

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Psychická zátěž ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem
Dobrá Voda u Českých Budějovic**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Bc. Hana Dohnalová

Autor:
Bc. Eva Pařhová

2010

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the issue of psychological distress of the nursing staff at the Residential Care Home – Nursing Home Dobrá Voda at České Budějovice. A nursing home is a facility providing its clients who are partially self-sufficient due to organic brain damage or dementia with social and residential services. A nursing team (consisting of medical staff and staff providing direct care) provides its clients with 24-hour-a-day nursing care. There are a number of specifications associated with the nursing care due to the mental health of clients.

Two goals were defined in the bachelor thesis – to depict factors causing distress of the nursing staff at the Nursing Home Dobrá Voda at České Budějovice when providing the clients suffering from dementia with nursing care and to find out how the nursing staff at the Nursing Home Dobrá Voda at České Budějovice perceives the psychological distress. A qualitative method of data collection – a semi-conducted interview – was used as the main technique in the research part. A quantitative method of data collection using a scale questionnaire – “Inventář projevů syndromu vyhoření“ by T. and J. Tošnerovi – was used only as a supplementary technique. The research set consisted of 12 members of the nursing team at the Nursing Home Dobrá Voda at České Budějovice. The goals of the thesis were met. Two hypotheses were established based on the results:

Hypothesis 1: Objective factors related to problematic behaviour of the clients cause psychological distress of the staff at the Nursing Home Dobrá Voda at České Budějovice when providing nursing care.

Hypothesis 2: The members of the nursing team at the Nursing Home Dobrá Voda at České Budějovice consider their psychological distress to be high.

The bachelor thesis provides a comprehensive picture of the issue of nursing care for clients suffering from dementia and it can be used both as information or teaching material.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Psychická zátěž ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 16. 8. 2010

.....

Bc. Eva Pařhová

Poděkování náleží vedoucí práce Bc. Haně Dohnalové za cenné připomínky a věnovaný čas, dále pak respondentům výzkumu za ochotnou spolupráci.

OBSAH

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1 Domov se zvláštním režimem - obecná charakteristika	4
1.2 Domov se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic	5
1.2.1 <i>Okruh pracovníků Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic</i>	5
1.3 Demence	6
1.3.1 <i>Atroficko - degenerativní demence</i>	6
1.3.2 <i>Ischemicko - vaskulární demence</i>	7
1.4 Stupně demence	8
1.5 Projevy demence	9
1.5.1 <i>Formy problematického chování</i>	11
1.5.2 <i>Modely vysvětlující problematické chování</i>	14
1.6 Doporučení pro komunikaci s klienty se syndromem demence	15
1.7 Rodina klienta	17
1.8 Požadavky na personál v Domově se zvláštním režimem	18
1.8.1 <i>Důsledky pro personál</i>	19
1.8.2 <i>Úkoly a role sestry</i>	19
1.8.3 <i>Zdroje působící zátěž personálu</i>	20
1.9 Syndrom vyhoření	21
1.9.1 <i>Fáze syndromu vyhoření</i>	22
1.9.2 <i>Obraz syndromu vyhoření</i>	23
1.9.3 <i>Prevence syndromu vyhoření</i>	23
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky	25
3. METODIKA	26
3.1 Použité metody	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27

4. VÝSLEDKY	28
4.1 Vyhodnocení rozhovorů určených zdravotnickým pracovníkům v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic	28
4.2 Vyhodnocení rozhovorů určených pracovníkům přímé obslužné péče v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic	35
4.3 Základní grafy	43
4.4 Kategorizace dat v tabulkách	45
4.5 Vyhodnocení doplňujícího výzkumu	65
5. DISKUZE	72
6. ZÁVĚR	78
7. KLÍČOVÁ SLOVA	80
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	81
9. PŘÍLOHY	85

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Psychická zátěž ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic“ jsem si zvolila zcela úmyslně. V minulosti jsem měla možnost v tomto zařízení pracovat. Šlo o nesmírně zajímavou, obohacující, i když v leckterých ohledech náročnou zkušenost. Práce ošetrovatelských pracovníků v domově se zvláštním režimem se výrazně odlišuje od práce domově pro seniory a ještě výrazněji od práce v nemocnici. Zároveň není tato problematika často řešena a publikována. Snahou a cílem domova se zvláštním režimem je poskytnout domov a zázemí společně se zajištěním zdravotní a komplexní ošetrovatelské péče. Klienti domova se zvláštním režimem trpí převážně těžkými formami demence. Tato nemoc má progredující průběh a způsobuje výrazné psychické, později i fyzické chátrání klientů. Duševní stav klientů v domově se zvláštním režimem přináší do práce celou řadu specifik, která mohou způsobovat ošetrovatelskému personálu psychickou zátěž. Bakalářská práce si klade za cíl zjistit míru psychické zátěže ošetrovatelského týmu a faktory, které ji způsobují.

Termín ošetrovatelský tým byl zvolen zcela záměrně. Ačkoli je složen ze zdravotnických pracovníků a pracovníků přímé obslužné péče v sociálních službách, zdánlivě nesourodých profesí, mají jedno společné – jejich pracovní náplní je celodenní péče o nesoběstačného klienta. Jsou to ti, kteří s ním tráví nejvíce času, nejlépe znají jeho možnosti, projevy nemoci. Nutností je jejich vzájemná kooperace. Ač jejich kompetence, stupeň vzdělání a možnosti nejsou stejné, mají společný cíl a musí navzájem spolupracovat a potýkat se se společnými problémy i pozitivy, které přináší práce se specifickým klientem.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Domov se zvláštním režimem – obecná charakteristika

Dle platné legislativy jde o zařízení sociálních služeb, které poskytuje služby sociální péče. Jsou zde zajišťovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Situace těchto osob vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby z důvodu snížené soběstačnosti v důsledku výše jmenovaných onemocnění. Tyto osoby se vyznačují přítomností specifických potřeb, proto je jim režim v těchto zařízeních uzpůsoben. Služba zahrnuje základní činnosti jako poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (30). Klientům je zajištěna nepřetržitá ošetrovatelská péče (24). Klienti ve fázi rozvinuté demence mají potřebu být systematicky vedeni k aktivitám a pravidelnému režimu. To je zapotřebí brát v potaz během poskytování ošetrovatelské péče. Je nutné připustit si, že lidé trpící pokročilým stupněm syndromu demence nejsou pouhými obyvateli či uživateli zařízení, ale jde o lidi nemocné, jejichž chování a jednání ovlivňuje nejen jejich vlastní bezpečnost, ale i bezpečnost ostatních osob. Proto má být jejich bezpečnost chráněna. Klienti by měli žít v prostředí, které je relativně bezpečné a minimalizuje nerozumná rizika. Nerozumným rizikem je míněna zejména situace, kdy klient odejde a vzhledem k progredujícímu onemocnění nenajde cestu zpět a tato situace mu způsobí výrazný dyskomfort. Tato situace může také klienta přímo či nepřímo ohrozit na životě či způsobit ohrožení i jiných osob. Proto domovy se zvláštním režimem podléhají polootevřenému nebo polouzavřenému režimu. Tento princip by měl vždy respektovat základní lidská práva. Realizován je prakticky tak, že do zařízení

mohou bez omezení přicházet blízcí klienta. Klienti však z oddělení nemohou vycházet zcela bez dohledu, což je zajištěno např. otevíráním dveří na číselný kód, atypickou klikou apod. Nebo je objekt zcela otevřený, ale nachází se v uzavřené zahradě (13).

1.2 Domov se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic

Nachází se jako jedna stanice Domova důchodců Dobrá Voda. Posláním je poskytovat klientům celoroční služby v oblasti bydlení, stravování, osobní hygieny a zajištění nepřetržité zdravotní a ošetrovatelské péče. Je určen pro klienty, kteří mají z důvodu organického poškození mozku, demence všech typů (kromě alkoholové) sníženou soběstačnost a pokročilou ztrátu paměťových a orientačních schopností a jsou starší 55 let. Situace těchto klientů vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v tomto zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto klientů. Klienti žijí v tzv. chráněném prostředí, ve kterém mají neustále k dispozici přítomnost personálu, sami bez doprovodu nemohou opouštět zařízení. Cílem poskytování této služby je umožnění důstojného života (24).

1.2.1 Okruh pracovníků Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic

Personál poskytuje kontinuální ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelský tým je složen ze všeobecných sester, ošetrovatelů a pracovníků přímé obslužné péče (24).

Pracovní náplní pracovníka v sociálních službách – přímé obslužné péče je dle platné legislativy nácvik jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulace s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podpora soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb (30).

Odborné ošetrovatelské výkony všeobecných sester, které pracují pobytových zařízeních sociálních služeb, jsou financovány zdravotními pojišťovnami. Pro tyto

sestry byla vytvořena autorská odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách (21).

Personál domova se zvláštním režimem, zvláště sestra, by měl znát symptomatologii duševních poruch, zejména nastupujících delirantních stavů. Dále by se sestra měla orientovat v rozdělení, indikaci, účincích a nežádoucích účincích psychofarmak (1).

1.3 Demence

Demence řadíme mezi organické duševní poruchy, tj. zapříčinené poškozením mozku. Demence je syndrom, většinou chronický a progredující (22). Právě osoby s organickým poškozením mozku a demencí tvoří klientelu domova se zvláštním režimem (24). Demence jsou obvykle dnes děleny na dvě skupiny:

1. primární demence (atroficko-degenerativní)

2. sekundární - symptomatické demence

A/ ischemicko-vaskulární

B/ ostatní metabolické demence (infekční, metabolické, prionové, traumatické, na podkladě tumorů, chronických intoxikací atd.) (19).

V domově se zvláštním režimem se lze z výše uvedených typů demence setkat převážně s atroficko - degenerativní a ischemicko - vaskulární demencí.

1.3.1 Atroficko-degenerativní demence

Neznámějším zástupcem je demence při Alzheimerově chorobě (19). Alzheimerovu chorobu poprvé v roce 1907 popsal německý patolog a psychiatr Alois Alzheimer (22). Dnes jsou uznávány dvě formy této choroby, časná (začátek před 65. rokem věku, má rychlou progresi příznaků, zejména v podobě afázie, agrafie, alexie, akulkulie nebo apraxie) a pozdní (začátek po 65. roku věku, převažuje postižení paměti nad zhoršením intelektu) (19).

Čím vyššího věku se člověk dožije, tím vyšší je pravděpodobnost, že se u něj vyskytne Alzheimerova choroba (22). Alzheimerova choroba trvá nejčastěji dva až tři roky, končí smrtelně. Jsou ovšem známy průběhy až desetileté. Dodnes nejsou známy úplné informace o této chorobě. Příčina vzniku je doposud neznámá. K rizikovým faktorům jistým patří věk, familiální dispozice, genetické faktory. Některé další rizikové faktory jsou doposud diskutované, jako příslušnost k ženskému pohlaví, poranění hlavy, hypertenze, nižší vzdělání, vystavení účinkům hliníku a zinku (19). V mozku bývá přítomna porucha cholinergické neurotransmise. Kauzální terapie neexistuje. Podávají se léky ze skupiny tzv. antialzheimerik, které u některých pacientů dokáží progresi choroby zpomalit a stabilizovat. Na cílovou symptomatiku se podávají zaměřená psychofarmaka. V rámci psychoterapeutických a rehabilitačních postupů je potřebné zachovat co nejdéle schopnosti a dovednosti konkrétního člověka (22).

Velmi podobný klinický obraz má korová demence s Lewyho tělisky. Mohla by být druhou nejčastější příčinou demence starších lidí. Problém ale představuje diagnostika. K dalším atroficko-degenerativním demencím řadíme demenci při Parkinsonově chorobě a méně časté frontotemporální a frontální demence (19).

1.3.2 Ischemicko-vaskulární demence

Nejčastější formou je multiinfarktová demence. Vzniká zúžením lumenu a následnou neprůchodností cévy nebo více cév menšího lumenu. Při překročení hranice určitého objemu tkáně, které je spojené s nedostatkem kyslíku a ostatních látek se rozvíjí demence. Vaskulární demence se proto nerozvíjí souvisle a postupně, ale obvykle je možné pozorovat střídání období výrazného zhoršení s obdobími částečného zlepšení. Kromě typických projevů demence se objevují poruchy motoriky a kontinence. V terapii se využívají nootropika a léky snižující srážlivost krve. Nezbytné jsou rehabilitační postupy (22).

1.4 Stupně demence

Toto dělení se provádí pro praktickou potřebu do tří stupňů závažnosti.

1. *Mírná demence*

Již zřetelně je snížena paměť, ztíženo učení se novému. Obtížné je vykonávat náročnější pracovní aktivity, člověka stojí nesmírné úsilí. Nevyhnutelně dochází k chybám. Běžný život je možný, ale pracnější, ač je člověk v podstatě ještě soběstačný. Při vyšetření klinickým psychologem bývá prokazován pokles původní intelektové aktivity o více než 20 % (11). Člověk může prožívat úzkost, když si nemůže vzpomenout na nedávné události či jména. Frustrace se projeví v různých situacích jako zlost nebo sklíčenost (4).

2. *Středně těžká demence*

Při tomto stupni demence je možné vybavit si jen hluboce vštípené a často opakované paměťové stopy. Novější informace jsou zapomínány, jen část se vštípí a to ještě nespolehlivě. Vážně kvalita verbální komunikace, základní početní úkony. Ještě jsou možné jednoduché práce. Člověk potřebuje již při určitých činnostech dohled a pomoc (11). Zapomnětlivost se stává spíše pravidlem než výjimkou. V této fázi se člověk často dostává do konfliktu se svými blízkými partnerem vzhledem k četnosti chyb. Během této fáze také dochází k obrovské zásobě únikových triků, výmluv a lží, aby člověk oklamal sám sebe a druhé, že situace není tak zlá, jak se zdá. Člověk se propadá stále dál a dál do vzpomínek na minulost. Je obtížné zjistit, co se v mysli člověka děje – stejně tak nevíme, co se bude či nebude dít po smrti. Způsob, jak člověk reaguje na demenci, není určeno jen tím, jak nemoc působí, významnou roli hraje jeho osobnost a to, jak reagují lidé v blízké okolí nemocného člověka (4).

3. *Těžká demence*

Vštípihost paměti je zdevastována docela. Na člověku je patrná stálá bezradnost, přítomná je trvalá dezorientace. Protože myšlenkové pochody ztrácejí souvislost, stávají

se útržkovitými, dojde nakonec k jejich ztrátě a konci hodnotné komunikace (11). Všechny zbývající projevy komunikace člověka jako fyzický neklid, panický křik, volání a vzlyky, směřují k uspokojování potřeb (4). Zůstanou jen fragmenty kdysi získaných návyků a informací. Klient je plně odkázán na péči druhé osoby, nepoznává své blízké (11). Zažívá tutéž úzkost jako dítě, které postrádá svou matku. Na povrch mohou vystupovat některé bolestné zážitky z minulosti, tehdejší trauma je prožíváno znovu, jako by se stalo teď. Smysly člověka s demencí sbírají informace stejně jako kdykoli předtím. Vzhledem k mentálnímu chátrání však nedochází k jejich relevantnímu zpracování. Člověk se musí stále častěji ptát lidí kolem sebe, co vidí a slyší. Odpovědi ho však neuspokojí, protože jsou pro něj příliš obtížné. Stále větší část dne bude sedět s otevřenými očima a jen pospávat a podřimovat (4). Dochází k terminální fázi amnestické dezorientace, kdy člověk ztrácí jakýkoliv smysluplný kontakt se svým okolím (19). Klient v tomto stádiu onemocnění je zcela závislý na kvalitní ošetrovatelské péči. Vyskytuje se u něj tendence k podvýživě, infekcím, zánětům plic a dalším život ohrožujícím onemocněním (26). Stádium těžké demence je trvalým stavem těžkého a výrazného úpadku. Bývá považováno za terminální, klienti zpravidla nepřežijí 1 rok od vstupu do této fáze. Objevuje se také Klüverův-Bucyho syndrom, projevující se usilovnou snahou klienta dotknout se každého předmětu, který je v dohledu (12).

Poslední z celého procesu demence odchází schopnost usmívat se. Když se člověk neusmívá, smrt již není daleko (4).

1.5 Projevy demence

Demence je složena ze tří základních skupin symptomů. Jde o poruchy kognitivních funkcí, dále narušení aktivit denního života (ADL – Activities of Daily Living) a poruchy chování (BPSD - Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) (23). Lze také hovořit o ABC příznacích demence, kde je význam jednotlivých písmen:

A – aktivity denního života – jejich poruchy

B – behaviorální poruchy

C - kognitivní poruchy (17).

Aktivitami denního života rozumíme základní sebeobslužné aktivity. Omezení v aktivitách denního života již představuje potřebu pomoci druhé osoby. Konkrétně se jedná o samostatné provedení hygieny, samostatné oblékání, kontinenci, používání WC, samostatné jídlo, schopnost pohybu a přesunu. V současnosti nejčastěji se nejčastěji používá test dle Barthelové (10 položek s bodovým ohodnocením). Tyto schopnosti vypovídají o sebeobsluze, ne o schopnostech žít samostatně. O schopnostech vyrovnat se s nástrahami každodenního života vypovídají testy instrumentálních aktivit denního života. Dílčí úkoly, jako je telefonování, přípravu jídla, nakupování, vedení domácnosti, dopravu, nakládání s penězi, užívání léků, hodnotí Lawtonova Instrumental Activities of Daily Living Scale. Hodnotit stupeň postižení instrumentálních aktivit v důsledku kognitivního postižení dokáže Functional Dementia Scale (FDS), používá se zpravidla na specializovaných pracovištích (8).

Poruchy chování – BPSD se objevují ve všech stádiích demencí, od nejlehčích po těžké. Jde o poruchy jiných než poznávacích funkcí (11). Tyto příznaky mohou způsobovat velké potíže rodině a pečujícím osobám (19). Zahrnují zejména paranoidní ladění a myšlení, výskyt halucinací, agresivitu, agitovanost, poruchy spánkového režimu a změny nálad (mánie, deprese, úzkosti, fobie). Výskyt BPSD není v přímé souvislosti s poškozením intelektu, jejich stupeň nemusí vždy odpovídat stupni poškození intelektových funkcí. BPSD jsou pro demenci charakteristické, ale nevypovídají přesně o stupni demence ani o její závažnosti. BPSD jsou nejčastějším zdrojem problémů v ošetrovatelské péči a nejčastější příčinou umístění člověka do sociálního zařízení (2). BPSD jsou léčitelné. Jejich výskyt je častou indikací k umístění klienta do institucionální péče (17).

Poruchy kognitivních funkcí mají široké spektrum projevů. Paměť je poškozena ve všech složkách, porušená je vstřípivost (nemocný se nedokáže učit, není schopný ukládat do paměti nové informace), udržení v paměti (je zapříčiněné narušeným

ukládáním informací, kódováním) a také výbavnost (schopnost pracovat s obsahy paměti, které byly uloženy v minulosti). Poruchy pozornosti se projevují rychlou unavitelností, v pozdějších stádiích demence není člověk schopen svou pozornost rozdělit mezi více objektů. Také je pozornost lehce odklonitelná jinými podněty. Redukuje se kapacita a distribuce pozornosti (22). Dále úbytek intelektové aktivity – intelektová deteriorace je základním prvkem syndromu demence (19). Narušena je chápavost, intelektové funkce jsou redukovány. Člověk není schopen řešit situace, které jsou nové nebo se vymykají standardu (22). Orientace bývá narušena až v pozdějších stádiích. Její porucha je způsobena poškozením paměti. Bývají porušeny všechny složky orientace (místo, čas, osoba, situace). Poruchy jazyka se projevují stále chudší slovní zásobou, člověk používá všeobecné pojmy namísto konkrétních, slova nesprávně zaměňuje. V pozdních stádiích přestává být řeč prostředkem komunikace. V terminálních stádiích člověk nemluví vůbec. Postupně se ztrácejí zájmy, zaměření osobnosti se mění. Zjevují se črty osobnosti, které byly dříve spíše v pozadí, osobnost se stává nevýraznou, amorfni. Úpadek osobnosti se projevuje také v citové oblasti (22).

1.5.1 Formy problematického chování

1. Behaviorální symptomy

U slovně neagresivního chování jde o projevy v rámci verbální komunikace. Jsou to neustále se opakující situace, proto bývají personálem i rodinou vnímány jako silně zatěžující. Vzhledem k vážnoucí komunikaci ztrácíme přehled o potřebách člověka. Slovně neagresivní chování se projevuje jako opakování dotazů, zdoluhavé opisování, nepochopení, stálé vyprávění stejných historek. Podkladem tohoto chování je snaha přelstít nemoc. Stálými dotazy klient hledá ujištění, aby zabránil pocitům bezmocnosti a úzkosti a proto opakovaně vyhledává kontakt s člověkem, který mu může být nápomocen (29). Vyskytnout se může též misidentifikace, kdy klient považuje své blízké za cizí osoby nebo naopak. Jinou formou misidentifikace je nerozpoznání vlastního obrazu v zrcadle, přesvědčení, že tvář patří jiné osobě. Může jít také o mylné interpretace událostí z médií a jejich vztahování k vlastní osobě (13).

Do kategorie fyzicky neagresivního chování zařazujeme bloudění, stálou chůzi, nesmyslnou manipulaci s předměty, svlékání a nevhodné doteky vůči personálu nebo jiným klientům, bránění se péči. Tyto projevy odrážejí psychomotorický neklid. Chování souvisí s neschopností přijímat a udržet informace (29). Bloudění je potenciaálně velmi nebezpečné. Lze se s ním setkat až v polovině případů demenci. Často se objevuje i v nočních hodinách. Může se objevit při příchodu do nového prostředí, ale také v souvislosti s poruchami paměti, kdy si člověk nepamatuje, kde je a proč se tam nachází. Klient může bloudit také proto, že hledá někoho či něco, co považuje v dané chvíli za nutné. Další příčinou může také být pocit osamění či separace (23). Protože vlivem demence dochází ke kompletnímu narušení mozkových funkcí a zároveň s věkem klesá schopnost přizpůsobit se, klient si není vědom toho, že by mu měl někdo pomáhat, když to dosud nepotřeboval, zároveň však postrádá náhled, že tyto záležitosti nezvládá. Typicky se klient péči brání nebo v důsledku pasivního se podrobení chřadne. Dochází ke bránění se hygienické péči, oblékání, odmítání stravy, nechuti zúčastnit se vycházek (13). Klient neví, že je nemocen a proto se domnívá, že péči nepotřebuje. Není ochoten podstoupit změny svých životních návyků. Žije v přesvědčení, že řadu výkonů již provedl (16). Zvláště v situacích odmítání péče je důležité sdělovat si v týmu informace o příčinách a událostech, které situaci předcházely, neboť klient má tendence své zvyklosti opakovat. Nelze změnit klienta, ale jen postoj k němu a prostředí (6).

Slovní agresí jsou myšleny nadávky, křik, použití vulgarismů. Slovní agresivita je přibližně dvakrát častější než brachiální. Výskyt agresivity je podmíněn kognitivním zhoršením. Uplatňuje se také vliv medikace, prostředí i premorbidní osobnost. Verbální agresivita se častěji vyskytuje se častěji vyskytuje u žen. Riziko zvyšuje špatný fyzický stav nebo chronická bolest. Fyzická a verbální agresivita současně je typická u klientů mužů, s výrazným kognitivním deficitem. Rizikovými faktory k rozvoji agresivity je mužské pohlaví, závažnější postižení intelektu, rozvoj bludného myšlení, narušení soběstačnosti (29). Sestra a ostatní personál v domově se zvláštním režimem jsou často prvními osobami, které přijdou do styku s agresivním klientem a je nejčastější obětí útoků stran osob s psychickým onemocněním. Ve stádiu rozvinuté demence, kdy je chování klientů hluboce dezorganizované, jsou agresivní útoky necílené a méně

nebezpečné. Za nejrizikovější čas agresivního chování je považován večer, potom ráno, poledne. Nejméně rizikový je čas po půlnoci. K rizikovým faktorům ze strany personálu se řadí nedostatek nebo výpadek personálu, více ženského personálu a personál nedostatečně vyškolený (5). Hrozí-li ze strany klienta fyzické napadení, nebo k němu již došlo, je nejlepším aktuálním řešením útěk personálu a přivolání pomoci. Pokud toto možné není, doporučuje se pokus o deescalaci – uklidnění krizové situace, za předpokladu zachování klidu, postoje personálu bokem ke klientovi, udržení osobní vzdálenosti větší než 1 metr, protože agresivně se projevující se osoba potřebuje 4krát více osobního prostoru. Personál by měl mít stále v záloze únikovou trasu. Osvědčuje se také požádat o pomoc osobu, na kterou klient dobře reaguje. Samozřejmostí je posilování za každý náznak pozitivního chování klienta (3).

2. Psychiatrické symptomy

Bludy se vyskytují se až ve $\frac{3}{4}$ případů demencí. Časté je přesvědčení, že klient je okrádán. Je to vůbec nejčastější blud u klientů s demencí. Tento blud lze zčásti psychologicky vysvětlit (lidé se syndromem si nepamatují, kam co uložili), ale má i biologický podklad. Vyskytovat se může i paranoidní bud, že pečovatelé a příbuzní chtějí klienta zlikvidovat. Blud opuštění klienta přesvědčuje, že je vydán napospas a nikdo se o něj nepostará. Objevovat se mohou i bludy z oblasti sexuální. Bludy u demence bývají komplexní, velmi často mají charakter perzekuční, paranoidní (23).

Halucinace se vyskytují až v polovině případů demencí. Zrakové halucinace jsou nejčastější ve středních a těžkých stádiích demence (23).

Poruchy chování mohou působit potíže během poskytování péče. Chování je považováno za problematické, vzniká na základě organické poruchy mozku. Protože klientovi nemoc omezuje možnost naplnit své potřeby, hledá pro jejich uspokojení náhradní možnosti. I během problematických projevů klienta platí, že dobrý přístup a kvalitní péče je prevencí problémů. Každodenní péče o klienty, kteří mají poruchy chování, bývá hodnocena jako velmi náročná především po psychické stránce (29).

1.5.2 Modely vysvětlující problematické chování

1. Teorie nenaplněných potřeb

Dle tohoto modelu změny chování pramení z obtížného uspokojování potřeb (29). Chování klienta, které můžeme vnímat jako problematické, směřuje k uspokojení potřeb, často neefektivně (31). Problematické chování by mělo být chápáno jako pokus o komunikaci, která se týká neuspokojené potřeby. Dle této teorie je cílem péče identifikovat potřeby osob a uspokojovat je (25). Člověk, který trpí poruchami mnoha vyšších nervových funkcí, musí volit náhradní způsoby uspokojování potřeb. Přitom zajištění základních fyziologických potřeb je podmínkou zachování lidské existence. Pokud se splní tato podmínka, otevírá se prostor pro potřeby psychické. Za nejzákladnější psychickou potřebu je pokládána potřeba bezpečí. Pokud se člověk neorientuje, nepoznává lidi a věci kolem sebe, cítí se ohrožen, bojí se. Přírozenou lidskou reakcí je obrana (29). Dále snížená možnost uspokojení svých potřeb má jako vedlejší produkt vytváření nežádoucí aktivity. Ta se projeví prakticky jako trhání, škrubání oděvu, lůžkovin, trhavými gesty, mačkání rukou (16).

2. Model posilování nevhodného chování formou učení

Tento model vychází z psychologické teorie učení. Předpokládá, že člověk opakuje chování, které se mu osvědčí. Ten, kdo je problematickým klientem, obvykle sklízí velkou pozornost. Lidé, kteří vyvolávají konflikty, obvykle dosáhnou více služeb a péče, než je obvyklé. Klient s demencí obtížně vyjadřuje svá přání, přeje si, aby se mu někdo věnoval. Problematické chování může shledávat jako snadnou cestu přivolání pozornosti, aniž by musel složitě komunikovat (29).

3. Model působení stresorů z okolí

Prostředí, ve kterém žijeme, na nás působí mnoha vlivy. V zařízeních sociálních služeb panuje mnohdy snaha co nejvíce zpříjemnit prostředí – obrázky, dekoracemi, vůněmi, hudbou... Podněty pak mohou přesáhnout hladinu, která je pro klienta příjemná, reaguje podrážděností, vzniklé napětí pak může opět ventilovat pomocí problémového chování (29). I prostředí společenské může přispět k osobní

dezintegraci a sníženému sebehodnocení klienta. Má ale také schopnost pozvednout klienta jako jednotlivce a zbrzdit či pozastavit jeho dezintegraci (16).

1.6 Doporučení pro komunikaci s klientem se syndromem demence

Během kontaktu s klientem hraje hlavní roli vlídnost, laskavost a především trpělivost. Při hovoru by měl být obličej udržován ve výši očí klienta, aby mohl vnímat nejen sluchem, ale i zrakem. Je vhodné mluvit klidným hlasem, pomalým tempem, zřetelně za použití jednoduchých slov a jednoznačných informací (2). Klient postupně přestává chápat abstraktní výrazy, proto se používají konkrétní slova v krátkých a jednodušších větách. Protože klient má často problém najít správná slova, vypomáhá si tzv. prázdnými výrazy, tj. slovy, která jsou neurčitá, mlhavá a nejasná (ukazovací a neurčitá zájmena, „věc“, „lidé“...) (4). Delším pozorováním a poznáváním ale lze postupně odvodit slovník klienta. Personál by tedy měl používat výrazy, kterým klient rozumí. Ověřuje si, jestli klient skutečně porozuměl. Dále nemá smysl klienta příliš opravovat, snižuje se tak jeho sebevědomí a zvyšuje pocit neschopnosti (1). Klienta nelze zahltit najednou více informacemi, podávají se po malých dávkách a stále se ověřuje porozumění. Očekávání také musí být reálně přizpůsobená stavu klienta (29). Sestra by se měla naučit vyhodnocovat reakce klienta, kterými signalizuje jeho základní potřeby jako je hlad, žízeň, bolest, potřeba spánku či odpočinku (13). Vzhledem k porušené paměti klientů není vhodné spoléhat na krátkodobou paměť. Na ní ovšem právě závisí běžné denní činnosti. Doporučuje se vyhýbat se otázkám s otevřeným koncem a klienta vést k jednotlivým krokům při denních činnostech. Důležitá je důslednost a taktní opakování. Pokud dochází k využití dlouhodobé paměti a klient si vzpomene na své dovednosti, vzroste i jeho sebevědomí. Kárání klienta za jeho nedostatky je k ničemu a nikomu neprospěje (29).

Demence způsobuje také poruchy pozornosti, pro člověka je obtížnější pozornost zaměřit a udržet. Vhodné je omezit rušivé vlivy na minimum (zapnuté rádio, televize) a vytvářet situační interakci jeden klient x jeden pracovník. Dále je respektována zvýšená psychická unavitelnost klienta, komunikace by neměla být dlouhá

a bez potřebných přestávek. Na odpověď se čeká déle, než při běžné komunikaci se zdravými lidmi. Také se pokládá za vhodné vynechání otázek typu „proč?“ a takových, na které je dopředu zřejmé, že klient nedokáže odpovědět (10).

Sestra věnuje pozornost neverbální komunikaci klienta (29). Ta se však s progresí nemoci může postupně stírat a být čím dál méně expresivní a diferencovaná (10).

Pro pracovníky ošetřující osoby trpící demencí je dobré si uvědomit, že porucha paměti a myšlení často znemožňuje klientovi pochopit význam toho, co je mu sdělováno. Je schopen vnímat pouze naše emoční nastavení či vyladění. Není tedy tak příliš důležité, co říkáme, ale jak to říkáme. Chování klienta funguje jako „zrcadlo“, jeho chování odráží námi vyjadřované emoce (2). Personál by se měl snažit mluvit klidným a vyrovnaným hlasem, zvyšovat hlas není potřeba, klient to může chápat jako výraz hněvu (4). Pokud klient používá vulgarismy, ponechávají se bez komentáře. Stejně tak se doporučuje přehlédnout a nekomentovat nevhodné projevy (29).

Vlídny, vstřícný a ujišťující přístup je doménou ošetrovatelské péče u člověka s demencí (2). Pomáhá navodit potřebu jistoty a bezpečí. Jde o základní lidské potřeby. Jsou to potřeby, které souvisejí s přežitím jedince, hovoříme také o pudu sebezáchovy, o snaze vyhnout se ohrožení. Hierarchicky systematizovaný přehled potřeb dle Maslowa zařazuje potřebu jistoty a bezpečí hned na druhé místo za biologické potřeby (28).

V poslední fázi demence klient ztrácí schopnost mluvit docela, mohou zůstat některé neartikulované zvuky (4). Tuto konečnou fázi v komunikaci se nazývá mutismus. Ještě před mutismem, když má klient velmi malou slovní zásobu, může jedno nebo několik málo slov jako jediný verbální projev mít více významů při měnění intonace a hlasitosti (29). Když už není možné mluvit, může ke klientovi „promluvit“ ještě tělo pečujících osob. Když se usmívají, drží za ruku, rameno, pohladí... Až do úplného konce je člověk s demencí schopen rozpoznat intonaci a melodii našeho hlasu, ač nevnímá obsah. Komunikovat lze nakonec jen klidnou přítomností, která vyvolává pocit bezpečí (4).

Při komunikaci s dementním člověkem se zachovávají všechna společenská pravidla a nesnížená úroveň zdvořilosti. Tím se napomáhá zachovat respekt k lidství klientovu, ale i integritu lidství jako celku (10).

Některé vzorce chování ze strany personálu mohou vést k provokaci nebo zhoršení BPSD. Jde zejména o provádění neočekávaných a náhlých změn v prostředí klienta, nečekané změny v časových stereotypch. Dále jde o chyby v komunikaci, jako nadměrně kritický postoj, ignoraci přání klienta, dávání slibů, přílišná kontrola klienta, projevy agresivity vůči klientovi, přeceňování nebo podceňování možností klienta, nejednoznačná nebo příliš složitá komunikace, nesrozumitelná komunikace (příliš tichý nebo příliš naopak hlasitý způsob řeči) a nadměrně direktivní přístup (17).

1.7 Rodina klienta

Demence je nemoc, která převrátí život nejbližších nemocného naruby. Proces demence trvá v průměru asi 7 let. Členové rodiny svého blízkého postupně ztrácejí, i když ještě žije. Během dlouhého a pomalého procesu prožívají všechny emoce spojené s procesem truchlení. Pokud má člověk s demencí občasné okamžiky jasné smysly, vytváří mnohdy kolem lidí kolem sebe nesprávný dojem. Pokud se z řad jeho nejbližších stane pečovatel, může mít pocit ztráty svobody. Pečovatel nemůže žít vlastní život, pacientova nemoc jej ovlivňuje fyzicky i mentálně. Mají obavy z budoucnosti, zhoršování nemoci, z nutnosti umístění člověka do specializovaného zařízení. Rodiny obvykle čekají, kdy situace již není udržitelná a sami jsou na okraji vyčerpání a zoufalství. S umístěním člověka do domova se smiřují těžko. Rodiny jsou často pronásledovány pocitem viny (4). Cílem ošetrovatelské péče při přijetí klienta je pomoc s adaptací, tak aby se nezdeformovalo fungování celého rodinného systému (1). Sestry musí rodině a příbuzným vysvětlit, že pro klienty jsou velmi důležité návštěvy, aby se zabránilo odcizení. Sestra má také úkol zdůraznit význam poskytování lásky a pozornosti klientovi od rodinných příslušníků (9). Pohled na otce nebo matku, jak sedí u stolu, sami mezi všemi ostatními lidmi s demencí, hledí do prázdna, křičí, bryndají jídlo je pro řadu nejbližších velice obtížné přijmout. Bývalí pečovatelé neprožívají o nic menší stres po přijetí do domova než předtím (4). Pro kvalitní sběr informací – ošetrovatelskou anamnézu a následnou diagnostiku a realizaci ošetrovatelské péče je důležitá správná komunikace s rodinnými pečujícími. Napomůže zjistit a získat

informace o klientovi, jeho sociálním zázemí a životě. Také by mělo dojít k citlivému zjištění vztahů mezi pacientem a rodinnými příslušníky (13). Sestra by se měla zaměřit na uspokojování potřeb rodiny a příbuzných klienta. Sestra může působit edukačně, kdy rodinné příslušníky informuje o projevech nemoci a poskytované ošetrovatelské péči. Při problémech může rodině doporučit odbornou pomoc (9).

1.8 Požadavky na personál pečující o klienty v domově se zvláštním režimem

Personál poskytující ošetrovatelskou péči, která je soustředěna na osobnost klienta, se musí cítit podporován jako osobnost v organizaci, která jej zaměstnává. Investice do lidských zdrojů se odrazí na kvalitě poskytované péče. Kvalita péče je indikátorem prospěšnosti organizace. Osobnost pracovníků poskytujících péči musí být, brána vážně, mají-li si oni vážit osobností, o které pečují. Jednotlivcům pečujícího personálu je nutné poskytnout prostor, aby se otevřeli klientům s demencí a sobě navzájem. Důraz je kladen na lidskost u osob stížených demencí a také u osob poskytujících péči. Pokud se tak nestane, dostaví se výsledek v podobě pracovní nespokojenosti, interpersonálních konfliktů a fluktuace pracovníků (25).

Ošetrovatelská péče o klienty s demencí patří k nejbohatším odvětvím lidské práce, která však vyžaduje vysokou úroveň kreativity, pochopení a porozumění. Etická úroveň personálu by měla patřit k nejvyšším. Pouze odborně školený personál, který pronikl do podstaty problémů a ovládá náležitě znalosti a dovednosti je zárukou péče odpovídající důstojnosti člověka (25). Celoživotní vzdělávání u pracovníků pečujících o osoby se syndromem demence by mělo patřit mezi prioritní, stejně jako podpora zvyšování počtu pracovníků, aby vznikl dostatek prostoru na individuální problematiku a potřeby klientů (9).

Mezi požadavky kladené na personál patří i zvládnutí problematických projevů klientů. Konkrétně BPSD znamenají pro samotné klienty, jejich rodiny a zejména pečovatele o mnoho větší stresové zatížení než vlastní poruchy paměti, kognice či ztráta samostatnosti. Dle Pidrmána a Kolibáše je přinejmenším 25 % stresových faktorů, kterým je vystaven pečovatel, způsobeno BPSD. Dále existuje vzájemný vztah mezi

výskytem BPSD a agresivitou ošetrovatelského personálu vůči klientům. Tento negativní jev může vyplývat z frustrace, kterou personál pociťuje, když se problematické projevy rozvíjejí i přes usilovnou péči (17).

1.8.1 Důsledky pro personál

Péče o klienty s kognitivním deficitem je těžkým a mnohdy frustrujícím úkolem. Personál může pociťovat znechucení, když vidí, že i přes usilovnou péči deteriorace pokračuje. Důležité je uvědomění si, že zlepšení nikdy není možné, i přesto zůstávají klienti lidskými bytostmi, které si zasluhují respekt. Personál musí být schopen vlastního sebeuvědomění, to mu umožní empatii a pochopení toho, co zažívá klient (1). Personál by měl být schopen čerpat uspokojení i z malých zlepšení stavu klienta nebo spíše jen z udržení klientovy funkční schopnosti. Chronická syndromu demence může negativně ovlivňovat reakce personálu. Fakt chronicity a degenerativního průběhu může sloužit jako vlastní ospravedlnění v případě nevyužití patřičných intervencí a patřičné podpory klientovi a jeho rodině (12).

1.8.2 Úkoly a role sestry

Každá sestra a zvláště ta pracující v domově se zvláštním režimem by měla splňovat základní atributy ošetrovatelského povolání. Prvním je pevné zanícení pro službu, druhý atribut zachycuje víru v důstojnost a hodnotu každého jednotlivce. Třetí atribut sděluje, že každá sestra by měla mít dostatek vůle k dalšímu vzdělávání a podle posledního atributu by se sestra měla vyznačovat samostatností v rozhodování (18). Sestra plní primární úlohu při péči o klienty se syndromem demence. Pro efektivní poskytování ošetrovatelské péče je důležité, aby sestra neustále zvyšovala úroveň svých znalostí a dovedností. Ošetrovatelské cíle zahrnují podporu sebeúcty klienta, poskytování bezpečného prostředí, ochranu od ublížení od sebe i druhých, zachování orientace i fyzické integrity a redukci strachu a úzkosti. Péče o klienty se syndromem

demence v domově se zvláštním režimem vyžaduje od sestry zručnost při plnění fyzických potřeb, také při splňování požadavků na psychosociální prostředí. Přiměřená ošetrovatelská péče umožní klientovi co nejlepší důstojný život (12). Zodpovědná sestra využívá nové poznatky a informace pro blaho klienta a chápe vztah mezi personálem a klienty jako terapeuticko-analytický (18). Při práci v domově se zvláštním režimem sestra projde všemi svými profesionálními rolemi. Tradičně jde o roli ošetrovatelky. Pro péči o klienty se syndromem je neméně významná role sestry-komunikátorky. Sestra dále v roli klientovy advokátky obhajuje a tlumočí jeho práva a zájmy. Sestra jako nositelka změn se zaslouhuje o další rozvoj, zabraňuje stagnaci ošetrovatelství. Dále sestra v roli manažerky působí v organizaci a řízení, koordinuje ošetrovatelský proces. Tato role v sobě nese značnou zodpovědnost, je součástí všech ošetrovatelských činností (7, 18).

1.8.3 Zdroje působící zátěž personálu

Mezi objektivní faktory zdroje zátěže jsou řazeny projevy ze strany klientů. Vyskytují se v různé intenzitě i závažnosti. Mezi nejvíce obtěžující patří verbální útoky ze strany klienta, výčitky, fyzická agrese, chronické neshody, bloudění klienta, deprese, úzkosti klienta, pasivita klienta během plnění běžných denních aktivit, podezřívavost, obviňování, narušený cirkadiální rytmus.

Subjektivní faktory zdroje zátěže vycházejí z osobnosti a možností personálu. Dělí se na rizikové a protektivní.

Do rizikových faktorů se řadí dřívější negativní zkušenosti personálu, špatný tělesný a psychický stav členů personálu, žena pečující o klienta s demencí je stresována více než muž, nízké znalosti a vědomosti, absenci odborného vzdělání.

Protektivní faktory tvoří podpora, kterou členové personálu cítí od svého okolí, přiměřené teoretické a praktické znalosti, odborné vzdělání, vlastní aktivní přístup, odpovídající finanční ohodnocení, dobré psychické a fyzické zdraví (17).

1.9 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických potíží (14). Lze ho také popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je závislá na mezilidské komunikaci. Projevuje se celou řadou příznaků, člověk se cítí celkově špatně, je unaven fyzicky, psychicky i emocionálně. Zejména pracovníci pomáhajících profesí tyto obtíže neradi přiznávají. Je pro ně těžké dát najevo, že si nevědí rady sami se sebou, když pracují s lidmi, kteří si se sebou nevědí rady v daleko větší míře. Vyhoření není výsledek izolovaných traumatických zážitků, objevuje se plíživě jako psychické vyčerpání při dlouhodobém působení podnětů, jež působí stres. Chronickému stresu jsou vystaveni lidé pracující se zátěží v sociálně - emocionální oblasti (27). Dalším rizikový faktorem, který může působit na vznik syndromu vyhoření, je nedostatečná zpětná vazba na podávaný pracovní výkon. Rizikově působí i situace, kdy nejsou dostatečně vymezeny úkoly a kompetence jednotlivých pracovníků. Podstatným faktorem jsou rovněž konkurenční pracovní podmínky. Ti, kteří se dostali do stavu vyhoření, vykazují určité společné rysy. Jde především o takové tendence, které znemožňují udržení vnitřní velkorysosti a klidu. Přítomna je malá víra ve vlastní kompetence, nedůvěřivost. Pokud si pracovník není jistý v hospodaření se svými psychickými a silovými rezervami, dochází k přílišné identifikaci s náročným povoláním, která jej nutí sahat do vlastních rezerv (14).

Syndrom vyhoření vzniká jako důsledek dlouhodobě působícího stresu a nevhodného zpracování psychické a fyzické zátěže. Proces, na jehož konci může být syndrom vyhoření, trvá řadu měsíců až let. Probíhá v několika fázích, které mohou mít různou délku (27).

1.9.1 Fáze syndromu vyhoření

1. Nadšení

Člověku zpočátku nechybí entuziasmus pro práci, má radost z počátečních úspěchů. Ve své práci je vysoce angažovaný, má velké ideály (27). Jistě bude něco na lidovém pořekadle „kdo nehoří, nevyhoří“.

2. Stagnace

Období angažovanosti se střídá se stále delšími období vyčerpanosti (14). Nadšení ze seberealizace v zaměstnání se postupně vytrácí. Požadavky klientů, jejich příbuzných či zaměstnavatele začínají obtěžovat. V této fázi jsou nejlepší předpoklady pro zabránění rozvoje syndromu vyhoření (27).

3. Frustrace

Pracoviště představuje pro pracovníka velké zklamání, klienta vnímá negativně. V této fázi lze proces uchopit a zastavit (27).

4. Apatie

Mezi klientem a pracovníkem vládne nevlídný vztah, pracovník se vyhýbá aktivitám k posílení odborného růstu a jakýmkoli aktivitám. V této fázi lze se štěstím proces zastavit (27).

5. Syndrom vyhoření

Jde o stádium úplného vyčerpání, kdy práce ztratila smysl, přítomen je cynismus, vymizela reflexe vnitřních norem. Z této fáze je cesta zpět velmi těžká. Syndrom vyhoření často postihuje pomáhající profese, právníky, policisty, učitele, ty, kteří přicházejí do styku s člověkem v nouzi, v náročných životních situacích. Ohroženi jsou ti, kteří se do svého povolání zapojili s velkou horlivostí a radostí, kteří k němu přistupují s velkými ideály (27). Syndrom vyhoření je dnes obecně známý jev, oficiálně to však není nemoc. Vyhoření by se mohlo stát plíživou hrozbou pro naši společnost. (15).

1.9.2 Obraz syndromu vyhoření

1. Psychické příznaky

V *kognitivní rovině* jde o ztrátu nadšení, zodpovědnosti, pracovního nasazení. Objevuje se nechuť, lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě, práci, společnosti, životu. Pracovník uniká do roviny fantazie, má potíže se soustředěním, zapomíná. *Emocionální rovina* je postižena také, člověk cítí sklíčenost, bezmoc, může být popudlivý až agresivní, není spokojený, nemá dostatek uznání (27).

2. Tělesné příznaky

Objevit se mohou vegetativní potíže stran zažívacího traktu, dýchání, kardiovaskulárního aparátu. Porušen může být spánek, chuť k jídlu. Snížena může být obranyschopnost proti nemocím, člověk je rychleji unavitelný (27).

3. Sociální vztahy

Ubývá snahy pomáhat problémovým klientům, vytrácí se angažovanost. Omezován bývá kontakt s klienty a jejich příbuznými, kolegy. Příprava do práce již nebývá důkladná a přibývá konfliktů v oblasti soukromí (27).

1.9.3 Prevence syndromu vyhoření

Péče o některé skupiny klientů je náročná a klade velké nároky na sebeovládání sestry a dalších pracovníků podílejících se na péči (12). Je-li sestra v dobré psychické kondici, může ve svém povolání podávat dobrý výkon. K tomu je kromě odborného vzdělání třeba také to, aby měla dostatek síly a energie k výkonům, které ji v zaměstnání očekávají (20). U profese sestry je důležité vytvořit si jistý odstup od klientů. Profesionálové si v praxi pomáhají různými technikami, např. sémantickým odosobněním (klient se stává kauzou, případem), intelektualismem (pracovník hovoří o klientovi velice racionálně, bez emocí, osobního přístupu), izolací (jasným rozlišení profesionálního přístupu od přístupu k ostatním lidem) (15). Důležitou podmínkou je

předcházet vyhoření, obrazně řečeno hořet a nevyhořet. Jedním z faktorů, který napomáhá předcházet syndromu vyhoření, je žít smysluplným životem. To vyžaduje mít pořádek žebříčku životních hodnot, vědět, co je nejdůležitější a co můžeme s klidným svědomím ožet. Jde o to, mít v životě cíl. Cíl nadějný, hodnotný a reálně dosažitelný, ve kterém má evaluace rozhodně vyšší místo než devaluace (20).

Základním předpokladem je dodržování obecně platných pravidel zdravého životního stylu. Rozhodně není žádoucí omezování vztahů mezi lidmi. Pomáhá mít fungující partnerství, přátelské vztahy, síť sociální opory. Vztahy s lidmi dodávají energii, poskytují zázemí ve chvílích dobrých i horších. Dle zaměření a názorů každého člověka duchovní zakotvení. Užitečné je také setkávání s kolegy, účast v profesních skupinách, vzdělávacích společnostech (29). Velice důležité je nepotlačovat své pocity, ale hovořit o nich, probírat je a vyjadřovat (15).

Může znít protichůdně, že pro lepší zvládnutí stresu by se měli pracovníci věnovat profesnímu rozvoji. Zahrnujeme sem rozvoj komunikace, péče o pracovní prostředí, sledování podmínek pro práci a jejich stálé zlepšování. V českých podmínkách není ještě zcela zažité měnit profesi nebo zaměření vícekrát během života. Po nějaké době a při vyčerpání jiných možností může nastat chvíle, kdy je odchod jediným východiskem. Změna může být lepším řešením než ztráta klidu, zdraví a duševní pohody (29).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zmapovat faktory způsobující zátěž pracovníkům ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic při poskytování ošetrovatelské péče klientům se syndromem demence.
2. Zjistit, jak pracovníci ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic vnímají svou psychickou zátěž.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou faktory způsobující zátěž pracovníkům ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic při poskytování ošetrovatelské péče klientům se syndromem demence?
2. Jak pracovníci ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic vnímají svou psychickou zátěž?

3. METODIKA

3.1 Použité metody

Ke zpracování bakalářské práce byla jako hlavní použita kvalitativní metoda sběru dat. Sběr dat byl realizován technikou polořízeného rozhovoru. Polořízený rozhovor byl sestaven na základě prostudované literatury a osobních zkušeností autorky. Celkem obsahoval 25 otázek. Otázky zjišťovaly identifikační údaje, pracovní reflexi respondentů, vnímání problematických projevů klientů respondenty.

Rozhovory byly určeny pro pracovníky ošetrovatelského týmu v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic. Celkem bylo provedeno 12 rozhovorů. Na základě rozhovorů byly vytvořeny kazuistiky, výsledky kazuistik byly dále zpracovány v základních grafech a kategorizačních tabulkách.

Jako ryze doplňková byla použita kvantitativní metoda sběru dat, technikou dotazníku, s otázkami ve formě škál. Konkrétně byl využit „Inventář projevů syndromu vyhoření“ autorů Tamary a Jiřího Tošnerových. Tento dotazník zjišťuje projevy syndromu vyhoření ve 4 rovinách: rozumové, emocionální, tělesné a sociální (27). Součet výsledků ve všech čtyřech rovinách posléze vytvoří celkový výsledek výzkumu (minimum 0, maximum 96 bodů). U každé ze 24 položek respondenti přiřazují číselnou stupnici, do jaké míry se jich jednotlivé výpovědi týkají (4-vždy, 3-často, 2-někdy, 1-zřídka, 0-nikdy) (27). Výsledky dotazníku byly zpracovány do tabulek.

Výzkumné šetření probíhalo v září 2009, bylo písemně schváleno vrchní sestrou Bc. Zuzanou Černou z Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic (písemný souhlas, příloha č. 1).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 12 pracovníků ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic, z toho 6 zařazených mezi zdravotnické pracovníky (5 sester a 1 ošetrovatel) a 6 pracovníků přímé obslužné péče.

4. VÝSLEDKY

4.1 Vyhodnocení rozhovorů určených zdravotnickým pracovníkům v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic

Respondentka 1A

Respondentka je žena, sestra specialistka, absolventka střední zdravotnické školy a specializačního vzdělání v oboru geriatric. Její věk je 54 let. Celkově se v oblasti pomáhajících profesí pohybuje 36 let, v domově se zvláštním režimem pracuje 10 let.

K práci s klienty se syndromem demence se dostala víceméně náhodně, zpočátku o ní měla jen velmi matné představy, i o všem, co obnáší. Začátky byly velice těžké a náročné. Domnívá se, že k práci v domově se zvláštním režimem je třeba mnoho předpokladů. Pracovník by měl být vyrovnaný, psychicky silný, odolný, komunikativní, ochotný učit se nové věci, přístupný spolupracovat v kolektivu, pružný, empatický, fyzicky zdatný, schopný zvládat stresové situace.

Práci v domově se zvláštním režimem pro sebe vnímá jako obohacující, protože si myslí, že každá zkušenost se dá využít i v osobním životě. Svou práci má ráda, vnímá ji jako smysluplnou, jinak by jí nedělala. Respondentku nejvíce těší, že pracovní den není nikdy stejný, vždy se děje něco nového, co dokáže překvapit nebo i potěšit. Neseťká se tak se stereotypem. Většina lidí z jejího okolí neví, co její práce obnáší. Setká se také s názory, že jak může takovou práci vykonávat. Přesto míní, že se dosud s žádnými předsudky neseťkala.

Nejobtížnější na práci v domově se zvláštním režimem jí připadá zvládnutí agresivního klienta, odcházení klientů ze života, smrt. Práce jí ovlivňuje osobní život, mnohdy cítí velkou únavu. Někdy během své práce pozoruje pokrok, ale týká se jen malé části klientů. Chybí jí pozitivní perspektiva ve stavu klientů, jejich nemoc se

postupně prohlubuje a naděje na zlepšení je zcela minimální. Respondentka zatím neměla pocit, že by byla překročena hranice jejich psychických sil. Psychickou zátěž při práci v domově se zvláštním režimem hodnotí jako hodně velkou.

Pokud klient opakuje stále stejné dotazy, obrní se respondentka trpělivostí a snaží se klienta zaměstnat, aby na své dotazy alespoň na chvíli zapomněl. Při odmítání péče klientem cítí zklamání, snaží se péči podat jinou formou, ale i tak se mnohdy setká s neúspěchem. V případě verbální agresivity přemýšlí, co ji způsobilo a snaží se jí příště vyvarovat, jinak komunikovat. V případě brachiální agresivity si přivolá na pomoc kolegy. Aby nedošlo ke zranění klientů, pokud trpí zvýšenou kutivostí, odstraňuje z jejich dosahu vše, co by mohli rozbít a následně se poranit. Kutivost patří k nemoci klientů.

Postupné fyzické chátrání působí na respondentu špatně. Je bezmocná, nelze jej zlepšit nebo na nějaký čas zastavit. Z projevů klientů ji nejvíce zneklidňuje případná agrese, odmítání jídla, pití a léků.

Volba způsobu odpočinku po směně závisí na různých okolnostech. Více pomáhá odpočinek aktivní, ale ne vždy je na něj síla. Takže respondenta nejprve volí pasivní odpočinek (televize, četba) a posléze až aktivní (jízda na kole, příroda). Ke zvládnání práce respondentce nejvíce pomáhá nezabývat se prací doma, relaxovat při hudbě, masáže, setkávání s přáteli. Také jí přispívají bohaté zkušenosti z práce v nemocnici, protože klienti mají kromě demence i řadu jiných chorob, takže ví, jak individuálně řešit jejich zdravotní potíže. Často využívá spolupráci s lékařem a psychologický přístup.

Respondentka 2A

Respondentka je žena, všeobecná sestra ve věku 44 let. Absolventka střední zdravotnické školy. V oblasti pomáhajících profesí pracuje 19 let, v domově se zvláštním režimem 9 let.

K práci s klienty se syndromem demence ji přivedla náhoda při hledání zaměstnání. Myslí si, že pro tento druh práce by měl člověk být silná, spíše klidnější

osobnost. Jejím okolím je práce ceněna, ale ne dostatečně. S předsudky vzhledem k faktu, že pracuje v domově se zvláštním režimem, se zatím nesetkala.

Práci vnímá jako silně smysluplnou, ale nedokáže specifikovat, co přesně ji nejvíce baví nebo těší, také zda ji práce nějak duševně obohacuje. Jako nejobtížnější vnímá případnou agresivitu klienta, její zvládnutí a zvolení správného přístupu. Někdy si myslí, že už u ní nastal syndrom vyhoření, ale když si odpočine a přijde znovu do práce, cítí se dobře a na problémy zapomene, takže se domnívá, že jí práce ovlivňuje osobní život pozitivně i negativně. Pozitivní perspektiva ve stavu klienta jí chybí, během práce spíše nevidí pokrok ani konkrétní výsledky, jde spíše o stereotyp. Zatím neměla pocit, že by byla překročena hranice psychických sil, ale spíše se podivuje, kde se v ní bere pořád nová síla. Svou pracovní zátěž vnímá jako velikou, jak po psychické, tak i fyzické stránce.

Stálé opakování dorazů u klientů ji někdy znervózňuje. Při odmítání péče klientem se ho snaží v klidu a pomalu přesvědčit, i když je to někdy dost těžké. Kutivost klientů se snaží nevnímat, dbá o jejich bezpečnost. Respondentka vnímá verbální a brachiální agresivitu klienta jako projevy patřící k jejich nemoci. S postupným fyzickým a psychickým chátráním klientů již nelze nic udělat, někdy cítí velkou bezmoc. Z problematických projevů klientku nejvíce zneklidňuje stálé opakování dotazů, těkavý neklid klientů, se kterým souvisí jejich navštěvování cizích pokojů a lůžek.

Po směně volí pasivní způsob odpočinku, posezení, četbu. Z aktivit pomáhá pohyb, jízda na kole. Ke zvládnutí práce respondentce přispívá odpočinek, příjemní lidé v okolí, pobyt venku. Někdy si říká, že po odborné stránce stagnuje, ale již nechce začínat další studium.

Respondentka 3A

Žena, všeobecná sestra, její věk je 33 let. Absolventka střední zdravotnické školy. V oblasti pomáhajících profesí se pohybuje 2 roky, v domově se zvláštním režimem 9 měsíců.

K práci s klienty se syndromem demence ji přivedl zájem a s tím související zvědavost. Pracovník poskytující ošetrovatelskou péči v domově se zvláštním režimem by měl být vlídný, laskavý, inteligentní, trpělivý, pozitivní s dobrým vztahem k lidem, patřičného vzdělání, spolehlivý a ochotný vyjít vstříc. Nezbytná je dle respondentky také přítomnost dobrého a vstřícného pracovního kolektivu.

Domnívá se, že ji práce v domově se zvláštním režimem obohacuje, posunuje vpřed, vnímá ji jako smysluplnou, pozitivně ji ovlivňuje osobní život. Uvědomuje si důležitost znalostí a vědomostí, vlastní hodnoty. Z jejího okolí ale není práce příliš ceněna, setkala se s předsudky. Na práci ji nejvíce těší, pokud se zdravotní stav klientů zlepší nebo alespoň stabilizuje, zabrání se jejich samotě, jsou chápáni a bráni jako individuální bytosti. Nejobtížněji na své práci vnímá nesoudržný kolektiv. Během práce pozoruje konkrétní výsledky. Pozitivní perspektiva ve stavu klientů jí chybí, ale domnívá se, že lepší spoluprací s lékařem a ostatními kolegy lze dosáhnout velmi dobrých výsledků. Pozoruje jistou zkosnatělost a neochotu učit se nové věci, třeba jinak a lépe.

Respondentka měla již pocit, že byla překročena hranice jejích psychických sil, svou psychickou zátěž popisuje co o intenzity jako střední. Práci hodnotí jako svým způsobem stereotypní. Stálé opakování dotazů klientů respondentce nečiní žádné problémy, stejně jako odmítání péče. Při verbální agresivitě klienta se v ní vzbudí stav pohotovosti, agresivita brachiální pak navodí pocit ohrožení. Kutivost klientů vnímá spíše s úsměvem. Pokud si je jistá kvalitou poskytované ošetrovatelské péče, respektuje postupné fyzické a psychické chátrání. Ze všech problematických projevů klientů ji nejvíce zneklidňuje dezorientace a zmatenost klientů, jejich sebepoškozování, které nedokáže ovlivnit.

Po směně respondenta volí pasivní způsoby odpočinku. Ke zvládnutí práce jí pomáhá její silná vůle, charakterizuje se jako silná osobnost, která si sama určí své hranice. Sestra v domově se zvláštním režimem stagnuje hlavně po praktické stránce, nenalézá se zde široké spektrum praktických odborných výkonů.

Respondentka 4A

Respondentka je žena, všeobecná sestra, absolventka vyšší odborné školy zdravotnické, její věk je 25 let. Délka praxe v oboru pomáhajících profesí stejně jako v domově se zvláštním režimem činí 1,5 roku.

K práci s klienty se syndromem demence ji přivedl dle vlastních slov zájem a empatie. Za nejdůležitější osobnostní charakteristiky pracovníků domova se zvláštním režimem považuje toleranci, empatii, spolehlivost, schopnost sebeovládání, komunikativnost.

Domnívá se, že ji práce v domově se zvláštním režimem obohacuje, ale okolím je ceněna minimálně, již se setkala s předsudky. Práce jí ovlivňuje osobní život pozitivně i negativně. Vnímá ji jako smysluplnou, nejvíce ji baví samotná práce s klienty, vidí pokrok a konkrétní výsledky. Za nejobtížnější považuje zvládání agresivních klientů, těžko usměrnitelné svlékání klientů z oděvů. Někdy jí chybí pozitivní perspektiva stavu klienta, ale je si vědoma, že to není často možné. Již měla pocit, že byla překročena hranice jejích psychických sil. Svou psychickou zátěž hodnotí jako středně velkou. Svou práci nevnímá jako stereotypní.

Stálé opakování dotazů u klientů stejně jako verbální agresivita zvyšuje psychickou zátěž respondentky, znervózňuje ji. Pokud klient odmítá péči, cítí se respondentka málo přesvědčivá, neúspěšná. Když je klient brachiálně agresivní, snaží se chránit jeho okolí a situaci zklidnit. V případě zvýšené aktivnosti klientů se je snaží více aktivně zaměstnat, sleduje, zda není ohrožen samotný klient nebo jeho okolí. Postupné fyzické a psychické chátrání klienta bere jako fakt patřící k jeho nemoci a životu, snaží se vylepšit to, co je možné. Z problematických projevů klientů ji nejvíce zneklidňuje jejich opakované neusměrnitelné svlékání.

Po směně volí pasivní způsob odpočinku, pomáhá jí.

Respondentka 5A

Tato respondentka je všeobecná sestra, žena, věk 21 let, absolventka střední zdravotnické školy. V oblasti pomáhajících profesí pracuje 2 roky, v domově se zvláštním režimem 1,5 roku.

Když stále před rozhodnutím, zda pro své působení v profesi sestry zvolí obory chirurgické či interní, vybrala interní. Práce v domově se zvláštním režimem s klienty se syndromem demence ji přivedla náhoda. Nejdůležitějšími předpoklady pro tento druh práce je podle respondentky trpělivost, nadhled a absence předsudků.

Domnívá se, že ji práce v domově se zvláštním režimem obohacuje, zejména v oblasti komunikace s klienty, která se jí jeví jako svérázná a upřímná. Stran svého okolí cítí spíše překvapení, že pracuje mezi klienty se syndromem demence. Již se setkala s předsudky. Práci vnímá jako smysluplnou, baví ji poznávání osobností klientů, také se naučí mnoho nového z oborů neurologie a psychiatrie. Jako velmi obtížné shledává rozhodování ve vypjatých situacích-je třeba zachovat chladnou hlavu, nadhled a nevměšovat emoce. Osobní život respondentce práce ovlivňuje pozitivně, získává díky ní větší nadhled nad životem a nejrůznějšími situacemi. Trochu však postrádá pokrok a konkrétní výsledky během vykonávání práce. Pozitivní perspektiva ve stavu klientů jí nechybí. Pocit překročení hranice psychických sil již měla. Psychickou zátěž hodnotí jako velkou. Pokud by ji měla ohodnotit na škále 0-10 (0 nejmenší zátěž, 10 největší zátěž), volí číslo 7. Svou práci nevnímá v žádném případě jako stereotypní.

Když klienti stále dokola opakují své dotazy, snaží se respondentka vždy adekvátně reagovat, klienta zaměstnat. Také se necítí nejlépe v případě, že klient odmítá nabízenou péči. Verbální i brachiální agresivitu u klientů považuje za projev jejich nemoci nebo neuspokojení některé potřeby. Má obavy o zdravotní stav klientů. Pokouší se vždy, zvláště při brachiální agresivitě, zabránit poškození klienta. Kutivost klientů dle respondentky vyjadřuje neuspokojenou potřebu seberealizace, proto se je snaží vhodně aktivně zaměstnat. Postupné fyzické a psychické chátrání klientů prožívá negativně, s bezmocí. Celkově na ni nejvýrazněji ze všech problematických projevů klientů působí agrese.

Respondentka využívá po práci pasivní i aktivní způsoby odpočinku, střídá je. Ke zvládnání požadavků vyplývajících z profese jí velmi pomáhá víra v Boha.

Respondent 6A

Muž, 38 let, pracovně zařazen jako ošetřovatel. Absolvent střední zdravotnické školy. V oblasti pomáhajících profesí se pohybuje 17 let, z toho v domově se zvláštním režimem 7 let.

K práci v domově se zvláštním režimem ho přivedla předchozí pracovní zkušenost z lůžkového zdravotnického zařízení, oddělení psychiatrie. Za nejdůležitější osobnostní charakteristiky pro práci v domově se zvláštním režimem považuje trpělivost a psychickou vyrovnanost.

Respondent se necítí svou prací žádným způsobem obohacován. Okolí ji také dostatečně necení. S předsudky okolí se již setkal. Přes tyto údaje práci vnímá jako smysluplnou. Při práci ho nejvíce baví volnočasové aktivity s klienty, jako jsou vycházky, posezení u ohně. Nedokáže specifikovat, co na své práci vnímá jako nejobtížnější. Práce ovlivňuje jeho osobní život-pozitivně. Během práce vnímá pokrok i konkrétní výsledky, ale zároveň mu chybí pozitivní perspektiva ve stavu klienta. Respondent již zažil pocit, že byla překročena hranice jeho psychických sil. Psychickou zátěž vnímá jako hodně velkou. Občas mu jeho práce připadá stereotypní.

V případě stálého opakování dotazů klientů respondent doporučuje trpělivost, nic jiného se nedá dělat. Zároveň se cítí špatně, když klient odmítá nabízenou péči. Verbální agresivitu klienty vnímá respondent jako fakt, se kterým se nedá nic dělat. Při případné brachiální agresivitě klienta je vhodné být ve střehu a zabránit tak případným zraněním. Dle respondenta mají klienti svůj svět, ke kterému patří i jejich kutivost. Ohledně postupného fyzického a psychického chátrání klientů respondent uvádí, že jde o zvyk, ale připouští, že je mu to líto. Z problematičtějších projevů klientů ho nejvíce zneklidňuje svlékání klientů.

Po směně respondent nejčastěji volí aktivní způsob odpočinku. K tomu dodává, že mu ke zvládnutí práce vydatně napomáhají předchozí pracovní zkušenosti, často z nich čerpá.

4.2 Vyhodnocení rozhovorů určených pracovníkům přímé obslužné péče v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic

Respondentka 1B

Respondentka je žena, 58 let, vyučena, pracovníčně zařazena jako pracovnice přímé obslužné péče. Zatím pracovala pouze (z oblasti pomáhajících profesí) pouze v domově se zvláštním režimem a to 9 let.

Práce v domově se zvláštním režimem respondentce pomohla snížit vlastní osobní problémy. Chtěla vždy pomáhat starým lidem. Abonent o práci v domově se zvláštním režimem by měl být dle respondentky silný člověk po duševní stránce s pozitivním přístupem k lidem.

Ji samotnou práci obohacuje, přináší jí vlastní dobrý pocit. Domnívá se, že je okolím kladně ceněna, zvláště rodina její činnost hodnotí jako velice záslužnou. Dosud se nesečkala s předsudky ze strany okolí. Svou práci rozhodně vnímá jako smysluplnou. Nejvíce jí těší dobrý pocit z vykonané práce. Nejobtížnější na práci v domově se zvláštním režimem respondentce připadá psychická stránka. Také se respondentka domnívá, že práce ovlivňuje pozitivně její osobní život. Již cítí přibývající léta a bude ráda, když se o ni v budoucnu někdo bude starat. Při práci neshledává mnoho pokroku, udává, že to vzhledem ke stavu klientů ani nejde. Jedná se o posun spíše směrem k horšímu. Nechybí jí pozitivní perspektiva ve stavu klienta, říká, že s tímto faktem se musí počítat. Důležité je pracovat tak, aby stav klientů zůstal co nejdéle stabilní. Ohledně pocitu překročení hranice psychických sil míní, že takový stav občas zažije asi každý, kdo pečuje o klienty se syndromem demence. Respondentku spíš

zneklidňuje přístup leckterých příbuzných než samotných klientů, u kterých se různé problémy dají předvídat. Míra psychické zátěže je podle respondentky velká, ale dříve bývala větší, při stejném počtu personálu se pečovalo o více klientů. Práce je dle respondenty stereotypní jak kdy.

Stále opakování dotazů u klientů dle této pracovnice k nemoci zkrátka patří. Když klient odmítá péči, snaží se ho přesvědčit a péči provést. K tomu dodává, že nejčastěji klienti odmítají koupání a hygienickou péči. Když je klient agresivní, nechává ho respondenta plně se projevit. Emoce to v ní již nevzbuzuje. Při brachiální agresivitě je to rozdílné, dle situace, podle toho, o jakého jde klienta jakého je pohlaví, někdy má i strach. Kutivost klientů je vhodné pozitivně využít, klienta vhodně zaměstnat. Respondenta míní, čím je starší, tím je klidnější. Dříve o projevech klientů daleko více přemýšlela, dnes je už bere jako fakt. Nepříjemně, s lítostí a bezmocí, také vnímá postupné fyzické a psychické chátrání klientů. Každý z nás může onemocnět jakoukoli chorobou. Z problematického chování na ni nejvíc zneklidňující dojem dělá svlékání klientů.

Po směně po příchodu domů respondenta vyžaduje, aby na ni členové rodiny chvilku nemluvili. Z aktivního odpočinku nejraději volí pohyb, jízdu na kole. Dále jí ke zvládnání práce také napomáhá víra.

Respondent 2B

Muž, 52 let, pracovní zařazení – pracovník přímé obslužné péče. Absolvoval vysokoškolské magisterské vzdělání. Domov se zvláštním režimem je jeho prvním působištěm v oblasti pomáhajících profesí, pracuje zde 14 let.

K práci v domově se zvláštním režimem ho přivedly spíše pragmatické důvody, jako výhodná pracovní doba, volné místo, ale také krásná poloha ve zdejší krajině a pocit prospěšnosti sestrám. Zdejší pracovník by měl dle respondenta být fyzický silný, psychicky odolný, obrněn vůči všemu, co uvidí, bez vlastních sklonů k agresivitě.

Práce v domově se zvláštním režimem ho duševně obohatila, umožnila mu vážit si každého dne, kdy si myslí, že je normální, kdy ho nic nebolí, když svítí slunce, chutná mu jíst, a může se radovat z drobných věcí, přírody, ticha. Zda okolí jeho práci cení, respondenta příliš nezajímá. Dodává, že velmi záleží na tom, jací lidé tvoří jeho okolí. Již se setkal s dosti hrubými předsudky, ale práce jej přesto bavila a dávala životu smysl. Při práci nejvíc baví pomáhat sestřám v jejich těžké práci, těšit chápavé klienty. Jako nejvíce obtížné vnímá najít v sobě dostatek trpělivosti, ovládat pocity nevole, tedy zvládat vše po stránce psychické. Práce někdy ovlivňuje negativně osobní život respondenta, doma bývá nervózní. Konkrétní výsledky a pokrok vídá pouze krátkodobě, když vykoná nějakou určitou činnost, cítí krátkodobě radost. Umí se radovat z drobných věcí, je šťastný, že netouží po hmotných statcích. Pozitivní perspektiva ve stavu klienta mu nechybí. Ještě neměl pocit, že byla překročena hranice jeho psychických sil. Míru psychické zátěže vnímá jako variabilní, záleží na počasí, složení pracovní směny. Práci v domově se zvláštním režimem vnímá jako stereotypní.

Stálé opakování dotazů respondenta znervózňuje. V případě, kdy klient odmítá péči, respektuje jeho vůli, ale pokud ohrožuje své zdraví nebo okolí, péči přesto vykoná. Verbální agresivita respondenta již nezneklidňuje, narozdíl od agresivity brachiální. Kutivost klientů bere pozitivně, je rád, že se o něco zajímají a něčím se zaměstnají. Postupné fyzické a psychické chátrání klientů respondenta nezneklidňuje, jde o součást nemoci, ukazuje, jak končí světská sláva a krása. Memento mori. Nejvýrazněji na něj psychicky z problematických projevů klientů působí opakování dotazů, agrese, simplicita pohledu.

Po směně odpočívá dle okolností, spíše aktivně, prací na zahradě, cestováním, také poslechem a aktivní produkcí hudby. Ke zvládnutí práce mu pomáhá krédo „substine et abstine“, také víra, bez které by této práce nikdy nešel a necítil se v ní užitečný.

Respondentka 3B

Respondentka je žena, vyučená, věku 51 let, zařazena jako pracovnice přímé obslužné péče. Dále pracuje na svém vzdělání, studuje dálkovou formou střední zdravotnickou školu. V oboru pomáhajících profesí se pohybuje 6 let, v domově se zvláštním režimem pracuje 2 roky. Do této oblasti se dostala až ve středním věku. Je přesvědčena, že šlo o správné rozhodnutí. Tento krok měla uskutečnit už mnohem dříve.

Do domova se zvláštním režimem se dostala na doporučení nadřízených pracovníků, vzhledem k dobrému vztahu k lidem. Dle respondentky by měl pracovník domově se zvláštním režimem oplývat trpělivostí, být chápavý. Mít zájem o člověka a potřebnou empatii-tu považuje za velmi důležitou.

Respondentka se také domnívá, že ji práce s klienty se syndromem demence obohacuje, protože každý z klientů je jiný. Často má pocit návratu do doby, kdy byly její děti malé a musely se usměrňovat. Klienti říkají vše tak, jak to skutečně cítí. Někteří si skutečně uvědomují, kde se nachází. Je jí příjemné slyšet pochvalu a ocenění od klientů. Od okolí se cítí být za práci ceněna jen někdy. Problémy shledává vzhledem ke většímu pracovnímu kolektivu, bývá zdrojem různých neshod, konfliktů. Respondentka se již setkala s předsudky vzhledem k faktu, že pracuje v domově se zvláštním režimem. Práce vnímá jako smysluplnou. Nejvíce ji těší samotná práce s lidmi, která ji umí potěšit a rozesmát, zároveň je ale i pro ni samotnou velmi obtížná. Nejobtížnější je klienty zaujmout a získat jejich důvěru. Práce respondentce osobní život zasahuje jen okrajově a výhradně pozitivně. Konkrétní výsledky své práce vidí, pokud se jí podaří získat důvěru klienta, který následně pak lépe spolupracuje. Pozitivní perspektiva ve stavu klienta respondentce nechybí. Má ráda staré lidi. Ví, že nikdy nebudou úplně zdraví. Jejím přáním je, aby své poslední roky prožívali v klidu, důstojnosti, s naplněnou potřebou bezpečí a jistoty. Ještě nikdy neměla v souvislosti s prací pocit, že byla překročena hranice jejich psychických sil. Psychickou zátěž související s prací nevnímá, bere to jako součást každodenních povinností. Nemá problém vyrovnat se s jakoukoli prací. Stejně tak práci v domově se zvláštním režimem nevnímá jako stereotypní, protože každý den je jiný a přinese něco nového.

Stále opakované dotazů u klientů respondenta hodnotí tak, že klienti jsou nemocní lidé, kteří potřebují odpovědi. Bezmocně, se smutkem a pocitem neúspěchu prožívá odmítání péče klienty, stejně jako verbální agresivitu. U brachiální agresivity je respondentka překvapená, snaží zjistit její příčinu. V případě kutivosti klientů se opět snaží najít důvod, pozitivní rozvíjí a podporuje. Postupné fyzické a psychické chátrání klientů vnímá jako koloběh života, rodíme se a umíráme. Z problematického chování klientů ji zneklidňuje agrese klientů, kvůli ní je dobré mít ve službě kolegu-muže, který má více fyzické síly než žena. Svlékání klientů zneklidňuje dle respondenty ani ne tak přítomný personál, ale spíše návštěvy zvenčí. Noční neklid zase způsobuje buzení dalších klientů.

Po směně volí dle situace pasivní i aktivní způsoby odpočinku. Ke zvládnutí práce jí napomáhá např. reiki a setkávání s přáteli.

Respondentka 4B

Respondentka je žena, pracovnice přímé obslužné péče, věk 45 let, vyučena. V oboru zdravotnictví a sociálních služeb se pohybuje 5 let, v domově se zvláštním režimem 2 roky.

Ráda pečuje o nemocné lidi, práce ji baví, proto si ji také vybrala, ale nemyslí si, že by ji nějakým způsobem obohacovala. Myslí si, že k práci klienty se syndromem demence by měl mít pracovník jisté osobnostní charakteristiky, být hodný, mít k tomu povahu a pevné nervy.

Její okolí je práce ceněna, s žádnými předsudky se dosud nesetkala. Nedovede specifikovat, co na práci vnímá jako nejvíce obtížné a co ji nejvíce těší, ale vnímá ji jako smysluplnou. Velmi jí chybí pozitivní perspektiva ve zlepšování stavu klientů, tak jak to zažívala v předchozím zaměstnání v nemocnici. Ve své práci konkrétní výsledky vidí, ale jen dílčí. Několikrát již měla pocit, že byla překročena hranice jejích psychických sil. Práce jí osobní život ovlivňuje pozitivně i negativně. Kladně hodnotí, že práce není stereotypní. Uvádí, že psychická zátěž se jí jeví jako vysoká, mnohem větší než fyzická.

Pokud se na ní klient obrací se stálým opakováním dotazů, snaží se tento jev brát s rezervou, zaměstnat jej. Není si jistá, jak se sama bude projevovat ve stáří. V Případě, že klient odmítá péči, kterou mu chce v dobrém úmyslu poskytnout, snaží se mu opakovaně vše vysvětlit a pak rozhodnutí nechat na něm. Verbální agresivitu klienta se opět pokouší zvládat s nadhledem, dle situací se ho pokouší vhodně slovně usměrnit. Případná brachiální agresivita ze strany klienta v ní vzbuzuje strach, je opatrná. Pokud jsou klienti výrazným způsobem kutiví, počítá s tímto jevem jako s přirozenou součástí nemoci. Respondentka velmi špatně, bezmocně snáší postupné fyzické a psychické chápání klientů. Z jejich problematických projevů ji nejvíce zneklidňuje jejich zmatenost, svlékání oděvů a případná agresivita.

Po směně volí nejčastěji pasivní způsoby odpočinku, který jí velmi pomáhá ke zvládnutí práce, stejně tak udává, že jí velmi uklidňuje kouření cigaret.

Respondentka 5B

Respondentka 35letá žena, pracovnice přímé obslužné péče, vyučena. Zatím pracovala pouze v domově se zvláštním režimem, 2 roky.

K tomuto zaměstnání ji přivedla náhoda. Za nejdůležitější osobnostní charakteristiky pro tuto práci považuje vstřícnost, obětavost, lidskost a optimismus.

Díky práci v domově se zvláštním režimem se zčásti dokáže vcítit do pocitů lidí se syndromem demence, také si více váží relativního zdraví, tím se cítí být duševně obohacena. Respondentka neví, zda je jejím okolím práce ceněna. Často se ale setkala s předsudky vzhledem k faktu, že pracuje v domově se zvláštním režimem. Práci vnímá jako smysluplnou, nejvíce ji těší pocit, že tito lidé mají pocit, že se mohou o někoho alespoň trochu opřít. Nejobtížnější je být během práce stále ve střehu, i když se respondentka cítí unavená. Práce jí osobní život ovlivňuje pozitivně i negativně. Někdy při práci vidí pokrok. Také jí chybí pozitivní perspektiva ve stavu klienta. Ještě neměla pocit překročení hranice vlastních psychických sil. Svou psychickou zátěž nezvládá určit jednoznačně, liší se při každé směně. Práci respondentka nevnímá jako stereotypní.

Opakování dotazů klientů dle respondenty k nemoci patří. Při odmítání péče klientem se respondentka cítí bezmocně. Při verbální agresivitě klienta cítí neklid, brachiální agresivita v ní dokonce strach. Kutivost klientů vnímá spíše s úsměvem. Postupné fyzické a psychické chátrání chápe jakou bezmoc nad časem a hlavně chorobou. Ze všech problematických projevů klientů snáší nejhůře právě agresivitu.

Nejčastěji volí pracovní aktivní odpočinek, jako práce na zahradě. Jako pozitivní motivace jí pomáhá vidina dovolené. Uklidňuje ji kouření cigaret.

Respondent 6B

Muž, 28 let, vyučen. Zvyšuje si vzdělání studiem na střední zdravotnické škole. V oblasti zdravotnictví a sociálních služeb pracuje 9 let, v domově se zvláštním režimem roky 3. Tam se dostal víceméně náhodou, ale již v minulosti zažil pracovní zkušenost ve zdravotnickém zařízení na gerontopsychiatrii.

Respondent se domnívá, že pracovník domova se zvláštním režimem by měl být duševně vyzrálý, trpělivý, ochotný, pracovitý, empatický a komunikativní.

Práce s klienty se syndromem demence dává respondentovi dobrý pocit a obohacuje ho tím, že dělá něco pro ostatní lidi a ne jen pro sebe. Poznatky z praxe se mu navíc mohou hodit i v běžném životě. V okolí je tento druh práce ceněn, cítí obdiv. S předsudky se zatím nesešel. Práci vnímá jako smysluplnou a nestereotypní, nejvíce ho baví komunikace s klienty, jejich úsměv a spokojenost. Obtížné je zvýšené riziko brachiální agresivity a nelehká komunikace s některými klienty. Práci si respondent do osobního života nepouští, cestou do práce "zapíná" pracovní režim, cestou z práce osobní režim. Málodky o práci přemýšlí doma. Pokrok nebo konkrétní výsledky během práce spíše nevidí. Myslí si, že vidina pozitivní perspektivy ve stavu klientů by byla pěkná, ale reálně je tomu bohužel naopak, při práci ji postrádá. Psychickou zátěž v domově se zvláštním režimem hodnotí jako vysokou, hranice jeho psychických sil překročena nebyla.

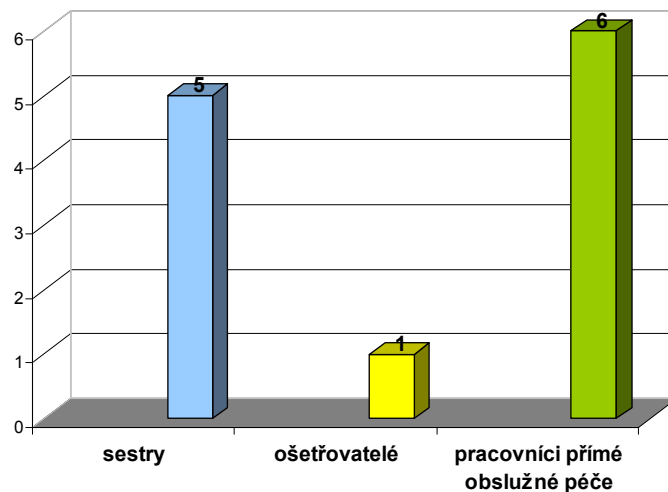
Časté opakování dotazů u klientů bere jako nevyhnutelnou realitu. Pokud klient odmítá péči, respondent o tom nepřemýšlí, vyčká a přijde později. Slovní

agresivitu klienta se snaží zažehnat dobrým slovem nebo vhodným dotykem. Když se klient projevuje brachiálně agresivně, cítí respondent napětí, pokouší se bránit přítomné osoby a vhodným způsobem zpacifikovat klienta. Kutivost klientů mu nijak výrazně nevadí, jde o součást nemoci. Mnohdy se až diví, co jsou schopni vytvořit. Postupné fyzické a psychické chátrání cití jako psychickou zátěž, ale také zároveň jako součást života. Z problematického chování respondenta nejvíce zneklidňují nastalé fyzické útoky klientů, jejich svlékání oděvů.

Respondent volí hlavně aktivní způsoby odpočinku, procházky se psem, kutilství, domácí práce, z pasivních počítače, internet. Také ho během práce uklidňuje kouření cigaret.

4.3 Základní grafy

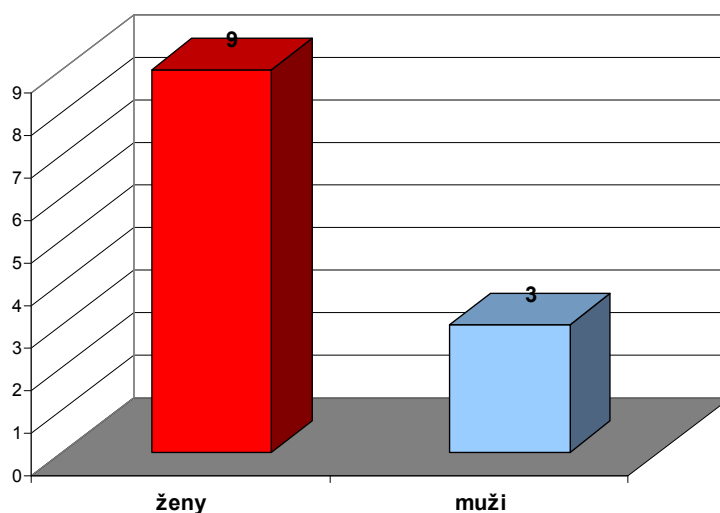
Graf 1: Struktura respondentů dle pracovního zařazení



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z celkového počtu 12 respondentů je 6 respondentů (50 %) zařazeno mezi zdravotnické pracovníky (5 sester a 1 ošetřovatel) a 6 respondentů (50 %) mezi pracovníky přímé obslužné péče.

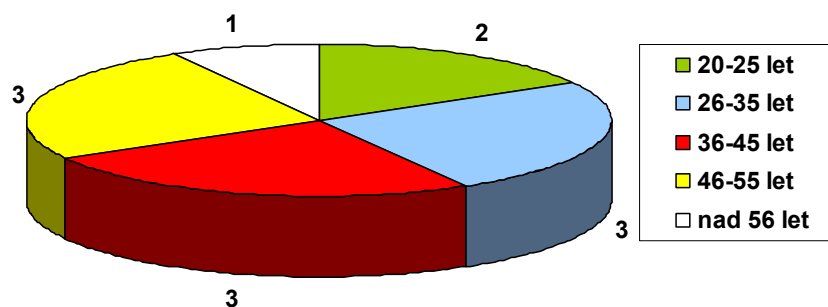
Graf 2: Struktura respondentů dle pohlaví



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Z celkového počtu 12 respondentů je 9 žen (75 %) a 3 muži (25 %).

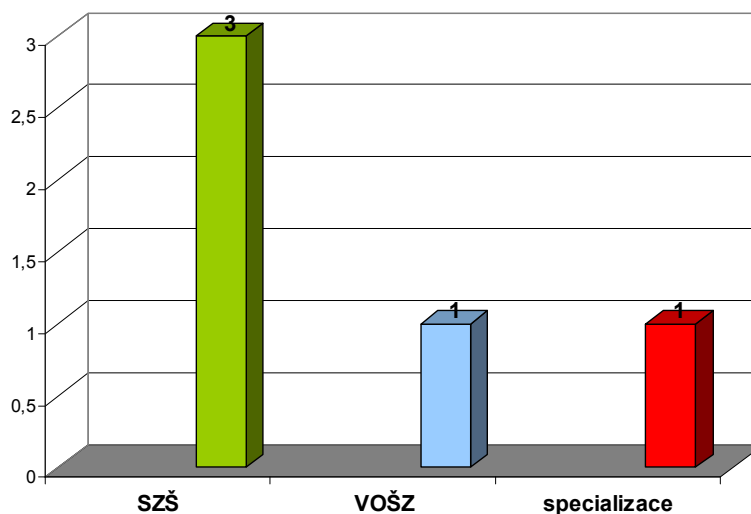
Graf 3: Struktura respondentů dle věku



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf znázorňuje strukturu respondentů dle věku. 2 respondenti (17 %) se nacházejí ve věkové kategorii 20-25 let, 3 respondenti (25 %) ve věkové kategorii 26-35 let, 3 respondenti (25 %) ve věkové kategorii 36-45 let, 3 respondenti ve věkové kategorii 46-55 let, 1 respondent (8 %) ve věkové kategorii nad 56 let.

Graf 4: Vzdělání sester v Domově se zvláštním režimem dobrá Voda u Českých Budějovic



(Zdroj: Vlastní výzkum)

Graf prezentuje dosažené vzdělání sester v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic (dále uváděn jako DSZR DV). Z celkového počtu 5 sester jsou 3 sestry (60 %) absolventky střední zdravotnické školy (SZŠ), 1 sestra (20 %) absolvovala vyšší odbornou školu zdravotnickou (VOŠZ) a 1 sestra (20 %) specializační studium.

4.4 Kategorizace dat v tabulkách

Seznam kategorizačních skupin

1. Délka praxe respondentů v DSZR DV (tabulka 1)
2. Motivace k přijetí zaměstnání v DSZR DV (tabulka 2)
3. Vhodné předpoklady k výkonu práce v DSZR DV (tabulka 3)
4. Duševním obohacením vzhledem k práci v DSZR DV (tabulka 4)
5. Názor okolí na práci v DSZR DV (tabulka 5)
6. Setkání s předsudky (tabulka 6)
7. Smysluplnost práce v DSZR DV (tabulka 7)

8. Oblíbené součásti práce v DSZR DV (tabulka 8)
9. Obtížné součásti práce v DSZR DV (tabulka 9)
10. Ovlivnění osobního života vzhledem k zaměstnání v DSZR DV (tabulka 10)
11. Pokrok a konkrétní výsledky při práci v DSZR DV (tabulka 11)
12. Pozitivní perspektiva ve stavu klientů v DSZR DV (tabulka 12)
13. Překročení hranice psychických sil u pracovníků DSZR DV (tabulka 13)
14. Vnímání míry psychické zátěže (tabulka 14)
15. Stereotyp práce v DSZR DV (tabulka 15)
16. Reakce na opakování dotazů klientů (tabulka 16)
17. Reakce na odmítání péče (tabulka 17)
18. Reakce na verbální agresivitu (tabulka 18)
19. Reakce na brachiální agresivitu (tabulka 19)
20. Reakce na kutivost (tabulka 20)
21. Reakce na postupné fyzické a psychické chátrání klientů (tabulka 21)
22. Výběr nejvíce zneklidňujících problematických projevů klientů (tabulka 22)
23. Odpočinek po směně (tabulka 23)

Tabulka 1: Délka praxe respondentů v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic

Odpovědi	Respondent												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
0-2 roky			X	X	X				X	X	X		6
3-5 let												X	1
6-9 let		X				X	X						3
10 a více let	X							X					2

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka znázorňuje délku praxe v daném zařízení u všech respondentů. Z celkového počtu 12 respondentů pracuje 6 respondentů v Domově se zvláštním režimem dobrá Voda u Českých Budějovic méně než 2 roky, 1 respondent se nachází v kategorii 3-5 let, 3 respondenti v kategorii 6-9 let a 2 respondenti v tomto zařízení pracují více než 10 let. Z 5 sester pracují 3 sestry v DSZR DV méně než 2 roky.

Tabulka 2: Motivace k přijetí zaměstnání v DSZR DV

Odpovědi	Respondent												Celkový počet odpovědí	
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B		
Náhoda	X	X			X							X	X	5
Zájem			X	X			X				X			4
Předchozí pracovní zkušenost						X							X	2
Pragmatické důvody								X						1
Doporučení nadřízeného pracovníka										X				1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka ukazuje, jakým způsobem se respondenti dostali k zaměstnání v DSZR. U 4 respondentů šlo pouze o náhodu, u 1 respondenta (6B) spojenou s předchozími pracovními zkušenostmi. Dále 1 z respondentů (6A) toto zaměstnání volil pouze kvůli předchozí pracovní zkušenosti. 4 z respondentů si zaměstnání v DSZR DV zvolilo ze zájmu k dané oblasti, 1 respondenta zaujaly pragmatické důvody a 1 respondent byl doporučen nadřízeným pracovníkem.

Tabulka 3: Vhodné předpoklady k výkonu práce v DSZR DV

Odpovědi	Respondent												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Vyrovnanost	X												1
Psychická síla	X	X				X	X	X		X		X	7
Komunika-tivnost	X			X								X	3
Ochota učit se nové věci	X												1
Flexibilita	X												1
Empatie	X			X					X			X	4
Fyzická síla	X							X					2
Přístupnost týmové spolupráce	X												1
Vlídnost			X							X			2
Intelligence			X										1
Trpělivost			X		X	X			X			X	5
Optimismus			X				X				X		3
Patříčné vzdělání			X										1
Spolehlivost			X	X									2
Vstřícnost			X								X		2
Tolerance				X									1
Schopnost sebeovládání				X									1
Schopnost nadhledu				X									1
Absence předsudků					X								1
Lidskost											X		1
Zájem o druhé									X				1
Obětavost											X		1
Pracovitost												X	1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka si klade za cíl znázornit, jaké předpoklady – charakteristiky by dle respondentů měl mít pracovník DSZR DV. Při zpracování výsledků byla vzhledem ke košatosti českého jazyka brána v potaz synonyma. Nejvíce odpovědí (7) získala charakteristika psychická síla. Odpověď trpělivost byla uvedena 5 krát. 4 krát byla uvedena odpověď empatie. Po 3 odpovědích získaly kategorie optimismus a komunikativnost. Vždy 2 krát byla uvedena odpověď fyzická síla, vlídnost, spolehlivost, vstřícnost. Odpovědi vyrovnanost, ochota učit se nové věci, flexibilita, přístupnost týmové spolupráce, inteligence, patřičné vzdělání, tolerance, schopnost sebeovládání, schopnost nadhledu, absence předsudků, lidskost, zájem o druhé, obětavost, pracovitost byla uvedena 1 krát.

Tabulka 4: Duševním obohacením vzhledem k práci v DSZR DV

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Ano	X		X	X	X		X	X	X		X	X	9
Ne						X				X			2
Nevím		X											1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje mínění respondentů na jejich duševní obohacení vzhledem k práci v DSZR DV. Z celkového počtu 12 respondentů se 9 přiklonilo k názoru, že je práce v DSZR DV duševně obohacuje, každý specifikoval, jakým způsobem. 2 respondenti míní, že je práce duševně nebohacuje a 1 respondent neví.

Tabulka 5: Názor okolí na práci v DSZR DV

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Oceňuje dostatečně							X			X		X	3
Oceňuje někdy									X				1
Oceňuje nedostatečně		X		X									2
Neoceňuje			X			X							2
Mínění okolí není respondentovi jasné											X		1
Okolí neví, co práce obnáší	X												1
Okolí překvapeno					X								1
Mínění okolí respondenta nezajímá								X					1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka zobrazuje, jak se respondenti domnívají, že jsou okolím vzhledem ke své práci ceněni. 3 respondenti se cítí být okolím dostatečně oceněni. 1 respondent se cítí být ceněn někdy, 2 respondenti jsou oceňováni nedostatečně, 2 respondenti jsou neoceněni. 1 respondent neví, jaký je názor okolí na jeho práci, 1 respondenta mínění okolí nezajímá. 1 respondent cítí překvapení ze strany okolí a 1 respondent se domnívá, že okolí nemá představy, co práce obnáší.

Tabulka 6: Setkání s předsudky vzhledem k práci v DSZR DV

	Respondenti												
Odpovědi	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	Celkový počet odpovědí
Ano			X	X	X	X		X	X		X		7
Ne	X	X					X			X		X	5

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje, zda se již respondenti setkali s předsudky vzhledem k práci v DSZR DV. 7 respondentů udává, že se s nimi již setkala, 5 respondentů setkání s předsudky neguje.

Tabulka 7 : Smysluplnost práce v DSZR DV

	Respondenti												
Odpovědi	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	Celkový počet odpovědí
Ano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	12
Ne													0

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka má za úkol znázorňovat odpověď respondentů na otázku, zda svou práci vnímají jako smysluplnou. Všech 12 respondentů považuje svou práci v DSZR DV za smysluplnou.

Tabulka 8: Oblíbené součásti práce v DSZR DV

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Absence stereotypu	X												1
Zlepšení zdravotního stavu klientů			X										1
Klienti nejsou sami, mají oporu			X								X		2
Uplatnění individuálního přístupu			X										1
Samotná práce s klienty				X				X				X	3
Poznávání osobností klientů					X								1
Nové poznatky					X								1
Volnočasové aktivity s klienty						X							1
Dobrá pocit z práce							X						1
Pomoc sestřám								X					1
Ocenění od klientů									X				1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje oblíbené součásti práce v DSZR DV. 3 krát byla uvedena odpověď samotná práce s klienty, 2 krát odpověď klienti nejsou sami, mají oporu. Ostatní odpovědi byli zaznamenány vždy u 1 respondenta. Respondenti 2A a 4B nedovedli specifikovat svou oblíbenou součást práce v DSZR DV.

Tabulka 9: Obtížné součásti práce v DSZR DV

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Práce s agresivním klientem	X	X	X									X	4
Umírání, smrt	X												1
Nesoudržný kolektiv			X										1
Těžko usměrnitelné svlékání klientů				X									1
Rozhodování ve vypjatých situacích					X								1
Psychická stránka							X	X					2
Zaujmout, získat důvěru klientů									X				1
Být stále ve střehu											X		1
Obtížná komunikace												X	1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka znázorňuje mínění respondentů, jaké jsou obtížné součásti práce v DSZR DV. 4 krát byla uvedena odpověď práce s agresivním klientem. 2 krát odpověď psychická stránka. Ostatní odpovědi byly uvedeny 1 krát. Respondenti 6A a 4B nedovedli specifikovat obtížnou součást práce v DSZR DV.

Tabulka 10: Ovlivnění osobního života vzhledem k zaměstnání v DSZR DV

	Respondenti												
Odpovědi	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	Celkový počet odpovědí
Pozitivně			X		X	X	X		X				5
Pozitivně i negativně		X		X						X	X		4
Negativně	X							X					2
Nijak												X	1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje názor respondentů, jak jim zaměstnání v DSZR DV ovlivňuje osobní život. 5 respondentů udává, že jde o ovlivnění pozitivní, 4 respondenti mínění, že jde o ovlivnění pozitivní i negativní, 2 respondenti vypovídají negativní ovlivnění a 1 respondent žádné ovlivnění.

Tabulka 11: Pokrok a konkrétní výsledky při práci v DSZR DV

	Respondenti												
Odpovědi	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	Celkový počet odpovědí
Ano			X	X		X			X				4
Někdy	X				X			X		X	X		5
Ne		X					X					X	3

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje mínění respondentů, zda při práci v DSZR DV vidí pokrok a konkrétní výsledky. 4 respondenti udávají, že vidí pokrok a konkrétní výsledky, 5 respondentů někdy a 3 respondenti ne.

Tabulka 12: Pozitivní perspektiva ve stavu klientů v DSZR DV

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Postrádám	X	X	X			X				X	X	X	7
Postrádám někdy				X									1
Nepostrádám					X		X	X	X				4

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka se zabývá názorem respondentů, zda postrádají pozitivní perspektivu ve stavu klientů (tj. možnost budoucího zlepšení zdravotního stavu). 7 respondentů tuto pozitivní perspektivu postrádá, 1 respondent ji postrádá někdy a 4 respondentům pozitivní perspektiva nechybí.

Tabulka 13: Překročení hranice psychických sil u pracovníků DSZR DV

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Hranice byla překročena			X	X	X	X	X			X			6
Hranice nebyla překročena	X	X						X	X		X	X	6

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda u nich v souvislosti s prací v DSZR DV byla již někdy překročena hranice psychických sil. U 6 respondentů došlo ke sdělení, že hranice psychických sil překročena byla, u 6 respondentů k tomuto jevu nedošlo.

Tabulka 14: Vnímání míry psychické zátěže

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Velmi vysoká	X					X							2
Vysoká		X			X		X			X		X	5
Střední			X	X									2
Variabilní								X			X		2
Nevnímám ji									X				1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje vnímání míry psychické zátěže pracovníky DSZR DV. 2 respondenti vnímají svou psychickou zátěž jako velmi vysokou, 5 respondentů jako vysokou, 2 respondenti jako střední. Podle dvou respondentů je psychická zátěž variabilní, záleží na více okolnostech, které v průběhu směny nastanou. 1 respondentka psychickou zátěž nevnímá.

Tabulka 15: Stereotyp při práci v DSZR DV

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Práce je stereotypní		X	X					X					3
Práce je někdy stereotypní						X	X						2
Práce není stereotypní	X			X	X				X	X	X	X	7

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka znázorňuje názor respondentů, zda svou práci vnímají jako stereotypní. Pro 3 respondenty je práce v DSZR DV stereotypní, pro 2 respondenty je stereotypní někdy, 7 respondentů ji jako stereotypní nevnímá.

Tabulka 16: Reakce na opakování dotazů klientů

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Nečiní mi potíže			X				X		X		X	X	5
Snažím se klienta zaměstnat	X				X	X				X			4
Znervózňuje mě		X		X				X					3

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka znázorňuje sdělené reakce respondentů na opakování dotazů klientů. U 5 respondentů nedochází k žádným potížím, vnímají tento jev jako nedílnou součást nemoci. 4 respondenti se snaží klienta zaměstnat, aby od opakování dotazů upustil. 3 respondenti sdělují, že je opakování dotazů znervózňuje.

Tabulka 17: Reakce na odmítání péče

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Opětovná klidná nabídka	X									X		X	3
Klidné přesvědčování		X					X						2
Součást nemoci			X									X	2
Cítím neúspěch, bezmoc, zklamání	X			X	X	X			X		X		6
Respektují vůli klienta								X		X			2

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka znázorňuje sdělené reakce respondentů na situaci, kdy klient odmítá nabízenou péči. 3 krát byla uvedena odpověď opětovná klidná nabídka, 2 krát odpověď klidné přesvědčování. 2 krát respondenti uvedli odpověď, že odmítání péče je součástí nemoci, 6 krát byla uvedena odpověď, že při odmítání péče dochází u respondentů k pocitům neúspěchu, bezmoci nebo zklamání. 2 krát respondenti v odpovědích uvádějí, že plně respektují vůli klienta.

Tabulka 18: Reakce na verbální agresivitu

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Hledání příčiny	X												1
Vhodná komunikace	X									X		X	3
Součást nemoci		X			X	X	X	X					5
Stav duševní pohotovosti			X										1
Nervozita				X							X		2
Negativní emoce									X				1
Nadhled										X			1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje sdělené reakce respondentů na verbální agresivitu klientů. 5 krát byla uvedena odpověď, že verbální agresivita je součástí nemoci. 3 krát byla uvedena odpověď, že respondenti používají vhodnou komunikaci. 2 krát byla uvedena odpověď, že verbální agresivita respondenty znervózňuje. 1 krát respondenti uvedli odpověď hledání příčiny verbální agresivity, zpozornění do stavu pohotovosti, výskytu negativních emocí a využití nadhledu.

Tabulka 19: Reakce na brachiální agresivitu

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Zajištění pomoci kolegů	X												1
Zajištění bezpečnosti	X			X	X	X						X	5
Pocity strachu, ohrožení			X				X			X	X		4
Součást nemoci		X			X								2
Snaha o zklidnění situace				X								X	2
Stav duševní pohotovosti						X		X		X		X	4
Hledání příčiny									X				1
Překvapení									X				1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje sdělené reakce respondentů na brachiální agresivitu klientů. 5 krát byla uvedena odpověď zajištění bezpečnosti, 4 krát odpověď pocity strachu, ohrožení, 4 krát respondenti uvedli odpověď, že brachiální agresivita u nich navozuje stav duševní pohotovosti. 2 krát došlo k uvedení odpovědi, kdy brachiální agresivita je chápán jakou součást nemoci. 2 krát respondenti uvedli odpověď, že při brachiální agresivitě se snaží o zklidnění situace. 1 krát byly uvedeny odpovědi zajištění pomoci kolegů, hledání příčiny a překvapení.

Tabulka 20: Reakce na kutivost

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Prevence zranění	X	X		X									3
Součást nemoci	X					X				X		X	4
Snaha nevnímat kutivost		X											1
Aktivní zaměstnání klienta				X	X		X	X	X				5
Vnímám ji s úsměvem			X								X		2

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje sdělené reakce respondentů na kutivost klientů. 3 krát byla uvedena odpověď prevence zranění, 4 x pak odpověď, že kutivost je součástí nemoci. 5 krát respondenti uvádějí, že se v případě kutivosti snaží klienta aktivně zaměstnat. 2 respondenti vnímají kutivost klientů spíše úsměvně, 1 respondent se kutivost snaží nevnímat vůbec.

Tabulka 21: Reakce na postupné fyzické a psychické chátrání klientů

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Bezmoc	X	X			X		X			X	X		6
Lítost						X	X						2
Součást nemoci				X				X					2
Koloběh života								X	X			X	3
Psychická zátěž												X	1
Respekt, když už nelze nic dalšího udělat			X										1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka znázorňuje sdělené reakce respondentů na postupné fyzické a psychické chátrání klientů. 6 krát byla uvedena odpověď bezmoc, 3 krát odpověď, že jde o koloběh života, 2 krát byly uvedeny odpovědi lítost a součást nemoci, 1 krát odpovědi psychická zátěž a respekt, když už nelze nic dalšího dělat.

Tabulka 22: Výběr nejvíce zneklidňujících problematických projevů klientů

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Agresivita	X				X			X	X	X	X	X	7
Odmítání jídla, pití, léků	X												1
Opakování dotazů		X						X					2
Těkavý neklid		X											1
Zmatenost, dezorientace			X							X			2
Sebepoškozování			X										1
Neusměrnitelné svlékání oděvů				X		X	X			X		X	5
Simplicita pohledu								X					1
Noční neklid									X				1

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje názory respondentů, které z problematických projevů klientů je nejvíce zneklidňují. 7 krát byla uvedena odpověď agresivita, 5 krát neusměrnitelné svlékání oděvů, 2 krát byly uvedeny odpovědi opakování dotazů, zmatenost, dezorientace, 1 krát se pak objevily odpovědi odmítání jídla, pití, léků, těkavý neklid, sebepoškozování, simplicita pohledu, noční neklid.

Tabulka 23: Odpočinek po směně

Odpovědi	Respondenti												Celkový počet odpovědí
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B	
Pasivní			X	X						X			3
Aktivní						X	X	X			X	X	5
Nejprve pasivní, posléze aktivní	X	X											2
Různě dle situace					X				X				2

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka prezentuje způsoby odpočinku respondentů po pracovní směně. 3 respondenti volí pasivní odpočinek, 5 respondentů odpočinek aktivní. 2 respondenti si nejprve odpočinou pasivně, posléze se pustí do aktivního odpočinku, 2 respondenti volí různě dle situace.

4.5 Vyhodnocení doplňujícího výzkumu – inventář projevů syndromu vyhoření

Rozumovou rovinu tvoří součet položek č. 1, 5, 9, 13, 17, 21. Rovinu emocionální pak součet položek č. 2, 6, 10, 14, 18, 22. Rovinu tělesnou tvoří součet položek 3, 7, 11, 15, 19, 23. Rovinu sociální tvoří součet položek č. 4, 8, 12, 16, 20, 24. Maximální hodnota bodů v jedné rovině může dosáhnout 24, minimální 0 bodů. Maximální hodnota celkového součtu všech 4 rovin může být 96 bodů, minimální 0 bodů. Nejde o hodnocení, ale o orientační zjišťování (27).

Tabulka 24: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 1A

Respondentka 1A	Body
<i>Rozumová rovina</i>	5
<i>Emocionální rovina</i>	6
<i>Tělesná rovina</i>	6
<i>Sociální rovina</i>	3
Celkem	20

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 1A dosáhla v dotazníku v rovině rozumové 5 bodů, v rovině emocionální 6 bodů, stejně tak v rovině tělesné. V rovině sociální dosáhla respondentka 3 bodů, celkový součet tvoří 20 bodů.

Tabulka 25: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 2A

Respondentka 2A	Body
<i>Rozumová rovina</i>	15
<i>Emocionální rovina</i>	14
<i>Tělesná rovina</i>	10
<i>Sociální rovina</i>	15
Celkem	54

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 2A dosáhla v dotazníku v rovině rozumové 15 bodů, v rovině emocionální 14 bodů, v rovině tělesné 10 bodů, v rovině sociální 15 bodů. Celkový součet tvoří 54 bodů.

Tabulka 26: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 3A

Respondentka 3A	Body
<i>Rozumová rovina</i>	15
<i>Emocionální rovina</i>	12
<i>Tělesná rovina</i>	10
<i>Sociální rovina</i>	6
Celkem	43

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 3A dosáhla v dotazníku v rozumové rovině 15 bodů, v rovině emocionální 12 bodů, v rovině tělesné 10 bodů, v rovině sociální 6 bodů. Celkový součet tvoří 43 bodů.

Tabulka 27: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 4A

Respondentka 4A	Body
<i>Rozumová rovina</i>	10
<i>Emocionální rovina</i>	9
<i>Tělesná rovina</i>	10
<i>Sociální rovina</i>	10
Celkem	39

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 4A dosáhla v dotazníku v rozumové rovině 10 bodů, v rovině emocionální 9 bodů, v rovině tělesné 10 bodů, v sociální 10 bodů. Celkový součet tvoří 39 bodů.

Tabulka 28: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 5A

Respondentka 5A	Body
<i>Rozumová rovina</i>	2
<i>Emocionální rovina</i>	4
<i>Tělesná rovina</i>	1
<i>Sociální rovina</i>	1
Celkem	8

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 5A dosáhla v dotazníku v rozumové rovině 2 body, v rovině emocionální 4 body, v rovině tělesné 1 bod, v sociální 1 bod. Celkový součet tvoří 8 bodů.

Tabulka 29: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondenta 6A

Respondent 6A	Body
<i>Rozumová rovina</i>	5
<i>Emocionální rovina</i>	5
<i>Tělesná rovina</i>	5
<i>Sociální rovina</i>	5
Celkem	20

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondent 6A dosáhl v dotazníku v rozumové rovině 5 bodů, v rovině emocionální 5 bodů, v rovině tělesné 5 bodů, v sociální 5 bodů. Celkový součet tvoří 20 bodů.

Tabulka 30: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 1B

Respondentka 1B	Body
<i>Rozumová rovina</i>	10
<i>Emocionální rovina</i>	2
<i>Tělesná rovina</i>	5
<i>Sociální rovina</i>	2
Celkem	19

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 1B dosáhla v dotazníku v rozumové rovině 10 bodů, v rovině emocionální 2 body, v rovině tělesné 5 bodů, v sociální 2 body. Celkový součet tvoří 19 bodů.

Tabulka 31: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondenta 2B

Respondent 2B	Body
<i>Rozumová rovina</i>	17
<i>Emocionální rovina</i>	15
<i>Tělesná rovina</i>	11
<i>Sociální rovina</i>	15
Celkem	58

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondent 2B dosáhl v dotazníku v rozumové rovině 17 bodů, v rovině emocionální 15 bodů, v rovině tělesné 11 bodů, v sociální 15 bodů. Celkový součet tvoří 58 bodů.

Tabulka 32: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 3B

Respondentka 3B	Body
<i>Rozumová rovina</i>	2
<i>Emocionální rovina</i>	6
<i>Tělesná rovina</i>	4
<i>Sociální rovina</i>	0
Celkem	12

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 3B dosáhla v dotazníku v rozumové rovině 2 body, v rovině emocionální 6 bodů, v rovině tělesné 4 body, v sociální 0 bodů. Celkový součet tvoří 12 bodů.

Tabulka 33: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 4B

Respondentka 4B	Body
<i>Rozumová rovina</i>	3
<i>Emocionální rovina</i>	7
<i>Tělesná rovina</i>	2
<i>Sociální rovina</i>	3
Celkem	15

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 4B dosáhla v dotazníku v rozumové rovině 3 body, v rovině emocionální 7 bodů, v rovině tělesné 2 body, v sociální 3 body. Celkový součet tvoří 15 bodů.

Tabulka 34: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondentky 5B

Respondentka 5B	Body
<i>Rozumová rovina</i>	7
<i>Emocionální rovina</i>	9
<i>Tělesná rovina</i>	9
<i>Sociální rovina</i>	5
Celkem	30

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondentka 5B dosáhla v dotazníku v rozumové rovině 7 bodů, v rovině emocionální 9 bodů, v rovině tělesné 9 bodů, v sociální 5 bodů. Celkový součet tvoří 30 bodů.

Tabulka 35: Inventář projevů syndromu vyhoření u respondenta 6B

Respondent 6B	Body
<i>Rozumová rovina</i>	6
<i>Emocionální rovina</i>	5
<i>Tělesná rovina</i>	3
<i>Sociální rovina</i>	4
Celkem	18

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Respondent 6B dosáhla v dotazníku v rozumové rovině 6 bodů, v rovině emocionální 5 bodů, v rovině tělesné 3 body, v sociální 4 body. Celkový součet tvoří 18 bodů.

Tabulka 36: Inventář projevů syndromu vyhoření – souhrnné znázornění

Roviny	Respondent											
	1A	2A	3A	4A	5A	6A	1B	2B	3B	4B	5B	6B
<i>Rozumová rovina</i>	5	15	15	10	2	5	10	17	2	3	7	6
<i>Emocionální rovina</i>	6	14	12	9	4	5	2	15	6	7	9	5
<i>Tělesná rovina</i>	6	10	10	10	1	5	5	11	4	2	9	3
<i>Sociální rovina</i>	3	15	6	10	1	5	2	15	0	3	5	4
<i>Celkem</i>	20	54	43	39	8	20	19	58	12	15	30	18

(Zdroj: Vlastní výzkum)

Tabulka znázorňuje souhrn výsledků Inventáře syndromu vyhoření u všech respondentů.

5. DISKUZE

Stěžejním předmětem výzkumu byla psychická zátěž ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic (dále DSZR DV). Termín ošetrovatelský tým byl zvolen zcela záměrně. Ačkoli je složen ze zdravotnických pracovníků a pracovníků přímé obslužné péče v sociálních službách (dále POP), zdánlivě nesourodých profesí, je jejich cíl stejný - spokojený klient. Jejich pracovní náplní je celodenní péče o nesoběstačného klienta. Jsou to ti, kteří s ním tráví nejvíce času, nejlépe znají jeho možnosti, projevy nemoci. Nutností je jejich vzájemná kooperace. Z tohoto důvodu jsme pro zdravotnické pracovníky a pracovníky přímé obslužné péče v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic zvolily souhrnný název ošetrovatelský tým. Ač jejich kompetence, stupeň vzdělání a možnosti nejsou stejné, mají společný cíl a musí navzájem spolupracovat a potýkat se se společnými problémy i pozitivy, které přináší práce s klientem se syndromem demence se všemi svými specifiky.

Výsledky výzkumu vycházejí z polořízených rozhovorů a z využití dotazníku „Inventář projevů syndromu vyhoření“ Tamary a Jiřího Tošnerových. Sumarizované výsledky jsou uvedeny v grafech a převážně v tabulkách. Respondenty výzkumu tvořilo 6 zdravotnických pracovníků (5 sester a 1 ošetrovatel) a 6 POP (graf 1). Z celkového počtu 12 respondentů bylo 9 žen a 3 muži (graf 2). Všechny respondentky sestry byly zastoupeny ženami. Mezi sestrami tedy není žádný muž. Muži jsou zastoupeni v profesi ošetrovatele (1 respondent) a POP (2 respondenti). Věková struktura respondentů je poměrně různorodá (graf 3). V ošetrovatelském týmu DSZR DV jsou zastoupeni pracovníci celého spektra ekonomicky produktivního věku. 2 respondenti se nacházejí v rozmezí 20-25 let (respondenti 4A, 5A), 3 respondenti v rozmezí 26-35 let (respondenti 3A, 5B, 6B), dále 3 respondenti v rozmezí 46-55 let (respondenti 1A, 2B, 3B) a 1 respondent nad 56 let (respondent 1B). Vzdělání v ošetrovatelském týmu je také různorodé (graf 4). Sestry jsou vzdělány převážně středoškolsky (3 respondentky - 2A, 3A, 5A), 1 sestra je absolventkou (kromě střední zdravotnické školy) také specializačního studia (respondentka 1A) a 1 sestra absolventkou vyšší odborné školy zdravotnické (respondentka 4A). POP jsou všichni absolventi příslušného kurzu.

1 respondent (2B) absolvoval také vysokoškolské magisterské vzdělání. Mezi ostatními POP převažuje vyučení (respondenti 3B, 4B, 5B, 6B), 1 respondent (1B) má základní vzdělání. Z uvedených si 2 POP (3B, 6B) dálkovou formou zvyšují svou kvalifikaci. V DSZR se všichni pracovníci účastní různých forem celoživotního vzdělání. Vzdělání a odborná školení personálu pečujícího o klienty se syndromem demence jsou prioritní (9).

O náročnosti práce v DSZR DV vypovídá i délka praxe respondentů v tomto zařízení (tabulka 1). Celých 6 respondentů pracuje v DSZR DV méně než 2 roky (3 zdravotničtí pracovníci a 3 POP). Z celkového počtu 5 sester pracují 3 sestry v tomto zařízení méně než 2 roky. Pouze 2 pracovníci (1 sestra a 1 POP) pracují v DSZR DV více než 10 let. Tento fakt vypovídá o poměrně vysoké fluktuaci pracovníků. Otázkou je, zda je tento problém způsoben náročností práce či jinými důvody, např. zda se cítí v organizaci brány jako osobnost, jak zdůrazňuje Procházková (25).

Z okolností motivace k přijetí zaměstnání v DSZR DV (tabulka 2) převládala náhoda u 5 respondentů, z toho 1 respondent udává náhodu spojenou s předchozími pracovními zkušenostmi. 4 respondenti se rozhodli k zaměstnání v DSZR DV z důvodu zájmu o toto specifické odvětví. Výsledek, že z motivací respondentů převládá náhoda, může vypovídat o skutečnosti, že péči o klienty se syndromem demence není věnována pozornost v médiích i školství či (nebo právě proto) nemusí být považována za dostatečně prestižní.

Byly zjišťovány také předpoklady - osobnostní charakteristiky, které považují respondenti za důležité k výkonu práce v DSZR. Častěji než ostatní byly uvedeny charakteristiky psychická síla, empatie a trpělivost. Toto se částečně shoduje s tvrzením Procházkové (25), které uvádí, že péče o klienty s syndromem demence vyžaduje vysokou úroveň kreativity, pochopení a porozumění. Právě porozumění, pochopení, empatie a trpělivost tvoří dle názoru autorky nedílný celek. Potěšující je, že 9 respondentů považuje svou práci za duševně obohacující (tabulka 4).

Zjišťovaly jsme také náhled respondentů, zda se cítí být svým okolím ceněni vzhledem ke svému působení v péči o klienty se syndromem demence (tabulka 5). Názory byly poměrně různorodé. Pouze 3 respondenti (všichni z řad POP) se cítí být okolím ceněni dostatečně. 1 respondent (POP) se cítí oceněn jen někdy. 2 respondenti

(zdravotničtí pracovníci) se cítí ocenění nedostatečně a další 2 respondenti (sestry) se cítí neoceněni. Toto zjištění shledáváme jako poměrně zásadní, ukazuje, jak se sestry působící v oblasti péče o klienty s demencí necítí adekvátně oceněny. Postavení či prestiž sestry v sociálních službách, konkrétně v domovech se zvláštním režimem, by stála za hlubší výzkum, ze kterého by mohly vyplynout pozoruhodné údaje, které by napomohly celou tuto problematikou objasnit, popř. vyřešit. V ohledu setkání se respondenty s předsudky vzhledem ke svému zaměstnání se 7 respondentů již s předsudky setkala, 5 respondentů zatím ne (tabulka 6). Ryze pozitivním zjištěním (alespoň pro autorku) se naskýtá, že všech 12 respondentů jednomyslně uvádí, že svou práci považují za smysluplnou (tabulka 7).

Položený rozhovor s respondenty také zjišťoval, jaké jsou oblíbené součásti práce v DSZR DV (tabulka 8) Odpovědi byly velmi nejednotné, respondenti se 3 krát shodli na odpovědi, že za oblíbenou považují samotnou práci s klienty a 2 krát v odpovědi, že klienti nejsou díky jejich pomoci a péči sami a mají tak oporu. Obdobně se liší odpovědi ve zjišťování obtížných součástí práce v DSZR DV (tabulka 9). 4 krát byla uvedena odpověď, že velmi obtížná je práce s agresivními klienty a 2 krát bylo uvedeno, že obtížná je psychická stránka práce v DSZR DV. Tento výsledek koresponduje s tvrzením Kolibáše a Pidmana, podle kterých je přinejmenším 25 % stresových faktorů, kterým je vystaven personál, způsobeno BPSD (17).

Respondenti byli dále dotazováni, zda jim práce v DSZR DV ovlivňuje i jejich osobní život (tabulka 10) Je potěšující, že pro 5 respondentů znamená zaměstnání v DSZR DV pozitivní ovlivnění osobního života. 4 respondenti mají názor ambivalentní, domnívají se, že jim práce v DSZR ovlivňuje osobní život pozitivně i negativně. K negativnímu ovlivnění se přiklonili 2 respondenti a k žádnému ovlivnění 1 respondent. Domníváme se, že zjištění i pozitivního ovlivnění osobního života prací v DSZR DV u 9 respondentů je ryze kladné. Dle Křivohlavého může jen pracovník, který je v dobré psychické kondici, podávat dobrý výkon (20). Při zjišťování vnímání pokroku a konkrétních výsledků při práci v DSZR došlo k následujícím výsledkům (tabulka 11). 4 respondenti pokrok a konkrétní výsledky vnímají, 5 respondentů někdy a 3 respondenti nikoliv. Protože demence je onemocnění chronické s progredujícím průběhem, personál by měl čerpat pracovní uspokojení z malých zlepšení či spíše

z udržení klientovy funkční schopnosti (12). Pozitivní perspektiva (ve smyslu zlepšování zdravotního stavu klientů) se tedy v DSZR DV vyskytuje jen velice zřídka. Bylo zjištěno, že 7 respondentů tento jev postrádá, 1 respondent jej postrádá někdy a 4 respondenti jej nepostrádají vůbec (tabulka 12). Personál může cítit frustrován, když pozoruje, že i přes jeho usilovnou snahu proces deteriorace pokračuje (12).

Postupné fyzické a psychické chátrání klientů je neoddelitelnou součástí práce v DSZR DV (tabulka 21). Vzhledem k tomu, že v tomto zařízení pobývají klienti delší čas, troufá si autorka tvrdit, že vztah personálu ke klientům je jiný než ve zdravotnických zařízeních typu nemocnice, kde je střídání klientů mnohem frekventovanější. 6 krát bylo uvedeno, že respondenti cítí vzhledem k postupnému fyzickému a psychickému chátrání klientů bezmoc, 3 krát bylo sděleno, že jde o koloběh života, 2 krát uvádějí respondenti, že se jedná o součást nemoci. 1 krát bylo sdělena odpověď, že chátrání klientů způsobuje psychickou zátěž a 1 krát cítí respondent respekt, když se už nic jiného nedá dělat.

Vzhledem k problematice syndromu vyhoření byli respondenti tázáni, jestli již někdy v minulosti měli pocit, že došlo k překročení jakési pomyslné hranice psychických sil (tabulka 13). U 6 respondentů (z toho 3 sestry) tato hranice již překročena byla, u 6 respondentů překročena nebyla. Tímto zjištěním ovšem nechceme v žádném případě deklamovat, že polovina respondentů trpí syndromem vyhoření. Spíše se domníváme, že tak respondenti reflektovali svou psychickou odezvu na nějakou náročnou situaci, frustraci či se v nějakém období nacházeli v některé počáteční z 5 fází syndromu vyhoření. Péče o klienty s demencí je těžkým a mnohdy frustrujícím úkolem (12). Vždyť Kalwass syndrom vyhoření charakterizuje jako stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží (14). Vzniká jako důsledek nevhodného zpracování psychické a fyzické zátěže (27).

Za klíčovou považujeme otázku, jak vnímají respondenti míru své psychické zátěže vzhledem k zaměstnání v DSZR DV (tabulka 14). 2 respondenti (1 sestra, 1 ošetřovatel) svou psychickou zátěž vnímají jako velmi vysokou. Dalších 5 respondentů (2 sestry a 3 POP) vnímá svou zátěž psychickou jako vysokou. z výše uvedeného vyplývá, že celkem 7 respondentů - více než polovina z celkového počtu 12

respondentů (z toho 4 zdravotničtí pracovníci a 3 POP) vnímá svou míru psychické zátěže minimálně jako vysokou. 2 respondenti (sestry) vnímají svou zátěž jako střední, 2 respondenti (POP) jako variabilní a 1 respondent (POP) psychickou zátěž nevnímá.

Dále jsme zjistily, že 7 respondentů nepokládá práci v DSZR DV za stereotypní. Tento fakt koresponduje s tvrzením Procházkové, že ošetrovatelská péče o klienty s demencí vyžaduje kreativitu (25). Pro 2 respondenty je práce stereotypní někdy a pro 3 respondenty je stereotypní.

V dalších otázkách byly mapovány reakce personálu na problematické projevy klientů. Opakování dotazů nečiní 5 respondentům žádné potíže, 4 respondenti se snaží klienta nějakým vhodným způsobem zaměstnat, jen 3 respondenti sdělují, že je tento jev znervózňuje (tabulka 16). Z uvedeného vyplývá, že opakování dotazů není pro respondenty těžko zvládnutelná situace. Jev opakování dotazů se vyskytuje zejména ve fázi těžké demence, kdy smysly člověka sbírají informace, ale nedochází k jejich relevantnímu zpracování (4). V DSZR DV se velká část klientů nachází ve fázi těžké demence. Stálými dotazy se klient snaží zabránit pocitům bezmocnosti a úzkosti (29).

Respondenti byli dotazováni na reakce při odmítání péče ze strany klientů. 6 krát byla uvedena odpověď pociťování neúspěchu, bezmoci, zklamání (z toho 4 krát z řad zdravotnických pracovníků) (tabulka 17). Ostatní odpovědi lze shrnout jako akceptaci tohoto jednání, kdy se klient domnívá, že péči nepotřebuje. Pocity bezmoci, sklíčenosti patří do emocionální roviny psychických příznaků, mohou přispívat k rozvoji syndromu vyhoření (27). I přesto, že odmítání péče patří v DSZR DV k denní realitě, nedosahuje 6 respondentů, kteří udávají pocity neúspěchu, bezmoci a zklamání, v inventáři syndromu vyhoření v emocionální rovině vysokého skóre.

Ohledně problematiky vnímání verbální agresivity klientů byla 5 krát uvedena racionální odpověď, že jde o součást nemoci klientů. Odpověď použití vhodné komunikace byla uvedena 3 krát. 2 krát byla respondenty sděleno, že je verbální agresivita klientů znervózňuje (tabulka 18). Výskyt verbální agresivity klientů je podmíněn jejich postupným kognitivním zhoršením (29). Je tedy zřejmé, že výskyt verbální agresivity DSZR DV i přes usilovnou snahu vyvarovat se jí, bude stálý.

V případě brachiální agresivity klientů je sestra a další personál DSZR DV často prvními osobami, které s ní přijdou do styku (5). U odpovědi reakcí personálu na

brachiální agresivitu byla 5 krát uvedena odpověď zajištění bezpečnosti, dále 4 krát odpověď pocity strachu, ohrožení a dále 4 krát odpověď navození stavu duševní pohotovosti. Domníváme se, že stavy brachiální agresivity patří k nejvypjatějším, se kterými se lze v DSZR DV setkat.

Kutivost patří také k projevům progredující demence. Ve výzkumu reakcí personálu na kutivost klientů bylo 5 krát uvedeno, že prioritní je pro respondenty klienty aktivně zaměstnat. 4 krát bylo také sděleno, že kutivost je vnímána jako součást nemoci. 3 krát bylo respondenty prohlášeno, že je třeba brát ohled na prevenci zranění (tabulka 20). Věříme, že kutivost ve smyslu nežádoucí a bezesmyslné aktivity klientů lze pozitivně využít a klienta aktivně zaměstnat jen v některých případech. Mnohdy i přes usilovnou snahu klient vytrvale setrvává u aktivity, kterou on sám považuje za optimální.

Zjišťováno bylo také, jaké z problematických projevů klientů respondenty nejvíce zneklidňují (tabulka 22). 7 krát (z toho 5 krát z řad POP) bylo uvedeno, že jde o agresivitu (nerozlišeno, zda o verbální či brachiální). 5 krát respondenti uvedli, že zneklidňující pro ně je když si klienti neusměrnitelně svlékají oděvy. 2 krát byla také uvedena odpověď zmatenost a dezorientace klientů a 2 krát odpověď opakování dotazů. Fakt, že jako nejvíce zneklidňující respondenti uváděli agresivitu, koresponduje s tím, když respondenti v předchozích otázkách uvádějí, že hlavně brachiální agresivita jim navozuje pocit strachu a stavy duševní pohotovosti.

Protože k prevenci syndromu vyhoření je (kromě jiného) důležitý odpočinek, aby se zabránilo stavům extrémního vyčerpání, byli respondenti dotazováni, jaké způsoby odpočinku po směně volí. 5 respondentů volí aktivní odpočinek, 3 respondenti pasivní odpočinek, 2 respondenti si nejprve nasbírají síly za pomoci pasivního odpočinku, pak se pustí do aktivního odpočinku. U 2 respondentů je situace variabilní.

Inventář syndromu vyhoření byl použit ryze coby doplňkový výzkum. Nedomníváme se proto, že by bylo objektivní vyvozovat z něj nějaké závěry. Přehled skóre jednotlivých respondentů slouží spíše jako orientační náhled (tabulka 36).

6. ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývaly psychickou zátěží ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic. Naší snahou bylo zmapovat faktory působící ošetrovatelskému týmu psychickou zátěž a zjistit, jak pracovníci ošetrovatelského týmu vnímají svou psychickou zátěž. V tomto zařízení trpí většina klientů těžkými stupni demence. Demence je progredující chronické onemocnění, které způsobuje změny psychického a později fyzického stavu klientů. přináší do ošetrovatelské péče o klienta celou řadu specifík.

Jedním z cílů bakalářské práce bylo zmapovat faktory způsobující psychickou zátěž pracovníkům ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic při poskytování ošetrovatelské péče klientům se syndromem demence. Na počátku výzkumu jsme si pro dosažení tohoto cíle stanovily výzkumnou otázku: Jaké jsou faktory způsobující psychickou zátěž pracovníkům ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic při poskytování ošetrovatelské péče klientům se syndromem demence?

Dalším cílem bylo zjistit, jak pracovníci ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic vnímají svou psychickou zátěž. K tomuto cíli jsme si stanovily výzkumnou otázku: Jak pracovníci ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic vnímají svou psychickou zátěž?

Během zpracování bakalářské práce byly oba tyto cíle splněny. Na základě výsledků našeho výzkumu byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Objektívni faktory ze strany problematického chování klientů Domova se zvláštním režimem Dobrá voda u Českých Budějovic způsobují pracovníkům při poskytování ošetrovatelské péče psychickou zátěž.

Hypotéza 2: Pracovníci ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic vnímají svou psychickou zátěž jako vysokou.

Protože s klientem s různým stupněm syndromu demence se sestra může setkat na jakémkoli pracovišti, je důležité vědět, jakým způsobem k takovému klientovi přistupovat. Přínos bakalářské práce může spočívat v přispění ke komplexnímu zpracování problematiky ošetrovatelské péče o klienty se syndromem demence. Bakalářská práce může být využita také jako informační či výukový materiál.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Demence

Domov se zvláštním režimem

Klient

Ošetřovatelský tým

Psychická zátěž

Sestra

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BABIAKOVÁ, M. – MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- 2) BENEŠOVÁ, V. *Poruchy chování ve stáří, co s tím?* 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 20 s. ISBN 80-86257-33-9.
- 3) BOHÁČEK, P. Agresivní chování vůči zdravotnickému personálu. *Sestra*, 2008, 18. roč., č. 1, s. 33-34. ISSN 1210-0404.
- 4) BUIJSSEN, H. *Demence : Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-X.
- 5) ČERŇANOVÁ, A. Prevencia agresie pacientov v psychiatrickom ošetrovatel'stve. *Ošetrovatel'ský obzor*, 2009, 6. roč., č. 2, s. 58 – 61. ISSN 1336-5606.
- 6) DLABALOVÁ, I. - KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 7) FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství-teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 8) HOLMEROVÁ, I. – ROKOSOVÁ, M. – VAŇKOVÁ, H. Pohled na pacienta vyššího věku. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, 3.roč., č. 4 [2009-12-25]. Dostupné z:<<http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/04/07.pdf>>. ISSN 1214-8687.
- 9) HUŇAVÁ, L. – KOŇOŠOVÁ, H. Špecifiká ošetrovatel'skej starostlivosti o pcienta s Alzheimerovou chorobou. *Ošetrovatel'ský obzor*, 2008, 5. roč., č. 3, s. 84 – 88. ISSN 1336-5606.

- 10) CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 54 s. ISBN 80-7040-409-4.
- 11) CHODURA, V. – TUČEK, J. *Psychiatrie*. 3.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
- 12) JANOSIKOVÁ, E.H. – DAVIESOVÁ, J.L. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivost'*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.
- 13) JIRÁK, R. ET AL. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- 14) KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1.vyd. Praha:Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- 15) KEBZA, V. – ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- 16) KLEVETOVÁ, D. Nefarmakologické principy a přístupy k nemocným s demencí. *Sociální péče*, 1. roč., č. 6, s. 27-29. ISSN 1213-2330.
- 17) KOLIBÁŠ, E. – PIDRMAN, V. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
- 18) KOZIEROVÁ, B.- ERBOVÁ, G.- OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

- 19) KRAMÁŘOVÁ, J. – TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 55 s. ISBN 80-7040-829-4.
- 20) KŘIVOHLAVÝ, J. – PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
- 21) MERHAUTOVÁ, I. Ošetrovatelská péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Sestra*, 2007, 17. roč., č. 3, s.11-11. ISSN 1210-0404.
- 22) ONDRIÁŠOVÁ, M. *Psychiatria*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.
- 23) PIDRMAN, V. *Demence*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- 24) *Popis realizace poskytování sociální služby* [online]. [cit. 2009-12-25]. Dostupné z:
<http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=a45b034637431765&SUBSESSION_ID=1261739007603_1#3>.
- 25) PROCHÁZKOVÁ, E. Mapování péče o pacienta s demencí. *Ošetrovatel'stvo*, 2009, 8.roč., č. 9-10, s. 12-13. ISSN 1335-9444.
- 26) ŠEVČÍKOVÁ, J. Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou. *Sestra*, 2009, 19. roč., č. 1, s. 53-54. ISSN 1210-0404.
- 27) TOŠNER, J. – TOŠNEROVÁ, T. *Burn Out syndrom* [online]. 2002 [cit. 2009-12-29]. Dostupné z: <<http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc>>.

- 28) TRACHTOVÁ, E. ET AL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
- 29) VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory : Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 30) Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění. In *Úplné znění č. 565 Sociální zabezpečení 2007*. Ostrava: Sagit, 2006. s. 149-187. ISBN 80-7208-571-9.
- 31) ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 380 s. ISBN 80-247-0183-9.

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Souhlas s prováděním výzkumu

Příloha č. 2: Otázky pro položený rozhovor

Příloha č. 3: Inventář projevů syndromu vyhoření

Příloha č. 4: Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

Příloha č. 5: 16 hlavních bodů péče o pečovatelky dle Sheily Cassidy

Příloha č. 6: Ukazatelé relativní dobré duševní pohody klientů v kolektivních zařízeních dle Kitwooda a Bredinové

Příloha č. 1

Souhlas s prováděním výzkumu

Bc. Eva Pařhová
Studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
Biskupská 12
370 01 České Budějovice

Domov důchodců Dobrá Voda
Vrchní sestra Bc. Zuzana Černá R.N.
Pod tesařem 16
373 16 Dobrá Voda u Českých Budějovic

V Českých Budějovicích dne 24. 2. 2009

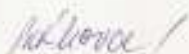
Žádost o schválení provádění výzkumu k bakalářské práci

Vážená paní bakalářko,

žádám Vás tímto o schválení provádění výzkumu v rámci bakalářské práce „Psychická zátěž ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic“.
Prvním cílem práce je zmapovat faktory způsobující zátěž při poskytování ošetrovatelské péče klientům se syndromem demence. Druhým cílem práce je zjistit, jak pracovníci ošetrovatelského týmu Domova se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic (stanice A3) vnímají svou psychickou zátěž. Použita bude kvalitativní metoda sběru dat, technika polořizného rozhovoru. Během provádění výzkumu budou zachovány principy loajality vůči zařízení.

Děkuji

Eva Pařhová



Vyjádření

Žádost schvaluji
Dne : 24. 2. 2009

Bc. Zuzana Černá



Příloha č. 2

Otázky pro položený rozhovor

1. Věk
2. Pracovní zařazení a stupeň vzdělání
3. Délka praxe v oboru
4. Délka praxe v Domově se zvláštním režimem Dobrá Voda u Českých Budějovic
5. Co vás motivovalo k přijetí práce s klienty se syndromem demence?
6. Jaké osobnostní charakteristiky považujete pro práci v domově se zvláštním režimem za nejdůležitější?
7. Myslíte si, že vás práce s klienty se syndromem demence nějakým způsobem duševně obohacuje?
8. Cítíte se okolím za svou práci ceněna/ceněna?
9. Setkal/setkala jste se někdy s předsudky okolí vzhledem k faktu, že pracujete v domově se zvláštním režimem?
10. Vnímáte svou práci jako smysluplnou?
11. Co považujete za svou oblíbenou část práce v domově se zvláštním režimem, co vás nejvíce těší?
12. Co na své práci vnímáte jako velmi obtížné?
13. Vnímáte během své práce pokrok nebo konkrétní výsledky?
14. Nechybí vám při práci pozitivní perspektiva ve stavu klienta (myšleno vidina uzdravení)?
15. Měl/měla jste již někdy v souvislosti s prací s klienty se syndromem demence pocit, že byla překročena hranice vašich psychických sil?
16. Jak vysokou vnímáte svou psychickou zátěž v souvislosti s prací s klienty se syndromem demence?
17. Hodnotíte svou práci jako stereotypní?
18. Jak vnímáte, jak na vás působí opakování dotazů u klientů?
19. Jak se cítíte, když klient odmítá péči, kterou mu chcete poskytnout?
20. Jaké pocity ve vás vzbuzuje verbální agresivita klienta?
21. Jaké pocity ve vás vzbuzuje brachiální agresivita klienta?

22. Jak vnímáte kutivost klientů?
23. Jak n vás působí postupné fyzické a psychické chátrání klienta?
24. O jakém z problematických projevů klientů můžete říci, že vás nejvíce zneklidňuje?
25. Volíte po směně aktivní či pasivní způsoby odpočinku?

Příloha č. 3

INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

T. a J. Tošnerovi

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

	vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
Počet bodů	4	3	2	1	0
1. Obtížně se soustředíuji					
2. Nedokážu se radovat ze své práce					
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“					
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům					
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech					
6. Jsem sklíčený/á					
7. Jsem náchylný/á k nemocem					
8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy					
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech					
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á					
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.					
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy					
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává					
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní					
15. Jsem napjatý/á					
16. Svou práci omezují na její mechanické provádění					
17. Přemýšlím o odchodu z oboru					
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění					
19. Trápí mě poruchy spánku					
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání					
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru					
22. Cítím se ustrašený/á					
23. Trpím bolestmi hlavy					
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty					

vyhodnocení inventáře projevů syndromu vyhoření

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnuli. Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť. Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální 0 bodů.

Rozumová rovina:

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

Emocionální rovina:

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

Tělesná rovina

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

Sociální rovina

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

Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = bodů

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

Pamatujte, že se nejedná o hodnotící test, ale pouze o orientační zjištění !!!

Zdroj:

TOŠNER, J. – TOŠNEROVÁ, T. *Burn Out syndrom* [online]. 2002 [cit. 2009-12-29].

Dostupné z: <<http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc>>.

Příloha č.4

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

Zdroj:

Obecné zásady péče [online]. [cit. 2010-05-17]. Dostupné z
<<http://www.alzheimercentrum.cz/cz/poskytovana-pece/obecne-zasady-pece/>>.

Příloha č. 5

16 hlavních bodů péče o pečovatelky dle Sheily Cassidy

1. Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka-ať je jím kdokoli a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své „útočiště“, tj, místo, kam by ses mohla uchýlit do samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to třeba jen trochu zaslужují.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připust' si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby nařikání. Mezi tím, které zhoršuje již těžkou situaci a tím, které tiší bolest a utrpení.
8. Když jdeš domů z práce, soustřed' se na něco dobrého a pěkného, co se to podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.

9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat, např. jen tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně, jen ryze technicky a zvykově, bezmyšlenkovitě)
10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11. ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoli hovoru a úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.
12. Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.
13. Nauč se říkat raději „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osbní řeč sama o sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.
14. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak má tvé „ano“?
15. Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti (reality), že více, než děláš, se opravdu dělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.
16. Raduj se, hraj si a směj se – ráda a často.

Zdroj:

KŘIVOHLAVÝ, J. – PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.

Příloha č. 6

Ukazatelé relativní dobré duševní pohody klientů v kolektivních zařízeních dle Kitwooda a Bredinové

1. Klient má zachována a uplatňuje svá přání a vůli.
2. Klient má schopnost vyjádřit své emoce.
3. Klient je schopen navazovat společenské kontakty.
4. Klient vyjadřuje náklonnost a srdečnost.
5. Klient dovede projevít společenský takt a emaptii.
6. Klient nejeví projevy ztráty sebeúcty.
7. Klient vyjadřuje zájem o ostatní klienty se podobnou nemocí.
8. Klient neztratil smysl pro humor.
9. Klient je tvořivý a dokáže se vyjadřovat.
10. Klient dokáže projevít zjevnou radost.
11. Klient dává najevo snahu pomáhat.
12. Klient je schopný relaxace.

Zdroj: PROCHÁZKOVÁ, E. Mapování péče o pacienta s demencí. *Ošetrovatel'stvo*, 2009, 8.roč., č. 9-10, s. 12-13. ISSN 1335-9444

