. Jistě často pocítují symptomy, které jsou uvedené v otázce (dlouhodobá vyčerpanost, nechůť k práci, dlouhodobá únava, bolesti hlavy apod.). Konečnou fází syndromu vyhoření však pravděpodobně neprošli, jelikož by tuto práci

již dále nevykonávali. Pokud zohledním také ostatní odpovědi těchto respondentů, je možné usoudit, že vážné riziko syndromu vyhoření hrozí jednomu respondentovi (práce ho nenaplňuje, je vyčerpaný) a v pokročilém stupni syndromu mohou být další tři respondenti (jsou vyčerpaní, přenášejí svůj smutek a negativní pocity na ostatní a pociťují depresi či úzkost při úmrtí klienta).

Z odpovědí na otázku č. 11 zjišťujeme, že 24 respondentů je ze své práce smutných a má špatnou náladu, ale navíc tyto pocity přenáší i na svou rodinu a blízké (z toho 23 jen občas). Předpoklad, že lidé, kteří své negativní pocity přenášejí na ostatní, mohou být v pokročilejší fázi syndromu vyhoření, potvrdit nemůžeme, jelikož procentuální zastoupení těch, kteří uvádějí, že syndromu podlehli, a těch, kteří mu nepodlehli, je v obou případech (přenášení i nepřenášení negativních pocitů) stejný, a to 50 % na 50%.

Poslední otázka se táže na to, zda pečující pociťují úzkost či depresi při úmrtí svých klientů. Zde bylo předpokladem, že psychická odolnost, resp. citlivost respondentů bude velkým stresorem a bude mít tudíž souvislost s odpověďmi na otázku č. 10 (syndrom vyhoření). Tento předpoklad se nenaplnil, spíše se zdá, že opak je pravdou. Lidé, kteří uvádějí, že depresi či úzkost při úmrtí klientů pociťují, z 64 % uvádějí, že syndromu vyhoření nepodlehli. Naopak lidé, kteří odpověděli, že depresi či úzkost nepociťují, z 56 % uvádějí, že syndromu vyhoření podlehl. Jelikož však procenta nejsou extrémně vysoká, můžeme spíše soudit, že tyto dvě proměnné spolu nesouvisejí, což je pro mne ovšem velmi překvapující výsledek.

Pokud depresi či úzkosti při úmrtí klienta respondenti podléhají, léčí je nejčastěji procházkou či jiným pohybem.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo poskytnout čtenářům vzhled do problematiky péče o seniory, popsat specifika a náročnost této činnosti a na základě výzkumu posoudit, zda se pečující při péči o seniory potýkají se stresem, které příčiny ho vyvolávají a jak se s ním vyrovnávají.

V teoretické části práce se zabývám tématem stáří, dále v obecném měřítku tématem pečovatelských a ošetrovatelských, stresem a syndromem vyhoření. Specifické kapitoly pak tvoří možnosti péče o seniory a stresové situace při péči o seniory.

Na základě těchto teoretických východisek byl sestaven výzkum mapující psychologický stav pečujících osob, jejich argumenty a názory a především jejich kontakt se stresem. Výzkum probíhal formou dotazníků ve dvou výzkumných souborech – osoby „laici“ pečující o seniory (své rodinné příslušníky) v domácnostech a osoby „profesionálové“ pečující o seniory v odborných zařízeních.

Vedle poměrně nepřekvapivých výsledků (např. co se týče pohlaví respondentů) plyne z výzkumu i mnoho velmi zajímavých poznatků. Velice potěšující je zjištění, že se o seniory (své rodinné příslušníci) starají i mladí lidé ve věku 18–30 let, a to zejména proto, že s nimi chtějí trávit co nejvíce času. Tito lidé se navíc jen zřídka potýkají se stresem. Těšit nás může také to, že lidé obvykle pečují o své rodinné příslušníky-seniory čistě z vlastní vůle (chtějí s nimi trávit čas, myslí si, že jim poskytnou lepší péči než odborné středisko). Jen málo respondentů se rozhodlo, nebo spíše bylo donuceno, pečovat o seniory převážně nebo výhradně vnějšími okolnostmi. Dalším poměrně pozitivním výsledkem je, že pouze šest osob ze třiceti pečujících „laiků“ se domnívá, že podlehl syndromu vyhoření, tzn., že je péče příliš vyčerpává, netěší je a raději by rodinného příslušníka přesunuli do ústavní péče (nedostatky formulace související otázky jsou popsány v diskuzi).

Psychický stav a potažmo stresové stavy pečujícího jsou na základě výzkumu nejvíce ovlivněny stupněm závislosti seniora (čím je senior závislejší, tím je pečující vyčerpanější). Souvislost se stupněm vyčerpanosti pečujících má také to, zda se rozhodli o seniora pečovat čistě z vlastní vůle nebo z donucení vnějšími okolnostmi.

Dalšími stresory se pak ukázaly i delší doba péče (více než deset let), nepřizpůsobení domácnosti zdravotnímu stavu seniora a fakt, zda pečující pečuje úplně sám, či zda mu v péči někdo pomáhá (rodina, přátelé, odborná zařízení).

Z dotazníků pro pečující osoby „profesionály“ pak plyne, že tyto osoby mají svoji práci rádi, naplňuje je a domnívají se, že jsou s jejich prací klienti spokojeni. Přesto se 26 respondentů ze třiceti cítí vyčerpaní a polovina se domnívá, že podlehli syndromu vyhoření. Toto je velmi znepokojující fakt, a bylo by potřebné zjistit, čím je tato situace způsobena. Jelikož se respondenti domnívají, že jsou s nimi klienti spokojeni, pak to zřejmě nebude tím, že se jim zdá jejich práce zbytečná. Jistě to bude náročností samotné profese a také možná tím, že jejich práce není dostatečně finančně ohodnocena (což uvádí 29 respondentů).

Poněkud překvapující může být zjištění, že téměř polovina pracovníků v zařízeních péče o seniory se domnívá, že tato zařízení neposkytují lepší péči než péče rodinných příslušníků v domácnosti. Tito respondenti ovšem zohledňují především psychickou stránku zdraví seniora (pokud bychom brali v úvahu stránku fyzickou, pak respondenti uvádějí, že odborná zařízení lepší péči poskytují). Z toho ovšem můžeme vyvodit, že potenciálně nejlepší formou péče je kombinace péče ústavní a péče domácí. Ať už je o seniora pečováno doma a vypomáhá pečovatelská služba či osobní ošetřovatelka, nebo je senior umístěn v odborném zařízení, ale rodina ho často navštěvuje, komunikuje s ním a případně přebírá určité úkony pečovatelek či si ho na víkend bere domů, je to myslím ta nejlepší možnost. Zaopatřeno je tak jak fyzické, tak i psychické zdraví seniora.

Hlavní předpoklad stanovený ve výzkumu, že péče o seniora je pro jejich rodinné příslušníky i pro pečující osoby v odborných zařízeních mimořádně velkou zátěží, vedoucí k řadě emočních a behaviorálních symptomů, se ve výzkumu potvrdila. Zajímavé může být zjištění, že je mimořádně těžká a stresující nejen pro pečující rodinné příslušníky, ale mnohdy i více pro odborný pečující personál.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. **BARTOŠÍKOVÁ**, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-0.
2. **ČESKO**. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*, 2006, částka 37.
3. **DVOŘÁČKOVÁ**, Dagmar. *Sborník, V. mezinárodní konference, Problematika – generace 50 plus*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích – Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-100-0.
4. **GRUSS**, Peter (ed.). *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
5. **HARTL**, Pavel a **HARTLOVÁ**, Helena. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-x.
6. **HAUKE**, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
7. **HOLEKSOVÁ**, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
8. **JAROŠOVÁ**, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
9. **JAROŠOVÁ**, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-7368-110-2.
10. **KELNAROVÁ**, Jarmila a **MATĚJKOVÁ**, Eva. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4728-315.

11. **KELNAROVÁ**, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
12. **KŇAŽEJOVÁ**, Blanka. *Stres*. [online]. 2014. Dostupné z: http://www.zsmarianske.cz/sablony/vy_32/knazejova/vy_32_inovace_216.pdf
13. **KROUŠILOVÁ NOVÁKOVÁ**, Radana. *Pečovatelství II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011, 134 s. ISBN 978-80-7387-531-2.
14. **KRUPKOVÁ**, Lenka. *Zdroje stresu a způsoby jeho zvládnutí u pečovateli se seniory*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2007. Bakalářská práce.
15. **KŘIVOHLAVÝ**, Jaro, **PEČENKOVÁ**, Jaroslava a kol. *Duševní hygiena zdravotní sestry: pro 4. ročník středních zdravotnických škol, obor všeobecná sestra*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
16. **KUTNOHORSKÁ**, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
17. **MALÍKOVÁ**, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
18. **MASTILIAKOVÁ**, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. ISBN 978-80-7013-457-3.
19. **MISCONIOVÁ**, Blanka. *Stručný průvodce domácí péčí*. Praha: Asociace domácí péče, 1996.
20. **MLÝNKOVÁ**, Jana. *Pečovatelství 1. díl: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
21. **NEŠPOR**, Karel. *Prevence a zvládnutí profesionálního stresu ve zdravotnictví*. [online]. *Med. pro praxi* 2007; 4(9): 371–373. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/10.pdf>

22. **NOVÁKOVÁ**, Radana. *Pečovatelsví I.: učební text pro studenty oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-807-3870-850.
23. **PACOVSKÝ**, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1990, 135 s. ISBN 80-201-0076-8.
24. **PLEVOVÁ**, Ilona. *Ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
25. **POCHYLÁ**, Karla. *Koncepce českého ošetřovatelství: Základní terminologie*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. ISBN 80-7013-420-8.
26. **PRAŠKO**, Ján a **PRAŠKOVÁ**, Hana. *Proti stresu krok za krokem aneb Jak získat klid a odolnost vůči stresu*. Praha: Grada Publishing a. s., 2001. ISBN 80-247-0068-9.
27. **PRAŠKO**, Ján. *Jan se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada Publishing a. s., 2003. ISBN 80-247-0185-5.
28. **PTÁČEK**, Radek a kol. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Univerzita Karlova, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9.
29. **STAŇKOVÁ**, Marta a kol. *České ošetřovatelství 13, Sestra a pacient (komunikace v praxi): Praktická příručky pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2004. ISBN 80-7013-388-0.
30. **STAŇKOVÁ**, Marta. *České ošetřovatelství 11, Sestra – reprezentant profese: Praktická příručky pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. ISBN 80-7013-368-6.
31. **SÝKOROVÁ**, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
32. **ŠTĚPANÍK**, Jaroslav. *Umění jednat s lidmi*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1527-8.

33. ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006, 82 s. ISBN 80-7372-105-8.
34. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, xviii, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
35. VUČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetřovatelství 4: pro 4. ročník středních zdravotnických škol, obor všeobecná sestra*. Praha: Fortuna, 1997. ISBN 80-716-8507-0.

SEZNAM PŘÍLOH

1. Dotazník pro osoby, které pečují o seniora (rodinného příslušníka) v přirozeném prostředí
2. Tabulky k dotazníku pro osoby pečující o seniora v domácnosti
3. Dotazník pro pečující pracující v zařízení péče o seniory
4. Tabulky k dotazníku pro pečující v odborných zařízeních

PŘÍLOHA 1

Dotazník pro osoby, které pečují o seniora (rodinného příslušníka) v přirozeném prostředí

Tento dotazník vznikl na základě péče o rodinné příslušníky v domácím prostředí. Cílem tohoto dotazníku je analyzovat, jak dopadá stres na pečující, případně jak s ním bojují. Toto téma považují mnozí za okrajové a já bych ráda prostřednictvím tohoto dotazníku přispěla k objasnění některých hypotéz. Dotazník je zcela anonymní. Vámi vybrané odpovědi prosím zakroužkujte, popřípadě doplňte.

Předem děkuji za Váš čas – Korejsová Kateřina, studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

1. Vaše pohlaví?
 - a) Žena
 - b) Muž

2. Kolik je vám let?
 - a) 18–30
 - b) 31–40
 - c) 41–50
 - d) 51–60
 - e) 61–70

3. Jaký byl důvod pro to, abyste se o rodinného příslušníka-seniora staral/a sám/sama?
 - a) V domově s odpovídající poskytovanou službou nebylo místo
 - b) Nemám dostatečné finance
 - c) Chci s ním trávit co nejvíce času
 - d) Nemyslím si, že poskytují dostatečnou péči

4. Využíváte některé z nabízených služeb v souvislosti s péčí o rodinného příslušníka?
- a) Hospic
 - b) Pečovatelská služba
 - c) Osobní ošetřovatelka
 - d) Domov pro seniory
 - e) Jiné
 - f) Nic
5. Jak dlouho se staráte o rodinného příslušníka?
- a) Do 1 měsíce
 - b) Do 1 roku
 - c) Do 5 let
 - d) Do 10 let
 - e) Do 20 let a více
6. Je vybavení vašeho bytu / domu přizpůsobeno zdravotnímu stavu rodinného příslušníka?
- a) Ano, celý byt / dům
 - b) Ano, část bytu / domu
 - c) Ne
7. Staráte se o rodinného příslušníka sám / sama?
- a) Ano
 - b) Pomáhá mi rodina
 - c) Pomáhají mi přátelé a blízké okolí
 - d) Využívám jiné služby (hospic, pečovatelská služba, osobní ošetřovatelka, aj.)
8. Podlehl / la jste někdy v průběhu své péče o rodinného příslušníka „syndromu vyhoření“? (dlouhodobá vyčerpanost, nechť k práci, dlouhodobá únava, bolesti hlavy).
- a) Ano
 - b) Ne

9. Míváte negativní citové stavy v souvislosti s péčí o rodinného příslušníka?
- a) Ano
 - b) Občas
 - c) Ne
10. Cítíte se vyčerpán / vyčerpaná?
- a) Ano
 - b) Ne
11. Pokud ano, jak často?
- a) Každý den
 - b) 1x týdně
 - c) 2x týdně
 - d) 1x měsíčně
 - e) 1x za půl roku
 - f) 1x za rok
12. Uvažujete někdy o přesunutí rodinného příslušníka do odborných středisek?
- a) Ano
 - b) Občas
 - c) Nikdy
- Pokud ano či občas, co vás k tomu vede?
13. Osoba, o kterou pečují, je:
- a) Samostatná – dohlížím na chod domácnosti, komunikuji s rodinným příslušníkem a popř. s něčím pomohu
 - b) Částečně samostatná – dohlížím na přípravu pokrmů, případný dovoz k lékaři, správné dávkování léků
 - c) Nesamostatná – starám se o hygienu osoby, zajištění stravy, správné a včasné stravování, dávkování léků
 - d) Úplně závislá – o osobu pečují 24 hodin denně, poskytují veškerou péči (zdravotnickou, hygienickou, stravovací atd.), kterou rodinný příslušník potřebuje. Osoba je upoutaná na lůžko.

PŘÍLOHA 2

Tabulky k dotazníku pro osoby pečující o seniora v domácnosti

Tabulka ke grafu č. 1.

Žena	Muž
26	4

Tabulka ke grafu č. 2.

18–30 let	31–40 let	41–50 let	51–60 let	61–70 let
5	2	8	10	5

Tabulka ke grafu č. 3.

V domě s odpovídající poskytovanou službou nebylo místo	Nemám dostatečné finance	Chci s ním trávit co nejvíce času	Nemyslím si, že poskytnou dostatečnou péči
3	2	18	7

Tabulka ke grafu č. 4.

Hospic	Pečovatelská služba	Osobní ošetřovatelka	Domov pro seniory	Jiné	Nic
1	7	4	3	0	15

Tabulka ke grafu č. 5.

Do 1 měsíce	Do 1 roku	Do 5 let	Do 10 let	Do 20 let a více
2	12	10	4	2

Tabulka ke grafu č. 6.

Ano, celý byt / dům	Ano, část bytu / domu	Ne
5	11	14

Tabulka ke grafu č. 7.

Ano	Pomáhá mi rodina	Pomáhají mi přátelé a blízké okolí	Využívám jiné služby (hospic, pečovatelská služba, osobní ošetřovatelka aj.)
4	21	2	3

Tabulka ke grafu č. 8.

Ano	Ne
6	24

Tabulka ke grafu č. 9.

Ano	Občas	Ne
1	21	8

Tabulka ke grafu č. 10.

Ano	Ne
19	11

Tabulka ke grafu č. 11.

Každý den	1x týdně	2x týdně	1x měsíčně	1x za půl roku	1x za rok
2	6	2	9	0	0

Tabulka ke grafu č. 12.

Ano	Občas	Nikdy
8	12	10

Související tabulka ke grafu č. 12.

Náročnost péče	Možné zlepšení stavu seniora	Možné zhoršení stavu pečujícího	Napjatá situace v rodině
10	6	3	1

Tabulka ke grafu č. 13.

Samostatná – dohlížím na chod domácnosti, komunikuji s rodinným příslušníkem a popř. s něčím pomohu.	Částečně samostatná – dohlížím na přípravu pokrmů, případný dovoz k lékaři, správné dávkování léků.	Nesamostatná – starám se o hygienu osoby, zajištění stravy, správné a včasné stravování, dávkování léků.	Úplně závislá – o osobu pečuji 24 hodin denně, poskytuji veškerou péči (zdravotnickou, hygienickou, stravovací atd.), kterou rodinný příslušník potřebuje. Osoba je upoutaná na lůžko.
5	12	7	6

PŘÍLOHA 3

Dotazník pro pečující pracující v zařízení péče o seniory

Níže uvedený dotazník vznikl na základě kvality péče v odborných střediscích pro poskytování služeb seniorům. Cílem tohoto dotazníku je analyzovat, jak dopadá stres na pečující, případně jak s ním bojují. Toto téma považují mnozí za okrajové a já bych ráda prostřednictvím tohoto dotazníku přispěla k objasnění některých hypotéz. Dotazník je zcela anonymní. Vámi vybrané odpovědi prosím zakroužkujte, případně doplňte.

Předem děkuji za Váš čas – Korejsová Kateřina, studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

1. Vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena

2. Kolik je vám let?
 - a) 18–30
 - b) 31–40
 - c) 41–50
 - d) 51–60
 - e) 61–70

3. Jaké máte dosažené vzdělání pro tuto práci?
 - a) Odborné vzdělání zakončené výučním listem
 - b) Středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou
 - c) Vysokoškolské vzdělání
 - d) Doplněný kurz

4. Máte rád / ráda tuto práci?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, proč?

Pokud ne, proč?

5. Myslíte si, že vás tato práce naplňuje?

- a) Ano
- b) Ne

6. Jsou s vaší prací klienti spokojeni?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano či ne, proč myslíte?

7. Myslíte si, že je vaše práce dostatečně ohodnocena?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nikdy nebyla a nebude

8. Myslíte si, že domov pro seniory poskytuje lepší péči než domácí péče?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, proč?

Pokud ne, proč?

9. Cítíte se vyčerpan / vyčerpaná po pracovním dni?

- a) Ano
- b) Ne

10. Podlehl / la jste někdy, za dobu své praxe „syndromu vyhoření“? (dlouhodobá vyčerpanost, nechuť k práci, dlouhodobá únava, bolesti hlavy).

- a) Ano
- b) Ne

11. Pokud jste smutný/ná či máte špatnou náladu způsobenou prací v odborném pečovatelském středisku, přenášíte to na svou rodinu a blízké příbuzné?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne
- d) Nikdy

12. Pociťujete depresi či úzkost při úmrtí klienta?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jak léčíte případnou úzkost či depresi?

PŘÍLOHA 4

Tabulky k dotazníku pro pečující v odborných zařízeních

Tabulka ke grafu č. 1.

muž	žena
3	27

Tabulka ke grafu č. 2.

18–30 let	31–40 let	41–50 let	51–60 let	61–70 let
0	12	13	4	1

Tabulka ke grafu č. 3.

Odborné vzdělání zakončené výučním listem	Středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou	Vysokoškolské vzdělání	Doplněný kurz
12	8	6	4

Tabulka ke grafu č. 4.

Ano	Ne
30	0

Související tabulka ke grafu č. 4.

Rád / ráda pomáhám	Rád / ráda pracuji s lidmi	Cítím uspokojení, práce mě naplňuje, má smysl
16	7	6

Tabulka ke grafu č. 5.

Ano	Ne
29	1

Tabulka ke grafu č. 6.

Ano	Ne
30	0

Související tabulka ke grafu č. 6.

Usmívají se na mě, jsou milí a vstřícní, veselí a spokojení.	Nestěžují si, nenadávají.	Jsem vstřícná, snažím se splnit všechna jejich přání a žádosti.	Říkají to.
16	6	3	2

Tabulka ke grafu č. 7.

Ano	Ne	Nikdy nebyla a nebude
1	21	8

Tabulka ke grafu č. 8.

Ano	Ne
17	13

Související tabulka ke grafu č. 8.

Celodenní péče	Odborný zdravotnický personál	Rychlá pomoc v případě potřeby
9	5	3

Související tabulka ke grafu č. 8.

Nenahradíme rodinu	Nenahradíme domov
7	6

Tabulka ke grafu č. 9.

Ano	Ne
26	4

Tabulka ke grafu č. 10.

Ano	Ne
14	16

Tabulka ke grafu č. 11.

Ano	Občas	Ne	Nikdy
1	23	5	1

Tabulka ke grafu č. 12.

Ano	Ne
14	16

Související tabulka ke grafu č. 12.

Procházka, pohyb	Přátelé, rodina	Koníčky, zábava	Práce	Odpocinek
7	2	1	1	1