

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE

**ZÁTĚŽ U FORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH O OSOBY TRPÍCÍ
DEMENCÍ ALZHEIMEROVA TYPU**

Burden of caregivers of patients suffering
from dementia of the Alzheimer type



Bakalářská diplomová práce

Autor: Bc. Lucie Typovská

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav OREL, Ph.D.

Olomouc 2024

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Zátěž u formálních pečujících o osoby trpící demencí Alzheimerova typu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala panu MUDr. PhDr. Miroslavovi Orlovi, Ph.D. za odborné vedení, podporu a trpělivost při psaní a tvorbě bakalářské práce, za mnoho podnětných informací týkajících se zvoleného tématu a za čas, který mi během konzultací věnoval.

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 NEURODEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ	6
2 DEMENCE ALZHEIMEROVA TYPU	12
3 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE PRO OSOBY S DEMENCÍ ALZHEIMEROVA TYPU	19
4 ZÁTĚŽ U FORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH U KLIENTŮ S DEMENCÍ ALZHEIMEROVA TYPU	21
4.1 <i>Psychická zátěž u pečujících</i>	21
4.2 <i>Potencionální krizové situace mezi pečujícím a klientem s demencí</i>	26
4.3 <i>Psychohygienu u pracovníků ve zdravotnických a sociálních zařízeních</i>	28
EMPIRICKÁ ČÁST	32
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE	32
6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	33
7 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR	35
8 VLASTNÍ REFLEXE ZKUŠENOSTI S TÉMATEM VÝZKUMU	37
9 DÍLČÍ ANALÝZY JEDNOTLIVÝCH RESPONDENTŮ	39
10 ZÁVĚREČNÁ ANALÝZA	49
11 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	55
12 DISKUZE	56
13 ZÁVĚR	61
SOUHRN	62
SEZNAM LITERATURY	66
PŘÍLOHY	69
ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE	69
ABSTRACT OF THESIS	70
INFORMOVANÝ SOUHLAS PRO ÚČASTNÍKY VÝZKUMU	71
ZÁZNAMOVÝ FORMULÁŘ PRO ROZHOVOR	72

Úvod

Neurodegenerativní onemocnění zejména pak demence Alzheimerova typu, které se budu v této diplomové práci nejvíce věnovat, jsou v populaci velmi známou a nesmírně těžkou nemocí. Demence Alzheimerova typu jsou zátěžové jak pro jedince, kterému byla diagnostikována, tak pro jeho blízké a pečující osoby. V rámci této práce chci propojit teoretické znalosti o demenci s dopadem nemoci a psychickou zátěží pečujících u lidí s demencí Alzheimerova typu. V práci se zaměřím na formální pečující ve zdravotnických a sociálních službách pro seniory s touto diagnózou.

Vzhledem k mému působení v minulosti jako ošetřovatelky v domově se zvláštním režimem vím, jak těžké je pečovat o osoby trpící demencí, a to jak po fyzické, tak i psychické stránce. Moje osobní motivace pro toto zvolené téma je tedy zmapování a otevření tématu psychické zátěže u formálních pečujících a možná také upozornit zaměstnavatele v sociálních službách na extrémní zatížení ošetřovatelů či ošetřovatelek.

Hlavním cílem je tedy v **teoretické** části popsat základní informace o neurodegenerativních onemocněních s větším důrazem na demenci Alzheimerova typu. Dále bude zmíněn systém zdravotnické a sociální péče o seniory s touto diagnózou v České republice. V závěru teoretické části bude popsána zátěž u formálních pečujících v pobytových zdravotnických a sociálních zařízeních. Výběr literatury a zdrojů proběhl na základě relevantnosti tématu neurodegenerativních onemocnění a systému péče o seniory.

Hlavním cílem praktické části je výzkum zaměřený na zjištění úrovně psychické zátěže u ošetřovatelů/lek v domově pro seniory na oddělení se zvláštním režimem (dále jen DZR). Bylo osloveno 8 zaměstnanců ve vybraném domově pro seniory s oddělením DZR. Na základě polostrukturovaného interview byla sesbírána data a pomocí interpretativní fenomenologické analýzy byly vyhodnoceny výsledky.

Teoretická část

1 Neurodegenerativní onemocnění

V této kapitole budou popsány základní **znaky neurodegenerativních onemocnění**. Jejich **definice**, klasifikace a zmíněny budou také nejčastější **formy demence**. Vzhledem k tématu práce, které se zabývá demencí Alzheimerova typu je dobré uvést tento specifický druh demence do celkového kontextu neurodegenerativních onemocnění.

Definice neurodegenerativních onemocnění

Jedním z počátečních projevů neurodegenerativního onemocnění je obvykle **ztráta paměti** v průběhu měsíců nebo let. Neurodegenerativní onemocnění způsobují časem úplné vyřazení člověka z běžného života. Postihuje zejména kognitivní funkce, nálady a chování člověka (Wilkinson et al., 2017).

S nynější definicí neurodegenerativních onemocnění pomohly poznatky z moderní neurovědy. Dříve byla definice těchto onemocnění velmi povrchní a obecná, a to zejména kvůli absenci různých zobrazovacích metod mozku a neexistence moderních diagnostických metod medicíny (Rusina & Matěj, 2019).

Jedná se tedy o typ onemocnění, kdy **dochází k zániku vždy určité subpopulace neuronů**. Následkem extrémního úbytku specifické skupiny neuronů se projevují konkrétní neurodegenerativní onemocnění. Riziko tohoto onemocnění se týká dospělých jedinců a s rostoucím věkem riziko stoupá. Zjednodušeně popsáno, proces degenerace probíhá na základě tvorby amyloidu β , degenerace τ -proteinu a kyslíkových radikálů.

Dnešní vědci zatím neznají přesnou příčinu toho, proč takto nahromaděné množství proteinu je pro neuron devastující. Do neurodegenerativních onemocnění se někdy řadí i onemocnění způsobené mutací genu, které vede k absenci specifického enzymu potřebného v organismu pro normální funkci (Rusina & Matěj, 2019).

Klasifikace neurodegenerativních onemocnění

Ve své práci uvedu klasifikaci neurodegenerativních onemocnění od dvojice autorů Rusina a Matěj (2019, s. 33), kteří použili třízení na základě patofyziologického podkladu. Tabulka přehledně uvádí rozřazení jednotlivých typů neurodegenerativních onemocnění podle jejich klasifikace.

Tabulka 1: Klasifikace neurodegenerativních onemocnění

Alzheimerova nemoc	
Frontotemporální lobární degenerace (FTLD)	
A) Tautopatie – frontotemporální lobární degenerace s tau-pozitivními inkluzemi (FTLD-tau)	
I.	Frontotemporální demence (FTD) tau-pozitivní: behaviorální varianta FTD (bvFTD) s inkluzemi tau – zahrnuje i Pickovu nemoc
II.	Primární progresivní afázie (PPA): nonfluentní/agramatická varianta primární progresivní afázie (nfvPPA)
III.	Frontotemporální lobární degenerace s postižením hybnosti („demence“+): progresivní supranukleární obrna (PSP), kortikobazální degenerace (CBD), nemoc s argyrofilními zrny (AGD), demence a parkinsonismus s mutací genu pro tau protein
IV.	Nové tauopatie: gliová globulární tautopatie (GGT), na věk vázaná tau astrogliopatie (ARTAG), primární na věk vázaná tautopatie (PART), chronická traumatická encefalopatie (CTE)
B) Frontotemporální lobární degenerace s tau-negativními inkluzemi (FTLD-non-tau)	
I.	Frontotemporální lobární demence (FTD) tau-negativní: behaviorální varianta FTD (bvFTD) s ubikvitin-pozitivními inkluzemi (FTLD-UPS), behaviorální varianta FTD (bvFTD) s inkluzemi proteinu TDP-43 (FTLD-TDP), behaviorální varianta FTD (bvFTD) bez histologických změn
II.	Progresivní afázie: sémantická varianta primární progresivní afázie (svPPA)

III.	Frontotemporální lobární degenerace s postižením hybnosti („demence“+): amyotrofická laterální skleróza s demencí (ALS-FTSD – frontotemporální spektrum postižení u ALS)
IV.	Nové jednotky v rámci FTLN-non-tau: limbická TDP-43 proteinopatie (LATE)
Synukleinopatie	
I.	Parkinsonova nemoc
II.	Parkinsonova nemoc s demencí
III.	Demence s Lewyho tělísky (DLB)
IV.	Multisystémová atrofie (forma parkinsonská a mozečková)
Onemocnění s opakováním tripletů	
I.	Huntingtonova nemoc
II.	Řada autosomálně dominantních spinocerebelárních ataxií (SCA)
III.	Friedrichova ataxie
IV.	Bulbospinální muskulární atrofie (SBMA) – Kennedyho nemoc
V.	Dentato-rubro-palido-luysiánská atrofie (DRPLA)
Prionová onemocnění	
I.	Creutzfeldtova-Jakobova nemoc (CJN)
II.	Gertsmannův-Sträusslerův-Scheinkerův syndrom (GSS)
III.	Fatální familiární insomnie
IV.	Kuru
V.	Nová varianta Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (vCJN – Willova nemoc)
Onemocnění motorického neuronu	
I.	Amyotrofická laterální skleróza
II.	Primární laterální skleróza
III.	Progresivní bulbární paralýza
IV.	Progresivní muskulární atrofie
V.	Vzácnější formy (endemická ALS v Tichomoří)

Ostatní neurodegenerativní onemocnění

- I. Familiární encefalopatie s neuroserpinovými tělísky
- II. Nemoc s intranukleárními neuronálními inkluzemi
- III. Nemoc s inkluzemi z neuronových intermediálních filament (NIFID)
- IV. Vrozené amyloidózy (familiární britská demence, familiární dánská demence)
- V. Demence bez prokazatelných histopatologických změn (DLDH)

Vybraná nejčastější neurodegenerativní onemocnění

V rámci diagnostiky neurodegenerativních onemocnění rozlišujeme podle příznaků, projevů a průběhu nemoci více typů demencí. Mezi nejznámější patří **demence Alzheimerova typu, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální lobární demence.**

Demence Alzheimerova typu

Demence Alzheimerova typu (dále jen DAT) se klasifikuje **u dospělých nad 40 let.** Jedná se zejména o postižení paměti, orientace v prostoru, verbálních dovedností apod. DAT na rozdíl od jiných typů demencí, které postihují jen určité oblasti fungování člověka, **zasahuje téměř do celé struktury osobnosti jedince.** S DAT se pojí i změny nálad (deprese nebo mánie), změny chování (agrese nebo úplná apatie). Nejvíce zasažené oblasti mozku jsou: hippocampus, amygdala, temporální neokortex a subkortikální jádra (Wilkinson et al., 2017). Více o demenci Alzheimerova typu v kapitole 2, která jí bude celá věnovaná.

Demence s Lewyho tělísky

U demence s Lewyho tělísky **dochází k rozpadu proteinů α -synuklein a β amyloid.** V krátkém časovém horizontu se tato demence projevuje velkým **kolísáním psychických stavů** i v rámci hodin. Z dlouhodobého hlediska končí toto onemocnění smrtí. Nejvíce zasažená je pozornost jedince. **Narušená je stabilita rovnováhy těla** – vyskytuje se hypertonicko-hypokinetický syndrom s poruchou chůze. Objevují se i **halucinace** vizuální i komplexní společně s bludy. Stejně jako u demence Alzheimerova typu se vyskytují změny nálad, zejména depresivní stavy. Při léčbě demence s Lewyho tělísky se postupuje jako při léčbě DAT – podávají se inhibitory mozkových cholinesteráz a memantin. Jedná se o druhou nejčastější demenci z okruhu primárních demencí. Vyskytuje se nejvíce **u mužů nad 75 let** (Raboch & Pavlovský, 2012).

Frontotemporální lobární demence

Při frontotemporální lobární demenci dochází k **degeneraci tau-proteinu**. Jedná se tedy o tauopatii. Postižená je zejména frontální část mozku a její funkce, dále jsou pak zasaženy i temporální laloky mozku. S frontální částí mozku se pojí individuální osobnostní rysy člověka. Při této formě demence je právě **osobnost člověka zasažena**, dochází k poruchám chování a také i k postižení paměti (Rusina & Matěj, 2019). Rozlišujeme tři základní typy – **Pickova choroba** (nejvíce zasaženo chování), **sémantická demence** (nejvíce zasažena řeč, porucha je plynulá), **progresivní nonfluentní afázie** (nejvíce zasažena řeč, porucha není plynulá) (Raboch & Pavlovský, 2012).

2 Demence Alzheimerova typu

Demence Alzheimerova typu je uváděna jako **nejčastější forma demence**. Statistiky v USA ukazují, že každá druhá žena a každý třetí muž onemocní tímto typem demence. Demence Alzheimerova typu se tak tímto dostala na 3. místo nejčastějších příčin smrti v USA (Nehls, 2017).

Historie onemocnění demence Alzheimerova typu

První doložitelná zmínka, o tehdy ještě nepojmenované demenci Alzheimerova typu, je z roku 1906. V tomto roce se německý psychiatr Alois Alzheimer zúčastnil sjezdu psychiatrů ve městě Tübingen. Zde referoval o své pacientce, která vykazovala známky dnes již známé demence Alzheimerova typu. Po pitvě této pacientky se ukázalo, že měla mnoho odumřelých neuronů a zároveň měla v mozku ložiska tvořená tehdy ještě neznámým proteinem. Na této konferenci se však A. Alzheimer nesetkal s velkým zájmem od jeho kolegů. V roce 1907 vydává doktor Alzheimer článek ve významném medicínském časopise článek věnovaný právě tomuto typu demence. V době objevení bylo onemocnění vzácné, dnes jsou čísla diagnostikovaných pacientů alarmující. **V Evropě je demence Alzheimerova typu dokonce 4. nejčastější příčinou úmrtí** (Korábečný et al., 2020).

Méně známý současník Aloise Alzheimerova Oskar Fischer se také podílel na zkoumání této nemoci. Jeho objevy však nedosáhly velkého ohlasu, možná proto že byl židovského původu. Nacisté ho v roce 1941 deportovali do koncentračního tábora Terezín, kde ještě tentýž rok zemřel. Stejně jako Alzheimer zkoumal mozky pacientů, kteří umřeli na demenci – dříve označováno jako **senilní demence**. Došel ke stejným poznatkům. Mozková kůra obsahovala plaky, které byly tvořeny proteinem neznámého původu. V minulosti jim jiní lékaři nevěnovali pozornost, protože si mysleli, že tyto plaky jsou tvořeny gliemi a nemají s nemocí nic společného (Korábečný et al., 2020).

Klinický obraz demence Alzheimerova typu

Prvními známkami onemocnění jsou **paměťové problémy**. Nejprve bývá zasažena epizodická paměť, to znamená, že pacient ztrácí vzpomínky, kdo s ním byl nebo mluvil, kde se naposled vyskytoval, kdy to bylo a o čem s kým komunikoval. Dále nastává porucha řeči a projevují se různé typy afázií (poruchy produkce a porozumění řeči). Podle zasažení

strany mozkových hemisfér se dále projevují specifické symptomy. Pokud je více zasažena pravá hemisféra, dochází ke zhoršení zrakové a prostorové orientace. Pacienti tak jsou dezorientováni obvykle časem i místem, špatně rozpoznávají známá místa i tváře lidí (Rusina & Matěj, 2019). To tedy znamená že, počáteční diagnostika obvykle zahrnuje **poruchy paměti a špatné úsudky**. S postupující progresí se příznaky stávají stále více obtěžujícími pro pacienta i pro ty, kteří o něj pečují. V posledních stádiích je pacient zcela oslaben a vyžaduje neustálou péči (Smith, 1998).

Demence Alzheimerova typu musí být odlišena od jiných forem demence jako je vaskulární demence, demence s Lewyho tělísky, Parkinsonova choroba s demencí, frontotemporální demence anebo reverzibilní demence. Lze očekávat značnou variabilitu v počátečním klinickém obrazu v závislosti na postižených oblastech mozku (Castellani et al., 2010).

„Rozlišují se dva podtypy: **forma s časným začátkem**, kde se příznaky objevují před 65. rokem života (G30.0+, F00.0), a **forma s pozdním začátkem**, kde se první příznaky objeví v 65 letech života a později.“ (Raboch & Pavlovský, 2012, s. 173).

Tyto podtypy se ale liší jen dobou počínajících příznaků, jinak zbytek symptomů i průběh nemoci je zcela identický. Co se týče původu nemoci, tak u pacientů trpících časnou formou demence Alzheimerova typu jsou často nacházeny genetické mutace. Dále pak můžeme rozlišovat i smíšené demence, kde Alzheimerova choroba je například v souběhu s vaskulární demencí (Raboch & Pavlovský, 2012).

Diagnóza demence Alzheimerova typu

K diagnóze demence Alzheimerova typu není jeden specifický test, který by jednoznačně prokázal toto onemocnění. Většinou se jedná o sérii různých typů vyšetření přes klinické pozorování, anamnestický rozhovor, zobrazovací metody nebo různé kognitivní testy (Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2015).

Lékař zhodnotí zdravotní historii pacienta – psychiatrické obtíže v minulosti, ale i genetické predispozice, dále se lékař zaměřuje i na rozhovor s příbuznými nebo osobami blízkými, kteří s osobou s podezřením na AD žijí. Jako základní zobrazovací metoda se v těchto případech využívá CT nebo MRI, aby se vyloučily jiné příčiny demence jako například vaskulární demence, tumory a jiné. K diagnostice se nejčastěji využívají

kritéria **NINCDS/ADRDA** (*National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke / Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*), které označují **pravděpodobné a jisté příznaky demence Alzheimerova typu** (Korábečný et al., 2020).

Mezi pravděpodobné příznaky se řadí demence prokázaná a potvrzená neuropsychologickými testy, zasažení dvou a více kognitivních funkcí, nepřítomnost jiných neurologických onemocnění nebo onemocnění mozku, které vedou k narušení paměti. Mezi jistá diagnostická kritéria se řadí potvrzená klinická kritéria pravděpodobné demence a zároveň jsou přítomny charakteristické histopatologické projevy demence Alzheimerova typu zjištěné při autopsii nebo biopsii (Korábečný et al., 2020).

Dále se využívá **neuropsychologické testování kognitivních funkcí**. Jeden ze screeningových nástrojů se využívá **test kreslení hodin**. Jedná se o rychlou metodu zjištění narušení zrakově prostorové dezorientace, která je jednou ze znaků u pacientů s DAT. Zadání tohoto testu spočívá v nakreslení ciferníku. Člověk trpící demencí DAT není schopen zakreslit správně čísla na ciferníku a ani posléze zakreslit zadaný čas (*Metodické, vzdělávací a informační centrum pro Alzheimerovu nemoc a další kognitivní poruchy a demence*, 2022). Jako další neuropsychologické vyšetření se využívá **Mini-Mental State Examination (MMSE)**. Tento test je zaměřený na orientaci, pozornost, paměť a jazyk. Skládá se z deseti podtestů, které jsou zaměřeny konkrétně na orientaci, krátkodobou paměť, počítání, čtení, psaní, verbální projev, pozornost a konstrukčně-praktické dovednosti. Jednou z předností tohoto testu je časová nenáročnost, jeho vyplnění trvá maximálně do 15 minut. MMSE může zadávat i nekvalifikovaný odborník například osoba blízká (Korábečný et al., 2020).

Stádia onemocnění demence Alzheimerova typu

Demence Alzheimerova typu se obecně dělí do čtyř stádií: prodromální, rané, střední a pozdní stádium.

1. Prodromální stádium demence Alzheimerova typu

Jedná se o **ranou formu** demence. Začínají se vyskytovat mírné kognitivní poruchy. Sledujeme zejména zhoršení paměťových schopností. Projevuje se to zejména v komunikačních schopnostech, problém vést souvislý rozhovor nebo zapamatovat si nová jména či informace. Nicméně fungování v běžném životě není nijak extrémně zasaženo (Neuraxpharm).

1. Rané stádium demence Alzheimerova typu

V raném stadiu jsou lidé s touto diagnózou stále **schopni samostatného života**. Vykonávají běžné denní činnosti jako docházení do práce, řízení automobilu apod. Dochází ale ke zhoršení paměti. Pacienti se opakují, zapomínají na nedávné situace, hledají správná slova, ukládají věci na nesprávná místa. V raném stádiu se již mohou vyskytnout **behaviorální změny a změny v osobnosti pacienta** (náhlé změny nálad, agrese, úzkostnost, zmatení, zhoršený úsudek). Změny u pacienta v rané fázi zaznamenávají zejména blízcí a rodina. Pro vnější okolí nejsou změny zatím tolik patrné (Neuraxpharm).

2. Střední stádium demence Alzheimerova typu

S postupujícím onemocněním se problémy s pamětí zhoršují, tato **fáze je vleklá** a s ohledem na jiná stádia **trvá nejdéle**. Dochází již k problémům s rozpoznáním známých lidí. K dalším střednědobým příznakům, které se mohou objevit řadíme zmatenost, dezorientace i ve známých místech, obsedantně kompulzivní chování, prohlubující se deprese s úzkostí, změny ve spánkovém režimu, počátek výskytu afázie. K psychiatrickým problémům také řadíme **výskyt bludů, paranoia nebo halucinace**. Zvyšuje se potřeba péče druhých a pacienti s diagnózou demence Alzheimerova typu přestávají být soběstační v denních záležitostech (Neuraxpharm).

3. Pozdní stádium demence Alzheimerova typu

V pozdních stádiích **ztrácí pacient schopnost vyhodnocovat situace**, které se kolem něj dějí. Jednají neadekvátně vystavovaným situacím, vytrácí se schopnost odhadovat přiměřenost jednání. Pod vlivem bludů a halucinací mohou pacienti jednat agresivně ke svému okolí. **Pacient přestává komunikovat, stává se imobilní, je inkontinentní** (dochází i k manipulaci se stolicí či močí). V pozdních stádiích je již nutná celodenní péče o pacienta (Neuraxpharm).

Statistiky nemocných v ČR demencí Alzheimerova typu

Pacientů s diagnózou demence Alzheimerova typu stále přibývá. Za příčinu nárůstu se udává obecně stárnoucí populace ve světě, zejména pak v Evropě a vyspělé části světa. Poslední oficiální odhady z roku 2018 říkají, že **v ČR trpí zhruba 150 000 lidí demencí Alzheimerova typu**. Odhad pro rok 2050 uvádí až dvojnásobný počet pacientů s touto diagnózou. Základní statistické údaje nám poskytuje Všeobecná zdravotní pojišťovna, která

dokládá, že mezi lety 2013-2018 přibylo o 45 % evidovaných a diagnostikovaných pacientů s DAT. Z údajů zdravotní pojišťovny i vyplývá všeobecný fakt, že ženy jsou ohroženější skupinou a častěji je DAT postihuje (Korábečný et al., 2020).

„Správnou diagnózu má v ČR zhruba 20-30 % lidí s demencí. Počty lidí s různými typy demence proto můžeme pouze odhadovat. Pro výpočet používáme výsledek prevalenční studie Alzheimer Europe z roku 2009. Na základě této studie je možné odhadnout počet lidí s demencí v roce 2014 (31. prosince) na 152,7 tisíc. Výskyt demence podrobně hodnotí také ročenky ČALS Zpráva o stavu demence.“ (Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2015).

Léčba demence Alzheimerova typu

Pro nastavení správné léčby demence Alzheimerova typu **je důležitá časná diagnóza**. Identifikace prvních příznaků DAT je klíčová pro zahájení léčby v co nejranějším stadiu. To umožňuje léčebným strategiím lépe zasáhnout a potenciálně zpomalit průběh onemocnění. Důležité je zvyšovat povědomí veřejnosti o prvních příznacích DAT a vyzývat k včasnému vyhledání lékařské pomoci. Edukace rodiny, pacientů a lékařů může přispět k rychlejší diagnostice a zahájení léčby. Zajištění přístupu k specialistům, kteří jsou kvalitně vyškoleni v oblasti kognitivních poruch, je nezbytné. To může zahrnovat neurology, psychiatry nebo geriatry s odborností v demenci. Pravidelné sledování pacienta a hodnocení účinnosti léčby jsou nezbytné. To umožňuje přizpůsobit léčebný plán podle aktuálních potřeb a změn ve stavu pacienta. V případě DAT může být efektivní kombinovat různé typy léků, například inhibitory cholinesteráz a memantin. Takový přístup může cílit na různé aspekty onemocnění a poskytovat komplexní léčbu (Franková, 2015).

Takovouto lékovou skupinu nazýváme antidementiva. Antidementiva jsou léky, které cíleně působí proti ztrátě paměti a snížení kognitivních funkcí spojených s demencí. Existují dva hlavní typy antidementiv:

- ***Inhibitory acetylcholinesterázy (AChEI)***

Účinné látky: Donepezil, galantamin, rivastigmin.

Tyto látky zvyšují hladinu neurotransmiteru acetylcholinu, který je důležitý pro přenos signálů mezi nervovými buňkami v mozku. Zlepšují mírně kognitivní funkce, běžné denní aktivity a celkový zdravotní stav pacienta (Národní zdravotnický informační portál).

- *Antagonisté NMDA receptorů*

Účinná látka: Memantin.

Memantin působí na NMDA receptory, což může chránit mozkové buňky před nadměrným vzruchem z neurotransmiteru. Tento lék se obvykle používá ve středně těžkých a těžkých stádiích Alzheimerovy choroby (Národní zdravotnický informační portál).

Dále se využívají k léčbě DAT antidepressiva, antipsychotika a sedativa. To jsou léky určené k terapii poruch chování a psychických příznaků spojených s demencí. V některých případech mohou být nasazena v různých stádiích demence (Národní zdravotnický informační portál):

- Antidepressiva

Používána při depresi, úzkostných poruchách nebo obsedantně kompulzivní poruše. Mohou pomoci pacientům zvládat emocionální a psychické obtíže spojené s demencí.

- Antipsychotika

Používána k mírnění psychotických příznaků, jako jsou paranoidní představy, bludy, halucinace a také při silné agitovanosti. Jejich použití by mělo být opatrné kvůli možným vedlejším účinkům.

- Sedativa

Mohou být předepsána při úzkostných stavech, neklidu nebo problémech se spánkem. Pomáhají uklidnit pacienta a zlepšit kvalitu spánku.

Důležité je zdůraznit, že léčba psychofarmaky by měla být indikována pouze v případech, kdy neléková opatření nejsou dostatečně účinná. Deprese, úzkost, neklid a agresivita mohou být často reakcí pacienta na ztrátu jeho dřívějších schopností. V některých případech může být účinná i **psychosociální podpora** a trénink schopností v každodenních činnostech. Léky na poruchy chování se často kombinují s léky proti demenci a jejich použití by mělo být **pod dohledem odborného lékaře**. Výběr léků

závisí na individuální snášenlivosti, vedlejších účincích, lékových interakcích a schopnosti pacienta užívat léky. Při zahájení léčby se doporučuje pravidelné hodnocení účinnosti léků a případně úpravy léčebného plánu (Národní zdravotnický informační portál).

3 Systém zdravotní a sociální péče pro osoby s demencí Alzheimerova typu

V této kapitole bude v rámci kontextu formálních pečujících uveden celkový systém zdravotní a sociální péče. Zejména budou popsány Domovy se zvláštním režimem, kde bude probíhat výzkumná část mé práce a gerontopsychiatrická oddělení v rámci psychiatrických léčebe.

Zdravotní a sociální péče pro osoby s demencí Alzheimerova typu je komplexní a vyžaduje multidisciplinární přístup. **Zdravotní péče** zahrnuje zpravidla léčbu farmakologickými prostředky na zpomalení progresu onemocnění a zmírnění symptomů. Dále zahrnuje management komorbidit a sledování fyzického zdraví, a v neposlední řadě také podpůrné aktivizační terapie a rehabilitace pro udržení nezávislosti a snížení rizika dopadů nemoci. **Sociální péče** u osob s Alzheimerovou demencí hraje klíčovou roli v podpoře pacientů a jejich rodin v celém průběhu onemocnění. Poskytují pak zejména podporu v denní péči u pacientů Ať už v rámci pobytových služeb nebo denních stacionářů či péči v domácím prostředí. (WHO TEAM 2019).

Domovy pro seniory se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem mohou zahrnovat různé typy zařízení nebo institucí, které poskytují speciální péči nebo podporu pro určité skupiny lidí. Základní rozdělení typů DZR podle specifik klientů a jejich diagnózy jsou:

Domovy pro seniory, Domovy pro osoby s postižením, Domovy pro děti (poskytují domov a péči pro opuštěné, týrané nebo znevýhodněné děti), **Domovy pro lidi s duševním onemocněním, Domovy pro lidi s chronickými nemocemi** (můžou poskytovat péči pro lidi s dlouhodobými onemocněními, jako jsou například nemoci s postižením), **Domovy pro lidi se závislostí** (tzv. „mokrý domy“), **Domovy pro oběti domácího násilí** (Domov se zvláštním režimem, 2001).

V rámci této bakalářské práce je ale stěžejní zaměřit se na DZR pro seniory s neurodegenerativním onemocněním. Tyto domovy se však mohou zaměřovat na různé skupiny seniorů, jako jsou ti s demencí, Alzheimerovou chorobou nebo jinými zdravotními

problémy. DZR pro seniory často poskytují **specializovanou péči** v souladu s potřebami konkrétní skupiny seniorů. To může zahrnovat péči o osoby s pokročilými stadii demence, rehabilitaci po cévních mozkových příhodách nebo péči o osoby s chronickými onemocněními. Personál v těchto zařízeních je obvykle odborně vyškolený a zkušený v poskytování péče pro seniory se specifickými potřebami. To zahrnuje lékaře, ošetřovatele, terapeuty a další odborníky. DZR pro seniory jsou často navrženy s ohledem na bezpečnost. To může zahrnovat bezpečnostní opatření pro prevenci pádů, dohled nad pacienty s demencí a další bezpečnostní prvky. Poskytování aktivit a programů pro **zlepšení kvality života seniorů** je důležitou součástí těchto domovů. Mohou to být terapeutické aktivity, sociální interakce, cvičení apod. Mnoho domovů se snaží aktivně zapojit rodiny seniorů do péče. To může zahrnovat **pravidelné komunikace**, návštěvy a zapojení rodiny do plánování péče. Pokud se nejedná o pobytovou službu, existují denní stacionáře nebo odlehčovací krátkodobé pobyty v rámci DZR (Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2015).

Gerontopsychiatrická oddělení v rámci psychiatrických léčeben

Gerontopsychiatrické oddělení v rámci psychiatrických léčeben je specializovaným zařízením, které poskytuje psychiatrickou péči pro starší osoby, zejména ty, které trpí duševními poruchami nebo onemocněními v pozdním stadiu života. Tato oddělení jsou navržena tak, aby mohla poskytovat péči, která je **citlivá k potřebám a specifickým geriatrické populace**. Některá oddělení se specializují na určité onemocnění, jako jsou DAT, jiné druhy demencí nebo depresivní poruchy u starších osob. Oproti DZR mají psychiatrické oddělení **široký multidisciplinární tým**. Pracovníci gerontopsychiatrických oddělení zahrnují různé odborníky, jako jsou psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, ošetřovatelé, terapeuty, odborná konzilia apod. Gerontopsychiatrická oddělení provádějí také **diagnostiku**. Léčba může zahrnovat farmakoterapii, psychoterapii a další terapeutické intervence, stejně tak jako v následné péči v DZR (Psychiatrická nemocnice Bohnice).

4 Zátěž u formálních pečujících u klientů s demencí Alzheimerova typu

Pečování o klienty s demencí Alzheimerova typu je náročné pro rodinné příslušníky, ale i pro formální pečující, jako jsou zdravotní sestry, ošetřovatelé nebo pracovníci v domovech se zvláštním režimem. Osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence často zažívají postupné zhoršení kognitivních schopností, což může znamenat, že jsou náchylnější na zapomínání, zmatenost a neschopnost vykonávat běžné úkoly. To může zvýšit **nároky na pečující**, kteří musí být trpěliví a odolní při poskytování péče (Kalvach, 2008).

Chování osob s demencí může být nevysvětlitelné a někdy náročné na správné pochopení. Mohou se objevit agitace, dezorientace, agresivita nebo únikové chování, což přidává další úroveň stresu pro pečující. Osoby s demencí mohou potřebovat neustálý dohled a péči, protože jsou náchylnější k úrazům, pádům nebo zapomenutím vykonat běžné úkony, jako je stravování nebo osobní hygiena. To může být **fyzicky i emocionálně náročné**. Komunikace s osobami s demencí může být obtížná, zejména když se snižuje schopnost verbální komunikace. Pečující musí být schopni rozumět nonverbálním signálům a být trpěliví při opakovaných otázkách nebo při komunikaci s nepochopitelným řečovým projevem (Malíková, 2011).

4.1 Psychická zátěž u pečujících

Formální pečující jsou často vystaveni dlouhodobému tlaku a stresu. **Nedostatek odpočinku** a neustálá starost o druhé mohou vést k vyhoření, což zahrnuje emocionální vyčerpání a sníženou schopnost poskytovat péči. V některých případech mohou pečující čelit i náročným interakcím s rodinou pacientů, zvláště pokud jsou rozhodnutí týkající se péče kontroverzní nebo nesouhlasí s očekáváními rodiny. Je důležité, aby organizace poskytující péči o osoby s demencí měly **vhodné zdroje a programy podpory** pro formální pečující, včetně školení, supervize a psychosociální podpory. To může pomoci minimalizovat zátěž a zlepšit kvalitu poskytované péče. I přesto, že je má práce zaměřena na formální pečovatelé je potřeba zmínit, že péče o seniory, kteří jsou závislí na pomoci druhých, je často

poskytována rodinnými příslušníky, a to až v 80 % případů. Nejběžnějšími pečovateli jsou partner, dcera, snacha, syn, sourozenec nebo jiní příbuzní. Je také zajímavé poznamenat, že **více než 75 % pečovatelů jsou ženy**. Tento fakt zdůrazňuje významnou roli, kterou ženy ve společnosti hrají v poskytování péče o zranitelné členy, zejména pak o seniory (Zvěřová, 2010).

Výzkum od autorů Jones a kol. (1991) ukázal, že ačkoli sociální pracovníci považují svou práci za uspokojivou, vnímají ji jako velmi náročnou a mají pocit, že tento tlak negativně ovlivňuje poskytované služby. Z měření psychického zdraví vyplynulo, že míra obecné úzkosti byla obzvláště vysoká. Pracovníci, kteří byli nejvíce vystaveni stresu, vnímali svou práci jako náročnější a méně podporující a odhadovali, že si berou dvakrát více pracovní neschopnosti. Ukázalo se, že určité specifické požadavky a podpora jsou důležité pro udržení psychického zdraví (Jones et al., 1991).

Stres a zátěž v práci mohou mít **různorodé dopady**. Dopady stresu obecně působí na celkové fungování člověka a zahrnuje veškeré oblasti jako **fyzické obtíže, psychické problémy, sociální dopady** nebo vliv na výkonnost a kvalitu práce. Toto vše sebou nese také dlouhodobá zdravotní rizika (Venglářová, 2011).

Při pracovní dlouhodobé zátěži se u jedinců (zejména u pracovníků v pomáhajících profesích) objevuje nejčastěji syndrom vyhoření. Celkový pocit vyčerpání, beznaděje a snížení pracovní výkonnosti. Syndrom vyhoření, známý také jako **burnout**, je stav, který vzniká v důsledku chronického stresu v pracovním prostředí. Jedná se o dlouhodobý proces, kdy jednotlivec zažívá emocionální, fyzické a mentální vyčerpání. Tento stav obvykle postihuje jedince pracující ve stresujícím nebo náročném prostředí, a to zejména tam, kde jsou vysoké pracovní nároky kombinované s nedostatečnou kontrolou, nedostatkem uznání a nedostatečnou odměnou za jejich úsilí. Tento syndrom může mít negativní dopad na celkové zdraví jednotlivce a může ovlivnit nejen pracovní, ale i osobní život. Syndrom vyhoření byl původně popsán v kontextu pracovního prostředí, ale může se vyskytovat i v jiných oblastech života, kde jsou vysoké stresové podmínky a nedostatek vyrovnávacích mechanismů (Honzák, 2022).

Mimo syndromu vyhoření se mohou samostatně vyskytnout **úzkosti a deprese**. Stres v práci může přispívat k rozvoji úzkostných a depresivních stavů. Dále také pokles koncentrace a paměti nebo podrážděnost a nespavost (Venglářová, 2011).

Studie od Kozákové et al., 2017 se zaměřovala na porovnání míry syndromu vyhoření mezi rodinnými pečujícími a profesionálními pečovateli. Výzkum vycházel z poznání, že péče o rodinného příslušníka může být náročná a představovat zátěž, která může vést k syndromu vyhoření u pečovatele. Stejně tak jsou i na profesionální pracovníky kladeny požadavky, které mohou způsobit zátěž a vyhoření. Metodika výzkumu zahrnovala kvantitativní dotazníkové šetření, kde byl použit dotazník Burnout Measure (BM). Respondenti tvořili 50 rodinných pečujících a 57 profesionálních pečovatelů (zdravotníci a pracovníci v sociálních službách). Výsledky ukázaly, že syndrom vyhoření byl zjištěn ve vyšší míře u rodinných pečujících než u profesionálních pečovatelů s významným rozdílem ($p < 0,001$). Syndrom vyhoření byl identifikován u 25 rodinných pečujících a pouze u 2 profesionálních pečujících. Zvýšené riziko syndromu vyhoření bylo zaznamenáno u 13 rodinných pečujících a u 8 profesionálních pečujících. Závěr studie zdůraznil, že pokud péče o rodinného příslušníka představuje pro rodinu nadměrnou zátěž, je vhodné využívat respitní nebo terénní služby poskytované společnostmi. To může pomoci prevenci syndromu vyhoření a udržet pečující jedince v lepší psychické pohodě (Kozáková et al., 2017).

Nicméně obecně jsou i formální pečovatelé a sociální pracovníci **ohroženou skupinou** ve výskytu syndromu vyhoření. Výzkum od Sanchezze-Moreno et al. (2015) se zaměřuje na syndrom vyhoření u sociálních pracovníků a jeho vztah k neformální sociální podpoře a psychickému utrpení. Studie zahrnovala 189 sociálních pracovníků z veřejných sociálních služeb a použila různé dotazníky k měření proměnných. Výsledky ukázaly, že více než polovina respondentů (55,6 %) trpěla vysokou mírou emocionálního vyčerpání, což je klíčový znak syndromu vyhoření. Dále bylo zjištěno, že sociální opora pracovníka, kterou poskytuje rodina, přátelé, spokojenost v partnerském vztahu a frekvence kontaktu s dětmi, má pozitivní vliv na snižování emocionálního vyčerpání. Další zjištěním bylo, že míra psychického vyčerpání byla nižší u pracovníků, kteří pracovali v organizacích s vyšším počtem zaměstnanců. To naznačuje možný **vztah mezi pracovním prostředím a mírou vyhoření**, přičemž větší organizace mohou poskytovat lepší podmínky pro zvládání stresu a prevenci vyhoření. Celkově tedy tato studie přináší poznatky o faktorech, které ovlivňují vyhoření sociálních pracovníků a naznačuje, že podpora ze strany rodiny, přátel a spokojenost v partnerském vztahu mohou hrát klíčovou roli v prevenci tohoto syndromu. Navíc se ukazuje, že pracovní prostředí, konkrétně velikost organizace, může také ovlivnit míru vyhoření u sociálních pracovníků (Sanchez-Moreno et al., 2015).

Výzkum z bakalářské práce od Janíčka (2018) na téma psychické zátěže sester na psychiatrickém oddělení ukazuje, že opakované požadavky u pacientů s demencí, i když byly splněny, jsou stále vnímány jako zátěž. Výzkum byl prováděn na 95 účastnících z toho bylo 74 žen a 21 mužů. **Nejvíce zatěžující** byla pro respondenty **péče o pacienty s demencí** (ze všech diagnóz na psychiatrickém oddělení), a to pro 10 zdravotních bratrů (47,61 %) a 30 zdravotních sester (40,54 %). 25 sester (33,78 %) a 6 bratrů (28,57 %) považuje za obtížné ošetřování pacientů s demencí kvůli jejich aktivní nespolupráci. Stavby neklidu, zmatenosti a bludů jsou nejvíce zatěžující pro 3 muže (14,28 %) a 13 žen (17,56 %). Nutnost dopomoci pacientům s demencí ve všech denních činnostech byla označena jako nejméně zatěžující. Tuto možnost zvolilo 6 sester (8,10 %) a 2 bratři (9,52 %). Tato zjištění poskytují důležitý vhled do vnímaných výzev a stresorů pečovateli, což může být klíčové pro plánování podpůrných opatření a péči v oblasti pečujících o pacienty s demencí. I přesto, že se jedná o sestry na psychiatrickém oddělení, existuje mnoho podobných situací jak pro ošetřovatele, tak pro zdravotní sestry při péči o klienta s demencí.

Další průzkum zabývající se specifiky zátěže u sester na geriatrickém oddělení formuloval některé oblasti, které jsou vnímané jak fyzicky, tak psychicky náročné. **Fyzická náročnost:** geriatřičtí pacienti jsou často pohybově omezení nebo imobilní, což zvyšuje fyzickou náročnost péče, zejména při přesunu, otáčení či hygienické péči. Řešení inkontinence přidává další fyzickou zátěž, například časté přebalování nebo pomoc při toaletních potřebách. **Psychická náročnost:** geriatřičtí pacienti mohou mít různé psychické problémy spojené se stárnutím nebo psychiatrickými onemocněními, což vyžaduje specifický přístup a porozumění. Situace spojené s umíráním pacientů mohou být emocionálně náročné pro sestry. **Komunikace a spolupráce:** Snížená úroveň spolupráce s pacienty znamená, že sestry musí být trpělivé a empatické při opakovaném vysvětlování pokynů nebo péči. Pokud není jasná perspektiva zlepšení zdravotního stavu, může to vést k pocitům neschopnosti a frustraci. Tyto faktory mohou přispívat k vyčerpání a syndromu vyhoření u sester pracujících na geriatrických odděleních. Je důležité, aby pracovní prostředí podporovalo sestry ve zvládnání těchto specifických výzev a poskytovalo jim dostatečnou podporu a respekt (Gulášová, Kyasová, 2005). Tento průzkum jsem opět využila do mé práce i přesto, že se jedná o zdravotní sestry nikoli přímo o ošetřovatele, kteří jsou cílová skupina pro můj výzkum. Nejen z tohoto průzkumu totiž vyplývá, že sestry pracující s geriatrickými pacienty jsou na tom v mnoha ohledech podobně, co se týče zátěže a situací v práci, jako ošetřovatelé v DZR.

Obecně nadměra pracovního stresu může mít negativní dopad na rodinné a sociální vztahy. Vyskytnout se může **snížená sociální účast a angažovanost**. Lidé vystaveni vysoké zátěži mohou mít méně energie na sociální aktivity. Vznikají konflikty v pracovním prostředí. Účinky stresu na sociální chování závisí na načasování, délce trvání a typu vystavení stresu. Sociální stažení a agrese jsou typickým důsledkem prožívání nebo prožití vysoké a trvalé úrovně stresu. U lidí může stres vyvolat ale i prosociální formy chování, zejména vůči členům skupiny (Joshi, 2007).

Výzkum na zvířatech a lidech od autorů Sandiho a Hallera (2015) odhalil některé strukturální, funkční a molekulární změny v mozku, které jsou základem účinku stresu na sociální chování.

Individuální rozdíly v účinku stresu na sociální chování jsou částečně vysvětlovány některými genovými polymorfismy (například genem pro monoaminoxidázu A (MAOA)). **Glukokortikoidy** také částečně zprostředkovávají účinky stresu na sociální chování. **Monoaminy, sociální neuropeptidy, systém kortikotropinu** – uvolňujícího hormonu (CRH), molekuly buněčné adheze a epigenetické mechanismy se podílejí na promítání účinků stresu do sociálního chování. Pozitivní sociální interakce mohou jedince chránit před nepříznivými účinky stresu (Sandi, Haller, 2015).

Další studie na téma zátěže pečovatelské zkoumala vztah mezi sociodemografickými faktory, pečovatelskou zátěží a mírou vyhoření u profesionálních pečovatelských pracovníků, kteří se starají o pacienty s Alzheimerovou chorobou v osmi centrech geriatrické péče v Istanbulu. Pro měření úrovně zátěže péče byla použita Zaritova škála zátěže pečovatele (*Zarit Caregiver Burden Scale*), zatímco úroveň vyhoření byla měřena pomocí Maslachova inventáře vyhoření. Výsledky studie ukázaly, že je **vysoká úroveň emočního vyčerpání** a to 25 % pečovatelských pracovníků v tomto vzorku. **Depersonalizace** byla zjištěna u 30 % pečovatelských pracovníků. Nižší osobní úspěchy byly přítomny u 26 % pečovatelských pracovníků (Yildizhan et al., 2019).

Co se týče faktorů vnímání spokojenosti a náročnosti práce, které souvisejí s vyšším vyhořením a stresem zjistili ve výzkumu od Costello et al. (2019) nižší spokojenost s prací, vnímání nedostatečnosti počtu personálu, špatné prostředí domova pro seniory, pocit nepodpory, hodnocení vedení domova jako špatné.

4.2 Potencionální krizové situace mezi pečujícím a klientem s demencí

Krizové situace mezi pečujícím a klientem s demencí mohou vzniknout z různých důvodů a mohou být náročné z hlediska komunikace a péče. Je důležité rozumět faktorům, které mohou přispět k behaviorálním krizím u seniorů s demencí. **Agrese, agitace, bludy, útoky a halucinace** jsou běžné projevy, které mohou vyžadovat zásah odborníků. Získání vhledu do těchto problémů může pomoci předcházet krizím a adekvátně reagovat, když k nim dojde. Jeden z problémů může spočívat v nedostatku důslednosti při hodnocení chování a zvládnání agitace či agrese u lidí s demencí. Zlepšení metod hodnocení a přístupu k chování může být klíčové pro efektivnější řízení krizových situací. Důležitým prvkem je také **zaměření na prevenci a intervenci**. Prevence krizí by měla zahrnovat práci s rodinným prostředím a prostředím pečovatelského domu nebo domova se zvláštním režimem. Odborníci by měli nabízet podporu a rady týkající se prevence a zvládnání agrese a agitovanosti. Zdůraznění, že **behaviorální krize** se často vyskytují v těžkých stádiích demence a u lidí pobývajících ve vlastních domovech, ukazuje na důležitost poskytování podpory a zdrojů péče nejen v institucionálním prostředí, ale i v domácím prostředí. Celkově lze konstatovat, že věnování pozornosti problematice krizových situací u seniorů s demencí je klíčové pro zlepšení kvality života těchto jedinců a jejich pečujících. Odborná pomoc a podpora rodin mohou hrát klíčovou roli při zvládnání těchto náročných situací (Backhouse et al., 2018).

Agrese a napadení ze strany klienta

Agrese u pacienta s demencí může být jedním z významných a obtížně zvládnutelných projevů tohoto onemocnění. Agresivita může být jak **verbální**, tak i **fyzická**, a často vzniká v důsledku změn v mozku, které se objevují v průběhu demence. Důkladné pochopení možných příčin agresivity u seniorů s demencí je klíčové. Může jít o fyzické nepohodlí, neschopnost komunikovat své potřeby nebo reakci na změny v okolí. Pečující by měli být schopni se zastavit, zhluboka se nadechnout a zklidnit se, když se setkají s agresivní reakcí. **Sebereflexe** může pomoci zabránit eskalaci situace. Důležité je také rozpoznání potřeb. Pečující by se měl snažit identifikovat potřeby pacienta, které mohou vyvolávat agresivitu. Mohou to být fyzické potřeby (jako žízeň, hlad, únava) nebo emoční potřeby (jako potřeba bezpečí a porozumění). Komunikace s lidmi s demencí vyžaduje

trpělivost a empatii. Je dobré snažit se nalézt způsoby, jak komunikovat bez slov, například pomocí neverbálních signálů a klidné přítomnosti. Pokud agresivní chování přetrvává nebo se zhoršuje, spolupráce s odborníky, jako jsou lékaři, psychiatři nebo psychologové, může být nezbytná. Zkoumání možných lékařských příčin a **vhodná farmakoterapie** jsou zpravidla součástí léčby (WHO TEAM, 2019).

Dezorientace ze strany klienta

Poruchy orientace jsou běžným a charakteristickým průvodním jevem demence. Dezorientace v čase, místě, prostorem a osobou může výrazně ovlivnit každodenní život pacienta i jeho pečujících. Zde jsou některé další aspekty poruch orientace u lidí s demencí:

- **Dezorientace v čase:** nerozlišování denní doby – pacienti mohou mít problémy rozlišovat mezi dnem a nocí, což může způsobit nesprávný spánkový režim. Ztráta časové orientace – neschopnost určit aktuální rok, měsíc nebo den v týdnu.
- **Dezorientace v místě a prostoru:** bloudění a dezorientace v prostoru – pacienti mohou ztratit schopnost rozpoznat a pamatovat si známá místa. Bloudění v domácím prostředí nebo na známých trasách je častým jevem. Nepamatování si bydliště – ztráta povědomí o místě, kde pacient žije, a problémy s rozpoznáním domova.
- **Dezorientace osobou:** nepoznávání známých tváří – postupná ztráta schopnosti rozpoznat rodinné členy, přátele nebo známé osoby. Ztráta identity – v pokročilých stádiích demence může pacient ztratit schopnost rozpoznat vlastní osobu v zrcadle a nerozumět, kdo je. Jedná se o terminální fázi. Dezorientace má zjevné dopady na péči o pacienta s demencí Alzheimerova typu. Dezorientace v místě může znamenat, že pacienti mají zvýšené riziko ztráty cesty domů a bloudění v neznámém prostoru.

Pacienti s demencí mohou mít prospěch ze strukturovaného prostředí a pečující by měli vytvářet bezpečné a známé podmínky. Každý jedinec s demencí může reagovat odlišně na dezorientaci, a proto je důležité přizpůsobit péči individuálním potřebám každého pacienta. Při péči o pacienty s demencí je klíčové porozumět výzvám spojeným s dezorientací a vyvinout strategie, které zlepší kvalitu života pacienta a usnadní péči pro pečující (Novotná, 2014).

Komunikace s klientem trpící demencí Alzheimerova typu

Zlepšení komunikace s osobou trpící demencí je klíčové pro poskytování péče a udržení kvality vztahu. Komunikace může být ztížena úbytkem kognitivních i mentálních funkcí. Důležité je zvolit **jednoduchý jazyk**. Pečující by měl mluvit jednoduše a srozumitelně, ideálně krátké věty bez složitých slovních obrátů. Pozornost by se měla zaměřit i na **tón hlasu**. Klidný a příjemný hlas může pomoci vytvořit bezpečné prostředí. Pečující by měl přizpůsobit **tempo řeči** pacientovi a dát jim dostatek času na pochopení a odpověď. V rámci komunikace bychom se měli zaměřit i na neverbální komunikaci. Využívání gest a mimiky k podpoře verbální komunikace může předat mnohem více než slova. Pacienti trpící demencí Alzheimerova typu mohou být citliví na fyzický kontakt, je proto dobré opatrně přistupovat. Používat se mohou vizuální podněty, například fotografie, kresby nebo jiné pomůcky, které mohou pomoci při komunikaci (WHO TEAM, 2019).

Nástroje pro lepší komunikaci (WHO TEAM, 2019):

1. Vytváření pozitivního prostředí, kde se pacient cítí bezpečně a uvolněně.
2. Rozhovory o tématech, která jsou pro pacienta blízká a mohou vyvolat pozitivní reakce.
3. Opakování a zachování klidu při sdělování informací.

4.3 Psychohygiena u pracovníků ve zdravotnických a sociálních zařízeních

Psychohygiena v práci se zabývá udržováním a podporou duševního zdraví zaměstnanců v pracovním prostředí. Je to komplexní přístup k prevenci pracovního stresu a psychosociálních rizik, který může ovlivnit celkovou pohodu a výkonnost jednotlivce (Vávrová, 2015). V kontextu psychohygieny formálních ošetřovatelů se dále zmíníme o supervizi a pravidelném vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách.

Supervize

Supervize slouží k propojení teorie s praxí a integraci osobnosti s profesním rozvojem. Má **tři hlavní složky**: podpůrnou, kontrolní a vzdělávací. Tato struktura umožňuje poskytovat podporu pracovníkům, reflektovat profesionální pozici

a zprostředkovat **náhled na rizika** a důsledky v praxi. Cílem supervize je umožnit změny v profesním přístupu, zlepšit kvalitu péče a zvýšit spokojenost klientů. Dalším důležitým aspektem supervize je péče o pracovníka samotného. To zahrnuje podporu sebereflexe, péči o emoční prožívání, reflexi pracovních vztahů a podporu komunikačních dovedností. Supervize je také klíčovým prvkem v **prevenci syndromu vyhoření**, který může postihnout pracovníky v pomáhajících profesích (Asociace supervizorů pomáhajících profesí).

Na základě studie o potřebnosti supervizí zdravotních sester v ošetrovatelství od Špirudové (2010) lze konstatovat, že české sestry obecně nemají přímou zkušenost s klinickou ošetrovatelskou supervizí. Pokud se k ní vyjádří, často ji vnímají spíše negativně jako další kontrolu a prostředek k disciplinování. Avšak, pokud mají možnost otevřeně diskutovat a hledat řešení se zkušeným partnerem v bezpečném prostředí, tuto formu podpory vnímají velmi pozitivně a jako potřebnou. Nejběžnější zkušenosti se supervizí mají sestry pracující v sociálních službách nebo v oblasti psychiatrie, a to převážně pod vedením psychologů nebo manažerů. Je zajímavé pozorovat, že supervize vedená osobami mimo ošetrovatelský obor, jako jsou manažeři či psychologové, často neplní očekávání sester, zejména pokud jsou v pracovních týmech problémy nebo pokud se dozvědí, že supervizor sdílí informace s vedením organizace. Tyto situace vedou k nedůvěře a nepřijetí supervize jako bezpečného prostoru pro otevřenou diskusi o skutečných problémech. Velmi podstatným faktorem bránícím implementaci a rozvoji klinických supervizí v ošetrovatelství je, podle názoru studie, stále přetrvávající mýtus o neomylnosti každého "schopného zdravotnického profesionála", jak sester, tak i jejich nadřízených. V pracovním prostředí je jakékoli zaváhání nebo přiznání pochybností či chyby často interpretováno jako slabost, neschopnost a nedůvěryhodnost. Z tohoto důvodu jsou zdravotníci, včetně sester, velmi opatrní a nedůvěřiví ohledně toho, komu, kde a při jaké příležitosti svěřit své profesní pochybnosti, či dokonce selhání a omyly. (Špirudová, 2010).

Supervizní činnost se stala nástrojem pro zkvalitnění péče o pacienty v oblasti ošetrovatelského vzdělávání. Při zavádění této metody je klíčové zajistit zvýšení informovanosti nejen mezi sestrami, ale také mezi ostatními profesionálními skupinami v zdravotnictví a ošetrovatelství. Dále je důležité přiblížit tuto metodu manažerům zdravotnických organizací, kteří mají významný vliv na zavádění těchto metod mezi své zaměstnance. Je nezbytné prezentovat supervizi jako nástroj, který přináší největší užitek přímo pacientům a mají návaznost na kvalitu poskytované péče. I když supervize nemusí

přinést okamžité výsledky, je důležité zdůrazňovat její dlouhodobý pozitivní dopad na poskytování péče (Zelenková, 2020).

Studie, která prováděla experiment na sestřích, které pečují o pacienty s demencí zkoumala vliv intervence spočívající v individuální plánované péči o pacienty s demencí a pravidelné systematické klinické supervizi sester. V rámci experimentu byly rozděleny dvě skupiny – experimentální oddělení (EW) a kontrolní oddělení (CW), kde supervize neprobíhala. Pozorování spolupráce mezi sestrami a pacienty byla provedena před zahájením experimentu a pokračovala i během jeho průběhu na obou odděleních. Výsledky ukázaly, že na oddělení EW došlo během intervence k významnému zlepšení spolupráce sester a pacientů, zatímco na CW došlo k zhoršení této spolupráce. Tato změna byla statisticky významná ($p = 0,02$). Výsledky studie naznačují, že intervence spočívající v individuální plánované péči o pacienty s demencí a pravidelné supervize mohou zlepšit kvalitu spolupráce mezi sestrami a pacienty v péči o pacienty s demencí (Edberg et al., 1996).

Pravidelné vzdělávání pracovníků

Průběžné vzdělávání pro sociální pracovníky je zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) regulováno v § 111. Sociální pracovníci mají povinnost absolvovat průběžné vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Rozsah vzdělávání se upravuje v závislosti na délce pracovního poměru v průběhu roku. Formy vzdělávání jsou různé jako například: specializační vzdělávání poskytované vysokými školami, účast v kurzech s akreditovaným programem, odborné stáže, účast na školicích akcích nebo účast na konferencích. Vzdělávání musí být akreditováno ministerstvem, ať už na vysokých školách, vyšších odborných školách nebo v dalších vzdělávacích zařízeních (Profesní komora sociálních pracovníků).

Celoživotní vzdělávání sociálních pracovníků je **klíčové pro jejich profesní růst** a efektivní práci. Zahrnuje širokou škálu forem vzdělávání, které slouží k prohlubování a doplňování stávajících dovedností a znalostí. Tyto formy mohou být organizované, individuální nebo spontánní. Historicky byla myšlenka celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků součástí profesního prostředí již od samotného vzniku sociální práce. Existuje mnoho přístupů k tomuto tématu, avšak všechny zdůrazňují důležitost neustálého profesního růstu. Při pravidelném vzdělávání má sociální pracovník **větší odstup a nadhled nad pracovním stresem**, může s ním pak lépe pracovat (Tajanovská, 2018).

Empirická část

5 Výzkumný problém a cíle práce

Zátěž u ošetřovatelů pečujících o klienty s demencí může být výzvou z několika důvodů. Péče o osoby s demencí může být náročná a vyžaduje specifické dovednosti a znalosti. Ošetřovatelé se často potýkají s komplexními situacemi spojenými s chováním klienta, komunikací apod. Osoby s demencí mohou vykazovat nepředvídatelné chování, jako je agitovanost, dezorientace nebo zmatenost, jak již bylo popsáno v teoretické části práce. Toto chování může být obtížné řídit a vyžaduje trpělivost a flexibilitu ošetřovatelů. Péče o klienty s demencí může být i fyzicky náročná. Někteří pacienti mohou mít omezenou pohyblivost nebo potřebují pomoc při základních denních činnostech, což zvyšuje nároky na fyzickou sílu ošetřovatelů. Ošetřovatelé se setkávají zejména s emocionální a psychickou zátěží v důsledku péče o pacienty.

Cílem práce je zjistit zátěž u formálních pečujících osoby trpící demencí Alzheimerova typu. Dalším dílčím cílem je zmapovat, jak se ošetřovatelé starají o vlastní psychohygienu v návaznosti na náročnost jejich práce.

Na všechny aspekty péče byla zaměřena empirická část, která se podrobněji zabývá psychickou zátěží u formálních pečujících u osob s demencí Alzheimerova typu. Základní **výzkumné otázky** tohoto výzkumu jsou:

Výzkumná otázka č. 1:

Jaká je subjektivní vnímaná psychická zátěž u formálních pečujících u lidí trpících demencí Alzheimerova typu?

Výzkumná otázka č. 2:

Jaká je zkušenost s psychohygienou u formálních ošetřovatelů u lidí s demencí Alzheimerova typu?

6 Typ výzkumu a použité metody

Jako typ výzkumu byla použita kvalitativní forma zpracování a v rámci toho byla zvolena *interpretativní fenomenologická analýza*. Interpretativní fenomenologická analýza (anglicky *Interpretative Phenomenological Analysis* – IPA) je specifickým přístupem ke kvalitativnímu výzkumu, který se zaměřuje na hlubší porozumění subjektivního prožívání jednotlivců v rámci určitého fenoménu. Tato metoda byla vyvinuta v oblasti psychologie, zejména v pracích Jonathanem Smithem, Paulem Flowers a Michaelem Larkinem. IPA vychází z fenomenologického přístupu, který se snaží pochopit, jak jednotlivci interpretují a prožívají svět kolem nich. Důraz je kladen na subjektivní pohledy a vnímání. IPA zdůrazňuje interpretativní rozměr výzkumu. Výzkumník není pouze pasivním pozorovatelem, ale aktivně interpretuje a analyzuje data ve spolupráci s výzkumnými subjekty. Typicky se využívá malý vzorek účastníků, často kolem 6-10 osob (pro tento výzkum zvoleno 8 respondentů). Tento malý počet účastníků umožňuje podrobnou a hloubkovou analýzu každého jednotlivce. Data se získávala pomocí semi-strukturovaných rozhovorů, které poskytují prostor pro hlubší zkoumání subjektivních zkušeností účastníků. IPA se vyznačuje postupným procesem analýzy. Data jsou opakovaně studována a kategorizována, čímž se odhalují hlavní témata a vzory v projevech účastníků. Fenomenologická redukce, princip odstranění předsudků a předpokladů výzkumníka je klíčovým prvkem v interpretativní fenomenologické analýze. IPA bere v úvahu sociální, kulturní a historický kontext, ve kterém se subjekty nacházejí, což pomáhá lépe porozumět významu jejich zkušeností. Výsledkem interpretativní fenomenologické analýzy jsou bohatá a detailní data, která mohou poskytnout hlubší vhled do subjektivního prožívání a významu konkrétního fenoménu. Tato metoda je často využívána v psychologii, sociologii, zdravotní péči a dalších oborech, kde je důležité porozumět lidským zkušenostem z jejich vlastní perspektivy (Řiháček et al., 2013).

Proces analýzy v IPA obvykle začíná u jednoho případu nebo prvního rozhovoru. Dříve byly nabízeny dvě možnosti, jak postupovat dále: buď použít témata identifikovaná v první analýze k orientaci v dalších případech, nebo provést analýzu každého následujícího případu samostatně od začátku, včetně identifikace nových témat. V současné době se více preferuje druhý způsob, což znamená provádět analýzu každého případu samostatně. Tento přístup plně respektuje individuální povahu každého případu, což však zvyšuje nároky na výzkumníka, zejména na jeho schopnost otevřeně se ponořit do fenomenologického

zkoumání a být citlivý k novým myšlenkám a tématům. Je důležité si uvědomit, že i přes tento postup se nelze úplně vyhnout vlivu předchozích analýz. Nicméně klíčové je, aby výzkumník zachoval otevřenost a dával co největší prostor objevování nových témat v každé nové analýze. Tímto způsobem je možné zachovat flexibilitu a citlivost k jedinečnosti každého případu. Jednotlivé fáze procesu analýzy můžeme rozdělit do šesti kroků (Řiháček et al., 2013).

Čtení a opakované čtení

V tomto kroku se výzkumník aktivně zapojuje do porozumění datům, a to prostřednictvím opakovaného čtení přepisu rozhovoru. Cílem je získat perspektivu respondenta, což může být usnadněno opětovným poslechem nahrávky.

Počáteční poznámky a komentáře

V této fázi výzkumník detailně prozkoumává data a zaznamenává si všechny poznámky a komentáře, které se týkají obsahu, jazyka a interpretací. Poznámky mohou být psány ručně, což může posílit vazbu mezi výzkumníkem a textem.

Rozvíjení vznikajících témat

Z počátečních poznámek se postupně formují témata, která zachycují esenciální kvality respondentovy zkušenosti. Tato fáze vyžaduje přemýšlení výzkumníka o vztazích mezi různými komentáři a jejich organizaci do konkrétních témat.

Hledání souvislostí napříč tématy

Po formulaci témat se výzkumník zabývá jejich propojením a vzájemnými vztahy. Témata mohou být uspořádána podle různých klíčů, jako je četnost výskytu, míra abstrakce nebo jejich funkce v textu.

Analýza dalšího případu

Po dokončení analýzy jednoho případu následuje podobný postup pro další případy.

Hledání vzorců napříč případy

V této fázi se výzkumník zaměřuje na propojení analýz různých případů a hledá vzorce a souvislosti mezi nimi. To může vést ke změnám v identifikovaných tématech nebo k jejich dalšímu prohloubení (Řiháček et al., 2013).

7 Sběr dat a výzkumný soubor

Sběr dat probíhal od září do listopadu roku 2023 v DS na oddělení DZR zaměřené na klienty s demencí, zejména na osoby s demencí Alzheimerova typu. Osloveno bylo 8 zaměstnanců oddělení DZR, konkrétně 7 žen a 1 muž. Podmínkou výběru výzkumného souboru bylo působení na oddělení DZR, souhlas s účastí na výzkumu a minimálně dva roky praxe v oboru. Výzkumný soubor byl vybrán metodou nenáhodného výběru, konkrétně příležitostným výběrem účastníků. Jako doplňující informace k rozhovoru byly zaznamenány údaje o pohlaví, věku, senioritě, vzdělání a celkové praxi v oboru ošetrovatelství. Průměrný věk respondentů byl 47 let. Všichni účastníci výzkumu byli obeznámeni s průběhem výzkumu i jeho účelem, zároveň byl všem dán informovaný souhlas, který účastníci podepsali a jeden výtisk jim byl ponechán. Níže je uvedena tabulka výzkumného souboru.

Tabulka 2: Přehled výzkumného souboru

Respondent	Fiktivní jméno	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Praxe v oboru	Seniorita na aktuálním pracovním místě
R1	Paní Hana	Žena	58 let	SŠ	14 let	14 let
R2	Paní Věra	Žena	52 let	SŠ	15 let	5 let
R3	Paní Veronika	Žena	51 let	SOU	3 roky	3 roky
R4	Paní Jitka	Žena	54 let	SOŠ	4,5 roku	4,5 roku
R5	Paní Růžena	Žena	45 let	SOŠ	3 roky	3 roky
R6	Pan Erik	Muž	34 let	SOŠ	4 roky	4 roky

R7	Paní Lenka	Žena	52 let	SOU	10 let	10 let
R8	Paní Ludmila	Žena	27 let	SŠ	2 roky	2 roky

8 Vlastní reflexe zkušenosti s tématem výzkumu

Pro téma psychické zátěže u formálních pečujících u klientů s demencí Alzheimerova typu jsem se rozhodla z důvodu vlastní zkušenosti. Po dobu jednoho roku jsem působila jako dobrovolnice – ošetřovatelka v domově pro seniory se zvláštním režimem. Práce se seniory s demencí byla náročná, ale zároveň i velmi obohacující.

Náročnost spočívala především v emocionálních výzvách, s nimiž jsem se dennodenně setkávala. Vidět, jak se někdo postupně ztrácí ve světě svých vzpomínek, a jak to ovlivňuje nejenom jeho život, ale i životy jeho blízkých, bylo někdy těžké.

Pracovat s klienty vyžadovalo trpělivost, empatii a schopnost přizpůsobit se neustálým změnám v jejich náladách a chování. Každý den přinášel nové výzvy, demence je progresivní onemocnění a každý pacient procházel jiným stadiem. Komunikace byla jedním z klíčových prvků práce. Klienti náladoví nebo dezorientovaní, což vyžadovalo schopnost klidné a porozumění plné komunikace. Bylo důležité si být vědoma, že někdy slova nestačí a nonverbální komunikace a dotek mohou být silnějšími prostředky dorozumívání.

Další výzvou byla péče o fyzické potřeby pacientů, zejména pokud se jejich schopnost samostatné péče snižovala. Bylo nutné zachovat důstojnost a respekt v každém okamžiku, což vyžadovalo citlivost a ohleduplnost. Avšak s ohledem na všechny tyto aspekty náročnosti práce nebyla z mého hlediska dostatečná následná péče zaměstnanců o mentální zdraví, a to ani ze strany zaměstnavatele ani ze strany samotných zaměstnanců v rámci vlastní psychohygieny. V rámci výzkumu tohoto tématu mě nejvíce zajímá, jaká je realita a skutečné psychické zatížení u lidí, kteří mají ošetřovatelství s tímto typem klientů jako denní zaměstnání, jaká je motivace dělat takto náročnou práci a jaký dopad to má na jedince.

Při rozhovorech jsem měla někdy pocit, jako bych se vrátila v čase. Výzkum jsem prováděla ve stejném domově, v jakém jsem v období pandemie covidu působila. Musela jsem se tedy potýkat s velmi subjektivním přístupem, který mohl zkreslovat můj přístup. I přes tento fakt jsem se snažila zachovat neutralitu výzkumníka. Většinu respondentek jsem znala osobně a musela jsem se od tohoto faktu odprostit tím, že jsem se snažila držet si

hranice výzkumníka a v rámci rozhovoru jsem se snažila držet pouze tématu, i přesto, že někteří respondenti chtěli vést rozhovor na osobní úrovni.

Když účastníci výzkumu mluvili o věcech, které je trápí, velmi často jsem cítila souznění, protože jsem ve stejných situacích byla také, nicméně v tomto případě jsem byla pouze v roli „sběratele dat“ a výzkumníka, a tak jsem se snažila odprostit od emocí, které by mohly narušit neutralitu při vedení rozhovoru i následné analýze a zpracování dat.

Z určitých ošetřovatelek jsem však po čase, co jsme se neviděli, cítila únavu a vyhoření. Snažila jsem se však jejich aktuální stav nijak nehodnotit a zůstat objektivní a přistupovat ke všem zúčastněným participantům stejně. Značnou míru znepokojení ve mně vyvolávala valná většina respondentů, která mluvila o neempatickém a nepodporujícím vedení. Nicméně rozhovory jsem vedla pouze s pracovníky. Neznám tedy postoj a přístup k zaměstnancům ze strany vedení DS a musela jsem si toto uvědomit i při rozhovorech, že informace o nevyhovujícím vedení může být zkreslená a z části nekorespondující realitě.

Většina respondentek byla ve věku mé matky. Měla jsem tendenci přistupovat k nim trochu jinak, než kdybych vedla rozhovor se svými vrstevnicemi. Měla jsem větší odstup a respekt k ženám, které mají za sebou dlouholetou praxi a jsou o generaci starší než já. I přes tento fakt jsem se snažila přejít tím, že jsem si byla vědoma, že potřebuji zjistit i „nepříjemné“ informace a věkový rozdíl by neměl být překážkou pro výzkumníka.

9 Dílčí analýzy jednotlivých respondentů

V této části budou odprezentovány jednotlivé příběhy všech respondentů. Každému respondentovi bylo přiděleno fiktivní jméno z důvodu anonymizace dat. Zároveň jsem využila konkrétních jmen k označení respondentů R1 až R8 z důvodu větší míry osobního přístupu než označení pouze číslem. V závěrečné analýze budou již respondenti označováni pouze respondent R1 až R8. Pro dokreslení uvádím také konkrétní výpovědi respondentů.

Respondentka R1 – paní Hana

Paní Hana je 58letá pracovnice DZR, v tomto konkrétním DS působí již 14 let, stejně tak dlouhá je i její praxe v oboru. Má SŠ vzdělání, a kromě kurzu sociálního pracovníka nemá jiné specializované vzdělání v oboru ošetrovatelství nebo práce s lidmi s demencí. Motivace pracovat s lidmi v seniorském věku s demencí byla zejména o financích. Práce na oddělení DZR je lépe placená než v klasickém DS.

Paní Hana bere svoji práci již jako rutinní záležitost, přesto jsou pro ni stále situace, které jí dělají obtíže. Zejména komunikace s klienty. (*„Někdy trvá podstatně déle jim něco vysvětlit. Musíme jim vše opakovat.“*). Po fyzické stránce má také občas problémy s imobilními klienty. Je to vzhledem k jejímu věku více náročné než před lety. Když se setká s agresivním klientem, tak ze situace odchází. (*„Zrovna teď v neděli jsem měla klienta, co byl agresivní, protože se nechtěl koupat. Tak jsem ho nechala být, přišla jsem za čtvrt hodiny a už se s ním dalo komunikovat.“*). Takové situace jí sice s klientem vyčerpávají, ale sama tvrdí, že strach nebo obavy z agrese nemá. Konstatuje, že více se agresivní chování vyskytuje u mužů. S ohledem na délku praxe i seniority uvádí, že pro ni už nejsou žádné situace zvlášť náročné a necítí žádné extrémní psychické vypětí při konkrétních situacích. V poslední době má problém pouze s jednou klientkou, která má diabetes a zároveň demenci Alzheimerova typu, často tak zapomíná, že jedla a stále vyžaduje jídlo. Stává se to zejména při noční službě, která je již takto pro paní Hanu náročná.

Se stresem a vyčerpáním se paní Hana vyrovnává až doma mimo práci. V práci často myslí na svého adoptovaného kocoura, kterého má moc ráda. Pomáhá jí to utéct od těžké reality v práci. V minulosti si prošla syndromem vyhoření. (*„Už jsem před lety prošla syndromem vyhoření. Byla jsem taková aktivní, všem jsem chtěla vyhovět, ale podáte prst a sežerou Vás celou.“*). Paní Hana po 7 letech musela na čas opustit obor ošetrovatelství.

2 roky byla úplně mimo obor, poté se opět vrátila. Aktuálně má ke své práci jiný postoj než před lety, bere práci s větším nadhledem a nepracuje na 110 % jako tomu bylo dříve.

Setkává se taky poměrně často s nevlídným přístupem ze strany rodiny klientů, kteří nerozumí diagnóze a velmi špatně se s nimi komunikuje. (*„Někdy si z nás rodiny dělají hromosvod, jsou nešťastní z diagnózy jejich příbuzného.“*).

Přes veškeré náročné situace v práci vnímá jako největší problém komunikaci a spolupráci s vedením domova. Paní Hana ale nechtěla tento problém více rozvíjet. Měla strach, aby se informace nedostaly k její vedoucí, ale byla by ráda, kdyby vedení bylo více empatické a projevilo, že má o své zaměstnance zájem a chce jim být nápomocno v rámci pracovní psychohygieny. Mají pouze 2x ročně finanční odměny, což z jejího pohledu není dostačující. Ráda by přivítala nějaké nepeněžité kompenzace, jako například masáže. Se supervizemi ani jinými podobnými aktivitami nemá zkušenost a neví, k čemu by jí byly. Přiznává ale, že i po letech cítí velké vyčerpání, hlavně ve formě fyzické únavy. (*„Doma na mě někdy padne velká únava. Je těžké být 5 dní v týdnu 8 hodin denně vlídná.“*).

Budoucímu kolegovi či kolegyni by sama doporučila, aby si problémy moc nepřipouštěli do hlavy. Na vše si dát dostatek času a moc se nepřepínat. Na závěr ještě dodala, že každý, kdo přijde k nim na oddělení DZR by měl vědět, že ne všichni berou jejich oddělení jako zvláštní režim. (*„Myslela jsem si, že to tu všichni berou jako zvláštní režim, ale bohužel to je tak, jak se to, komu hodí. Jako třeba od sestřiček potřebujeme pomoc s klientem, který má problém s vyměšováním. No oni řeknou, co se divíme, když je na DZR, ale třeba problém není vždy psychický, na druhou stranu pak chtějí po klientech věci, kterých vzhledem k jejich diagnóze nejsou schopni.“*).

Respondentka R2 – paní Věra

Paní Věra je 52letá pracovnice DZR, v tomto konkrétním DS působí 5 let, nicméně v ošetrovatelské praxi se pohybuje již 15 let. Má SŠ vzdělání a kromě kurzu sociálního pracovníka nemá jiné specializované vzdělání v oboru ošetrovatelství nebo práce s lidmi s demencí. Motivace pracovat s lidmi v seniorském věku s demencí má, protože jí tato práce naplňuje.

Paní Věra hodnotí svou práci s nadhledem. Snaží se si moc nepřipouštět stres, který na ní v práci doléhá (*„Já si to moc nepřipouštím, protože tady s těmi lidmi je to těžké.“*).

Furt dokola to samé, nějak mě už nemůže nic překvapit. Musíme to brát nějak s humorem.“) přesto přiznává, že je práce pro ni psychicky i fyzicky náročná. Nejvíce náročné situace v práci jsou pro ni, když klienti projevují smutek a jsou depresivní. Neví si moc rady s tím, jak naložit s dotazy klientů, na které není schopna odpovědět, jako například kdy půjdou domů apod. S agresivními klienty se často neseťkává a osobně nikdy problém žádný takový problém neměla.

Jako problém aktuálně vnímá i personální nedostatek ošetřovatelek. (*„Za poslední půlrok tady často zůstáváme ve dvou. Personálně je nás málo. Potom už člověka nemůže.“*). V poslední době se jí také stává, že jí klient často manipuluje se stolicí, je to pro ni nepříjemné z lidského hlediska, a zároveň to dělá paní Věře problém po fyzické stránce. Jako nejvíce krizové situace vnímá, když nestíhá práci a je málo ošetřovatelek na směně, čímž opět poukazuje na personální podstav v rámci DZR. Tyto krizové situace se ale snaží vždy řešit v rámci celého týmu. Ráda si pak po těchto situacích sedne s kolegyněmi a dá si kávu.

Paní Věra dříve pracovala jako terénní sociální pracovníce a neseťkávala se s klienty s demencí. (*„Dříve jsem dělala v terénu jako sociální pracovníce a tam byly také krizové situace, ale úplně jiné než tady. Tady jsou ti klienti s demencí opravdu specifičtí.“*). Tím, že pracovala v terénu, neměla kolem sebe tým kolegyň. Nyní je však v kolektivu 11 spolupracovnic a pro ni samotnou je někdy náročné vyjít se všemi. (*„Nás je tady 11 pracovnic a nemůžeme se shodnout pořádně mezi sebou na postupech a přístupu ke klientům. Každý má svoji hlavu. Komunikace mezi námi jako zaměstnanci je někdy těžší než s klienty.“*).

Jako adekvátní kompenzaci za náročnost práce by uvítala poukázky na masáž od zaměstnavatele, ale nedostávají se jim defacto žádné kompenzace. Paní Věru mrzí, že se ani vedení nezajímá o to, jak se jejich podřízení mají a jak vše zvládají. Ona sama pak částečně ztrácí motivaci k práci. (*„Nějak se s námi nikdo moc nebaví, jako že by přišla vedoucí a zeptala se, jak se máme. To mě taky štve, že se nikdo na nic nezeptá a jenom vedení kritizuje.“*). V rámci pracovní psychohygieny se jim nedostává ani supervizí. Sama nemá žádné zkušenosti s ní, a tak jí ani nevnímá jako potřebnou. Obecně komunikace ze strany vedení jí přijde nedostatečná, ale ví, že pokud by byl opravdu nějaký problém, může dojít za svojí vedoucí. (*„Jako kdybych měla fakt problém a došla za vedoucí, tak my máme tady na druhém baráku psycholožku, tak by mě tam asi poslala. My jsme tam i byli, ale tam nás*

hnali všechny ani nevím kvůli čemu, dělali jsme tam nějaké testy ani nevím na co a proč.“). Paní Věra se tak vyrovnává s těžkostmi v práci sama a po svém. Bydlí na vesnici v rodinném domku se zahradou, kde může odpočívat. Jako relax od práce také vnímá čas strávený s rodinou.

Kdyby mohla něco doporučit začínajícímu kolegovi či kolegyni, tak by to bylo, aby si to člověk nebral vážně a aby si hlavně každý zaměstnanec držel vlastní hranice. (*„Když má někdo oblíbenou babičku tady a pak se něco stane, je to špatný. Musí se prostě držet hranice.“*). Sama při nástupu na tuto pracovní pozici na DZR byla ráda, že jí kolegyně sdělily vše, co bylo potřeba.

Na závěr paní Věra konstatuje, že i přes veškeré těžkosti obnášející její práce, jí ošetřovatelství naplňuje, a i když je práce někdy velmi náročná, neměnila by.

Respondentka R3 – paní Veronika

Paní Veronika je 51letá ošetřovatelka na oddělení DZR, původně však působila jako kadeřnice. V oboru je pouze 3 roky, přesto se v tomto domově pohybuje již déle. Právě zde totiž dělala kadeřnické služby pro klienty. Její motivací, proč začít dělat ošetřovatelku na DZR bylo, že se chtěla někam v životě posunout. (*„Chtěla jsem se v životě někam posunout, tak aby moje práce byla prospěšná pro společnost.“*).

Své zaměstnání vnímá jako velmi náročné. Pociťuje zejména pocity bezmoci. (*„Nemůžu těm lidem vlastně nijak pomoc. Prostě jim dám jenom najíst, přebalím je a vykoupu.“*). Paní Veronika se také aktuálně potýká s fyzickými zdravotními problémy. Má ostruhy na patách a myslí si, že to může být somatizace stresu a zároveň nevhodně zvolená pracovní obuv. I ona se potýká s agresivitou u klientů. Myslí si ale, že agresivitu nezpůsobuje primárně demence, ale původní osobnost člověka. Agresivního klienta se snaží vždy nějakým způsobem uklidnit. Uchyluje se nejvíce k vlídnému rozhovoru, pokud však situace eskaluje, odchází ze situace.

V rámci své práce se potýká i se smrtí klientů. Vždy je to pro ní nečekaná událost i přesto, že klient již není v dobrém zdravotním stavu nebo má vysoký věk. Pokud se tak stane a najde klienta mrtvého, je ráda, že na to mají jasně stanovená pravidla a není v té situaci sama. Často si však v určitých situacích musí poradit samy, a to je pro ni opravdu náročné. Má vlastní rituál bezprostředně po krizové situaci. (*„Vždycky si musím jít zapálit,*

k tomu si udělám silné kafe a hned ten stres ze mě trochu opadne.“). Trápí jí občas i etická dilemata ohledně tématu smrti. („Často se to už očekává a někdy byste jim už to i přáli, aby se více netrápili. Je to kruté, ale když někdo leží 6 let v posteli je to šílené.“).

Paní Veronika necítí potřebu psychické regenerace, subjektivně spíše trpí na fyzické projevy, kterým ale sama připisuje možnou psychickou příčinu.

V rámci psychohygieny jí zaměstnavatel nenabídl nic, pouze 3 a půl dne dovolené navíc. O supervizích slyšela pouze na školení, ale sama se s tím na pracovišti nesetkala, ani neví co taková supervize obnáší. Nepovažuje ji za nezbytně nutnou, spíše by ocenila nějaké vyšší finanční kompenzace. Podle vlastního tvrzení si umí vše srovnat v hlavě doma. („Když přijdu domu, pustím si kriminálku, naliju si prosečko, zapálím iqosku a je mi krásně.“).

Všem, kteří by chtěli tuto práci dělat by chtěla říct, že nejdůležitější je trpělivost a vnitřní klid. Drží se pravidla, že pokud je ošetřovatel klidný a vyrovnaný, pak je i klient v pohodě. Než nastoupila do své aktuální práce, žila v iluzi, že domov pro seniory je opravdu domovem pro seniory. Realita pro ní byla však šokující, když zjistila, že se musí starat i o trvale ležící a imobilní klienty. Přesto, i kdyby tuto informaci měla, neodradilo by jí to.

Respondentka R4 – paní Jitka

Paní Jitka je 54letá ošetřovatelka, která má za sebou 4,5letou praxi, stejně tak je dlouho na tomto oddělení DZR. Má SOŠ vzdělání mimo obor ošetřovatelství a specializované vzdělání má jenom kurz pracovníka v sociálních službách. Její motivací bylo úmrtí jejích rodičů. („V jeden rok mi umřela maminka i tatínek a pak moje teta. Sem jsem šla, protože chci být blízko seniorům, podle mě to potřebuji.“).

Psychickou zátěž na pracovišti si nějak moc nepřipouští. Veškeré agresivní útoky od klientů neřeší, je si vědoma toho, že za to nemohou. Když situace eskaluje odchází z místnosti a čeká, než se klient uklidní. Nejvíce jí ale unavuje, když musí vše neustále opakovat. Za její dobu působení na oddělení DZR se setkala pouze jednou vyloženě s fyzickým útokem od klienta. („Za těch 4,5 roku jsem se s tím setkala pouze jednou. To bylo spíš tím, že byl pán nový. Byl zmatený, přišel z nějakého psychiatrického zařízení. Ty lidi jsou pak agresivnější.“). Má však na svém oddělení klienty, kteří jsou verbálně agresivní a často užívají vulgaritu směrem k personálu. Zde si myslí, že vulgarita vychází z jejich

celkové osobnosti, a že to v nich musí být již od mládí a demencí se pouze stupňuje jejich chování.

Co jí v práci, ale opravdu tíží je personální nedostatek. (*„No, když chodíme na školení, tak nám tam vlastně říkají, že když máme DZR oddělení, že na 5 klientů má být jedna pečovatelka. My máme patro pro 25 lidí a jsme tu aktuálně ve třech.“*). Podstav ošetřovatelek, ale vnímají jen ony samotné. Vedení domova nemá pocit, že by byl podstav zaměstnanců. To paní Jitku značně rozčiluje. Vedení po nich chce, aby s klienty více mluvili a měli k nim osobnější přístup, ona sama však vidí, že to v tomto počtu není možné.

Po práci tráví ráda čas s rodinou, má aktuálně ve své nejbližší rodině malé děti a přijde jí to jako protipól a relax toho, co zažívá denně v práci. Supervizi zažila pouze jednou a nerozumí jejímu účelu. Myslí si, že ji nepotřebuje. (*„Ne, tohle já nepotřebuji. Myslím, že jsem tu moc krátce na tohle.“*). Chtěla by však jako kompenzaci nějaké wellness poukázky, aby zregenerovala tělo.

Respondentka R5 – paní Růžena

Paní Růženě je 45 let a pracuje na oddělení DZR 3 roky. Má vystudovanou SOŠ. Paní Růžena má dvě práce jednu zde na oddělení DZR a druhou jako pokladní v supermarketu. Motivace jít pracovat do tohoto sektoru byla jistota stálosti pracovní pozice. (*„Když začal covid, přišla jsem o práci v gastru. Tady je to pro mě jistota práce, staří lidé budou pořád a bude se o ně potřeba starat.“*).

Fyzickou zátěž paní Růžena moc nepocituje, jako zaměstnankyně supermarketu se prý nadře mnohem více než jako ošetřovatelka. Vyčerpávají jí spíše klienti, tvrdí, že jsou jak malé děti. Stále dokola se jim musí něco opakovat. S úsměvem tvrdí, že sama má někdy pocit, že už má demenci z toho. Snaží se ale zachovat si klidnou hlavu a zároveň vyhovět aktuálním požadavkům klienta. (*„Někteří klienti se furt balí, že jedou domu. Tak jsme jim udělali zastávku autobusu na chodbě.“*). Co se týče agresivních klientů, nemívá s nimi problém. Přistupuje k nim pomalu, snaží se mluvit klidným hlasem a srozumitelně. Když situace eskaluje i přes klidný přístup, tak odchází z místnosti, dokud se klient neuklidní.

Přiznává, že je někdy problém i s komunikací s rodinou. Podle jejích slov rodiny často nedokáží zpracovat informace o diagnóze jejich blízkého a neumí s tím pracovat. Cítí

občas tlak ze strany rodiny na požadavky, které nejsou možné vzhledem k demenci klienta možné. Tvrdí také, že si z nich příbuzní klientů dělají občas hromosvod.

Když by měla zhodnotit, jak na ní působí stres v práci, tak tvrdí, že si věci nepřipouští k tělu. (*„Se mnou to nic nedělá. Od začátku, co tu jsem, si to nepřipouštím k tělu. Tady je to pro lidi poslední štace. Kdybych si všechno brala, tak už jsem tu také klientkou.“*). Co jí ale opravdu trápí je nespolupráce v rámci týmu. Když potřebuje pomoc a nikdo jí nepomůže, je to pro ni samotnou psychicky náročné. Jako další problém, který vnímá a netýká se klientů je vedení. Cítí nepochopení z jejich strany. Má pocit, že jí vedení staví do situací, které hraničí s morálním dilematem. (*„Nesmyslné nařízení taky nejsou výjimkou, jako třeba ty jejich nutridrinky. Já to prostě do toho klienta nedostanu celé a vedení dá přesně kolik toho musí vypít. Když mi ale klient už zvrací, nemůžu to do něj rvát přece.“*).

Paní Růžena se však snaží nechat tyto starosti v práci a doma už jen trávit čas s rodinou. Pořídila si před nedávnem psa, se kterým chodí společně s dětmi a manželem na procházky. Ze strany zaměstnavatele by ráda přivítala nějaké poukázky na wellness. Se supervizi se setkala za 3 roky třikrát. Ale sama by už na ní nešla. Má strach, aby se neopakovala situace, kdy ze supervize unikly informace k vedení a následně byli zaměstnanci dle toho pokáráni. Práci jako takovou má ráda, přemýšlí o změně DS.

Respondent R6 – pan Erik

Pan Erik byl jediný muž, který se účastnil tohoto výzkumu, v praxi působí 4 roky stejně tak, jako je dlouho v tomto DS na oddělení DZR. Panu Erikovi je 34 let, má vystudované přímo ošetřovatelství, ale do 30 let pracoval ve strojírenství. Až po 30. roku života se rozhodl, že chce pracovat v oboru, který vystudoval. (*„Přišlo to na mě až po třicítce, myslím, že jsem musel nějak dozrát na tuhle práci.“*).

Zátěž v práci vnímá hlavně psychickou, fyzické problémy nikdy neměl. Nejtěžší je pro něj komunikace s klienty, dle jeho slov jsou stále dezorientovaní a nevědí co se děje a co mají dělat. Někdy je to pro něj úsměvné, někdy ho to však velmi unavuje. Agresivní klienty řeší vždy tak, že zavolá zdravotní sestru, co má službu a ta klienta zalékuje, většinou nějakými sedativy. V poslední době zmiňuje 2 klienty, kteří mu dělají starosti. (*„Když mi tady pán chce furt chodit kouřit. A to je celý den, 12 hodin. Ještě třeba jedna paní mi tady všude průjmuje a neví, že to dělá ona. Říká, že ona ne, ale přitom je chudák celá špinavá.“*).

Vzhledem k tomu, že je pan Erik jediný muž na oddělení DZR, má občas problémy i s komunikací v týmu. (*„Ty ženský mě tady někdy fakt točí. Banda bláznivých ženských. Furt nějaké dohady.“*). Z psychologické perspektivy, však může hrát vliv nejenom opačnost pohlaví, ale také celková osobnost pana Erika, to z jakého prostředí pochází nebo i osobnostní složení kolektivu, kde pracuje apod. Někaké větší starosti mu to dle jeho slov však nedělá. Většinou hádky a komunikaci mezi ženskou částí týmu ignoruje a dělá si svou práci. Dle jeho názoru se často vyskytuje on i jeho kolegyně v situacích, které musí řešit intuitivně a jsou pro něj náročné. Tyto situace ho vyčerpávají a řeší je až posléze doma. (*„Když je toho na mě moc, musím se doma ožrat.“*). Problém v komunikaci a fungování vnímá i směrem k vedení celého domova. Cítí se nedoceněný a zároveň jdou směrem od vedení vysoké požadavky na péči o klienty. (*„To je furt něco, furt nějaký připomínky, furt že se málo staráme. Ale já si myslím, že to děláme dobře. Nemají ani dekubity nic.“*).

Poslední dobou má pan Erik služby ob den nepřetržitě a začal pozorovat, že den na odpočinek mu nestačí, také si všimnul, že je více spavý, než když měl více dní volna za sebou. Tuto únavu připisuje právě tomu, že se nestihne zregenerovat a je v režimu den práce den volna.

Od vedení se mu kromě uznání nedostává ani jiné kompenzace za tak náročnou práci, kterou dle svého vykonává nejlíp jak může. Byl by rád aspoň za permici do bazénu nebo fitness centra. Odkazuje se na to, že v jiných zařízeních je to standard, že zaměstnanci mají nějaké benefity navíc. O supervize ani firemního psychologa nestojí, veškeré problémy si chce zpracovat mimo práci v rámci sportu a relaxu. Sport zatím nepraktikuje, je tedy do určité míry k diskuzi, jak moc velká motivace to pro něj je. V závěru se však vyjadřuje kladně ke své práci, má ji rád a je šťastný, že se po letech rozhodl dělat to, co studoval.

Respondentka R7 – paní Lenka

Paní Lenka je 52letá pracovnice DZR, v tomto konkrétním DS působí již 10 let, stejně tak dlouhá je i její praxe v oboru. Má SOU obor cukrářka, a kromě kurzu sociálního pracovníka nemá jiné specializované vzdělání v oboru ošetrovatelství nebo práce s lidmi s demencí. Motivace pracovat s lidmi v seniorském věku s demencí byla touha pomáhat druhým lidem. (*„Když mi bylo cca 41 let měla jsem asi nějakou krizi středního věku. Najednou mě nic nebavilo. Pracovala jsem ve fabrice a najednou jsem začala řešit, že mě to absolutně nenaplnjuje, tak jsem si dodělala kurz a šla sem.“*).

Práce jí i po 10 letech stále naplňuje, jediné, v čem vidí problém je, že jí ubývá fyzických sil. Má problémy hlavně se zády. Už nemůže sama polohovat ležící klienty ani s nimi jinak manipulovat. Je však domluvená vždy s mladší kolegyní, která jí ráda pomůže. Náročnost po psychické stránce moc nevnímá, i když sama tvrdí, že jednou za čas na ní dolehne taková zvláštní únava a bývá více podrážděná.

Nejvíce jí v práci stresuje, když dělá jednu věc po několikáté. (*„Klientku přebalíte, převléknete, přijdete za 10 minut a můžete na novo, to bych se vždycky zbláznila.“*). Agresivní klienty řeší stejně jako většina jejích kolegyň, na vulgarismy nereaguje a při eskalaci problému odchází z místnosti pryč. Problém jí také občas dělá, když jsou klienti smutní a plačtiví. Někdy se jim stýská po domově nebo po partnerovi, to paní Lenka špatně snáší.

Nejvíce jí pomáhá, když může s manželem a vnoučaty na výlet. (*„Často se scházíme celá rodina, my s manželem, dcera s partnerem a jejími dětičkami. To mě dobíjí asi nejvíce.“*). Ráda také tráví čas s kamarádkami, se kterými jezdí na kole, když jí nebolí záda. Vedení jí neposkytuje žádné podpůrné prostředky pro zvládání stresu a krizových situací. Sama se však jednou za čas sama přihlásí na nějaký online kurz zvládání stresu nebo prevence syndromu vyhoření. Řídí se pravidlem, že co si člověk nezařídí sám to nemá.

Práce s lidmi s demencí je pro ni sice náročná, ale neměnila by a doufá, že zde vydrží až do důchodu. (*„Doufám, že už to tu do důchodu nějak doklepu.“*).

Respondentka R8 – paní Ludmila

Paní Ludmile je 27 let. Má SŠ vzdělání a v ošetrovatelství se pohybuje 2 roky, a kromě kurzu sociálního pracovníka nemá jiné specializované vzdělání v oboru ošetrovatelství nebo práce s lidmi s demencí. Paní Ludmila pracuje ráda se seniory, tvrdí, že je to často opomíjená věková skupina, a i lidí na konci života mají právo žít důstojně za všech okolností. (*„Víte, většina společnosti si myslí, že stáří se má už jenom nějak přežít a je to jenom podzim života. Já ale často vidím, i tady u nás na oddělení, že se dá ještě plnohodnotně a šťastně žít i s jejich diagnózou.“*).

Svoji práci bere zodpovědně a někdy má pocit, že je naprosto vyčerpaná. Pociťuje zejména psychickou únavu, ale měla v minulosti problém i s bolestmi zad, když manipulovala s ležícími klienty. Vzhledem k jejímu věku a krátké době na této pozici tvrdí,

že se ještě nenaučila si věci tolik nepřipouštět. („Kolegyně, co jsou zde děle umí problémy v práci rychle vypouštět, já to ještě neumím a někdy si to беру víc, než bych měla.“). S agresivními klienty se potýká, ale jedná se pouze o vulgarismy nebo slovní agresi. S tím osobně moc problém nemá. („Když mi někdo řekne, že jsem kráva, tak si to neberu. Občas i já mám co dělat neříct mojí kolegyni, že je taková nebo maková.“). Co jí ale psychicky vyčerpává je to, když klient postupně ztrácí paměť, nevadí jí, že musí vše opakovat, ale velmi hluboce jí zasahuje, když klienti nepoznávají své vlastní děti ani vnoučata. („Vždycky si představím, jak bych se cítila já, kdyby mě nepoznala vlastní babička nebo děda. Tyhle situace jsem už párkrát oplakala.“). V poslední době jí ale nejvíce zasáhla smrt jedné klienty, které si vytvořila osobnější vztah. Ví, že smrt je přirozená součást života, ale přesto z toho byla velmi smutná. Mrzí jí, že s nimi nikdo v práci nemluví o smrti klientů a musí se s tím každý vyrovnat sám.

Jako krizovou situaci v práci paní Ludmila vnímá, když chodí na hygieny (pravidelné přebalování klientů) a klienti nespolupracují. („Máme tu klienty a ti jsou opravdu jak malé děti až na to, že mají postavu a váhu dospělého člověka. Když začnu přebalovat a klient se mi v tom začne hrabat a já jsem na pokoji sama, je to šílené.“). Sama nikdy neví, jak se má v těchto situacích ke klientům chovat. („Nikdy nevím, jak reagovat, kdyby se jednalo o dítě, dám mu přes ručičky a okřiknu ho, tady se ale jedná o dospělé lidi.“). Po takovýchto situacích si jde paní Ludmila vždy zakouřit a dát si meduňkový čaj na uklidnění.

V rámci vlastní psychohygieny chodí paní Ludmila na jógu, kde, jak sama tvrdí si vyčistí tělo i mysl. Ráda by však uvítala týmové supervize. Myslí si, že by to pomohlo celému týmu i jednotlivcům. Ráda by probírala závažná témata, co jí trápí s klienty, ale nemá kde. („Domu to tahat nechci a nikdo mimo náš tým stejně nepochopí o co jde a nezná konkrétní příběhy našich klientů.“). Už delší dobu přemýšlí, že zajde za vedením a navrhne jim pravidelné supervize, ale má obavy, že ani vedení ani ostatní kolegyně nebudou mít zájem.

Závěrem konstatuje, že práce ji naplňuje a je spokojená i s týmem svých kolegyň. („Nakonec si vždy a vše vykomunikujeme a jedeme dál. Důležité je, že máme jeden cíl, a to je spokojený klient.“).

10 Závěrečná analýza

V závěrečné analýze budou na základě společných témat, která se v průběhu dílčí analýzy vynořovala, popsány zkušenosti z pohledu respondentů. V průběhu předešlé dílčí analýzy jednotlivých příběhů jsem vytvořila hierarchický seznam společných témat pro všechny účastníky výzkumu (viz tabulka 3). Témata jsou uspořádána tak, jak postupně vyplývala a propojovala se mezi jednotlivými respondenty. Každý případ prošel vlastní kompletní analýzou a až poté jsem hledala souvislosti a společná témata. V rámci seznamu témat je označeno, u kterých respondentů se klíčová témata opakovala (R1-R8).

Tabulka 3: Hierarchický seznam hlavních témat vyplývajících z analýzy

	Hlavní téma vyplývající z analýzy		Dílčí podtémata	Respondenti
1	Problematická komunikace	1.1	Komunikace s klientem	R1, R6
		1.2	Komunikace mezi pracovníky	R2, R5, R6
		1.3	Komunikace s rodinou klientů	R1, R5

	Hlavní téma vyplývající z analýzy		Dílčí podtémata	Respondenti
2	Zátěžové situace na pracovišti	2.1	Smrt klienta	R3, R4, R8
		2.2	Fyzické napadení ze strany klienta	R1, R4

		2.3	Verbální agrese ze strany klienta	R3, R4, R7, R8
		2.4	Depresivita a smutek klientů	R2, R3
		2.5	Zmatenost a dezorientace	R5, R6

	Hlavní téma vyplývající z analýzy		Dílčí podtémata	Respondenti
3	Etická dilemata	3.1	Otázka důstojnosti klienta	R2, R6, R8
		3.2	Vysvobození smrtí	R3
		3.3	Potřeba klienta versus dodržování pravidel	R5

	Hlavní téma vyplývající z analýzy		Dílčí podtémata	Respondenti
4	Konflikty s vedením	4.1	Personální podstav	R2, R4
		4.2	Absence kompenzací	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8
		4.3	Nedocení a nezáměr ze strany vedení	R1, R2, R4, R5, R6,
		4.4	Nedůvěra ve vedení	R5

	Hlavní téma vyplývající z analýzy		Dílčí podtémata	Další subkategorie	Respondenti
5	Vlastní psychohygienu	5.1	Sociální vztahy respondentů	Výlety ve volném čase s blízkými	R7
				Potřeba trávit čas s rodinou	R2, R4, R5, R7
				Partner	R5, R7
				Čas s přáteli	R7
		5.2	Sport/pohyb		R7, R8

	Hlavní téma vyplývající z analýzy		Dílčí podtémata	Respondenti
6	Obranné mechanismy potlačení stresu v práci	6.1	Odmítání potřeby supervize a jiných podpůrných aktivit	R4
		6.2	Odstup od emocí	R1, R2, R4, R5
		6.3	Myšlenkové odpoutání během pracovního dne	R1
		6.4	Somatizace	R3

Klíčové téma 1: Problematická komunikace běží ve třech úrovních:

1.1 Komunikace pracovníka s klientem s demencí

Pro ošetřovatelé se jeví složité zejména vysvětlování denních rutinních záležitostí klientovi (uvádí respondenti R1, R6). Jako důsledek opakování a neustálého vysvětlování uvádí respondenti únavu a fyzické vyčerpání.

1.2 Komunikace mezi pracovníky

Při rozhovoru vyplynulo, že problém v komunikaci nastává také i mezi zaměstnanci. Problémy nastávají, když se nemohou dohodnout na postupu ohledně klientů (uvádí respondent R2). Respondent R5 a respondent R6 také v rozhovoru naznačovali, že vztahy mezi kolegy nejsou vždy ideální a promítá se to i na komunikaci.

1.3 Komunikace s rodinou klienta

Při péči o klienta se pracovníci dostávají i do kontaktu s rodinou. Ne vždy se však pracovníci setkají s pozitivní odezvou směrem k nim. Rodinní příslušníci nerozumějí

diagnóze jejich příbuzného a často nejsou schopni porozumět limitům, při práci s lidmi, kteří trpí demencí (uvádí respondenti R1, R5).

Klíčové téma 2: Zátěžové situace na pracovišti

2.1 Smrt klienta (uvádí respondenti R3, R4, R8)

2.2 Zyzické napadení ze strany klienta (uvádí respondenti R1, R4)

2.3 Verbální agrese ze strany klienta (uvádí respondenti R3, R4, R7, R8)

2.4 Depresivita a smutek klientů (uvádí respondenti R2, R3)

2.5 Zmatenost a dezorientace (uvádí respondenti R5, R6)

Klíčové téma 3: etická dilemata

3.1 Důstojnost klienta, při inkontinenci nebo při úpadku kognitivních schopností byla opakujícím se tématem (uvádí respondenti R2, R6, R8).

3.2 Vysvobození smrtí. V rámci etických dilemat bojovala s názorem respondentka R3 ohledně vysvobození ležícího klienta smrtí.

3.3 Potřeba klienta versus dodržování pravidel, kdy respondentka R5 bojovala s dilematem ohledně podávání stravy dané pravidly oproti reálné stravovací potřebě klienta.

Klíčové téma 4: konflikty s vedením

4.1 Personální podstav vnímají kriticky respondent R2 a respondent R4.

4.2 Absence kompenzací vnímají negativně všichni respondenti R1-R8.

4.3 Nedocnění a nezáměr ze strany vedení (uvádí respondenti R1, R2, R4, R5, R6).

4.4 Nedůvěra ve vedení. Jedna z respondentek (R5) uvedla také **nedůvěru ve vedení.**

Klíčové téma 5: Vlastní psychohygienu

5.1 Sociální vztahy respondentů

- **Výlety ve volném čase s blízkými** (uvádí respondentka R7)
- **Potřeba trávit čas s rodinou** (uvádí respondenti R2, R4, R5, R7)
- **Opora v partnerovi** (uvádí respondenti R5, R7)
- **Potřeba trávit obecně čas s přáteli** (uvádí respondentka R7)

5.2 Sport / pohyb. Někteří z respondentů (R7, R8) uvedli v rámci vlastní psychohygieny pohybové a sportovní aktivity.

Klíčové téma 6: Obranné mechanismy potlačení stresu v práci

6.1 Odmítání potřeby supervize a jiných podpůrných aktivit (uvádí respondentka R4)

6.2 Odstup od emocí (uvádí respondenti R1, R2, R4, R5)

6.3 Myšlenkové odpoutání během pracovního dne (uvádí respondentka R1)

6.4 Somatizace (uvádí respondentka R3)

11 Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1 byla: *Jaká je subjektivní vnímaná psychická zátěž u formálních pečujících u lidí trpících demencí Alzheimerova typu?*

V rámci závěrečné analýzy vyplynulo, že oslovení pracovníci obecně vnímají svoji práci jako psychicky náročnou, nicméně nestává se jim často, že by nad tímto faktem přemýšleli. Zamyšlení o psychické náročnosti práce došlo většinou až ve chvíli, kdy byli respondenti přímo vyzváni, aby popsali náročnost své práce. Pro oslovené respondenty bylo jednodušší popsat vnímanou fyzickou zátěž spojenou s jejich prací ošetřovatele. Z reakcí oslovených participantů také vyplynulo, že vedení DS, kde na oddělení DZR probíhal výzkum, není z jejich pohledu empatické a neprojevuje zaměstnancům z jejich pohledu pochopení ohledně jejich psychické zátěže v práci.

Výzkumná otázka č. 2 byla: *Jaká je zkušenost s psychohygienou u formálních ošetřovatelů u lidí s demencí Alzheimerova typu?*

Co se týče psychohygieny u oslovených pracovníků oddělení DZR, nikdo z nich aktivně nepracoval se svým duševním zdravím. Ani zaměstnavatel, jim dle jejich slov, neposkytoval možnosti aktivit pro udržení či zlepšení psychického zdraví (zejména supervize). Většina respondentů uváděla, že jim pomáhá čas strávený s rodinou, popřípadě čas strávený pohybovými aktivitami jako sport nebo práce na zahradě, výlety apod. Obecně sociální vztahy respondentů hrály důležitou roli v udržení jejich psychické stability. Kontakt s blízkými uváděla při rozhovoru valná většina respondentů.

12 Diskuze

V diskuzi rozvedu interpretaci získaných zjištění a porovnáám je s vybranými výzkumy provedenými na toto téma, které jsem již uvedla v teoretické části. Dále zmíním limity, které vyvstaly při výzkumu a možné subjektivní zkreslení výzkumníkem. Na závěr se zamyslím nad možným budoucím využitím získaných poznatků z výzkumu této bakalářské práce k rozšíření zkoumaného tématu.

Participantů mého výzkumu tvořili z 88 % procent žen (7 žen a 1 muž). Výzkum od Zvěřové (2010), který se zabýval pečujícími u lidí s demencí Alzheimerova typu, zjistil, že více než 75 % pečujících tvoří právě ženské pohlaví. Může tedy obecně existovat tendence žen se více hlásit na pracovní pozice v ošetrovatelském odvětví sociální práce oproti mužům.

Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že oslovení formální pečující o klienty s demencí (v mém případě pečující u klientů s DAT), mají jak psychicky, tak fyzicky náročnou práci. Výzkum, který se zabýval porovnáním psychické zátěže u neformálních a formálních pečujících došel k závěru, že psychická zátěž se větší mírou projevuje u neformálních pečujících, nicméně i u formální pečujících jsou vysoké nároky a požadavky na péči a jsou také vystaveni vysoké míře působení stresu a psychické zátěže (Kozáková et al., 2017).

Z výzkumu jiné bakalářské práce (Janíček, 2018), který se zabýval psychickou zátěží u zdravotních sester a bratrů na psychiatrickém oddělení nemocnice, vyšlo, že nejvíce zatěžující v rámci péče o pacienty s demencí považují ošetřování pacientů s demencí kvůli jejich aktivní nespolupráci. Toto téma se neobjevilo ani jednou v mém výzkumu. Nemohu tedy tento fakt potvrdit na základě svého výzkumu, jedním z důvodů může být například jiná cílová skupina respondentů (zdravotnický personál x ošetrovatelé). Nejvíce zatěžující se pro formální pečující z mého výzkumu zdají témata jako problematičká komunikace, etická dilemata a nečekané krizové situace. Tyto témata by se dala generalizovat obecně na faktory, které jsou psychicky náročné pro ošetrující a setkávají se s nimi pracovníci napříč zařízeními. Dalším ze stresových faktorů bylo pro respondenty mého výzkumu problematičké vedení (absence empatie, kritika, nepodporující prostředí) tento faktor byl podle mého názoru specifickým činitelem, který ovlivňoval respondenty, avšak nemůže být zobecnitelný pro všechny formální pečující na oddělení DZR. Celkový postoj oslovených

zaměstnanců oddělení DZR k vedení má však své limity, které budou vysvětleny níže v rámci vysvětlení limitující faktorů celé mé práce.

Tématem spokojenosti zaměstnanců s vedením se zabýval ve svém výzkumu autor Costello et al. (2019), kdy došel k závěrům, že náročnost práce má vliv na pocit nepodpory a obecně hodnocení vedení domovů s oddělením DZR jako nevyhovující. Tento fenomén jsem vysledovala i u oslovených probandů v mém výzkumu. Zároveň autor výzkumu Costello et al. (2019) uvádí, že vysoká zátěž vede k pocitům u ošetřovatelů, že je nedostatečné personální obsazení u nich na pracovišti, i tento fenomén jsem zaznamenala u části oslovených participantů.

Výzkum od slovenských autorek Gulášové a Kyasové (2005) uvádí konkrétní oblasti náročnosti pečovatelské práce u lidí trpící DAT. Oslovení participantů z mého výzkumu uváděli některé shodné poznatky o zátěži jejich práce s tímto výzkumem. Z hlediska fyzické náročnosti se jednalo zejména o imobilitu klientů a o hygienickou péči o klienty (včetně přebalování, mytí apod.), což uváděl právě i výzkum od Gulášové a Kyasové (2005), shodné poznatky vyplynuly i z vnímání smrti klientů. Někteří oslovení respondenti z mého výzkumu uváděli jako psychicky náročnou smrt klienta. Toto téma se objevilo i ve výše zmiňovaném výzkumu.

Snížená úroveň komunikace, neustálé opakování informací bylo pro oslovené účastníky mého výzkumu také jedním z klíčových aspektů náročnosti jejich práce, toto téma se opět vyskytovalo i u participantů výzkumu od Gulášové a Kyasové (2005). Zároveň tento výzkum tvrdí, že pokud není jasná perspektiva zlepšení zdravotního stavu, může to vést k pocitům neschopnosti a frustraci ošetřovatele, což se u oslovených účastníků mého výzkumu neobjevilo jako klíčové téma problematiky zátěže v práci s lidmi s DAT (Gulášová, Kyasová, 2005).

Pracovní stres a zátěž mohou zároveň negativně ovlivňovat sociální a rodinné vztahy ošetřovatelů. Vyskytuje se snížená sociální účast a vystavení velké zátěži a stresu spojené s prací ošetřovatele u lidí s DAT může vyústit v sociální izolaci. Sociální izolace od okolí může být právě důsledkem neuropsychické zátěže (Joshi. 2007). Tento poznatek z výzkumu od Joshiho (2007) jsem u oslovených participantů nezaznamenala. Naopak byl ve výpovědích velký výskyt propojení zúčastněných ošetřovatelů s rodinou a přáteli. Zároveň však rozhovor neobsahoval explicitní otázky na téma vědomé sociální izolace a snížené energie na osobní vztahy respondentů.

Část oslovených participantů zmiňovala somatické problémy spojené s prací. Ukazuje to tak na zvýšení nemocnosti a v důsledku toho i vyšší možnost pracovní neschopnosti. Obdobným výsledkům došli i ve výzkumu (Jones et al., 1991), kdy tvrdili, že pracovníci, kteří byli vysoce psychicky zatíženi, si berou až dvakrát více pracovní neschopnosti.

Výzkum od Yildizhana et al. (2019) zmiňuje problematiku stavu depersonalizace u profesionálních pečovatelů u klientů s DAT v geriatrických zařízeních v Istanbulu. Takto závažný psychologický problém nepopisoval ani jeden participant v rámci mého výzkumu. Zároveň však ve svém výzkumu zmiňuje poměrně značné procento vysoké úrovně emočního vyčerpání, což jsem u oslovených ošetřovatelů mého výzkumu zaznamenala. Emoční vyčerpání se projevovalo zejména podrážděností a únavou oslovených účastníků výzkumu.

Domov pro seniory, kde jsem na oddělení DZR prováděla výzkum je spíše menší zařízení (cca 40 zaměstnanců DS+DZR). Výzkum od Sanchez-Morena et al. (2015), který se zabýval sociální oporou pracovníků, došel k výsledkům, že vyšší míra psychického vyčerpání byla u pracovníků v menších organizacích. I zde může existovat vztah mezi velikostí organizace a počtem jejich zaměstnanců. Výzkum toto zjištění vysvětluje tím, že větší organizace mohou poskytnout obecně lepší podmínky pro zaměstnance při zvládnutí stresu a proti prevenci vyhoření.

Respondenti mého výzkumu se pravidelně neúčastní supervizí a ani v rámci pravidelného vzdělávání nedochází k edukaci v oblasti psychohygieny. Nicméně velmi často právě uváděli, že pro udržení vlastního psychického zdraví jim pomáhá čas strávený s rodinou a přáteli. Toto tvrzení podporují i výsledky výzkumu od Sancheze-Moreno et al. (2015), kteří došli k závěrům, že sociální opora, jako jsou rodina a přátelé, se pozitivně podílí na snížení psychického vyčerpání u sociálních pracovníků v důsledku vysoké zátěže v práci.

Výzkum na téma supervize a její potřebnosti od autorky Špirudové (2010) ukázal, že zdravotnický personál, který je podobný mému výzkumnému souboru, nemá moc zkušeností se supervizní činností na pracovišti. Podobné zkušenosti nahrávají i výpovědi oslovených participantů mého výzkumu. Problémem je podle Špirudové (2010) fakt, že stále přetrvává mylný názor, že zdravotnické profese jsou neomylné, a tak mají poté sestry, ošetřovatelé a jiná podobná povolání strach svěřit se v rámci supervizí s problematickými aspekty jejich fungování v práci s pacienty nebo klienty zařízení.

Diplomová práce od Zelenkové (2020) zaměřené na téma implementace a potřebnosti klinické supervize s psychiatrickým ošetřovatelství uvádí, že je důležitá informovanost o této metodě mezi zaměstnanci, aby bylo možné pochopit přínos a záměr supervizní činnosti. V rámci výpovědí zúčastněných participantů mého výzkumu jsem narazila právě na nedostatečnou informovanost o supervizi a jejím přínosu zaměstnancům i následnému zkvalitnění péče o klienty. Tento fakt, mohl mít vliv na názor oslovených pečovatелů, že supervize není důležitá a nepotřebují ji. Nicméně z výzkumu od Edbergera et al. (1996) vyplývá vysoká míra efektivity a zlepšení péče po zavedení pravidelné supervize u sester pečujících o pacienty s demencí.

Co se týče limitů práce a vlastní kritiky, ráda bych uvedla problematické aspekty mé práce. Kvalitativní výzkum a jeho následné zpracování pomocí IPA jsem prováděla poprvé v životě, mohlo tak dojít k nepřesnostem v interpretacích nebo k horšímu analytickému zpracování výsledků. Dalším limitem, na který jsem narazila při realizaci výzkumu byla homogenní skupina respondentů. Tvořily ji převážně ženy ve věkově skupině mezi 45. až 50. rokem. I tento fakt mohl vést ke zkreslení výsledků výzkumu. Nicméně obecně ošetřovatelé tvoří zejména ženské pohlaví, jak uvádí výše zmíněný výzkum od autorky Zvěřové (2010).

Mohla jsem také využít vícero setkání s participanty, ale kvůli časové omezenosti k opakovaným setkáním nedošlo. Rozsah rozhovorů mohl být také širší a témata mohla zabíhat více do detailů. V průběhu zpracování dat vyplynulo, že by bylo vhodné zařadit ještě téma motivace k psychohygieně, jelikož většina participantů uvedla, že nemají možnosti ze strany zaměstnavatele a sami se také nijak podstatně nepodílejí na udržení vlastního psychického zdraví.

Výstupy z tohoto výzkumu nelze zobecňovat na základě velmi malého vzorku účastníků výzkumu a je limitující, že jsem výzkum prováděla pouze na jednom specifickém pracovišti DZR.

V rámci tématu nespokojenosti s vedením jsem se neobrátila na samotné vedení, ani na jiné zaměstnance a mám tudíž pouze jednu subjektivní stranu názoru od dotazovaných pracovníků na oddělení DZR, to znamená, že informace o nevyhovujícím prostředí pochází pouze od participantů a chybí vyjádření dalších zúčastněných včetně vedení. Zároveň na tuto problematiku ukazuje opět již výše zmíněný výzkum od autora Costello et al. (2019).

Přínos práce shledávám v tom, že jsem možná v rámci rozhovoru alespoň u malého vzorku formálních pečujících otevřela téma psychohygieny a mohou se nad tímto tématem

zamyslet. Zároveň bych obecně chtěla otevřít téma psychohygieny u sociálních pracovníků a zejména u pečovatelů, kteří se starají o klienty s demencí. Snažila jsem se také o identifikaci potřeb pečovatelů.

Práce by mohla pomoci identifikovat potřeby a výzvy spojené s psychohygienou, se kterými se formální pečovatelé setkávají při péči o klienty s demencí. To může vést k lepšímu navrhování podpůrných programů a služeb pro pečovatele. Porozumění psychické zátěže pečovatelů může vést k lepšímu zohlednění jejich potřeb a k vytváření prostředí podporujícího jejich pohodu. To má přímý dopad na kvalitu péče poskytované klientům s demencí. Přínos práce vidím také v možnosti prevence před syndromem vyhoření obecně u sociálních pracovníků. Právě identifikace faktorů spojených s vyhořením u pečovatelů může vést k implementaci preventivních opatření a strategií, které snižují riziko vyhoření a udržují dlouhodobou udržitelnost péče.

Doporučení pro eventuální další výzkum vidím v hlubším propracování rozhovorů a zamyšlením se nad detailnějšími otázkami. Téma zátěže pečovatele nabízí velmi široké spektrum možností, kam výzkum směřovat. Mohly by se tak realizovat další specifitěji zaměřené výzkumy než pouze obecně na zátěž formálního pečovatele. V průběhu rozhovoru vyplývala témata jako motivace k psychohygieně, somatizace, zátěž spojená s etickými dilematy apod. Myslím, že podrobnější výzkum těchto jednotlivých témat v rámci pečovatelské zátěže by mohl přinést další zajímavá zjištění a mohl by napomoci v praxi, kdy se s těmito problémy setkávají profesionální ošetřovatelé v rámci denní pracovní rutiny.

13 Závěr

Výzkum ukazuje, že oslovení formální pečující, kteří pracují s lidmi trpícími demencí Alzheimerova typu, vnímají svou práci jako psychicky a fyzicky náročnou. I přes to, že výzkumy ukazují, že neformální pečující jsou více ohroženou skupinou, například co se týče syndromu vyhoření, představuje neuropsychická zátěž problém i u profesionálních ošetřovatelů. Pokud se jednalo o názor na náročnost péče mezi různými psychiatrickými onemocněními, vyšlo najevo, že DAT je vnímána jako nejvíce náročná pro profesionální pečovatele.

Náročnost práce s lidmi, kteří trpí DAT, je zejména v komunikaci s nimi a ve fyzické manipulaci, pokud jsou již imobilní. Náročné se dle oslovených ukázalo také napadání ze strany klientů, a to zejména v rámci verbální agrese. Obtížné na práci formálního pečovatele je také fakt, který nesouvisí s diagnózou DAT, a to, že se ošetřovatelé setkávají se smrtí klientů.

Vnímaná nepodpora a špatné vedení domova pro seniory s oddělením DZR nemusí být reálná a může být založena na velké pečovatelské zátěži. Stejně tak jako vnímaný personální nedostatek na pracovišti nemusí být objektivně zřejmý, ale může taktéž souviset s náročností práce pečovatele s klienty, kteří trpí DAT. Zároveň to může být jedním z možných kořenů vyšší zátěže u participantů.

Vysoká úroveň emoční vyčerpanosti se u oslovených participantů nejčastěji projevuje podrážděností, únavou nebo somatizací.

Zkušenosti s psychohygienou jsou mezi oslovenými pracovníky na oddělení DZR značně rozporuplné. Nemají zkušenosti se supervizní činností, ani nemají základní potřebné informace o fungování a potřebnosti supervize a nepokládají konkrétně supervizi za potřebnou.

Oslovení respondenti zpravidla neaktivně pracují na udržení svého duševního zdraví, a zaměstnavatel jim z jejich pohledu nedává dostatečné možnosti pro péči o svou psychickou pohodu. Čas strávený s rodinou a přáteli, a pohybové aktivity, jsou často uváděny oslovenými jako prostředky ke zlepšení psychické pohody, avšak z jejich strany často nevědomě.

Souhrn

Bakalářská práce se zabývala zátěží u formálních pečujících u lidí s DAT. První kapitola poskytuje ucelený přehled o neurodegenerativních onemocněních s důrazem na definici, klasifikaci a několik vybraných forem demence. V rámci definice neurodegenerativních onemocnění byly jako hlavní body zmíněny ztráta paměti a postižení kognitivních funkcí.

Neurodegenerativní onemocnění obvykle začínají projevy ztráty paměti v průběhu měsíců nebo let. V další kapitole je uvedena klasifikace neurodegenerativních onemocnění, a to podle patofyziologického podkladu. Následuje stručný popis vybraných neurodegenerativní onemocnění.

Další část mé práce se zabývala podrobněji DAT. Demence Alzheimerova typu je nejčastější forma demence, která postihuje mnoho jedinců po celém světě. Je charakterizována postupným zhoršováním kognitivních funkcí a paměti. Klinický obraz demence Alzheimerova typu se obvykle projevuje postupným zhoršováním paměti, poruchami řeči, orientace a jinými kognitivními funkcemi. Postupuje od mírných příznaků v počátečních stádiích k těžším symptomům, jako jsou halucinace a agresivita, v pokročilých stádiích.

Diagnóza demence Alzheimerova typu zahrnuje klinické vyšetření, anamnézu, zobrazovací metody a neuropsychologické testy. Neexistuje žádný jednoduchý test na toto onemocnění, ale diagnóza se často opírá o kritéria NINCDS/ADRDA. Existuje také několik neuropsychologických testů, jako je Mini-Mental State Examination (MMSE), které mohou pomoci při diagnostice. Statistiky ukazují rostoucí počet případů demence Alzheimerova typu, což je způsobeno zejména stárnutím populace. Demence Alzheimerova typu se dělí do čtyř stádií: prodromální, rané, střední a pozdní stádium. Každé stádium má charakteristické příznaky a úroveň postižení, které ovlivňují schopnost pacienta samostatně fungovat.

Léčba demence Alzheimerova typu zahrnuje farmakoterapii, psychosociální intervence a podporu péče.

Jedním z dalších teoretických témat, na které pak navázala empirická část, byla zátěž formálních pečujících. Zátěž spočívá jak ve fyzické náročnosti, tak i psychické. Projevuje se

to na zdraví pečovatele, tak i na kvalitě poskytované péče klientům. Profesionální pečovatelé u lidí trpící demencí Alzheimerova typu jsou, jak vyplynulo z řady výzkumů vystaveni vyšší míře neuropsychologické zátěže. Zátěž a vyčerpání se pak projevují v širokém spektru obtíží.

Formální pečující by měli být vybaveni odpovídajícími znalostmi a dovednostmi pro zvládání různých krizových situací spojených s demencí. Kromě toho je podpora a spolupráce s odborníky na demenci, psychiatry a psychologickými službami klíčová pro poskytování kvalitní péče pro pacienty s demencí a jejich pečující.

Další kapitola se v závěru věnovala psychohygieně u formálních pečujících, kteří se starají o klienty s demencí Alzheimerova typu. Zmíněny byly dva základní body, a to supervize pracovníků a pravidelné vzdělávání. Obě tyto aktivity by se měly pozitivně podílet na snížení psychického napětí u ošetřovatelů. Ve výzkumu pak byla upřena pozornost zejména na supervizní činnost.

V empirické části byl popsán výzkumný problém. Zátěž u ošetřovatelů pečujících o klienty s demencí představuje výzvu z několika hledisek, včetně náročné péče, specifických dovedností, a fyzické námahy. Emocionální a psychická zátěž spojená s péčí o pacienty s demencí může být značná. Cílem výzkumu bylo porozumět subjektivně vnímané psychické zátěži u formálních pečujících, kteří poskytují péči lidem trpícím demencí Alzheimerova typu a zároveň zjistit, jak formální pečovatelé přistupují k psychohygieně.

Základní dvě **výzkumné otázky** tohoto výzkumu byly:

Výzkumná otázka č. 1: ***Jaká je subjektivní vnímaná psychická zátěž u formálních pečujících u lidí trpících demencí Alzheimerova typu?***

Výzkumná otázka č. 2: ***Jaká je zkušenost s psychohygienou u formálních ošetřovatelů u lidí s demencí Alzheimerova typu?***

Jako typ výzkumu byla zvolena kvalitativní forma zpracování, přičemž byla použita interpretativní fenomenologická analýza (IPA). Tato metoda umožňuje hlubší porozumění subjektivního prožívání jednotlivců v kontextu péče o osoby s demencí.

Podmínkou výběru výzkumného souboru bylo působení na oddělení DZR, souhlas s účastí na výzkumu a minimálně dva roky praxe v oboru. Výzkumný soubor byl vybrán metodou nenáhodného výběru, konkrétně příležitostným výběrem účastníků. Celkem

se výzkumu zúčastnilo 8 participantů. Jako doplňující informace k rozhovoru byly zaznamenány údaje o pohlaví, věku, senioritě na konkrétním pracovišti, vzdělání a celkové praxi v oboru ošetrovatelství. Data byla sbírána pomocí semi-strukturovaných rozhovorů. Účastníci byli informováni o průběhu výzkumu, a všichni poskytli informovaný souhlas.

Závěrečná analýza nabízí pohled na klíčová témata a závěry vyplývající z průběhu výzkumu. Závěry jsou strukturovány pomocí hierarchického seznamu témat, který reflektuje opakující se problémy a zkušenosti oslovených respondentů. Zde jsou hlavní témata závěrečné analýzy:

Problematická komunikace, která běží ve třech úrovních – s klienty, mezi pracovníky a s rodinou klientů – představuje výzvu pro pečující pracovníky. Opakující se problémy zahrnují obtíže s vysvětlováním denních rutin klientům, neshody v pracovním týmu a nepochopení ze strany rodiny klientů. Dále jsou to pak zátěžové situace na pracovišti. Pracovníci se setkávají s řadou zátěžových situací, včetně úmrtí klientů, fyzických a verbálních agresí ze strany klientů, depresivity a smutku klientů a jejich zmatenosti a dezorientace.

Následovalo téma etických dilemat. Respondenti čelí vnitřním etickým bojům, jako je ochrana důstojnosti klientů, respektování jejich přání a dodržování pravidel versus poskytování individuální péče.

Konflikty s vedením bylo také jedním z témat, které souvisí se zátěží formálních pečovatelů. Vlastní psychohygienu dotazovaných ošetrovatelů byla posledním z bodů, na které jsem se zaměřila v rámci výzkumu. Respondenti často hledají podporu v sociálních vztazích a aktivitách mimo pracovní prostředí, jako jsou výlety s rodinou, sport nebo čas s přáteli. Obranné mechanismy potlačení stresu jsou často používány, ale aktivní péče o vlastní psychické zdraví není pro participanty zjevnou prioritou a v práci nemají dle jejich slov žádné podpůrné aktivity na zpracování psychické zátěže.

Závěry z analýzy podporují poznání, že péče o klienty s demencí představuje zátěž, která ovlivňuje jak dotazované pracovníky na úrovni pracovního prostředí, tak na osobní úrovni. Důležitost sociálních vztahů a osobních aktivit ve zvládnutí psychické zátěže je jedním z významných aspektů pro zachování emocionální stability a pohody pracovníků.

Závěry naznačují, že vedení institucí poskytující péči o klienty s demencí by měli mít opatření k podpoře proti vyhoření a také by měli poskytovat aktivity pro péči o psychické zdraví jejich zaměstnanců.

Seznam literatury

1. Asociace supervizorů pomáhajících profesí. *Co je supervize?* ASuPP. Retrieved February 22, 2024, from <https://asupp.cz/co-je-supervize/>
2. Castellani, R. J., Rolston, R. K., & Smith, M. A. (2010). Alzheimer Disease. *Disease-a-Month*, 56(9), 484-546. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.06.001>
3. Costello, H., Walsh, S., Cooper, C., & Livingston, G. (2019). A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(08), 1203-1216. <https://doi.org/10.1017/S1041610218001606>
4. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. (2015). Alzheimerova choroba. Retrieved September 20, 2023, from <https://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/diagnoza/>
5. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. (2015). Alzheimerova choroba. Retrieved January 30, 2024, from <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/domovy-se-zvlastnim-rezimem/>
6. Backhouse, T., Camino, J., Mioshi, E., & Asada, T. (2018). What Do We Know About Behavioral Crises in Dementia? A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 62(1), 99-113. <https://doi.org/10.3233/JAD-170679>
7. *Domov se zvláštním režimem*. (2001). Wikipedia: the free encyclopedia. Retrieved January 30, 2024, from https://cs.wikipedia.org/wiki/Domov_se_zvl%C3%A1%C5%A1tn%C3%ADm_re%C5%BEimem
8. Edberg, A. -K., Hallberg, I. R., & Gustafson, L. (1996). Effects of Clinical Supervision on Nurse-Patient Cooperation Quality. *Clinical Nursing Research*, 5(2), 127-146. <https://doi.org/10.1177/105477389600500202>
9. Franková, V. (2015). Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Interní medicína pro praxi*, (8), 87-90. <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2016/02/08.pdf>
10. Gilbertová, S. *Zdravotní důsledky stresu*. Ergonomička. Retrieved February 14, 2024, from <https://www.ergonomicka.cz/app/uploads/zdravotni-dusledky-stresu-sylva-gilbertova.pdf>
11. Gulášová, I., & Kyasová, M. (2005). Prieskum najvýraznejších problémov riadenia ošetrovateľského tímu na geriatrickom oddelení. *Revue ošetrovateľstva a*

- laboratorních metodik: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti., 11(2), 74-80.
12. Honzák, R. (2022). Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření (4. vydání). Vyšehrad.
 13. Janíček, L. (2018). *Psychická zátěž sestry na psychiatrickém oddělení* [bakalářská práce]. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
 14. Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Portál.
 15. Kalvach, Z. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Grada.
 16. Korábečný, J., Soukup, O., & Vališ, M. (2020). *Alzheimerova nemoc: patofyziologie, klinika, farmakoterapie*. Maxdorf.
 17. Kozáková, R., Vévodová, Š., Vévoda, J., Merz, L., Grygová, B., & Kozák, J. (2017). Burnout syndrome in family members taking care of their relatives and professional caregivers. *Profese online*, 10(1), 1-7. <https://doi.org/10.5507/pol.2017.001>
 18. Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Grada.
 19. *Metodické, vzdělávací a informační centrum pro Alzheimerovu nemoc a další kognitivní poruchy a demence*. (2022). ABADECO. Retrieved October 2, 2023, from <https://www.abadeco.cz/pro-odborniky/testy/test-kresleni-hodin>
 20. Národní zdravotnický informační portál. *Demence: medikamentózní léčba*. Nzip.cz. Retrieved March 6, 2024, from <https://www.nzip.cz/clanek/1319-demence-medikamentozni-lecba>
 21. Nehls, M. (2017). *Alzheimer se dá léčit: návrat do zdravého života*. Euromedia.
 22. Neuraxpharm. *Alzheimerova choroba*. Retrieved November 29, 2023, from <https://www.neuraxpharm.com/cz/poruchy/alzheimerova-choroba>
 23. Novotná, A. (2014). Demence. Retrieved February 21, 2024, from https://www.seniorzone.cz/33/demence-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKIW9PEFtuXdE/
 24. Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
 25. Profesní komora sociálních pracovníků. *Průběžné vzdělávání sociálního pracovníka*. PKSP. Retrieved February 22, 2024, from <http://www.pksp.cz/prubezne-vzdelavani-socialniho-pracovnika>
 26. Psychiatrická nemocnice Bohnice. *Gerontopsychiatrie*. Retrieved February 14, 2024, from <https://bohnice.cz/lecba/gerontopsychiatrie/>
 27. Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Karolinum.

28. Rusina, R., & Matěj, R. (2019). *Neurodegenerativní onemocnění* (2., přepracované a doplněné vydání). Mladá fronta.
29. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
30. Sánchez-Moreno, E., de La Fuente Roldán, I. -N., Gallardo-Peralta, LP, & Barrón López de Roda, A. (2015). Burnout, Informal Social Support and Psychological Distress among Social Workers. *British Journal of Social Work*, 45 (8), 2368-2386. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcu084>
31. Špirudová, L. (2010). Klinická supervize v ošetrovatelství – mají sestry o čem diskutovat? *Paliativna medicína a liečba bolesti, Supplement 2*(3), 26-29.
32. Sandi, C., Haller, J. Stress and the social brain: behavioural effects and neurobiological mechanisms. *Nat Rev Neurosci* 16, 290–304 (2015). <https://doi.org/10.1038/nrn3918>
33. Smith, M. A. (1998). Alzheimer Disease, 1-54. [https://doi.org/10.1016/S0074-7742\(08\)60607-8](https://doi.org/10.1016/S0074-7742(08)60607-8)
34. Jones, F., Fletcher, B., & Ibbetson, K. (1991). Stressors and Strains amongst Social Workers: Demands, Supports, Constraints, and Psychological Health. *The British Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjsw.a055787>
35. Tajanovská, A. (2018). Rozvoj a podpora celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků optikou profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách. *Fórum sociální práce*, (1), 63-70.
36. Vávrová, P. (2015). Psychohygiena jako prevence pracovního stresu. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti (JOSRA)*, 7(4).
37. Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Grada.
38. WHO TEAM. Mental Health and Substance Use. (2019). *ISupport for dementia. Training and support manual for carers of people with dementia*. World Health Organization.
39. Wilkinson, I. B., Raine, T., Wiles, K., Goodhart, A., Hall, C., & O' Neill, H. (2017). *Oxford Handbook of Clinical Medicine*. Oxford University Press.
40. Zelenková, B. (2020). *Klinická supervize v psychiatrickém ošetrovatelství* [Diplomová práce]. Západočeská univerzita v Plzni.
41. Zvěřová, M. (2010). Alzheimerova demence a zátěž pečovatele. *Česká a slovenská psychiatrie*, 106(5), 307-309.

Přílohy

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Zátěž u formálních pečujících o osoby trpící demencí Alzheimerova typu

Autor práce: Bc. Lucie Typovská

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav OREL, Ph.D.

Počet stran a znaků: 73 stran, 112 660 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 41

Abstrakt:

Cílem této práce je prostřednictvím IPA zjistit psychickou zátěž u formálních pečujících s lidmi, kteří trpí demencí Alzheimerova typu. Data jsou získána od 8 respondentů, kteří se dobrovolně účastní kvalitativního výzkumu na oddělení DZR. Oslovení participantů jsou profesionální ošetřovatelé na oddělení, kde jsou klienti s demencí Alzheimerova typu. Na základě polostrukturovaného rozhovoru jsou získána data z výzkumného souboru. Z výsledků vyplývá, že subjektivně vnímaná zátěž respondentů v práci je značná, jak po psychické, tak po fyzické stránce. Výzkum se také zaměřuje na to, jak respondenti řeší psychohygienu v návaznosti na zatížení v práci. Z analýzy a následné diskuze pak také vyplývá, že oslovení participantů se pravidelně neúčastní supervizní činnosti ani jiné podpůrné aktivity v rámci zaměstnání.

Klíčová slova: demence Alzheimerova typu, formální pečující, zátěž, psychohygienu

Abstract of Thesis

Title: Burden of caregivers of patients suffering from dementia of the Alzheimer type

Author: Bc. Lucie Typovská

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav OREL, Ph.D.

Number of pages and characters: 73 pages, 112 660 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 41

Abstract:

The aim of this study is to use IPA to identify psychological distress in formal carers with people who have Alzheimer's type dementia. The data is obtained from 8 respondents who voluntarily participate in a qualitative research in the ward with special regime. The participants approached are professional caregivers on a ward where there are clients with Alzheimer-type dementia. Based on a semi-structured interview, data are obtained from the research population. The results show that the subjectively perceived workload of the respondents is considerable, both psychologically and physically. The research also focuses on how the respondents address mental health in relation to workload. The analysis and subsequent discussion shows that the participants interviewed do not regularly participate in supervision or other supportive activities within their employment.

Keywords: dementia of Alzheimer's type, formal caregiver, burden, mental health

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Byl/a jste osloven/a s výzkumem pro moji bakalářskou práci na katedře psychologie, Univerzity Palackého v Olomouci. **Výzkum se zabývá zátěží u ošetřovatelů o klienty s demencí Alzheimerova typu.** Probíhat bude v rámci rozhovorů na téma – pečovatelské zátěže, zvládání krizových situací s klientem a psychohygieny.

Informace o účastníkovi výzkumu:

jméno a příjmení:

datum narození:

telefon:

e-mail:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který jsem jí poskytla, použila za účelem sepsání bakalářské práce, popř. odborného článku a pro jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu.
- e) souhlasím s nahráváním mého rozhovoru s výzkumnicí a s analýzou výsledného zvukového záznamu a jeho přepisu.
- f) rozumím tomu, že pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku nebo kdykoliv ukončit rozhovor.
- g) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytuji bezúplatně.
- h) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis:

Lucie Typovská

Lucie.typovska@seznam.cz

725 965 543

Záznamový formulář pro rozhovor

ÚVOD – údaje o účastníkovi

- Pohlaví
- Věk
- Seniorita
- Vzdělání
- Praxe (délka)
 - Máte nějaké specializované vzdělání pro práci s lidmi, kteří trpí demencí? (kurzy, školení...)
 - Jaké máte zkušenosti v práci s lidmi s demencí? (více rozvinout senioritu, popřípadě praxi – jestli je to Vaše první práce s klienty s demencí)
- Jaká je/byla vaše motivace pracovat s lidmi kteří trpí demencí?

1. Okruh – náročnost práce s lidmi s demencí

- a. Popište mi prosím náročnost Vaší práce po psychické a fyzické stránce.
- b. V jakých konkrétních situacích vnímáte svoji práci náročnou?
 - i. Oblasti – komunikace, agresivní chování, depresivní stavy klientů, dezorientace klientů, manipulace s klienty
- c. Jaká situace konkrétně byla pro Vás v poslední době náročná, ve spojitosti s klientskou péčí?

2. Okruh – zvládání krizových situací s klienty

- a. Co vnímáte jako krizovou situaci ve spojitosti s klienty? Prosím uveďte konkrétní situaci, která se vám vybaví.

- b. Jak tyto situace konkrétně řešíte?
 - i. Konkrétní dané postupy, intuitivní řešení situace
 - ii. Co následuje bezprostředně po takové situaci?
- c. Jak se následně vyrovnáváte s těmito situacemi?

3. Okruh – psychohygienu

- a. Co Vás v práci nejvíce psychicky vyčerpává?
- b. Jak moc vnímáte potřebu podpory psychiky, načerpání psychických sil ve spojení s prací? (aktivity spojené s odpočinkem apod.)
- c. Poskytuje vám zaměstnavatel aktivity/možnosti spojené s tím, že je vaše práce psychicky náročná? (supervize, firemní psycholog, kurzy, vzdělávání, bonusové volno, finanční kompenzace)

+ co byste vy ocenil/a se strany zaměstnavatele
- d. Jak vy sami pečujete o své psychické zdraví a pohodu?

Otázky na závěr: CO BYSTE DOPORUČIL/A ZAČÍNÁJÍCÍMU KOLEGOVI/KOLEGYNI?

JAKÉ BY BYLO VAŠE POSELSTVÍ? NA CO BY SI MĚL/A DÁT POZOR?

Popřípadě – Jaké informace Vám zpětně chyběli při nástupu do této práce.