

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotních studií

Psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí

Bc. Jana Řebíčková

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Jana Řebíčková**
Osobní číslo: **Z16201**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí.**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. HAUKE, Marcela. Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
 2. HOLMEROVÁ, Iva, Jiří HORECKÝ a Petr HANUŠ. Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. ISBN 978-80-906320-2-8.
 3. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
 4. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4739-014.
- MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.


Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2019


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 2. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na mou práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 4. 2019

Bc. Jana Řebíčková

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí mé práce, PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS., za odborné vedení a pomoc při zpracování mé diplomové práce, za cenné rady, trpělivost a podporu, kterou mi věnovala. Mé poděkování patří všem zaměstnancům domova se zvláštním režimem za možnost uskutečnit výzkumné šetření na jejich pracovišti. Děkuji také svým blízkým za podporu během celého studia.

ANOTACE

Předložená diplomová práce je zaměřena na psychickou zátěž pečujících o pacienty s demencí, kteří žijí v domově se zvláštním režimem. Práce je rozdělena na dvě části. První, teoretická část, charakterizuje základní pojmy, jako jsou stáří, demence, stres a syndrom vyhoření. Zvláštní kapitola je pak věnována tématu psychické zátěže pracovníků u pacientů s demencí.

Předmětem praktické části, která vychází z teoretické části, je provedení analýzy a vyhodnocení současného stavu pečujících o pacienty s demencí z hlediska jejich psychické zátěže, s bližším zaměřením na intenzitu syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení.

Data byla získána metodou dotazníku. První část dotazníku tvoří identifikační otázky, které se vztahují zejména k věku, délce praxe, délce praxe v konkrétním zařízení, pracovnímu zařazení; dále soubor dotazů zkoumající, jaká je psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí.

Druhou částí je standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), který zkoumá rizika syndromu vyhoření ve 3 oblastech, a to emocionální vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení.

Z průzkumu vyplývá, že mezi zaměstnanci uvedené organizace existují tací, kteří jsou více ohroženi rizikem syndromu vyhoření, což je zřejmé z výsledků dotazníku MBI. Pečující o pacienty s demencí tak vykazují vyšší stupeň emocionálního vyčerpání, depersonalizace a nižší stupeň osobního uspokojení. Zároveň se nepotvrdila souvislost mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání, depersonalizací a délkou praxe na pracovišti. Korelace se neprokázala ani mezi stupněm osobního uspokojení a zájmem o další vzdělávání.

KLÍČOVÁ SLOVA

Stres, stáří, demence, syndrom vyhoření

TITLE

Psychological stress of caring for patients with dementia

ANNOTATION

Presented thesis focuses on the psychological stress of caring for patients with dementia who live in a home with a special regime. The thesis is divided into two parts. The first, theoretical part, characterizes the basic concepts such as old age, dementia, stress and burnout. A special chapter is then devoted to the topic of a psychological burden of workers for patients with dementia.

The subject of the practical part, which is based on the theoretical part, is to undertake analysis and evaluating of the current condition of caring for patients with dementia in terms of their psychological stress, with closer focusing on the intensity of burnout in the area of emotional exhaustion, depersonalization and personal satisfaction.

Data were obtained by the method of questionnaire. The first part of the questionnaire consists of identification questions which relate to age, length of practice, length of practice in a particular facility, job classification, further set of questions exploring what the psychological stress of caring for patients with dementia.

The second part is a standardized questionnaire of Maslach Burnout Inventory (MBI), which examines the risks of burnout syndrome in 3 areas, emotional exhaustion, depersonalization and personal satisfaction.

Research shows that among the workers of the mentioned organization there are those who are more vulnerable to the risk of burnout, which is obvious from the results of the questionnaire MBI. Caring for patients with dementia so they show a higher degree of emotional exhaustion, depersonalization and personal satisfaction. At the same time to confirm the link between satisfaction with the work and the degree of emotional exhaustion, depersonalization and length of practice in the workplace. The correlation has not been demonstrated nor between the degree of personal satisfaction and interest in further education.

KEY WORDS

Stress, old age, dementia, burnout syndrome

OBSAH

ÚVOD.....	12
CÍLE PRÁCE	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 Stáří.....	16
2 Demence	18
2.1 Definice demence	18
2.2 Diagnostika demence.....	19
2.3 Typy demence	20
2.4 Léčba demence	21
2.5 Přístupy k pacientům dle stádia demence	22
3 Stres.....	25
3.1 Pojem a příčiny stresu.....	25
3.1.1 Příznaky stresového stavu.....	26
3.2 Zvládání stresu	27
3.2.1 Osobní přístup.....	27
3.2.2 Přístup zaměstnavatele.....	27
4 Syndrom vyhoření	29
4.1 Diagnostika syndromu vyhoření	29
4.2 Co je syndrom vyhoření?	30
4.3 Příčiny a fáze syndromu vyhoření	30
4.4 Prevence a léčba syndromu vyhoření	33
5 Psychická zátěž u pracovníků u pacientů s demencí.....	35
PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	39
6 Průzkumná metoda a průzkumný vzorek	39
6.1 Průzkumný problém.....	39

6.2	Cíle, průzkumné otázky a hypotézy.....	39
6.3	Metodologie.....	40
6.3.1	Zpracování dat.....	42
6.3.2	Organizace průzkumného šetření.....	44
7	Analýza a prezentace dat, testování hypotéz.....	47
7.1	Vyhodnocení první části dotazníku – vlastní dotazník.....	47
7.2	Vyhodnocení druhé části dotazníku – standardizovaný dotazník MBI.....	53
7.3	Vyhodnocení hypotéz.....	55
8	Diskuse.....	63
9	Závěr.....	68
10	Bibliografické citace.....	72
11	Seznam příloh.....	77

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Graf 1: Věk respondentů.....	47
Graf 2: Délka zaměstnání s pacienty s demencí	48
Graf 3: Délka zaměstnání v zařízení.....	49
Graf 4: Pracovní zařazení	50
Graf 5: Vztahy na pracovišti.....	50
Graf 6: Projevy pracovního přetížení u kolegů.....	51
Graf 7: Radost z chození do práce	52
Graf 8: Aktivní zájem o další vzdělávání	52
Graf 9: Četnost návštěv vzdělávacích kurzů, přednášek, školení.....	53
Graf 10: Četnost myšlenek na práci ve chvílích volna za den.....	53
Graf 11: Míra depersonalizace podle délky praxe u osob s demencí	57
Graf 12: Emocionální vyčerpání podle spokojenosti s prací	59
Graf 13: Vztah osobní spokojenosti a zájmu o další vzdělávání	61
Tab. 1: Rozdělení otázek dotazníku MBI do faktorů.....	54
Tab. 2: Základní statistické charakteristiky nově vytvořených proměnných	54
Tab. 3: Rozdělení stupňů emocionálního vyčerpání mezi respondenty	55
Tab. 4: Rozdělení stupňů depersonalizace mezi respondenty	56
Tab. 5: Rozdělení stupňů osobního uspokojení mezi respondenty.....	56
Tab. 6: Kontingenční tabulka sledující vztah depersonalizace a délky praxe	57
Tab. 7: Kontingenční tabulka sledující vztah emocionálního vyčerpání a spokojeností s prací	59
Tab. 8: Kontingenční tabulka sledující vztah zájmu o další vzdělávání a stupně osobního uspokojení	61
Tab. 9: Jednovýběrové t-testy.....	63

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AE	Alzheimer Europe
AN	Alzheimerova nemoc
CT	computerová tomografie
ČALS	Česká alzheimerovská společnost
ČR	Česká republika
EEG	Elektroencefalografie
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MCI	mírná kognitivní porucha, z anglického mild cognitive impairment
MMSE	Mini-Mental State Examination
MRI	Magnetic Resonance Imaging
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NMDA	N-metyl-D-aspartátové
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale
PET	Pozitronová emisní tomografie
P-PA-IA - P	podpora, poradenství, pomoc, PA – programované aktivity, IA – individualizovaná asistence
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Prognóza populačního vývoje ukazuje, že základním rysem vývoje obyvatelstva je jeho progresivní stárnutí. Tím dochází k nárůstu počtu osob s chronickým, zejména neurodegenerativním onemocněním provázeným demencí. Péče o osoby s demencí se stává prioritou v mnoha zemích. Mnohé evropské země mají již vytvořené strategie pro boj s demencí. V České republice byl zpracován Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 – 2019. Účelem tohoto plánu je zlepšování kvality života pro pacienty s demencí a pro pečující, dále zvyšování informovanosti, rozvoj vzdělávání a podpora výzkumu v této oblasti. V roce 2015 organizace Alzheimer's Disease International odhadla celosvětové náklady na demenci na 818 miliard amerických dolarů a předpokládá nárůst na 1 bilión v roce 2018. S vysokými finančními náklady jsou spojena zejména pokročilá stádia demence, kdy v závěrečné fázi nemoci potřebuje pacient celodenní asistenci a odbornou komplexní péči. (MZ ČR, 2016)

Tato diplomová práce je zaměřena na psychickou zátěž pečujících o pacienty s demencí. Téma bylo vybráno, protože problematika demence je aktuálním společenským tématem a společnost by měla být dostatečně připravena na to, jakým způsobem o tyto pacienty pečovat, jak k nim přistupovat, a hlavně jak zajistit odbornou kvalifikovanou péči. Lze se domnívat, že základem je péče o samotné pečující, na které jsou kladeny vysoké nároky v oblasti psychiky. Každý, kdo pracuje s nemocnými, by měl mít jistou míru duševní odolnosti, aby se mohl vcítit do role pacienta, a přitom si zachoval své vlastní duševní zdraví. Důležité jsou nejen vnitřní, ale rovněž vnější podmínky, které jsou nastaveny zaměstnavatelem. (Wija, 2012)

Základním předpokladem pro poskytování kvalitních služeb pacientům s demencí je angažovanost pracovníka, emocionální rovnováha a výdrž, neboť jen s nimi lze trvale dosahovat osobního zaujetí i neutrality, které tvoří základ této práce. V prevenci syndromu vyhoření je základní veličinou důkladné sebepoznání a kladné sebehodnocení pečujících s důrazem na pravidelné aplikování psychohygieny každého pečovatele. (Hrozenská, 2013, s. 123-127)

Cílem práce je zmapovat psychickou zátěž pečujících o pacienty s demencí. Práce bude blíže zaměřena na zjištění toho, do jaké míry zaměstnanci vnímají, že jsou ve svém zaměstnání ve stresu a zda vykazují známky syndromu vyhoření, s bližším zaměřením na intenzitu syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního

uspokojení. Práce bude sledovat korelaci těchto skutečností s délkou pracovního poměru, s věkem, stavem vztahů v pracovním prostředí a dalšími faktory.

Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část je, na základě rešerší dostupných odborných pramenů, zaměřena především na témata spojená s psychickou zátěží pracujících v pomáhajících profesích. V tomto případě při poskytování péče u pacientů s demencí. Text se blíže věnuje problematice stáří, demence, stresu, syndromu vyhoření. Zvláštní kapitola je pak věnována tématu psychické zátěže pracovníků u pacientů s demencí.

V praktické části, která vychází z teoretické části, je provedena analýza a vyhodnocení současného stavu zaměstnanců z hlediska jejich psychické zátěže s bližším zaměřením na intenzitu syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení těch, kteří pečují o pacienty s demencí.

K realizaci průzkumného šetření byla vybrána kvantitativní výzkumná strategie, jež umožňuje poměrně časově nenáročné získání informací o vybraných aspektech od mnoha respondentů a pomocí vysoce standardizovaných technik sběru dat a statistického zpracování zajišťuje dostatečnou reliabilitu výzkumu. V tomto případě byl pro sběr dat zvolen dotazník. Jeho první část tvoří identifikační otázky, které se vztahují k věku, délce praxe, délce praxe v konkrétním zařízení, pracovnímu zařazení, vzdělávání, vztahům na pracovišti; dále soubor dotazů zkoumající, jaká byla psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí a četnost jejich myšlenek na práci ve chvílích volna. Druhou částí je standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), který zkoumá rizika syndromu vyhoření ve 3 oblastech, a to v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. Dotazník byl respondentům distribuován osobně zpracovatelem diplomové práce. Formulář dotazníku je součástí přílohy 2. Populací tohoto průzkumu, tj. objektem, na kterém byl zkoumán výzkumný problém, byli profesionálně pečující v domově se zvláštním režimem.

CÍLE PRÁCE

Teoretická část

Hlavní cíl:

- Vytvořit teoretickou základnu k tématu psychické zátěže pečujících o pacienty s demencí.

Dílčí cíle:

- Popsat problematiku výskytu a vývoje léčby demence.
- Zmapovat současné poznatky o stresu.
- Shrnout současné poznatky o syndromu vyhoření.
- Představit aktuální teoretické poznatky o psychické zátěži pracovníků u pacientů s demencí.

Empirická část

Cíle:

Cíl 1

- Zjistit souvislosti mezi délkou praxe a mírou depersonalizace.

Cíl 2

- Ověřit souvislosti mezi emocionálním vyčerpáním a spokojeností zaměstnanců v práci.

Cíl 3

- Ověřit korelaci zájmu o vzdělávání s mírou osobního uspokojení v zaměstnání.

Cíl 4

- Zjistit, zda pečující o pacienty s demencí vykazují známky zvýšené psychické zátěže.

Na základě stanovených cílů byly stanoveny průzkumné otázky:

Má délka praxe na pracovišti vliv na míru depersonalizace u zaměstnanců?

Má míra emocionálního vyčerpání vliv na spokojenost zaměstnanců s prací?

Má zájem o další vzdělávání souvislost s mírou osobního uspokojení ze zaměstnání?

Vykazují pečující o pacienty známky zvýšené psychické zátěže?

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části práce byla provedena literární rešerše primárních pramenů týkajících se především oblasti stáří, tématu demence, stresu a syndromu vyhoření. Vzhledem k tématu diplomové práce byla zvláštní kapitola věnována problematice psychické zátěže u pracovníků v pomáhajících profesích.

Práce čerpala primárně z odborných publikací známých českých autorů, v práci byly dále použity relevantní materiály Ministerstva zdravotnictví, články z odborných časopisů (např. Acta medicae, Neurologie pro praxi) a zdroje z vědeckých databází. Nejčastěji byly používány databáze PubMed, Google Scholar, Primo.

1 Stáří

Jednoznačné vymezení pojmu stáří je vzhledem k interindividuální variabilitě velmi nesnadné. V odborné literatuře lze najít různá označení pro období pohlížející na stáří z různých hledisek. Úpadek tělesných funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti, většina orgánových soustav vykazuje po třicátém roce věku každoročně úbytek funkce přibližně o 0,8 % až 1 %. (Dvořáčková, 2012, s. 10)

Dle Čevely (2012, s. 19) je stáří důsledek a projev involučních změn morfologických i funkčních, s výraznou interindividuální variabilitou, vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří. Je modifikován vlivy prostředí, životním stylem, zdravotním stavem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými. Stáří je základním označením pozdní fáze ontogeneze, která uzavírá lidský život.

Periodizace stáří je spíše formální, ale vystihuje jistou variabilitu priorit: *počínající stáří* (mladí senioři, 60/65-74) – obvykle dominuje zájem o pracovní uplatnění, seberealizaci. *Vlastní stáří* (staří senioři, 74 – 84/89) – často nastupují zdravotní problémy, zvyšuje se riziko ovdovění. *Dlouhověkost* (velmi staří senioři, 85/90 a více) – narůstají problémy se soběstačností a nutnou potřebou podpory a odborné péče. (Čevela, 2012, s. 29)

K určení doby, kdy začíná u člověka stáří, se v současnosti používá celá řada dalších měřítek. Patří mezi ně nejenom chronologická délka života (počet let), ale i biologický stav organismu, mentální (psychické) zdraví, kognitivní (myšlenková) výkonnost, sociální kompetence, produktivita, kvalita sebeovládání a spokojenost se životem. (Křivohlavý, 2011, s. 19-20)

Tato životní fáze je ohraničena dvěma časovými body. Horní věková hranice je ostře vymezena smrtí a spodní věková hranice je rozpolcena tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně. Teprve souhrn těchto procesů tvoří stáří. Časová diferenciacie nástupu jevů tvořících stáří vzniká na základě genetické výjimečnosti jedince, jeho životní historie, ale také v důsledku společenských a kulturních faktorů. Můžeme rovněž pozorovat generační podobu stáří. Podle toho, jak se vyvíjí a proměňuje společnost, mění se také stáří a jeho atributy. Každá generace má svou podobu stáří a tyto generační podoby stáří jsou tím odlišnější, čím dynamičtější byla doba, ve které generace žila. (Sak, 2012, s. 14)

Stárnutí je vlastností každého živého organismu a je nedílnou součástí života. Týká se nejen jednotlivců, ale celé populace. Lidstvo provází po celou dobu jeho existence zájem o procesy stárnutí, pátrání po příčinách a důvodech stárnutí, zájem o oddálení stáří spolu s různou

úrovni přístupu ke starším jedincům a stáří obecně. Všechny odborné zdroje upozorňují na nutnost zvýšení zájmu o problematiku stárnutí nejen s ohledem na individuum, ale i na populaci. Péče o staré občany se stává prioritou každé civilizované společnosti. Pozornost této problematice věnují gerontologové a geriatri, sociologové, ale i politici a ekonomové. Stárnutí populace je celosvětovým problémem, který je potřeba nejen akceptovat, ale také mu přizpůsobit další vývoj civilizované společnosti, v níž má každý jedinec právo na kvalitní život. (Pokorná, 2010, s. 7)

2 Demence

K zodpovězení toho, kolik lidí trpí v České republice demencí, dosud neexistuje relevantní výzkum, který by otázku prevalence či incidence validně mapoval. Je tak třeba se spokojit s kvalifikovanými odhady, které vycházejí z evropských a světových studií. Světová zdravotnická organizace pak předpokládá pozvolnější nárůst, a to 7,7 miliónů případů ročně. Počet pacientů s demencí se přitom nejspíš během dvaceti let zdvojnásobí – v roce 2030 bude na zemi 74,7 miliónu lidí s demencí (dle Světové zdravotnické organizace bude toto číslo vyšší – 75,6 miliónu lidí) a v roce 2050 dokonce 131,5 miliónu lidí s demencí (dle Světové zdravotnické organizace 135,5 miliónu). (MZ ČR, 2016)

2.1 Definice demence

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí lze demenci charakterizovat jako syndrom způsobený chorobou mozku, chronické nebo progresivní povahy, kdy dochází k porušení vyšších nervových kortikálních funkcí, mezi které patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Omezuje soběstačnost a trvá minimálně šest měsíců. Demence má mnoho příčin, nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba, která patří mezi infaustní onemocnění, a kauzální terapie v současnosti neexistuje. (Zvěřová, 2017, s. 10-14)

U demence dochází k podstatnému snížení paměti a dalších kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce náleží pozornost, vnímání, řečové schopnosti (tvorba i schopnost porozumět), dále exekutivní neboli výkonné funkce – schopnost být motivován k určité činnosti, naplánovat ji, provést a následně zhodnotit. Celková úroveň těchto funkcí bývá obvykle označována jako inteligence. Dále dochází ke zvýšenému výskytu poruch emocí, chování, spánku a cyklů spánku a bdění, které jsou označovány za behaviorální a psychologické příznaky demence. Vědomí u demence není zastřené. V neposlední řadě dochází k poruše aktivit denního života, což následně vede k tomu, že se postižený stává nesoběstačným, závislým na péči ostatních. (Jiráček, 2009, s. 11-12)

Ze zprávy WHO ve spolupráci s Alzheimer's Disease International („Dementia: A public health priority“) z roku 2012 vyplynulo, že demence osobám trpícím touto nemocí zkracuje život. Podle zprávy jedna z nejlepších studií v této oblasti odhaduje mediánovou dobu přežití osob s Alzheimerovou chorobou na 7,1 let a pro vaskulární demenci 3,9 let. U těchto odhadů ale existuje významná interindividuální variabilita. Vliv demence na mortalitu lze podle zprávy obtížně hodnotit, důvodem je skutečnost, že listy o prohlídce mrtvého nejsou v tomto

případě spolehlivým zdrojem informací, neboť demence je málokdy považována za přímou příčinu úmrtí. Lidé s demencí navíc trpí často polymorbiditou, která může, ale nemusí souviset s demencí, a která může smrt urychlit. Proto nelze úmrtí osoby trpící demencí automaticky přičítat této nemoci. Metaanalýza studií odhadla, že demence 2,5krát zvyšuje riziko úmrtí. Většina těchto úmrtí přitom nastává ve věku 80–95 let. (Wija, 2012)

2.2 Diagnostika demence

Demence představují ze socioekonomického pohledu problém, který je srovnatelný s onemocněním kardiovaskulárním nebo onkologickým, stále jim však není věnována dostatečná pozornost veřejnosti, jako je tomu u ostatních výše jmenovaných onemocnění. Avšak od prvních příznaků onemocnění do správné diagnostiky demence uplyne často mnoho měsíců, někdy i let. U Alzheimerovy choroby se jedná v průměru o dva roky. Jednou z příčin prodlevy je i nedostatečná informovanost veřejnosti. (Jirák, 2009, s. 117-118)

Přitom na včasnosti diagnostiky velmi záleží, čím dříve je nemoc diagnostikována, tím existuje větší pravděpodobnost, že zůstane zachována kvalita života a oddálí se nesoběstačnost a zhoršení celkového stavu. Nejdůležitějším východiskem pro diagnózu demence je anamnéza. Informace, kdy onemocnění vzniklo a jak probíhalo a jaké příznaky jej provázely. Pokud jsou tyto informace shromážděny pečlivě, je možné si na jejich základě vytvořit základní představu o daném onemocnění. (Hauke a kol., 2017, s. 24-28)

Především je však nutné vyvrátit všechny ostatní možnosti, které by ukazovaly na jinou nemoc způsobující demenci. Diagnózu může učinit lékař, který je s touto problematikou obeznámen a má s ní zkušenosti. Neexistuje žádný test, který by přinesl jasný a jednoznačný výsledek v diagnostice demence. K objektivnímu závěru odborník potřebuje: pečlivé zhodnocení osobní i rodinné anamnézy, zejména podrobné vyhodnocení změn kognitivních funkcí, paměti a chování během posledních měsíců či let. Dále vyšetření kognitivních funkcí pomocí testů, klinické vyšetření doplněné laboratorními testy a v případě jakýchkoli pochybností také vyšetření neurologické včetně CT a magnetické rezonance mozku, EEG, PET a SPECT, které informují o mozkovém krevním průtoku a aktivitě přenašeče vzruchů v mozku. (ČALS, 2016)

U pacientů s podezřením na MCI (mírná kognitivní porucha) by mělo být provedeno komplexní došetření, nejlépe v některém ze specializovaných kognitivních center. Tato vyšetření by měla zahrnovat podrobné neuropsychologické vyšetření a zhodnocení postižení

kognitivních domén. Ke standardu by mělo patřit vyšetření MRI mozku s koronárním T1W a FLAIR sekvencemi, které vyloučí jinou etiologii kognitivního postižení, posoudí cévní komorbidity, a především zobrazí případnou fokální atrofii hipokampů či parietální kůry, která je typická pro AN. U časných a atypických prezentací MCI by měla přicházet v úvahu vyšetření biomarkerů z likvoru či amyloidovým PET vyšetřením. (Sheardová, 2016, s. 305-309)

Důležitým diagnostickým poznatkem je také informace, zda si pacient své postižení uvědomuje, nebo ne. U pacientů trpících demencí je častá nozognozie neboli neuvědomění si své poruchy. K testování jednotlivých složek poznávacích funkcí se používají testy, bez kterých nelze zcela určit diagnózu postižení. Nejčastěji klinicky užívaným testem je MMSE (Mini-Mental State Examination), který je jenom orientační a není vhodný k diagnostice u všech typů demence (např. není vhodný u frontotemporální demence, která se v začátcích neprojevuje poruchou paměti). MMSE je sice orientační, ale nejpoužívanější test kognitivních funkcí na světě. Testuje: orientaci osobou, místem a časem, dále zapamatování tří slov, počítání, poznávání, splnění úkolu, překreslení obrázku a opakování věty. (Jirák, 2009, s. 26-28)

Test MMSE dle Folsteina je sice nejvíce používaný a nastavuje se podle něho farmakoterapie, ale má mnoho nevýhod, a tak se v současné době považuje za vhodnější takzvaný Montrealský kognitivní test MoCA a stále více se používá test hodin – Clock test, který je více používán pro svoji jednoduchost a možnost srovnání testu v čase, pokud je založen v dokumentaci. (Hauke a kol., 2017, s. 30-31)

Mezi další používané vyšetřovací metody patří: Wechslerova škála paměti, která poskytuje informace o slovní a zrakové paměti. WAB jsou testy řečových funkcí. Dále také test řečové plynulosti, test kreslení dráhy a Stroopův test, který posuzuje míru pozornosti a adaptaci na zátěž. (Jirák, 2009, s. 26-28)

2.3 Typy demence

Demence je možno rozdělit dle lokalizace, kurability a etiologie. Členění dle lokalizace je kortikální, subkortikální a kortikosubkortikální. Kortikální demence postihuje zejména mozkovou kůru a lze sem zařadit především Alzheimerovu chorobu a demenci s Lewyho tělísky. U subkortikální demence je postižena převážně bílá hmota, thalamus a bazální ganglia. Vyskytuje se u demence při Parkinsonově chorobě a u vaskulární demence.

Kortikosubkortikální demence postihuje různou měrou kortikální a subkortikální složku. Rozdělení demence dle kurability je na léčitelné neboli reverzibilní, a neléčitelné neboli ireverzibilní. Mezi demence rozdělené dle etiologie patří: demence neurodegenerativního původu - atroficko-degenerativní (Alzheimerova choroba, parkinsonská demence) a demence sekundární neboli symptomatické. Mezi sekundární patří demence vaskulární, metabolicky podmíněné, infekčního původu, prionového původu a ostatní, které vznikají v důsledku otrav a úrazů. (Zvěřová, 2017, s. 27-32)

2.4 Léčba demence

Náklady na demenci jsou ve vyspělejších zemích tvořeny zejména náklady na neformální péči (45 %) a na profesionální péči (40 %). Náklady na lékařskou péči tvoří mnohem menší podíl (15 %). Demence je jednou z hlavních příčin disability v seniorském věku a odpovídá za 11,9 % let života prožitých s disability v důsledku chronického onemocnění. Zpravidla platí, že čím dříve je nemoc diagnostikována a čím dříve jsou nasazeny správné léky, tím déle je zachována kvalita života pacienta. Proto je velice důležitá včasná diagnostika a nepodceňování příznaků, které se na první pohled mohou jevit jako banální. (Mátl, 2016, s. 8)

Včasnou farmakoterapií lze podstatně zpomalit průběh a udržet pacienta v lehčích stádiích demence. K dispozici jsou dvě skupiny léčivých substancí, do první skupiny lze zařadit tzv. kognitiva – inhibitory mozkových acetylcholinesteráz i butyrylcholinesteráz, které zlepšují acetylcholinergní transmissi. Používají se u lehkých až středně těžkých demencí, byl prokázán jejich efekt rovněž u těžších forem. Patří sem donepezil, rivastigmin a galantamin, kontraindikací je vředová choroba a těžší srdeční převodní vady. Do druhé skupiny léčiv patří tzv. slabí antagonisté NMDA (N-metyl-D-aspartátových) glutamátergních ionotropních receptorů. V této skupině se používá zatím jediná látka – memantin, derivát amantadinu, má vlastnosti stimulantia neboli zlepšuje krátkodobou paměť. (Zvěřová, 2017, s. 73-76)

Na základě mezinárodních studií jsou v terapii doporučovány zvláště inhibitory acetylcholinesterázy pro léčbu počínající a středně těžké demence (MMSE 25-13) a memantin pak u lidí s pokročilou Alzheimerovou nemocí. Pacient s takovou léčbou by měl být i nadále sledován a měla by mu být v pravidelných intervalech prováděna vyšetření funkčního stavu kognice. (Hájková, 2016, s. 14-15)

Současné možnosti farmakoterapie umožňují omezit progresi onemocnění, po určitou dobu zachovat soběstačnost a dobrou kvalitu života. Součástí nefarmakologického přístupu je i zajištění podpůrného a bezpečného prostředí. Většina péče se odehrává v rodinném prostředí a je poskytována rodinnými příslušníky, kteří potřebují jak finanční pomoc (v současné době příspěvek na péči), tak i další služby a podporu, aby se mohli o svého blízkého starat co nejdéle v domácím prostředí. Nezbytným východiskem je dostatek informací o možnostech pomoci, službách, příspěvku na péči, a hlavně o samotném onemocnění. (Holmerová a kol., 2014, s. 10-36)

V současné době probíhá také celá řada výzkumů a klinických hodnocení jak u farmakologických přístupů (např. imunoterapie zaměřená proti beta-amyloidu nebo podávání lithia), tak i přístupů nefarmakologických, které patří spíše mezi novější vědní disciplíny. Ukazuje se, že základem léčby je správný psychologický přístup k nemocnému, jelikož výsledky léčby bývají často minimální a přechodné a s prohlubující degradací pacientovy premorbidní osobnosti je nutné používat stále jednodušší přístupy. (Zvěřová, 2017, s. 74-76)

2.5 Přístupy k pacientům dle stádia demence

Demence představují do značné míry heterogenní syndrom v závislosti jak na onemocnění, která je způsobují, tak na dalších faktorech, které průběh onemocnění ovlivňují. Lze charakterizovat jednotlivá stádia, jimž odpovídají specifické potřeby pacientů a z nich vyplývající přístupy k pacientům. Přístupy se liší podle jednotlivých stádií tohoto syndromu. (Jirák, 2009, s. 116)

Potřeby lidí s demencí jsou velice rozličné a do značné míry záleží na tom, v jaké fázi progresu stavu se daný člověk nachází. (Hauke a kol., 2017, s. 35) Ve stádiu mírné kognitivní poruchy si pacienti stěžují na poruchy paměti, soustředění, orientace a rozhodování, ve vyšším věku se jedná o velmi častou situaci. Mírná kognitivní porucha má několik podtypů, změna MCI v demenci se nejčastěji vyskytuje u podtypu anamnestické MCI. Vzhledem k tomu se doporučuje v rámci prevence – dostatek pohybu a duševní aktivity, kognitivní trénink, pravidelné čtení a reprodukování obsahu přečteného, omezení škodlivých návyků, léčba deprese a učení se novým věcem. Preventivní efekt prokázalo také užívání extraktu gingo biloba. Dále jsou důležitá dietní opatření – omezení celkového kalorického obsahu, zvláště omezení tuků a zvýšení přívodu omega 3 mastných kyselin, vlákniny a vitamínů. (Jirák, 2009, s. 116-117)

Dalším stádiem je počínající a mírná fáze demence. V této fázi onemocnění je ještě zachován náhled na chorobu. V klinickém obraze dominují poruchy kognitivních funkcí, pocíťované subjektivně, ale i objektivně měřitelné pomocí testů. Narušeny bývají aktivity denního života, zvláště dochází k narušení složitějších aktivit, při kterých je důležité udržovat pozornost. (Zvěřová, 2017, s. 69)

Včasná diagnóza a informování pacienta jsou v tomto stádiu důležitým krokem, kterému by měl lékař věnovat patřičnou pozornost. Pacient by měl být seznámen s diagnózou a s pravděpodobným průběhem onemocnění. Legislativa České republiky se řídí důležitou mezinárodní normou, Konvencí o biomedicíně, která stanovuje, že mají být respektována předem vyslovená přání pacientů. Pacient má možnost označit člověka, ke kterému má důvěru a v budoucnu by mu měl pomáhat v důležitých rozhodnutích, zejména k naplnění toho, jak by si přál žít ve fázi rozvinuté demence. (Jirák, 2009, s. 117-120)

Ve fázi rozvinuté demence dochází k dalšímu úbytku kognitivních funkcí, nemocní jsou většinou již bez náhledu chorobnosti stavu. Dochází k poměrně rychlé progresi poruch aktivit denního života, zejména schopnosti instrumentálních výkonů, např. obsluha jednoduchých domácích spotřebičů, pacienti také již neumějí správně hospodařit se svými finančními prostředky. (Zvěřová, 2017, s. 69)

V této fázi je potřeba zajistit nepřetržitý dohled a péči, protože pacient je mnohdy postižen blouděním a dalším problémovým chováním, které může ohrozit jeho bezpečnost. Optimální formou péče je možnost pobytu v denním stacionáři zaměřeném na pacienty s demencí. Tato forma péče je velkou pomocí rodině, umožňuje pacientovi participovat na aktivitách a zachovávat jeho soběstačnost a sociální dovednosti co nejdéle. Daleko problematičtější je situace, kdy pacient nemá přiměřené rodinné zázemí, a je třeba hledat ústavní řešení. Režim v těchto zařízeních by měl být co nejvíce individualizovaný, respektující potřeby jednotlivých pacientů, jejich osobnost a důstojnost. Ve fázi rozvinuté demence je potřeba se zaměřit na systematické vedení k určitým aktivitám a k dennímu režimu. (Jirák, 2009, s. 117-123)

Posledním stupněm je stádium těžké pokročilé demence a terminální fáze demence. Pacienti se stávají plně závislými na okolní péči. Nepoznávají většinou své nejbližší příbuzné ani své okolí vlivem masivního úbytku kognitivních funkcí. (Zvěřová, 2017, s. 70)

V tomto stádiu dochází k výraznému omezení komunikace až postupnému vyhasnutí verbální složky. Komunikace s pacientem je možná pouze nonverbálně a vyžaduje od pečujících

dlouhodobou znalost pacienta. Pacient není schopen se najíst, neoblékne se, může mít potíže s polykáním, zhoršuje se jeho mobilita a stává se plně inkontinentním. Je to fáze naprosté nesoběstačnosti a výrazně redukované komunikace. S progresí onemocnění začíná být zřejmé, že pacientům aktivity nepřinášejí žádný prospěch, ale spíše diskomfort, dále progreduje onemocnění postupnou deteriorací stavu a zhoršováním všech funkcí včetně mobility. V tomto stádiu se bohužel pacient stává předmětem zdravotnické péče, kdy jsou u něho mnohdy prováděny výkony, které naprosto nevedou ke zlepšení kvality jeho života, ale přinášejí jen stres a utrpení. Ve fázi těžké demence a v terminálním stádiu bychom měli dbát zejména na kvalitní paliativní péči. (Jirák, 2009, s. 130-131)

Péče o pacienty s demencí zvláště v terminálním stadiu ve většině případů není již zvladatelná v domácím prostředí. Spolupráce lékaře s rodinou je zásadní, lékař by neměl opomíjet cílené dotazy na chování pacienta, na jeho psychiatrické symptomy, na to, jak se cítí nejen pacient, ale také pečovatel. Velmi důležitou součástí péče o pacienta s demencí je zapojení rodinných příslušníků do péče. (Sheardová, 2010, s. 175)

3 Stres

S pojmem „stres“ se každý z nás setkává poměrně často a každý si pod ním představuje něco jiného. Vždy ale souvisí s určitým pocitem nejistoty v nás. Vzhledem k zaměření práce se text nebude zabývat fyziologií stresu, ale zejména jeho definicí, projevy, možnostmi práce s ním, s bližším zaměřením na pracovní stres.

3.1 Pojem a příčiny stresu

Obecně lze konstatovat, že stres je stav napětí, kterým lidský organismus reaguje na podněty (tzv. stresory). Stresor je pro každého jedince jiný. Může se jednat o veřejné vystoupení, komunikaci s úřady, vztahy v rodině, ale také například o situaci v zaměstnání. Zajímavý model stresu uvádí Plamínek, (2013, s. 128) ukazuje rozdíl mezi zátěží a stresem, kdy tyto pojmy běžně splývají, což je chybné. O velikosti stresu v lidském organismu rozhodují dvě veličiny: zátěž, která na organismus působí, a schopnost organismu tuto zátěž snášet (odolnost). Čím větší zátěž, tím větší stres a čím větší odolnost, tím menší stres. Odolnost vůči stresu je typický lidský zdroj s převažující povahou schopnosti. Mění se v čase, závisí na řadě faktorů, lze ji vědomě ovlivňovat. Ke zvládnutí stresu tedy vedou dvě cesty. První směřuje do našeho okolí a spočívá v ovlivňování zátěží, druhá vede do našeho nitra a spočívá v ovlivňování odolnosti.

Dle Plamínka (2013, s. 129) lidé běžně popisují svůj stres jako tlak úkolů, nedostatek času, nejisté pracovní podmínky apod. V těchto případech se jedná o mylné označení, protože se nejedná o stres, ale o stresory, tedy působící zátěž. Pod jejich vlivem v organismu teprve může vzniknout stres.

Stres ze ztráty partnera či blízké osoby je nejkritičtější položkou ze skupiny nejvýznamnějších typů stresu vznikajících v životě člověka, kam dle Šupšákové (2017, s. 151) patří i stres na pracovišti, který může rovněž snadno dospět do chronického stadia s hrozícími dopady na zdraví. Mezi nejčastější příčiny stresu na pracovišti patří: způsob komunikace nadřízeného, nedostatek bezpečí, firemní pravidla a politika, nespolehliví spolupracovníci, nejasná očekávání, nedostatečná komunikace, nemožnost kontroly vlastní práce, nedostatečné ohodnocení, urgentní úkoly, přílišné množství práce, dlouhý čas strávený v práci, neadekvátní fyzické podmínky, konflikty ve vztazích, nedbalí spolupracovníci, agresivní a nepříjemní pacienti, nedostatek spolupráce.

3.1.1 Příznaky stresového stavu

Příznaků stresu je značné množství a jsou různé povahy. Z tohoto důvodu došlo ve Světové zdravotnické organizaci k dohodě o tom, co je pro stres příznačné.

Příznaky lze rozdělit na (Křivohlavý, 2010, s. 22-24):

- fyziologické
 - ✓ bušení srdce;
 - ✓ úporné bolesti hlavy;
 - ✓ zvýšené svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře;
 - ✓ bolesti a pocity svírání na hrudi;
 - ✓ nechutenství, bolesti břicha;
- psychologické
 - ✓ prudké a výrazné změny nálad;
 - ✓ zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost;
 - ✓ nadměrné trápení se věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité;
 - ✓ nadměrné pocity únavy;
 - ✓ nepřiměřené starosti o svůj zdravotní stav a fyzický zjev;
 - ✓ neschopnost projevit emocionální náklonnost a sympatii v mezilidských vztazích;
 - ✓ nadměrné snění a omezování kontaktu s druhými;
- behaviorální (týkající se chování)
 - ✓ nerozhodnost – nejistota v situacích, kde je více možností volby;
 - ✓ změněný denní rytmus – problémy s usínáním a spánkem;
 - ✓ neustálé nářky a bědování;
 - ✓ změny ve vztahu k potravě (ztráta chuti nebo naopak příjem stále většího množství jídla);
 - ✓ zvýšená nepozornost;
 - ✓ zvýšená snaha vyhnout se práci, úkolům a odpovědnosti, ztráta chuti do práce a zhoršující se kvalita práce;
 - ✓ zvýšený objem vykouřených cigaret, příjmu alkoholu či jiných drog.

Z výše uvedeného je zřejmé, že stres může mít negativní vliv na naše zdraví, na kardiovaskulární systém, gastrointestinální systém, imunitní systém, svalový systém či dýchání. (Křivohlavý, 2010, s. 24)

3.2 Zvládání stresu

Stres lze zvládat jednak z pozice jedince (vlastní přičinění) a jednak může být míra stresu významně ovlivněna kroky realizovanými ze strany okolí, např. zaměstnavatele.

3.2.1 Osobní přístup

Při zvládání stresu z pozice jedince (Křivohlavý, 2010, s. 29) jde o dva druhy činností, na jedné straně jde o odstranění toho, co nás zatěžuje, na straně druhé pak o posilování našich vlastních sil pro boj se stresem. Strategie zvládání stresu jsou dvojího druhu. Na jedné straně jde o řešení problému (tzv. kognitivní strategie). Na druhé straně jsou postupy, které jsou zaměřeny na zvládnutí emocionální situace, do které se člověk při stresu dostává.

U prvně jmenované strategie se jedná o konfrontační způsob zvládání stresu, hledání sociální opory (někoho, kdo by mi pomohl), plánované hledání řešení problému, sebeovládání (např. řízení dechu), distancování se od toho, co se děje. Dále sem spadá hledání pozitivních stránek na tom, co se děje, přijetí osobní odpovědnosti za to, co se děje, snaha vyhnout se stresové situaci a utéct z ní (např. výpověď ze zaměstnání). Cílem strategií zvládání orientovaného na emoce je regulovat či změnit emocionální odpověď na danou stresovou situaci. Tyto odpovědi lze měnit buď přímo, bez změny vnímání významu situace, nebo nepřímo, kdy je pozměněno hodnocení významu situace. Strategie zvládání orientované na emoce někteří autoři (Křivohlavý, 2010, s. 21-28) ještě dále člení na ruminační, rozptylující a vyhýbavé. *Ruminační strategie* zahrnují uzavření se do sebe, přemítání o tom, jak je nám špatně, při absenci pokusů situaci řešit. *Rozptylující strategie* zahrnují provádění příjemných činností, které jedince posilují a vedou ke zvýšení pocitu ovlivňování a řízení průběhu událostí. *Vyhýbavé strategie* jsou činnosti, které umožňují změny emočního ladění (abúzus alkoholu, drog, hazardérství, agresivní chování vůči okolí), přičemž však znamenají obrovské riziko pro jedince vystaveného stresu i jeho okolí.

3.2.2 Přístup zaměstnavatele

Z pozice zaměstnavatele (Šupšáková, 2017, s. 153) lze stres z pracovního prostředí redukovat následujícími postupy:

- posílení rozhodovací pravomoci zaměstnanců. Mnohdy to, že si zaměstnanec může sám upravit pracovní prostředí a režim nebo rozhodnout, jak bude vypadat, včetně volitelného začátku pracovního procesu, může významně přispět k motivaci podávat vyšší pracovní výkon,

- podpora pozitivního klimatu na pracovišti (např. společná snídane, neformální pracovní oblečení atd.),
- podpora vedoucích zaměstnanců v žádoucím chování. Adekvátní nastavení kompetencí vedoucích zaměstnanců zohledňující klidný a proaktivní přístup, výchova vedení k tomu, aby se stalo pro zaměstnance skutečnou oporou, ale i nastavení odpovídajícího stylu vedení, mohou významně omezit nežádoucí zátěž,
- systematické odstraňování překážek v práci. Ergonomie pracovního místa, adekvátní fyzické podmínky, ale i odstranění zbytečných rutinních úkonů, které práci jen zdržují (rozumné využití ICT, zjednodušení byrokratických procedur), snižují subjektivní vnímání zátěže. Výraznou roli může hrát správně dimenzovaná místnost pro personál,
- poskytnutí zdrojů pro snížení zátěže (firemní benefity, poradce, kouč, etický poradce atd.).

Zvláštní část je věnována psychosomaticce viz příloha 1.

4 Syndrom vyhoření

Je možné říci, že syndrom vyhoření¹ se stal společenským problémem západní civilizace a lidem způsobuje množství problémů. Syndrom vyhoření (Maslach, 1997, s. 20) není novým fenoménem. Již před dvaceti lety byl syndrom vyhoření tématem u profesí v oblasti služeb zdravotní péče a vzdělávání. V dnešní době výše uvedená povolání zahrnují mnoho osobního kontaktu a jednání z očí do očí. Daná povolání jsou rovněž mnohem více emočně a fyzicky náročná, čímž se riziko syndromu vyhoření značně zvyšuje. Odhodlání k nadstandardnímu výkonu povolání a přílišné množství přesčasů jsou vyčerpávající a potenciálně vedou ke sporům s klienty a kolegy.

Faktem zůstává, že vědecká obec neví, co je skutečným původem této civilizační choroby a samotná existence syndromu je často neuznávána či zlehčována. Syndrom vyhoření (Stock, 2010, s. 14) provází celá řada příznaků, které jsou velmi obecné, proto lze syndrom vyhoření, zejména v počátku, velmi těžko rozeznat.

4.1 Diagnostika syndromu vyhoření

Pro diagnostiku syndromu vyhoření lze používat různé techniky a postupy, nejčastěji se jedná o dotazníková šetření. Nejznámější dotazník pro jeho měření se nazývá Maslach Burnout Inventory (MBI). Autorkami tohoto dotazníku jsou Christina Maslach a Susan Jackson. Dotazník hodnotí emocionální vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení. Emocionální vyčerpání je zde hlavním ukazatelem výskytu syndromu vyhoření. Ukazatel depersonalizace jako projev psychického vyčerpání a ukazatel osobní uspokojení se objevují především u pracovníků, kteří neumí zvládat stresové situace a neshody. (Honzák, 2013, s. 17-24)

K diagnostice syndromu vyhoření lze také použít orientační dotazník. Zavedení této metody je spjata se jmény Hawkins, Minirth, Maier a Thursman. Orientační dotazník je jednoduchý a účinný pro rozpoznání blížícího se rizika syndromu vyhoření. Další často užívanou metodou při zjišťování výskytu syndromu vyhoření je dotazník Burnout Measure (BM), týkající se psychického vyčerpání. Autory tohoto dotazníku jsou Ayala Pines a Elliot Aronson. V rámci této metody lze zjistit tři aspekty vztahující se k celkovému vyčerpání (fyzické, emocionální a psychické vyčerpání). (Stock, 2010, s. 26-28)

¹ Anglicky tzv. burnout syndrom.

4.2 Co je syndrom vyhoření?

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz, a není tedy klasifikováno jako nemoc (Stock, 2010, s. 14). Je zde ale uvedena jiná, již mnoho let známá diagnóza, neurastenie, jež se také vyznačuje stavy únavy a vyčerpání, ovšem symptomy, které jsou typické pro syndrom vyhoření, pokrývá jen částečně.

Jako první syndrom vyhoření popsal německý psycholog Herbert J. Freudenberger, který jej definoval (Šupšáková, 2017, s. 154) jako stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace, často spojený se ztrátou profesního zájmu nebo osobního zaujetí, vedoucí k poklesu efektivity práce. Hlavními spouštěči syndromu vyhoření jsou chronický stres, permanentní časový tlak a vysoké emoční napětí (blíže se příčinám věnuje následující kapitola). Syndrom vyhoření vzniká nikoli v reakci na akutní podnět, ale jako důsledek dlouhodobě opakovaných negativních zkušeností, je následkem psychického vyčerpání.

Syndrom vyhoření je v současné době velmi rozšířené téma. Byla provedena řada studií zaměřujících se právě na problematiku syndromu vyhoření. Například McFadden (2015) se věnovala problematice syndromu vyhoření u sociálních pracovníků ve Velké Británii. Výzkum byl proveden na Queen's University in Belfast. Prokázal, že nedostatečný dohled nad pracovníky zvyšuje riziko vyhoření. Zúčastnilo se jej 1359 pracovníků pracujících se seniory. Výzkumný soubor tvořily převážně ženy (83 %) a byl použit dotazník Maslach Burnout Inventory. Výzkum potvrdil vysokou míru emočního vyčerpání u většiny pracovníků (73 %) a také vysoký stupeň depersonalizace (26 %), který je spojen s emočním zatvzováním vůči uživatelům služeb. Nicméně téměř všichni pracovníci (91 %) měli vysoké osobní úspěchy. Vedoucí výzkumu McFadden ze School of Social Work at Queen's University uvádí, že i navzdory negativním pocitům brání pocit osobního úspěchu před vyhořením. (McFadden, 2015)

4.3 Příčiny a fáze syndromu vyhoření

Stock (2010, s. 14) zmiňuje, že vznik syndromu vyhoření je vždy podmíněn souhrou charakterových vlastností jedince a vnějších podmínek. Každého postiženého tyto podmínky ovlivňují jinou měrou. Jsou jedinci, kteří rámcové podmínky snášejí spíše pasivně, ale jsou i tací, kteří si burnout syndrom do značné míry aktivně přivodí sami. Většina postižených patří mezi smíšený typ.

Většina autorů popisuje vývoj syndromu vyhoření ve třech nebo čtyřech fázích, které mohou trvat i řadu let, některé fáze mohou být dokonce zcela vynechány. Nejjednodušší model se skládá ze tří stádií a nejsložitější až z dvanácti stádií. (Stock, 2010, s. 23).

Dle Honzáka (2018, s. 45) se jedná o tyto kritické fáze vývojového cyklu syndromu:

- značná touha po společenském uznání, tedy očekávání nejen pracovního úspěchu, ale také příslušného ocenění;
- nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi;
- představa, že vše musí jít velmi snadno;
- příliš rychlé nesprávné závěry o tom, jak se věci mají; jedná se o nesprávné vyhodnocení dostupných zdrojů, zvolených postupů a cílů;
- v úvahách se z jednoho detailu vyrobí nesprávný celek;
- kladení důrazu na věci, které nejsou podstatné;
- přehánění a zveličování problémů;
- černobílé myšlení a zásadní řešení typu buď, anebo;
- brání si věci příliš osobně bez snahy o debatu k věci.

Stockem uváděný fázový model podle Edelwiche a Brodského probíhá ve čtyřech fázích: *Nadšení*: Začínající pracovník je plný elánu, má vysoké pracovní nasazení. *Stagnace*: Počáteční nadšení slábne, pracovník zjišťuje, že práce už pro něj neznamená tolik, jak tomu bylo po nástupu do zaměstnání. Do té doby nepodstatné věci jako mzda či kariérní růst se začínají dostávat do ohniska jeho zájmu a objevují se první neshody v rodině. *Frustrace*: Pracovník svou práci vidí jako neefektivní a nevidí její význam. Mohou se vyskytnout spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže. Poslední fází je *apatie*: nastává období emocionálního vyčerpání, rezignace, depersonalizace. Práce je pro zaměstnance trvalým zklamáním, do budoucna nevidí žádná pozitiva ani vyhlídky na zlepšení situace. Pracovník se cítí zoufalý, má pocit rezignace, což je způsobeno nedostatkem možností jiného uplatnění. Někdy se u tohoto modelu uvádí samostatně i pátá fáze, kterou je samotné *vyhoření*. (Stock, 2010, s. 23-24)

„Inkubační doba“ (Honzák 2018, s. 44-45) syndromu vyhoření není jednotná, záleží na mnoha osobnostních faktorech a na mnoha vnějších okolnostech. Před samotným propuknutím syndromu vyhoření jedinec cítí určité signály, jedná se o vnitřní pnutí, prožívání konfliktu motivů. Vývojový cyklus této nemoci, který začal kategorizovat již Freudenberger,

se skládá z dvanácti kritických fází, které se nemusí objevit všechny a nemusí jít za sebou popsaným způsobem.

Jedná se o:

- nutkavou snahu po sebeprosazení (v podobě nepřiměřených ambic);
- jedinec začíná pracovat více a tvrději (snaha vše zvládnout sám);
- přehlížení potřeb druhých i potřeb vlastních (rodina, přátelé, jídlo, spánek)
- přesunutí konfliktu (objevují se první tělesné reakce – příznaky stresu);
- revize a posunutí hodnot (izolace ve snaze vyhnout se možným konfliktům), v novém systému hodnot dominuje práce a nastává emoční otupení;
- popírání vznikajících problémů;
- člověk se stává netolerantním, nemá rád sociální kontakty, narůstá agresivita a sarkasmus;
- stažení (izolace);
- změny chování (patrné pro okolí);
- depersonalizace (život se mění na sérii mechanických funkcí);
- vnitřní prázdnota;
- deprese (vyhoření v sobě může zahrnovat depresivní složku, postižený se cítí vyčerpaný, bez naděje, indiferentní k okolí a domnívá se, že budoucnost mu nemá co nabídnout);
- syndrom vyhoření (emoční, tělesný a psychický kolaps).

Christina Maslach (Honzák, 2018, s. 81) popsala širší spektrum příznaků vyskytujících se při syndromu vyhoření, rozdělila je do tří okruhů: tělesného a psychického vyčerpání, ztráty uspokojení a potěšení z práce a odcizení – depersonalizace. Na poslední pak položila největší důraz při diagnostice. Další posun spočíval v tom, že nevyzdvihovala jen osobnostní faktory a osobní chyby postižených, ale vzala v úvahu také vlivy pracovního a sociálního prostředí. Identifikovala šest základních charakteristik, které mohou v interakci s osobností pracovníka predikovat vyšší riziko syndromu vyhoření:

- nadměrné množství práce;
- nespravedlivé poměry a praktiky v pracovním prostředí;
- nedostatek sociální podpory;
- malé kompetence v pracovním procesu;

- práce v prostředí konfliktů hodnot;
- nedostatečná odměna, ať už ve smyslu ekonomickém nebo psychosociálním.

Za jedinou zásadní charakteristiku syndromu vyhoření považuje Maslach (Honzák, 2018, s. 82) nežádoucí, až patologický osobní obrat směrem k negativnímu pólu nejrůznějších hodnot, ať už jde o zdraví, energii, nezáměr a odcizení, cynismus, negativní postoje k práci, k organizaci či spolupracovníkům.

Španělský výzkum (Sanchez-Moreno et al., 2015) zabývající se problematikou syndromu vyhoření uvádí analýzu vztahu mezi vyhořením, neformální sociální podporou a psychickým utrpením (Burnout, Informal Social Support and Psychological Distress among Social Workers). Věnuje se prevenci a pozitivnímu ovlivňování osobnosti. Průřezové studie se zúčastnilo 189 sociálních pracovníků z veřejných sociálních služeb z Madridu. Ve výzkumu byl použit sociodemografický dotazník, Maslach Burnout Inventory a Goldbergův dotazník o všeobecném zdraví. Výsledky ukazují, že více než polovina respondentů (55,6 %) měla vysokou míru emocionálního vyčerpání. Prokazují, že pozitivní vliv na sociální oporu pracovníka mají rodina, přátelé, spokojenost v partnerském vztahu a frekvence kontaktu s dětmi. Dále výsledky dokládají, že míra psychického vyčerpání je nižší u pracovníků, kteří vykonávají svou profesi v organizacích s vyšším počtem zaměstnanců. (Sanchez-Moreno et al., 2015)

Syndrom vyhoření postihuje více jedince, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení a očekávají, že jim práce poskytne smysl života. Potenciální negativní dopad syndromu vyhoření (Šupšáková, 2017, s. 154) spočívá až v šestinásobném navýšení chyb, jež může negativně ovlivňovat zdravotní péči poskytovanou pacientovi, ale i samotné zdravotnické zařízení.

4.4 Prevence a léčba syndromu vyhoření

V prevenci syndromu vyhoření jsou základní veličinou, kterou může každý člověk sám ovlivňovat a naučit se s ní pracovat, sebepoznání a sebehodnocení. K tomu, aby porozuměli chování pacientů ve zdravotnickém zařízení, musí zaměstnanci poznat sami sebe. Schopnost empatie a pohledu na problematiku ze strany pacienta je nutností pro každého pracovníka, avšak na druhou stranu musí rovněž zvládnout obratně odlišit tenkou hranici mezi citlivým přístupem a přílišnou empatií. (Vacínová, 2010, s. 17-28)

Důležitým činitelem v prevenci je především psychohygienu. Jedná se o pravidla sloužící k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševní rovnováhy. K základním pravidlům patří zdravý životní styl, správná životospráva, dostatek spánku a fyzické aktivity, vyhýbání se alkoholu, nikotinu a drogám. Podstatné je také aktivní trávení volného času a dostatek sociálních opor v okolí (rodina, partner). (Andršová, 2012, s. 96-99)

Zásadní součástí terapie je pomoc dalších osob. Nejprve je vhodné hledat pomoc u rodiny a přátel, dále v kolektivu s přátelskými a empatickými kolegy. Ze strany zaměstnavatele může dojít ke změně pracovní náplně, změně místa výkonu práce či zkrácení pracovního úvazku. Pakliže předchozí postupy nemají žádný efekt, je nutné vyhledat pomoc odborníka, psychologa či psychoterapeuta. Medikamentózní léčba (např. antidepresiva, anxiolytika, hypnotika) se používá pouze jako podpůrná terapie. (Venglářová a kol., 2011, s. 38-39)

Každá organizace by měla mít standardy kvality, kde jsou mimo jiné uvedena kritéria, která zahrnují rovněž problematiku prevence syndromu vyhoření.

Prevence dle Hrozenské (2013, s. 131) spočívá v následujícím:

- Kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik v potřebných sociálních dovednostech i dostatečně dlouhou praxi.
- Jasná definice poslání organizace a metod práce.
- Jasně vymezení profesionální role pracovníka a náplně práce.
- Existence systému zácviku nových pracovníků.
- Existence programů osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání.
- Průběžná supervize.
- Omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby.
- Nasazení více pracovníků v náročných programech se skupinami klientů.
- Omezení administrativní zátěže.
- Kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, které nezahrnují pouze práci s klientem.

5 Psychická zátěž u pracovníků u pacientů s demencí

Dle WHO ve spolupráci s Alzheimer's Disease International ze zprávy „Dementia: A public health priority“ z roku 2012 vyplývá, že přestože existují sociální a zdravotní služby pro osoby s demencí, jejich využití je stále nedostatečné a obtížné, mimo jiné z důvodu stigmatu spojeného s tímto onemocněním. Stigma spojené s demencí oddaluje vyhledání pomoci a stanovení diagnózy, a často vede k sociální izolaci. Za hlavní principy správné péče o osoby s demencí zpráva považuje: včasné stanovení diagnózy; optimalizaci tělesného zdraví, kognice, aktivity a celkové pohody; identifikaci a řešení psychologických symptomů a poruch chování a v neposlední řadě poskytnutí informací a dlouhodobé podpory neformálním pečovatelům. (Wija, 2012)

Pro praxi je prioritou uvědomit si, že dementní člověk se nedokáže přizpůsobit, naopak pečující by se měli snažit vyjít vstříc dementním pacientům. V zásadě je vhodné ponechat pacientovi jeho vlastní rytmus a nenutit ho k věcem, které odmítá. Často se také stává, že je pečováno o nepravého neboli spíše než dementní pacient mají problémy jeho rodinní příslušníci. Nejčastějším problémem pro ošetřující personál není kognitivní výkon pacienta, ale poruchy jeho chování. Rovněž je důležité mít stále na zřeteli, že zatím neexistuje žádná úspěšná léčba demence, žádná zaručená farmakoterapie. Včasnou medikamentózní léčbou lze průběh onemocnění pouze zpomalit a udržet pacienta v lehčích stádiích demence podstatně delší dobu. (Schuler, 2010, s. 74-76)

Pomáhající povolání, kterým jistě je i péče o pacienty s demencí, představuje poměrně široký soubor nejrůznějších aspektů a kompetencí, které se odráží v bezprostředním vztahu k práci s lidmi. Pomáhající pracovník řeší otázky související se vztahem k životu, k nemoci, ale i ke smrti. Setkává se s lidmi, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. (Hrozenská, 2013, s. 125)

Mezi základní negativní jevy (Šupšáková, 2017, s. 153) intenzivně postihující skupinu zdravotnických a pomáhajících profesí patří právě chronický stres vyúsťující v syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření (Hrozenská, 2013, s. 129) je vždy výslednicí interakce podmínek v práci, ve které pomáhající profesionál pracuje, a subjektivního očekávání konkrétního pracovníka. Jeho důsledky mohou znamenat výrazné riziko pro výkon ošetrovatelské péče, spočívající především ve zvýšené chybovosti. Nejnáročnější je práce s klienty, kteří jsou v určitém zařízení nedobrovolně nebo nejsou pro účast v určitém programu dostatečně motivováni. Velice náročná je práce s klienty umírajícími či klienty,

kteří se chovají agresivně. Zátěží, která může způsobovat stres, jsou i již zmíněné konfliktní situace. Příkladem může být konflikt rolí, pozic, konflikt skupin, konflikt pojetí a výkonu sociální role, konflikt norem – formálních i neformálních.

Pokud je u „běžných“ onemocnění možnost zeptat se pacienta na jeho názor, získat jeho souhlas s léčbou, případně respektovat její odmítnutí a domluvit se s ním na postupu při komplikacích a v terminálním stadiu nemoci; při diagnóze demence tato možnost není. Neznáme-li názor pacienta, což je bohužel velmi časté, jsme nuceni rozhodovat se a jednat bez jeho souhlasu. Hlavním imperativem je v tomto okamžiku pátrat po tom, jaké měl názory v době, kdy byl kompetentní. Máme možnost se zeptat rodiny nebo blízkých, jestli někdy pacient vyslovil v tomto směru svá přání, jaké byly jeho hodnoty a životní cíle. Někdy bohužel tuto možnost nemáme. (Rusina, 2010, s. 16-17)

Lidé, kteří pracují s klienty s demencí, zastávají práci, o níž se dá říci, že je náročnější než mnohá jiná zaměstnání. Spojuje v sobě totiž více profesí. Týmová spolupráce s cílem ulehčit a zpříjemnit klientům poslední etapu života, pomoci jim využívat všech schopností, které mají, aby dosáhli pocitu vlastní hodnoty, smyslu života, je jen jeden aspekt profese. Psychologický přístup je velice důležitý. V pobytových zařízeních je potřeba navázat vztah se všemi klienty, což někdy může přinášet různá úskalí. Aby vztah fungoval, je potřeba určité dávky vůle a profesionality, což je citově velice náročné. Obranou před smutkem může být u pomáhajících profesí podvědomá tendence příliš se emočně neangažovat a zůstat chladnějším. Při práci se můžeme setkat jak s osobami, které danou profesi vykonávat chtěly, stejně tak jako s lidmi, kteří se k ní dostali náhodou. (Hrozenská, 2013, s. 135)

Je nutné zdůraznit, že v pokročilém stádiu choroby je velmi důležitá ošetrovatelská péče, podpora blízkých a paliativní péče k zajištění důstojného umírání. Paliativní péče o ošetrovatelsky náročné pacienty s demencí je specifická vyšší potřebou počtu kvalifikovaného zdravotnického i pečovatelského personálu. (Hrozenská, 2013)

Základním předpokladem pro poskytování kvalitních služeb pacientům s demencí je angažovanost pracovníka a osobní přístup k pacientům. Musí mít motivaci pracovat s klienty, pomáhat jim a aktivně se angažovat (podstatný rys pomáhajícího pracovníka) v jejich každodenním životě. Dle Hrozenské (2013, s. 126) musí mít pomáhající pracovník mimo odborných kompetencí určité vrozené osobnostní rysy a vyzrálost. Odpovědnost je vedle porozumění, obětavosti, empatie, prosociálního jednání také jedním ze základních předpokladů pro úspěšný výkon pomáhající profese. Odpovědnost pracovníka souvisí

se stupněm jeho svobody, do jisté míry i s jeho možnostmi rozhodovat se se znalostí věci. Nutným předpokladem pro výkon této činnosti je emocionální rovnováha a výdrž, neboť jen díky nim lze trvale dosahovat osobního zaujetí i neutrality, které tvoří základ této práce. (Hrozenská, 2013, s. 127)

Péče o pečující patří mezi důležité ukazatele kvalitní služby u pacientů s demencí. Spokojený pečovatel rovná se dobře kompenzovaný pacient. Pokud platí ono metaforické: „co jednomu se stane, všem se stane“ v negativním smyslu slova, neklid pacienta se přenáší na pečovatele a obráceně, tak to platí dvojnásob i v pozitivním smyslu. V zahraničí se rozšířil koncept tzv. „péče o pečující“ (care for caregivers), který se výrazně podílí na celkovém zlepšení péče o pacienty s demencí a jejich pečovatele., organizaci svépomocných skupin, telefonické a internetové „help line“, respitní péče, krátkodobé „break“ rekreační pobyty pro pečující atd. Velký význam je přikládán též psychické kondici pečovatele, jakmile se u něj projeví známky úzkostné či depresivní poruchy, je možno nabídnout, program psychoedukace pečovatelů, podpůrnou psychoterapii, léčbu depresivního stavu. (Rusina, 2010, s. 18-19)

Shrnutí teoretické části

Záměrem teoretické části bylo vytvoření teoretické základny k tématu psychické zátěže pečujících o pacienty s demencí. Byla popsána problematika výskytu a vývoje léčby demence, byly zmapovány současné poznatky o stresu a o syndromu vyhoření a provedeno shrnutí aktuálních teoretických poznatků o psychické zátěži pracovníků pečujících o pacienty s demencí. Důraz byl kladen na problematiku stáří, demence, stresu a syndromu vyhoření. Zvláštní kapitola byla věnována tématu psychické zátěže pečujících o pacienty s demencí.

Péče o pacienty s demencí představuje poměrně široký soubor nejrůznějších aspektů a kompetencí, které se odráží v bezprostředním vztahu k práci s lidmi. Pracovník se setkává s lidmi, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Nutným předpokladem pro výkon této činnosti je emocionální rovnováha a výdrž, neboť jen díky nim lze trvale dosahovat osobního zaujetí i neutrality, které tvoří základ této práce. Aby vztah fungoval, je třeba určité dávky empatie a profesionality, což může být emocionálně velice náročné. (Hrozenská, 2013, s. 125-135)

Syndrom vyhoření postihuje více jedince, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení a očekávají, že jim práce poskytne smysl života. Potenciální negativní dopad syndromu vyhoření spočívá až v šestinásobném navýšení chyb, čímž může negativně ovlivňovat zdravotní péči poskytovanou pacientovi, ale i samotné zdravotnické zařízení. (Šupšáková, 2017, s. 154)

Španělský výzkum zabývající se problematikou syndromu vyhoření prokazuje, že pozitivní vliv na sociální oporu pracovníka mají rodina, přátelé a spokojenost v partnerském vztahu. Dále výsledky výzkumu dokládají, že míra psychického vyčerpání je nižší u pracovníků, kteří vykonávají svou profesi v organizacích s vyšším počtem zaměstnanců. (Sanchez-Moreno et al., 2015)

Péče o pečující patří mezi důležité ukazatele kvalitní služby poskytované pacientům s demencí. Spokojený pečovatel rovná se dobře kompenzovaný pacient. Každá organizace by měla mít standardy kvality obsahující kritéria, která zahrnují problematiku prevence syndromu vyhoření. Prevence spočívá v kvalitní přípravě na profesi a jasném vymezení pracovní náplně pracovníků, v existenci a realizaci programů osobního rozvoje, v podpoře dalšího vzdělávání a umožnění supervize. Dále v kombinaci přímé práce s klienty s jinými činnostmi, které nezahrnují pouze práci s klientem a také v omezení administrativní zátěže. (Hrozenská, 2013, s. 131)

PRŮZKUMNÁ ČÁST

6 Průzkumná metoda a průzkumný vzorek

6.1 Průzkumný problém

Průzkumným problémem byl předpokládaný vliv vybraných faktorů na psychickou zátěž zaměstnanců v pečujících povoláních ve zvolené organizaci.

6.2 Cíle, průzkumné otázky a hypotézy

Empirická část

Pro účely empirické části diplomové práce byly formulovány tyto cíle:

Cíl 1

- Zjistit souvislosti mezi délkou praxe a mírou depersonalizace.

Cíl 2

- Ověřit souvislosti mezi emocionálním vyčerpáním a spokojeností zaměstnanců v práci.

Cíl 3

- Ověřit korelaci zájmu o vzdělávání s mírou osobního uspokojení v zaměstnání.

Cíl 4

- Zjistit, zda pečující o pacienty s demencí vykazují známky zvýšené psychické zátěže.

Na základě stanovených cílů byly stanoveny průzkumné otázky:

Má délka praxe na pracovišti vliv na míru depersonalizace u zaměstnanců?

Má míra emocionálního vyčerpání vliv na spokojenost zaměstnanců s prací?

Má zájem o další vzdělávání souvislost s mírou osobního uspokojení ze zaměstnání?

Vykazují pečující o pacienty s demencí známky zvýšené psychické zátěže?

Výzkumné hypotézy byly stanoveny následovně:

Hypotéza č. 1

H0 = Není žádná statisticky významná závislost mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží.

HA = Mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží je statisticky významná závislost.

Hypotéza č. 2

H0 = Není statisticky významný vztah mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů.

HA = Mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů je statisticky významný vztah.

Hypotéza č. 3

H0 = Není statisticky významná závislost mezi zájmem o další vzdělávání a stupněm osobního uspokojení.

HA = Mezi zájmem o další vzdělávání a stupněm osobního uspokojení je statisticky významná závislost.

6.3 Metodologie

K dosažení stanovených průzkumných cílů byl zvolen kvantitativní výzkumný design. Technikou sběru dat byl dotazník, viz příloha 2. Cílem bylo zjistit informace od zkoumané populace (v našem případě zaměstnanců pracujících s osobami s demencí) s následným vyhodnocením určitých skutečností.

Dotazníková metoda byla zvolena pro její jednoduchost, možnost hromadného zpracování dat, nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku a nenáročnost po stránce organizační a finanční. Nevýhodou dotazníkové metody je, že formulaci otázek již nelze upravit a v případě nepochopení dotazu ze strany dotazovaného nelze otázku dovysvětlit. (Disman, 2011)

Pro potřeby diplomové práce byl využit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI).

Standardizovaný dotazník je užívaný v kvantitativním šetření a představuje soubor převážně uzavřených, několika polouzavřených a výjimečně několika otevřených, volných otázek.

Standardizovaný dotazník má oproti rozhovoru tyto základní znaky:

- nižší finanční náročnost;
- relativně nízká návratnost;
- ohrožení reprezentativnosti nízkou návratností;
- kratší délka dotazování;
- nepřítomnost tazatele;
- obvykle vyšší náročnost pro respondenta;
- pocit anonymity u respondentů. (Reichel, 2009, s. 121)

Dotazník byl anonymní, aby nedocházelo ke zkreslení dat a zvýšila se návratnost vyplněných dotazníků. Bylo použito papírové formy dotazníku.

Dotazník byl rozdělen do tří částí. V úvodní části byla uvedena informace o dotazníku a důvodu realizace šetření. Druhá část se skládala z otázek na identifikační údaje o respondentech (věk, délka praxe, délka praxe v konkrétním zařízení, pracovní zařazení, vzdělávání, vztahy na pracovišti), následoval soubor dotazů zkoumající, jaká byla psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí a četnost jejich myšlenek na práci ve chvílích volna.

Byly použity následující typy otázek:

- polytomické výběrové, kdy respondent vybral jednu z několika možností;
- stupnicové komparativní, kdy vybral respondent vyjádření pomocí bodového systému;
- identifikační otázky pro zjištění věku, zaměstnání a délky praxe.

Poslední, třetí, částí dotazníku byl tzv. standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), který zkoumal rizika syndromu vyhoření ve 3 oblastech:

1. Emocionální vyčerpání
2. Depersonalizace
3. Osobní uspokojení

Uvedené tři dimenze (McCormack, 2013, s. 94) nejsou výsledkem hypotéz, ale byly odvozeny ze studií provedených profesorkou Christinou Maslach a Susan Jackson u různých druhů pomáhajících profesí. Před oficiálním využíváním uvedeného dotazníku ve výzkumech byly jednotlivé oblasti testovány a ověřovány na desetitisících zaměstnanců v pomáhajících profesích.

Úroveň vyhoření se v každé z těchto oblastí měří ve třech stupních – vysoké, mírné a nízké riziko. Tento dotazník využíval otázky stupnicové komparativní, kdy respondent vybral vyjádření pomocí bodového systému. Dotazník obsahuje 22 otázek, z nichž 9 zkoumá emocionální vyčerpání, 5 depersonalizaci a 8 stupeň osobního uspokojení. Respondenti měli možnost vyjádřit odpověď ve stupních 0–7, podle intenzity pocitů, které korespondují s odpověďmi na jednotlivé otázky. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyčerpání a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty. Dotazník MBI byl přeložen do českého jazyka a upraven PhDr. Zdeňkou Žídkovou. Pro vyhodnocení tohoto dotazníku se používá klíč, který je v příloze číslo 3.

Populací tohoto průzkumu, tj. objektem, na kterém byl zkoumán výzkumný problém, byli profesionálně pečující v domově se zvláštním režimem. Byla zvolena kritériální varianta záměrného výběru, kdy byli respondenti do vzorku vybíráni na základě daného kritéria souvisejícího s výzkumným cílem.

Zvolená kritéria byla následující:

1. Jednalo se o pomáhajícího pracovníka (sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, nelékařský zdravotnický personál, staniční sestra a vedoucí pracovník v sociálních službách).
2. Pracovník byl aktuálně zaměstnán v daném pobytovém zařízení se seniory s diagnózou demence (domov se zvláštním režimem).

6.3.1 Zpracování dat

Statistická data ze 79 správně a úplně vyplněných dotazníků byla zanesena do kontingenčních tabulek a následně byly pro lepší přehlednost a názornost použity výsečové nebo sloupcové grafy. V grafech byly použity relativní četnosti vyjádřené v procentech podle vzorce $f_i (\%) = \text{počet } n_i * 100 / \text{výzkumný vzorek}$. Pro výpočet a zpracování dat byl použit program Microsoft Excel 2007 a Statistica 10.

χ^2 -test nezávislosti v kontingenční tabulce

Kontingenční tabulka vzniká v případě, když jednotky souboru třídíme podle dvou kvalitativních znaků, např. znaku A, který může nabývat r variant, a znaku B, který lze rozdělit na s variant. Četnosti uvnitř tabulky můžeme označit n_{ij} . První index

označuje i -tou variantu znaku A, druhý index j -tou variantu znaku B. Okrajové neboli marginální četnosti označujeme pouze jedním indexem, druhý je nahrazen tečkou.

Mezi znaky A a B můžeme sledovat vztahy. Ověření existence závislosti mezi dvojicemi kategorií proměnných v populaci je obvykle prvním krokem analýzy vztahů mezi nimi.

Test, který se používá k ověření nezávislosti v kontingenční tabulce, porovnává získané (empirické) četnosti a teoretické četnosti, které by měly nastat v případě nezávislosti sledovaných znaků. Tyto četnosti můžeme označit jako n'_{ij} . Jejich výpočet je:

$$n'_{ij} = \frac{n_i \cdot n_{.j}}{n}$$

Odchylky od nezávislosti jednotlivých polí kontingenční tabulky sleduje Pearsonova statistika G :

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Tato statistika testuje hypotézu:

H_0 : Znaky v kontingenční tabulce jsou nezávislé

H_1 : non H_0 neboli znaky jsou závislé.

Testovaná statistika G má při platnosti nulové hypotézy X^2 rozdělení se stupni volnosti $\nu = (r-1) * (s-1)$. Pro test volíme opět obvyklou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$.

Pro zajištění přijatelné aproximace rozdělení uvedených statistik při určitém počtu polí v kontingenční tabulce se zpravidla vyžaduje takový rozsah výběru n , aby očekávané četnosti dosahovaly hodnoty alespoň 5. Po častých praktických potížích a častém ověřování se doporučuje, aby počet polí, kde očekávané četnosti jsou nižší než 5, byl maximálně 20 %.

Dalším použitým testem byl test hypotézy o střední hodnotě.

Na základě dat v dotazníku chceme ověřit předpoklad, že průměr základního souboru μ se rovná určité hodnotě μ_0 . Nulovou hypotézu můžeme pak formulovat jako:

$$H_0: \mu = \mu_0$$

Alternativní hypotézy mohou mít podobu:

$$H_1: \mu > \mu_0,$$

$$H_1: \mu < \mu_0,$$

$$H_1: \mu \neq \mu_0.$$

V případě velkého rozsahu výběru a neznalosti rozptylu v základním souboru použijeme testové kritérium v následující formě:

$$U = \frac{\bar{x} - \mu_0}{s'_x}$$

Kde

μ_0 představuje hodnotu nulové hypotézy

\bar{x} představuje průměr z výběrového souboru

s'_x představuje směrodatnou odchylku výběrového souboru

Veličina U má při platnosti H_0 normované normální rozdělení. Při provádění testu zvolíme obvyklou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. (Hindls, 2006)

6.3.2 Organizace průzkumného šetření

Sběr dat probíhal od 1. 10. 2018 do 1. 2. 2019. Průzkumným pracovištěm byl domov se zvláštním režimem, který se nachází v oblasti Železných hor. Ubytování pacientů v domově je zajišťováno v jednolůžkových, dvoulůžkových a třílůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Pacienty domova (maximální kapacita 241 osob) jsou osoby s Alzheimerovou chorobou a různými typy demence. Budova je umístěna v komplexu budov v okrajové klidné části města. Přístup do budovy je bezbariérový, budova je vybavena evakuačním výtahem. V budově je péče poskytována na dvou základních odděleních, jež jsou ještě rozděleny na patra. Dohromady se jedná o pět jednotek.

Domov se zvláštním režimem poskytuje pacientům nepřetržitou péči 24 hodin denně. Péče zahrnuje sociálně-ošetrovatelské služby, terapeutické a aktivizační činnosti. Mezi zaměstnance domova patří vedoucí domova – vrchní sestra, staniční sestry, vedoucí pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, administrativní pracovníci, pracovníci v sociálních službách, nelékařský zdravotnický personál, údržbáři, uklízečky. Léčebně-preventivní péči pacientům poskytuje buď smluvní lékař, který dochází do zařízení, nebo si pacient (případně jeho zákonný zástupce) zvolí jiného ošetřujícího lékaře a zařizuje si návštěvy u tohoto lékaře sám nebo prostřednictvím rodiny. Odborná psychiatrická péče je zajišťována lékařem, který do zařízení dojíždí. Do zařízení též dojíždí lékařka z nutriční

ambulance a diabetolog. Odborná vyšetření indikovaná lékařem zařízení jsou prováděna na specializovaných pracovištích dle jeho doporučení, vždy v doprovodu ošetřujícího personálu.

Obyvatelům zařízení je poskytováno dle § 50 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- ubytování;
- úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla;
- zajištění celodenní stravy;
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů při péči o vlastní osobu;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- aktivizační činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Cílem režimové terapie a práce s pacienty je aktivizace pacientů a dosažení jejich nejvyšší možné soběstačnosti ve všech aspektech života a zároveň možnost kvalitního naplnění volného času.

Práce s pacienty je zaměřena zejména na:

- Individuální plánování – společné plánování cílů směřujících k naplnění tužeb a očekávání pacienta.
- Psychoterapii – působením na pacienty se snažíme redukovat nástup pocitů bezmoci a zoufalství coby nevhodného vyrovnání se s příznaky nemoci.
- Fyzioterapii – pohybový režim – pravidelná cvičení s ohledem na individuální možnosti pacientů.
- Ergoterapii – skupinová práce vedoucí k zachování soběstačnosti v rámci denních činností, procvičování jemné motoriky atd.
- Arteterapii – skupinová práce, při které se využívá výtvarného projevu.
- Muzikoterapii – je součástí relaxace (zpěv a pohyb s hudbou celkově stimuluje mozkovou činnost).
- Reminiscenční terapii – tato metoda je velice důležitá zvláště pro pacienty trpící poruchami krátkodobé paměti, ale velmi dobře si vybavující události dávno minulé.

- Petterapii – využívání zvířat má blahodárny vliv na zmírnění pocitů osamělosti a společenské izolace.
- Sociální trénink – klientům trpícími duševními chorobami sociální kontakty prospívají a stimulují je.
- Validaci – následování člověka postiženého demencí do jeho vnitřního světa, ochota tento svět akceptovat, pojmenovat a potvrdit.
- Bazální stimulaci – ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka.
- Aromaterapii – léčba pomocí vůní.
- Smyslovou aktivizaci – cílená, na potřeby orientovaná aktivizace a podpora.
- Bohoslužby – pacienti mohou dle svého přání navštěvovat pravidelné mše jak v zařízení, tak v místním kostele.

Uvedené terapie vedou ke zlepšení nebo udržení dovedností, schopností v oblasti fyzické, psychické i sociální.

Respondenty průzkumného šetření byli zaměstnanci nejmenovaného domova se zvláštním režimem. Průzkumný soubor zahrnoval respondenty na pozici pracovníka v sociálních službách, nelékařský zdravotnický personál, staniční sestry, vedoucí pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky. Celkem bylo osloveno 97 respondentů. Jednalo se o ženy a muže. Vrátilo se 83 dotazníků. Návratnost tedy činila 85,5 %. Čtyři dotazníky bylo nutné z důvodu chybného nebo neúplného vyplnění vyřadit. Do průzkumného šetření tak bylo zařazeno 79 plně vyplněných dotazníků.

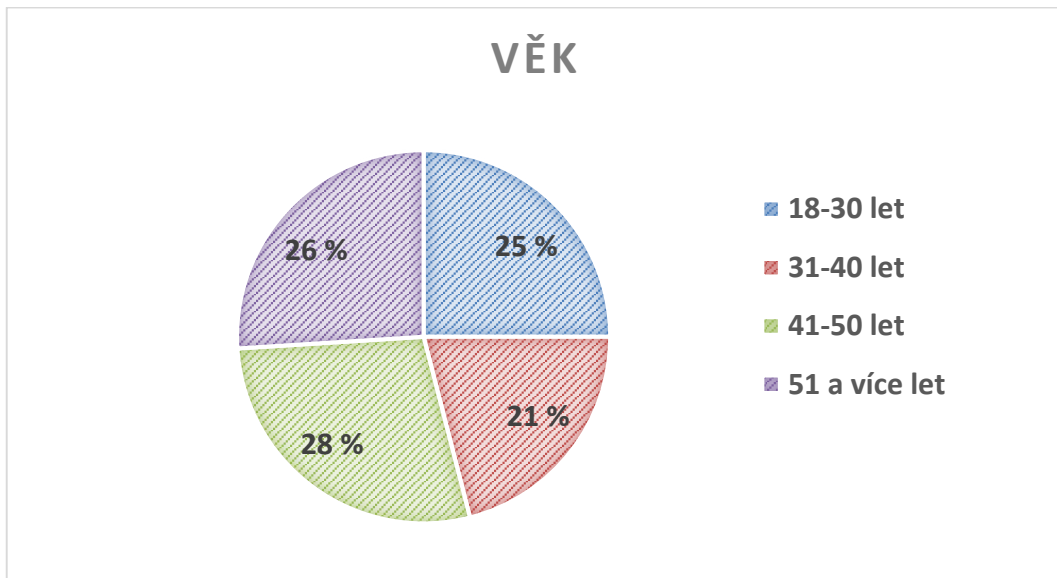
Výzkumu předcházel pilotní výzkum na jednom z oddělení, tedy předběžná studie v malém měřítku před hlavním výzkumem za účelem ověření proveditelnosti nebo vylepšení plánu výzkumu. Při pilotním výzkumu nebyly ze strany dotazovaných zjištěny žádné větší nesrovnalosti a problémy s interpretací otázek.

7 Analýza a prezentace dat, testování hypotéz

V této části práce bude provedena analýza a prezentace získaných dat z dotazníkového šetření prostřednictvím popisu tříděných dat (grafy a tabulky). Využito bude třídění prvního řádu (tedy dle jedné proměnné) a třídění druhého řádu (podle dvou a více proměnných).

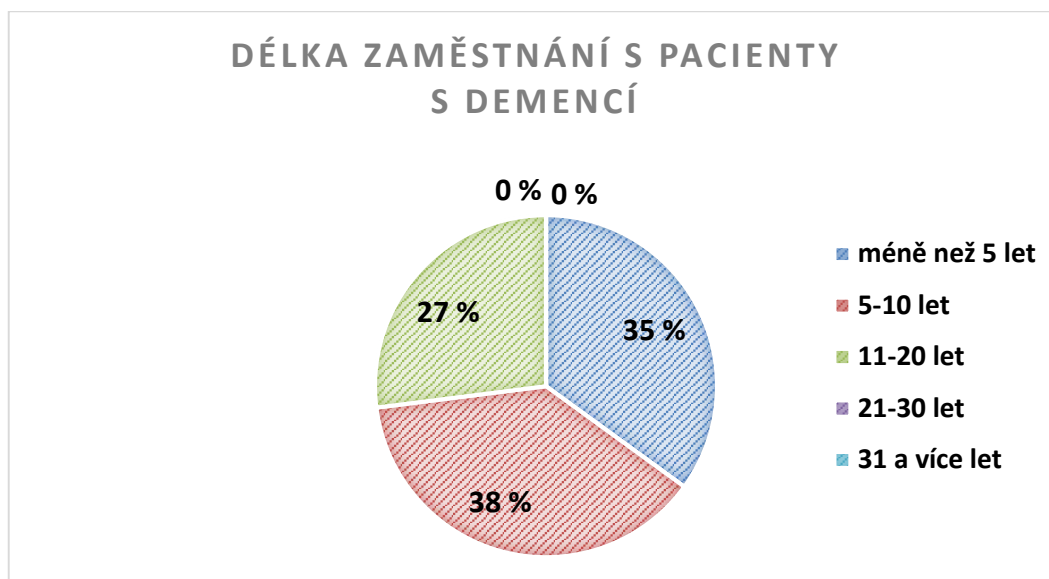
7.1 Vyhodnocení první části dotazníku – vlastní dotazník

Graf 1: Věk respondentů



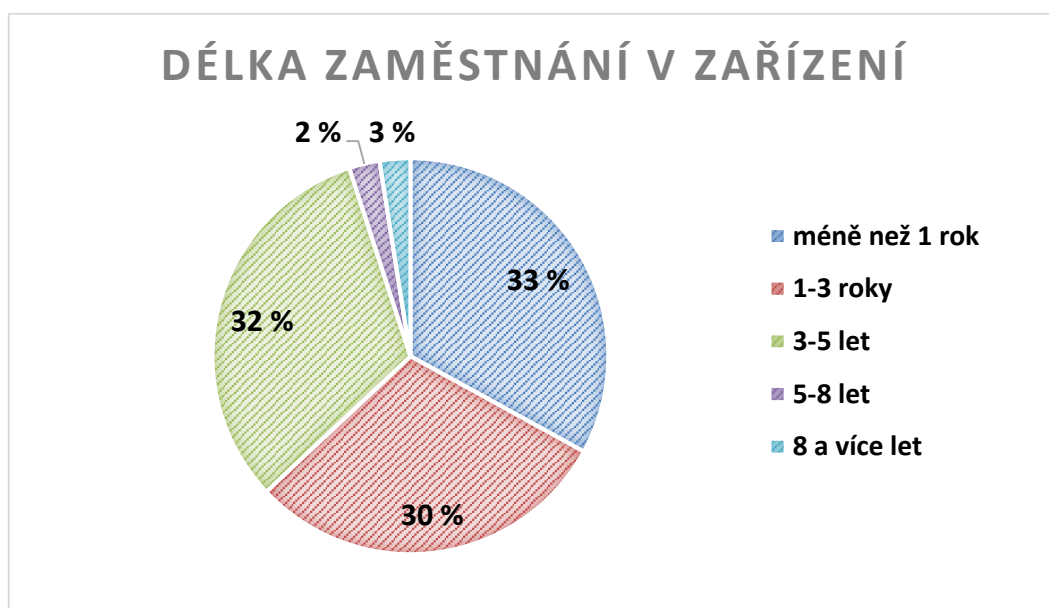
Z celkového počtu 79 respondentů je 46 % ve věku do 40 let. 28 % dotazovaných pak je ve věku 41-50 a 26 % ve věku 51 let výše. Z hlediska věkové struktury je zřejmé, že respondenti mají ve vymezených věkových kategoriích rovnoměrné zastoupení.

Graf 2: Délka zaměstnání s pacienty s demencí



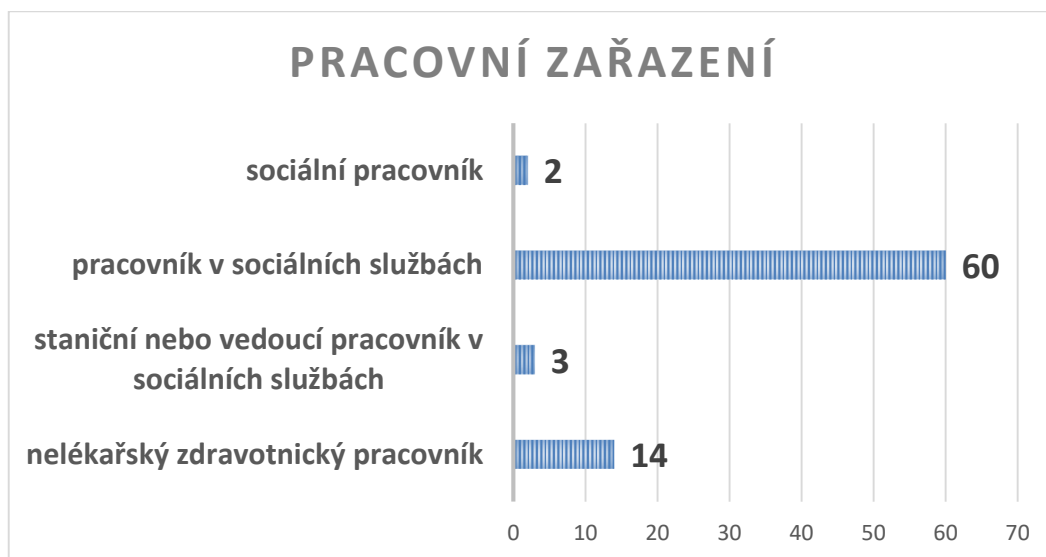
Téměř 73 % respondentů pracuje s pacienty s demencí maximálně 10 let, 27 % dotazovaných pak 11-20 let. Žádný respondent nepracuje s pacienty s demencí 21-30 let či více než 31 let, tedy dlouhodobě.

Graf 3: Délka zaměstnání v zařízení



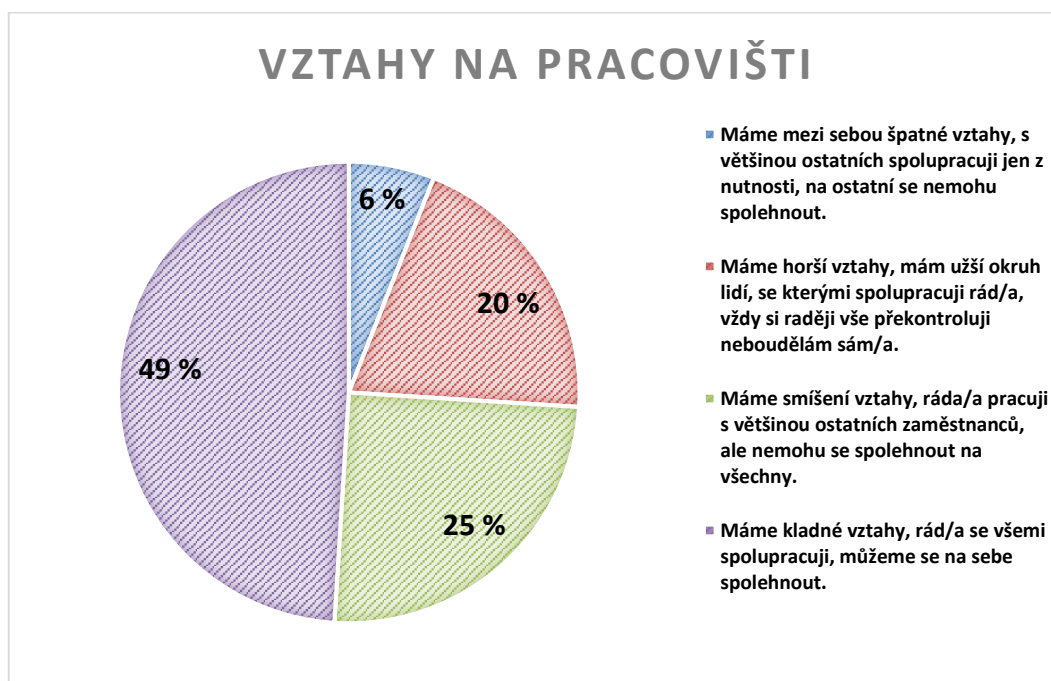
Komentář ke grafu 3. Pouze 5 % respondentů pracuje v zařízení, ve kterém byl dotazník distribuován více než 5 let. Naopak 63 % respondentů je zde zaměstnáno krátkodobě, a to méně než 3 roky. 32 % respondentů pak v organizaci pracuje 3-5 let. Z toho lze usuzovat, že v zařízení je poměrně vysoká fluktuace zaměstnanců.

Graf 4: Pracovní zařazení



Poslední z identifikačních otázek směřovala k pracovnímu zařazení respondentů. V souladu s předpokladem je většina respondentů (60 osob) zaměstnána na pozici pracovníka v sociálních službách, následována nelékařským zdravotnickým personálem (14 osob), staniční sestrou nebo vedoucím pracovníkem v sociálních službách (3 osoby) a sociálním pracovníkem (2 osoby).

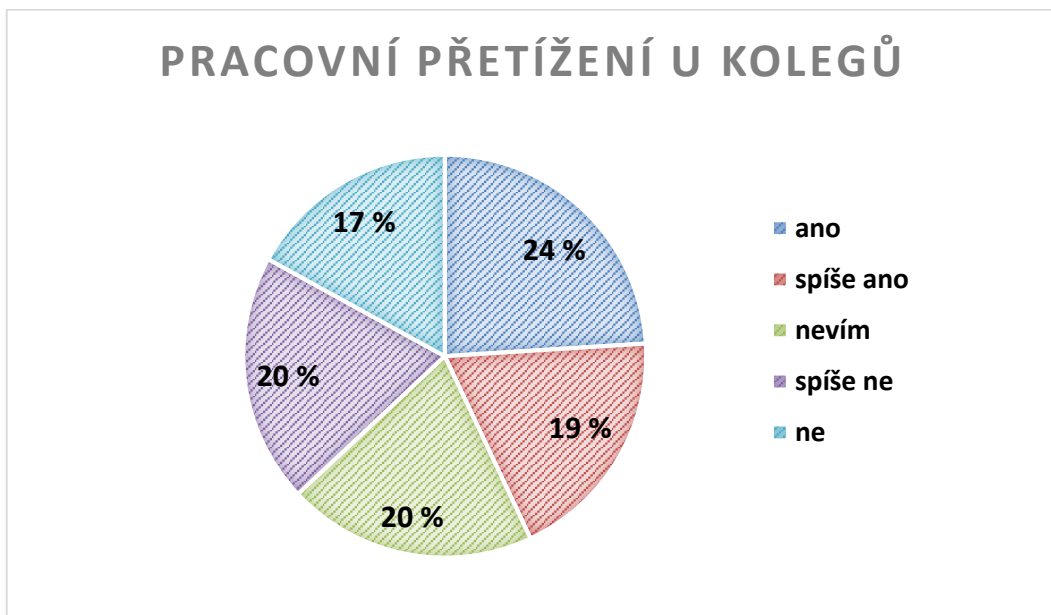
Graf 5: Vztahy na pracovišti



Téměř 50 % respondentů vnímá vztahy na pracovišti jako kladné, kdy se na sebe kolegové mohou navzájem spolehnout a rádi spolupracují. Pozitivně lze hodnotit rovněž skutečnost,

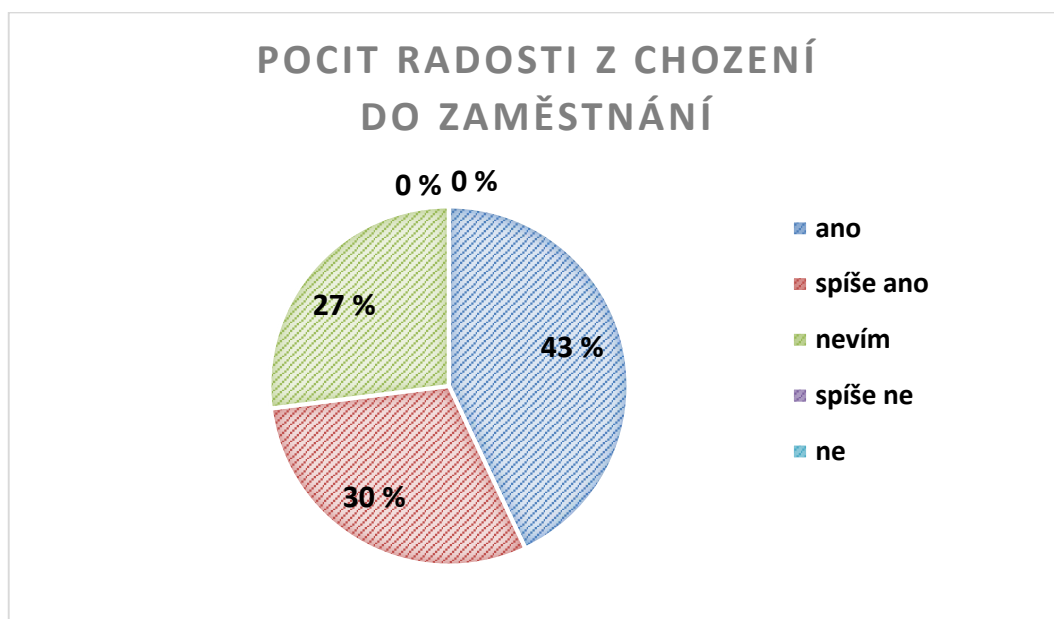
že 25 % respondentů sice označilo vztahy na pracovišti jako smíšené, ale zároveň uvedlo, že s většinou zaměstnanců rádo pracuje, ačkoli se nelze spolehnout na všechny. Zbývajících 26 % zaměstnanců označilo vztahy na pracovišti jako spíše negativní, ale pouze 6 % respondentů vztahy vyhodnocuje jako velmi špatné, kdy s většinou kolegů nespolupracují a dle jejich názoru se na ostatní nelze spolehnout.

Graf 6: Projevy pracovního přetížení u kolegů



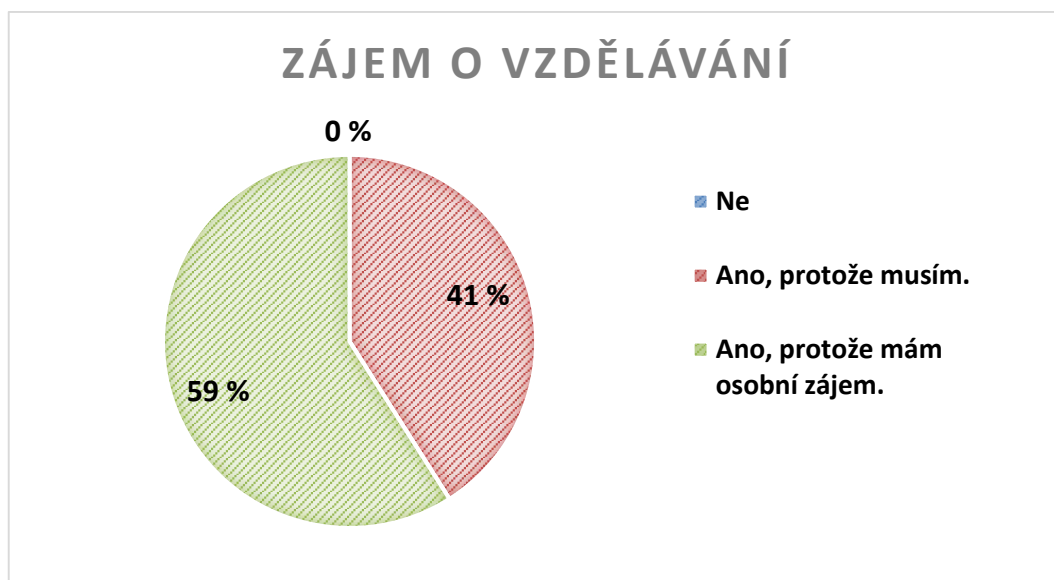
Komentář ke grafu 6. 43 % respondentů se domnívá, že někteří ze spolupracovníků jeví známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo trpí syndromem vyhoření. Tuto skutečnost u svých kolegů nepozoruje 37 % respondentů.

Graf 7: Radost z chození do práce



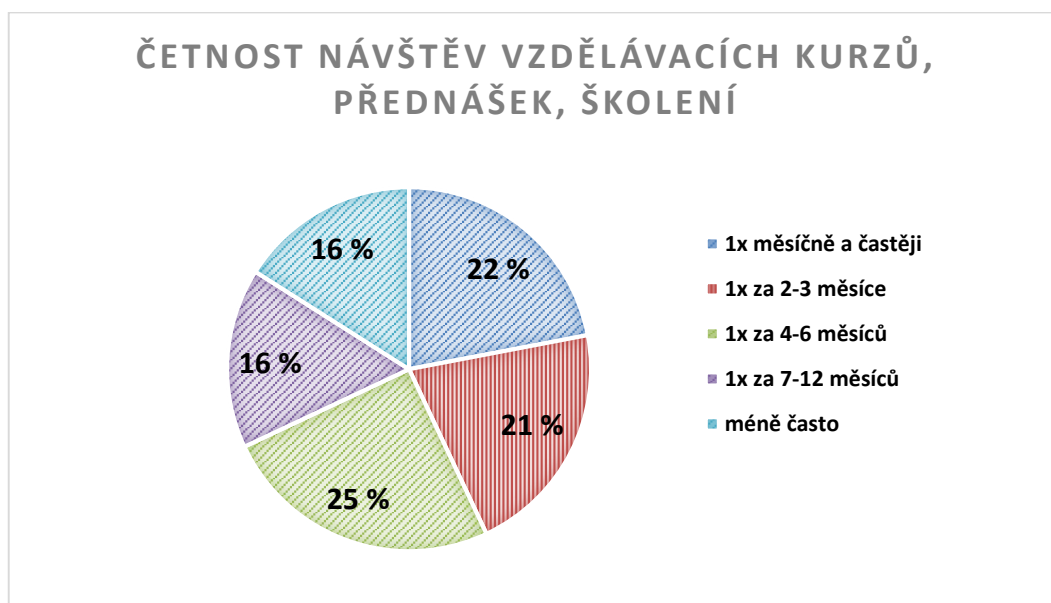
Jako velice pozitivní lze označit skutečnost, že žádný z respondentů neuvědl, že do práce nechodí rád. 27 % dotázaných na danou otázku odpovědělo, že neví, a zbývajících 73 % respondentů chodí do práce rádo.

Graf 8: Aktivní zájem o další vzdělávání



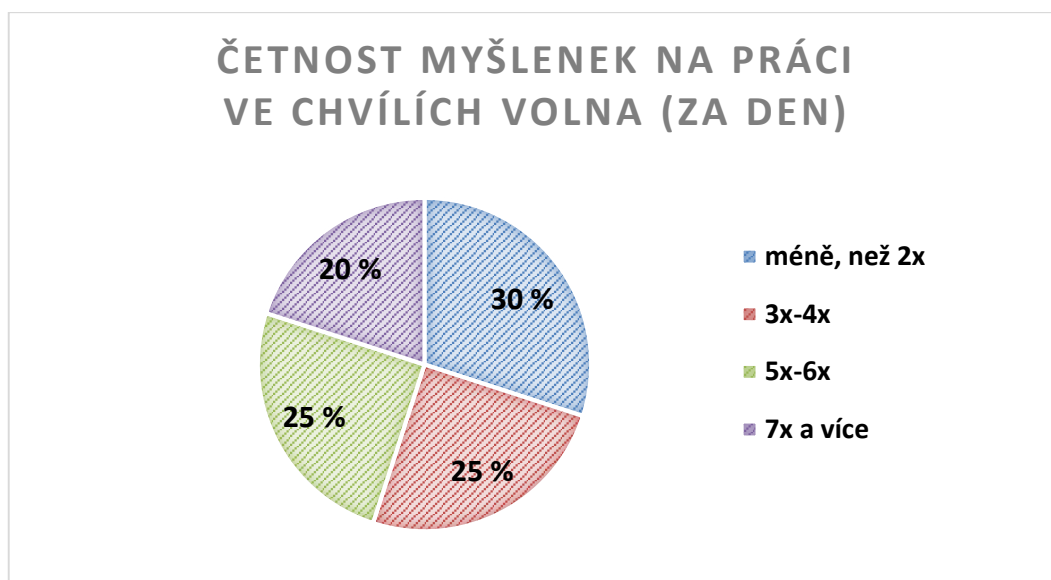
Komentář ke grafu 8. 59 % respondentů odpovědělo, že má osobní zájem o další vzdělávání, 41 % respondentů odpovědělo, že má o vzdělávání zájem, protože musí, a 0 % dotazovaných odpovědělo, že o další vzdělávání zájem nemá.

Graf 9: Četnost návštěv vzdělávacích kurzů, přednášek, školení



Komentář ke grafu 9. Alespoň 1x za půl roku navštíví vzdělávací kurz, přednášku či školení 68 % respondentů, 16 % dotazovaných pak navštíví takovou akci 1x za 7-12 měsíců a stejné procento dotázaných méně často.

Graf 10: Četnost myšlenek na práci ve chvílích volna za den



Poslední z otázek v první části dotazníku průzkumného šetření směřovala k tomu, jak často si respondenti vzpomenou na své zaměstnání v průběhu dne ve svém volném čase. Pětina dotazovaných si na zaměstnání vzpomene 7x nebo vícekrát za den. 25 % dotazovaných si na práci vzpomene maximálně 6x a méně než 2x za den si na zaměstnání vzpomene 30 % respondentů.

7.2 Vyhodnocení druhé části dotazníku – standardizovaný dotazník MBI

Tento dotazník využíval otázky stupnicové komparativní, kdy respondent vybral vyjádření pomocí bodového systému označujícího sílu pocitů, které obvykle prožíval. Respondenti měli možnost vyjádřit odpověď ve stupních 0–7, podle intenzity pocitů. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyčerpání a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

Tab. 1: Rozdělení otázek dotazníku MBI do faktorů

Otázky	Faktor
1,2,3,6,8,13,14,16,20	Emocionální vyčerpání (EE)
5,10,11,15,22	Depersonalizace (DP)
4,7,9,12,17,18,19,21	Osobní uspokojení (PA)

Otázky dotazníku byly dále seřazeny do skupin, které můžeme vidět v tabulce 1.

Tab. 2: Základní statistické charakteristiky nově vytvořených proměnných

	Průměr	Medián	Směr. odchylka
EE_skóre	23,8	25	6,0
DP_skóre	8,4	8	3,3
PA_skóre	20,7	22	8,6

Pro jednotlivé faktory byla vypočítána celková skóre jako součet hodnocení v daném faktoru. Pro všechna měření byla nejprve spočítána přehledová tabulka zachycující průměr, medián a směrodatnou odchylku. Vznikly tak 3 nové proměnné sledující celková skóre za jednotlivé faktory. Toto průměrné hodnocení za jednotlivé faktory můžeme vidět v tabulce číslo 2. Průměrné skóre v případě emocionálního vyčerpání činilo 23,8, v případě depersonalizace 8,4 a v případě osobního uspokojení 20,7.

Celková skóre byla následně rozdělena do tří skupin podle toho, zda se jednalo o nízký, mírný, či vysoký stupeň vyhoření podle následujících pravidel:

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký 0–16 průměrná hodnota = 19,0

Mírný 17–26

Vysoký 27 a více = vyhoření!

Stupeň depersonalizace DP

Nízký 0–6 průměrná hodnota = 6,6

Mírný 7–12

Vysoký 13 a více = vyhoření!

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký 39 a více

Mírný 38–32 průměrná hodnota = 36,8

Nízký 31–0 = vyhoření!

Na základě těchto intervalů bylo možné zjistit četnosti výskytu jednotlivých stupňů ve sledované skupině. Nové proměnné mají označení EE_stupeň, DP_stupeň, PA_stupeň. Rozdělení respondentů do stupňů ohrožení vyhořením vidíme v tabulkách 3 až 5.

Tab. 3: Rozdělení stupňů emocionálního vyčerpání mezi respondenty

	Četnost	Relativní četnost (%)
Nízký	54	68
Mírný	23	30
Vysoký	2	2
Celkem	79	100,0

V kategorii nejvyššího emocionálního vyčerpání jsou 2 respondenti. V kategorii mírného rizika emocionálního vyčerpání se vyskytuje 23 dotázaných a v nejnižší kategorii emocionálního vyčerpání je 54 dotázaných.

Tab. 4: Rozdělení stupňů depersonalizace mezi respondenty

	Četnost	Relativní četnost (%)
Nízký	65	83
Mírný	9	12
Vysoký	5	5
Celkem	79	100,0

V kategorii nejvyššího stupně depersonalizace se vyskytuje 5 respondentů. V kategorii mírného rizika depersonalizace se vyskytuje 5 dotázaných a do nejnižšího stupně depersonalizace náleží 65 respondentů.

Tab. 5: Rozdělení stupňů osobního uspokojení mezi respondenty

	Četnost	Relativní četnost (%)
Nízký	0	0
Mírný	5	6
Vysoký	74	94
Celkem	79	100,0

V kategorii nejvyššího osobního uspokojení se pohybuje 74 dotázaných, ve střední kategorii se vyskytuje 5 respondentů. V kategorii nejnižšího osobního uspokojení je 0 respondentů. Graficky znázorněno v tabulce 5.

7.3 Vyhodnocení hypotéz

Výsledky testování výzkumných hypotéz jsou následující:

Hypotéza č. 1

H₀ = Není žádná statisticky významná závislost mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží.

H_A = Mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží je statisticky významná závislost.

První testovaná hypotéza sleduje vztah depersonalizace a délky praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží. Pro ověření této hypotézy použijeme proměnnou ot. číslo 2 „Jak dlouho pracujete s pacienty s demencí?“ a námi nově vytvořenou proměnnou

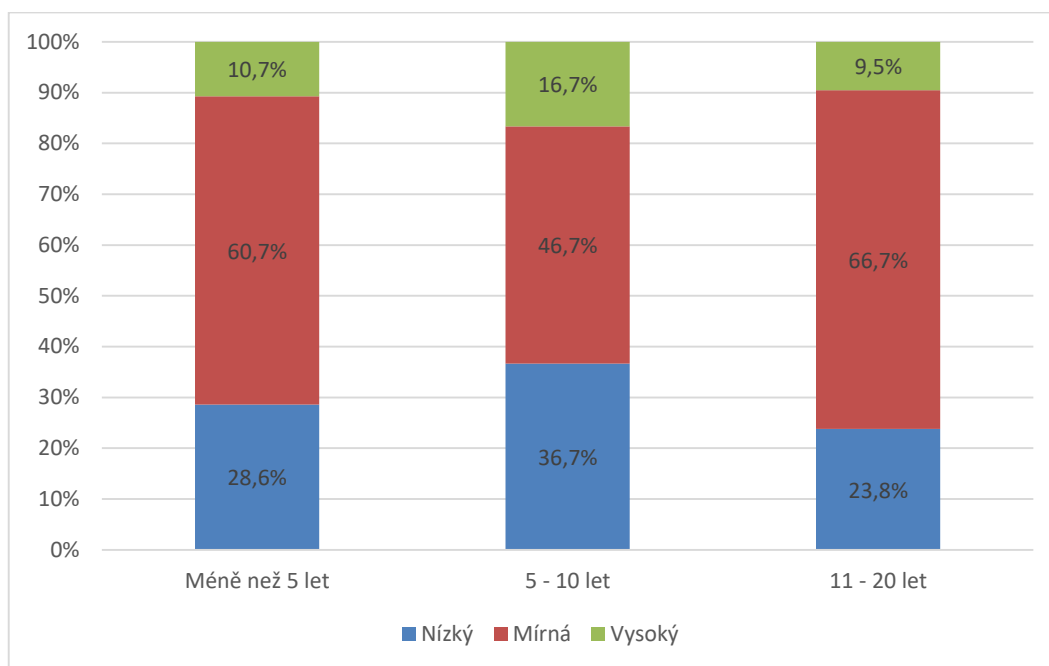
DP_stupeň. Jelikož jsou obě proměnné kategoriálního charakteru, pro ověření jejich vztahu použijeme X^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce. Výslednou kontingenční tabulku vidíme v následující tabulce 6.

Tab. 6: Kontingenční tabulka sledující vztah depersonalizace a délky praxe

		DP_stupeň			Celkem
		Nízký	Mírný	Vysoký	
Jak dlouho pracujete s pacienty s demencí?	Méně než 5 let	8	17	3	28
	5–10 let	11	14	5	30
	11–20 let	5	14	2	21
Celkem		24	45	10	79

V kontingenční tabulce vidíme vztah mezi depersonalizací a délkou praxe s pacienty s demencí. V kategorii vysoké míry depersonalizace (tj. skóre vyšší, než 13 bodů) se nachází 3 respondenti, kteří s pacienty s demencí pracují méně než 5 let, 5 respondentů, kteří s pacienty pracují 5-10 let a 2 dotazovaní, kteří s pacienty pracují 11-20 let. V kategorii mírného stupně depersonalizace (tj. skóre 7-12 bodů) se nachází 17 respondentů, kteří pracují s pacienty s demencí méně než 5 let, a shodně 14 respondentů, kteří pracují s pacienty s demencí 5-10 let či 11-20 let. Nízký stupeň depersonalizace (tj. skóre 0-6 bodů) byl zaznamenán u 8 respondentů pracujících s pacienty s demencí méně než 5 let, u 11 respondentů pracujících s pacienty s demencí 5-10 let a 5 dotazovaných pracujících s pacienty s demencí 11-20 let.

Graf 11: Míra depersonalizace podle délky praxe u osob s demencí



Na Grafu 11 můžeme vidět míru depersonalizace podle délky praxe u osob s demencí. Ve střední kategorii (mírný stupeň depersonalizace) se nachází 60,7 % respondentů pracujících s pacienty s demencí méně než 5 let, 46,7 % respondentů pracujících s pacienty s demencí 5-10 let a 66,7 % respondentů pracujících s pacienty s demencí 11-20 let. Ve spodní kategorii (nízký stupeň depersonalizace) se nachází 28,6 % respondentů z kategorie méně než 5 let, 36,7 % respondentů z kategorie 5-10 let a 23,8 % respondentů z kategorie 11-20 let. V horní kategorii (vysoký stupeň depersonalizace) se nachází 10,7 % respondentů, kteří pracují s lidmi s demencí méně než 5 let, 16,7 % respondentů, kteří pracují s lidmi s demencí 5-10 let, a 9,5 % dotazovaných, kteří pracují s lidmi s demencí 11-20 let.

Na základě provedeného testu ($G = 2,321$; p -hodnota = 0,677), kdy p -hodnota je vyšší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu nezamítáme, tj. neprokázali jsme statisticky významné rozdíly ve stupni depersonalizace u osob s různou délkou praxe u pacientů s demencí.

H_0 = Nemá žádná statisticky významná závislost mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží.

Závěr: výzkumná hypotéza byla potvrzena (dle závěrů z první části dotazníku a dotazníku MBI).

HA = Mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží je statisticky významná závislost.

Závěr: výzkumná hypotéza byla vyvrácena.

Hypotéza č. 2

H0 = Není statisticky významný vztah mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů.

HA = Mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů je statisticky významný vztah.

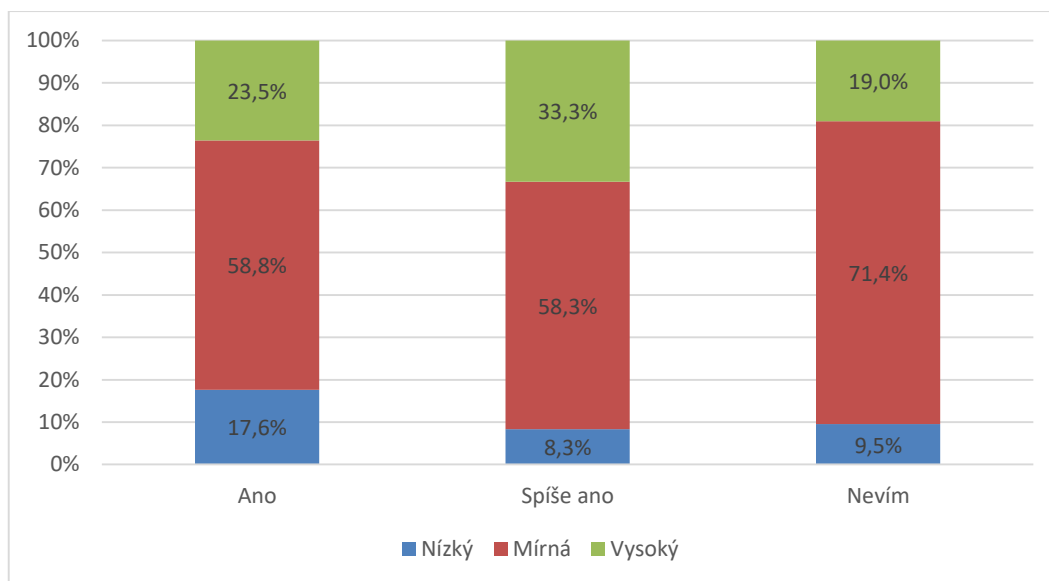
Druhá statistická hypotéza sleduje vztah úrovně emocionálního vyčerpání a spokojeností s prací. Pro ověření existujícího vztahu použijeme proměnnou EE_stupeň a proměnnou ot. 7 „Chodíte do práce rád/ráda?“. Jelikož jsou opět obě proměnné kategoriálního charakteru, pro ověření jejich vztahu použijeme X^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce. Výslednou kontingenční tabulku vidíme v tabulce 7.

Tab. 7: Kontingenční tabulka sledující vztah emocionálního vyčerpání a spokojeností s prací

		EE_stupeň			Celkem
		Nízký	Mírná	Vysoký	
Chodíte do práce rád/ráda?	Ano	6	20	8	34
	Spíše ano	2	14	8	24
	Nevím	2	15	4	21
Celkem		10	49	20	79

V kontingenční tabulce vidíme vztah mezi emocionálním vyčerpáním a spokojeností s prací. V kategorii vysoké míry emocionálního vyčerpání se nachází 8 respondentů, kteří do práce chodí rádi, 8 respondentů, kteří do práce chodí spíše rádi, a 4 respondenti, kteří neví. V kategorii mírného stupně emocionálního vyčerpání se nachází 20 dotazovaných, kteří chodí do práce rádi, 14 dotazovaných, kteří do práce chodí spíše rádi, a 15 dotazovaných, kteří nevědí. V kategorii nízkého stupně emocionálního vyčerpání se nachází 9 respondentů, kteří do práce chodí rádi, 2 respondenti, kteří do práce chodí spíše rádi, a 2 respondenti, kteří neví.

Graf 12: Emocionální vyčerpání podle spokojenosti s prací



Na grafu 12 můžeme vidět relativní četnosti emocionálního vyčerpání podle spokojenosti. Ve střední kategorii (mírný stupeň EE) se nachází 58,8 % respondentů, kteří jsou spokojeni s prací, 58,3 % respondentů, kteří jsou spíše spokojeni s prací, a 71,4 % respondentů, kteří nevědí. Ve spodní kategorii (nízký stupeň EE) se nachází 17,6 % respondentů, kteří jsou spokojeni s prací, 8,3 % respondentů, kteří jsou s prací spíše spokojeni, a 9,5 % respondentů, kteří neví. V horní kategorii (vysoký stupeň EE) se nachází 23,5 % dotazovaných, kteří jsou s prací spokojeni, 33,3 % respondentů, kteří jsou s prací spíše spokojeni, a 19 % respondentů, kteří nevědí.

Na základě provedeného testu ($G = 2,573$; p -hodnota = 0,632), kdy p -hodnota je vyšší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 5 \%$, testovanou hypotézu nezamítáme, tj. neprokázali jsme statisticky významné rozdíly ve stupni emocionálního vyčerpání a spokojenosti s prací.

H_0 = Není statisticky významný vztah mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů.

Závěr: výzkumná hypotéza byla potvrzena (dle závěrů z dotazníku MBI).

H_A = Mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů je statisticky významný vztah.

Závěr: výzkumná hypotéza byla vyvrácena.

Hypotéza č. 3

H0 = Není statisticky významná závislost mezi zájmem o další vzdělávání a stupněm osobního uspokojení.

HA = Mezi zájmem o další vzdělávání a stupněm osobního uspokojení je statisticky významná závislost.

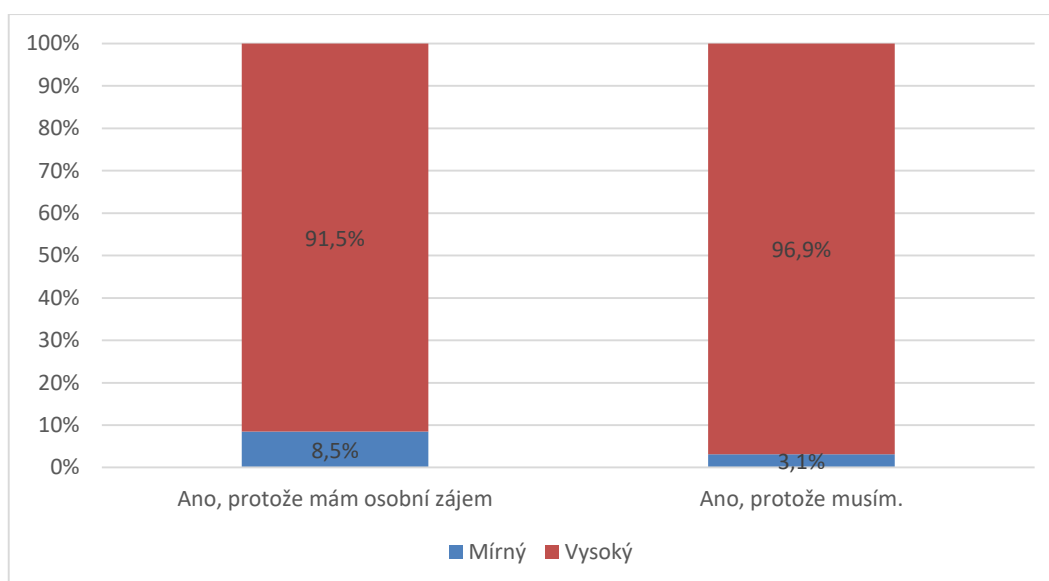
Třetí hypotéza zjišťovala závislost mezi zájmem o další vzdělávání a stupněm osobního uspokojení. Pro ověření této hypotézy použijeme proměnné PA_stupeň a proměnnou ot. 8 „Zajímáte se aktivně o další vzdělávání ve Vašem oboru?“. Opět zde bude použit X^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce.

Tab. 8: Kontingenční tabulka sledující vztah zájmu o další vzdělávání a stupně osobního uspokojení

		PA_stupeň		Celkem
		Mírný	Vysoký	
Zajímáte se aktivně o další vzdělávání ve Vašem oboru?	Ano, protože mám osobní zájem	4	43	47
	Ano, protože musím.	1	31	32
Celkem		5	74	79

V kontingenční tabulce sledujeme vztah zájmu o další vzdělávání a stupně osobního uspokojení. V kategorii vysokého stupně osobního uspokojení se nachází 43 respondentů, kteří mají osobní zájem o další vzdělávání, a 31 respondentů, kteří se vzdělávají, protože musí. V kategorii mírného stupně osobního uspokojení se nachází 4 respondenti, kteří mají osobní zájem o další vzdělávání, a 1 respondent, který se vzdělává, protože musí.

Graf 13: Vztah osobní spokojenosti a zájmu o další vzdělávání



Na grafu 13 vidíme vztah osobní spokojenosti a zájmu o další vzdělávání. Ve vysoké kategorii (vysoký stupeň osobní spokojenosti) je celkem 91 % respondentů, kteří mají osobní zájem o vzdělávání, a 96,9 % respondentů, kteří se vzdělávají, protože musí. Ve spodní kategorii (mírný stupeň osobního uspokojení) se nachází 8,5 % respondentů, kteří mají na dalším vzdělávání osobní zájem, a 3,1 % dotazovaných, kteří se vzdělávají, protože musí.

Výslednou kontingenční tabulku vidíme v tabulce 8. Na základě provedeného testu ($G = 0,931$; p -hodnota = 0,334), kdy p -hodnota je vyšší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 5$ %, testovanou hypotézu nezamítáme, tj. neprokázali jsme statisticky významné rozdíly ve stupni osobního uspokojení a zájmu o další vzdělávání.

H_0 = Není statisticky významná závislost mezi zájmem o další vzdělávání a stupněm osobního uspokojení.

Závěr: výzkumná hypotéza byla potvrzena (dle závěrů z dotazníku MBI).

H_A = Mezi zájmem o další vzdělávání a stupněm osobního uspokojení je statisticky významná závislost.

Závěr: výzkumná hypotéza byla vyvrácena.

Shrnutí hypotéz

V diplomové práci jsou sledovány normativní (průměrné) hodnoty, které jsou získány ze studie Maslach Burnout Inventory (Maslach, 1996).

V dalším kroku proto bude ověřeno, zda průměrné hodnoty získané z našich dat odpovídají těmto obecně uznávaným průměrným hodnotám. Pro ověření shody průměrů získaných dat s výše uvedenými byl proveden jednovýběrový t-test. Testované hodnoty průměrnou budou výše uvedené normativní hodnoty. Testované hypotézy proto jsou ve tvaru:

$$H_0: \mu_{EE} = 19,0; \mu_{DP} = 6,6; \mu_{PA} = 36,8$$

$$H_A: \mu_{EE} \neq 19,0; \mu_{DP} \neq 6,6; \mu_{PA} \neq 36,8$$

Tab. 9: Jednovýběrové t-testy

	Průměr	Normativní hodnoty	Směr. Odchylka	Testové kritérium	P-hodnota
EE_skóre	23,8	19,0	6,0	7,1	0,000*
DP_skóre	8,4	6,6	3,3	4,8	0,000*
PA_skóre	20,7	36,8	8,6	-16,6	0,000*

Pozn. Statisticky významné rozdíly od normativních hodnot na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$

V tabulce 9 můžeme vidět vysoké hodnoty pro jednotlivé faktory emocionálního vyhoření a depersonalizace korespondující s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

8 Diskuse

V této části práce bude proveden výklad zjištěných výsledků, tedy vysvětlení, co uvedená data znamenají, co z nich ve vazbě na výzkumnou otázku vyplývá a jaké jsou závěry a možná opatření pro praxi.

Výzkumný cíl číslo 1: Zjistit souvislosti mezi délkou praxe a mírou depersonalizace.

K tomuto cíli se vztahuje vyhodnocení hypotézy číslo 1 a dále vyhodnocení dotazníkové otázky znázorněné v grafu 2 a 3.

Ze statistického vyhodnocení dat pro ověření hypotézy číslo 1 vyplývá, že není žádná statisticky významná závislost mezi intenzitou depersonalizace a délkou praxe na pracovišti se zvýšenou psychickou zátěží. Tedy že se u tohoto průzkumného vzorku neprokázal vliv délky praxe na míru depersonalizace. Vyhodnocením odpovědí na otázku délky zaměstnání pečujících s pacienty s demencí bylo zjištěno, že téměř 73 % dotázaných pracuje s pacienty s demencí maximálně 10 let, 27 % dotazovaných pak 11-20 let. Žádný respondent nepracuje s pacienty s demencí 21-30 let či více, tedy dlouhodobě, což může poukazovat na náročnost této práce.

Jak uvádí Křivohlavý, (2010, s. 20-27) hlavní roli při vzniku syndromu vyhoření hraje dlouhodobý bezprostřední osobní neuspokojivý kontakt s klienty, případně s kolegy. Lze konstatovat, že problémem může být rovněž skutečnost, že již při přípravě na pomáhající profesi (vzdělávání) se v nedostatečné míře uplatňuje vzdělávání v oblasti práce s emocemi klienta i profesionála samotného. Zaměstnanec pracující s pacienty s demencí je tak často vystaven konfrontaci s emocemi pacienta, aniž by byl v dostatečné míře vybaven dovednostmi potřebnými k jejich sdílení a k jejich následnému bezpečnému zvládnutí.

S tímto výsledkem mohou souviset také výsledky odpovědí na otázku délky zaměstnání v samotném zařízení, kde pouze 5 % dotázaných udává, že pracuje v zařízení, více než 5 let. Naopak 63 % respondentů je zde zaměstnáno krátkodobě, a to méně než 3 roky. 32 % respondentů pak v organizaci pracuje 3-5 let. Z toho lze usuzovat, že v zařízení je poměrně vysoká fluktuace zaměstnanců.

Výzkumný cíl číslo 2: Ověřit souvislosti mezi emocionálním vyčerpáním a spokojeností zaměstnanců v práci.

K tomuto cíli se vztahuje vyhodnocení hypotézy číslo 2 a dále vyhodnocení z grafu 7 a 5.

Ze statistického vyhodnocení dat pro ověření hypotézy číslo 2 vyplývá, že mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání u jednotlivých respondentů není statisticky významný vztah. Žádný z respondentů nevedl, že do práce nechodí rád, což lze označit jako velice pozitivní skutečnost. 27 % respondentů na danou otázku odpovědělo, že neví. To může korespondovat s tím, že většina respondentů vnímá vztahy na pracovišti jako kladné a pouze 6 % dotazovaných vyhodnocuje vztahy jako velmi špatné. Rovněž to může být dáno skutečností, že 73 % respondentů uvedlo pocit radosti z chození do práce (zobrazeno v grafu 5, 7, 12 a v tabulce 7).

Také McFadden (2015) se věnovala problematice syndromu vyhoření u sociálních pracovníků ve Velké Británii. Výzkum byl proveden na Queen's University in Belfast. Prokázal, že nedostatečný dohled nad pracovníky zvyšuje riziko vyhoření. Zúčastnilo se ho 1359 pracovníků pracujících se seniory, převážně žen (83 %). U tohoto výzkumu byl použit dotazník Maslach Burnout Inventory. Výzkum potvrdil vysokou míru emocionálního vyčerpání u většiny pracovníků (73 %) a také vysoký stupeň depersonalizace (26 %), který je spojen s emocionálním zatvrzováním vůči uživatelům služeb. Nicméně téměř všichni pracovníci (91 %) měli vysoké osobní úspěchy. Vedoucí výzkumu McFadden ze School of Social Work at Queen's University uvádí, že i navzdory negativním pocitům brání pocit osobního úspěchu před vyhořením. (McFadden, 2015).

Výzkumný cíl číslo 3: Ověřit korelaci zájmu o vzdělávání s mírou osobního uspokojení v zaměstnání.

K tomuto cíli se vztahuje vyhodnocení hypotézy číslo 3 a dále vyhodnocení grafu 8, 9. Ze statistického vyhodnocení dat pro ověření hypotézy číslo 3 vyplývá, že se neprokázaly statisticky významné souvislosti ve stupni osobního uspokojení a zájmu o další vzdělávání. Tedy, že u tohoto průzkumného vzorku se neprokázal vliv zájmu o vzdělávání na míru osobního uspokojení pečujících. To koresponduje s tvrzením 41 % respondentů, že se o další vzdělávání -nezajímají z vlastní vůle, ale proto, že musí. Daná skutečnost může spíše vypovídat o povinnosti zaměstnanců absolvovat zaměstnavatelem zabezpečené další vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok

(zákon č. 108/2006 Sb. § 116 odst. 9), kterými si pracovníci- obnovují a doplňují- kvalifikaci. Korespondují s tím i odpovědi na otázku týkající se četnosti vzdělávacích kurzů, přednášek a školení. Alespoň 1x za půl roku navštíví vzdělávací akce 68 % respondentů, 16 % dotazovaných pak navštíví takovou akci 1x za 7-12 měsíců a stejné procento dotázaných méně často. Žádný z dotazovaných neuvedl, že nemá zájem o další vzdělávání. (zobrazeno v grafu 8, 9, 16 a v tabulce 8).

Výzkumný cíl číslo 4: Zjistit, zda pečující o pacienty s demencí vykazují známky zvýšené psychické zátěže.

K tomuto cíli se vztahují grafy 1, 2, 3, 5, 6 a vyhodnocení MBI dotazníku z tabulky 9, kde můžeme vidět hodnoty pro jednotlivé faktory emocionálního vyčerpání a depersonalizaci korespondující se stupněm syndromu vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují se syndromem vyhořením nízké hodnoty.

Z průzkumného šetření je patrné, že u všech faktorů týkajících se tohoto vzorku je riziko syndromu vyhoření vyšší než u obecného vzorku. Z uvedeného průzkumného šetření je zřejmé, že je zaznamenán vyšší stupeň emocionálního vyčerpání, depersonalizace a nižší stupeň osobního uspokojení. K této otázce se vyjádřilo i 43 % respondentů, kteří se domnívají, že někteří ze spolupracovníků jeví známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo trpí syndromem vyhoření. Dále 26 % zaměstnanců označilo vztahy na pracovišti jako spíše negativní a 6 % respondentů vztahy vyhodnocuje jako velmi špatné, kdy s většinou kolegů nespolupracují a dle jejich názoru se na ostatní nelze spolehnout. To může poukazovat na skutečnost, že subjektivní vnímání zátěže je jiné než hodnocení projevů „zvenku“, druhou osobou. Dále to může být podpořeno skutečností, že syndrom vyhoření provází celá řada příznaků, které jsou velmi obecné, proto lze syndrom vyhoření, zejména v počátku, velmi těžko rozeznat. Dále může hrát roli skutečnost, že vznik syndromu vyhoření je vždy podmíněn souhrou charakterových vlastností jedince a vnějších podmínek. Každého postiženého tyto podmínky ovlivňují jinou měrou.

Téměř 73 % respondentů pracuje s pacienty s demencí maximálně 10 let, 27 % dotazovaných pak 11-20 let. Žádný respondent nepracuje s pacienty s demencí 21 a více let, tedy dlouhodobě. Tato skutečnost nekorresponduje s věkovým rozložením respondentů z grafu 1, kde 75 % dotazovaných je starších 31 let. To může být dáno náročností zaměstnání, kterým péče o pacienty s demencí jistě je. Jak uvádí Schuler a Oster, (2010, s. 74-76)

dementní člověk se nedokáže přizpůsobit, naopak pečující by se měli snažit vycházet vstřícně dementním pacientům. Často se také stává, že je pečováno o nepravého neboli že spíše než dementní pacient mají problémy jeho rodinní příslušníci. Nejčastějším problémem pro ošetřující personál není kognitivní výkon pacienta, ale poruchy jeho chování. (Schuler a Oster, 2010, s. 74-76)

Všechny tyto skutečnosti kladou vysoké nároky na zaměstnance v pomáhajících profesích. Na druhé straně může toto průzkumné šetření odrážet skutečnost, že respondenti mohli pracovat na zcela jiné pracovní pozici nebo jejich zaměstnání bylo rovněž pečujícího charakteru, avšak s jinou klientelou. Dále z průzkumného šetření vyplynulo, že pouze 5 % respondentů pracuje v zařízení, ve kterém byl dotazník distribuován, více než 5 let. Naopak 63 % respondentů je zde zaměstnáno krátkodobě, a to méně než 3 roky. Z toho lze usuzovat, že v zařízení je poměrně vysoká fluktuace zaměstnanců. To opět může souviset s náročností povolání, zejména z pohledu psychického zatížení (stresu) a vyššího rizika syndromu vyhoření, - zároveň je možné usuzovat, že této skutečnosti odpovídá celorepubliková situace v sociálních službách.

Na tuto situaci upozorňuje prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a současně prezident Evropské sítě stárnutí Jiří Horecký. Dle jeho vyjádření má Česká republika podprůměrné, nedostatečné kapacity sociálních služeb v porovnání s většinou evropských zemí, ale i vysokou míru neuspokojené poptávky po těchto službách. Varuje, že je to otázka příštích 10 let, kdy přijde kolaps sociální péče v ČR. Závislost poskytovatelů na přiznání dotací ze státního rozpočtu brání potřebnému rozvoji sociálních služeb. Zvláště v případě soukromých poskytovatelů sociálních služeb dochází vlivem regulačních mechanismů státu k tomu, že tato zařízení většinou nedostávají vůbec žádné státní dotace. Nedostatečná úroveň odměňování má za důsledek, že se řada poskytovatelů sociálních služeb potýká s nedostatkem kvalitních zaměstnanců. Tato skutečnost se promítá do prodlužování čekací doby na umístění v pobytových zařízeních. Sociální služby se dostatečně nerozvíjejí, a hlavně podpora pro pečující- osoby je ze strany státu -nedostatečná. (APSS, 2019)

Syndrom vyhoření je v současné době velmi rozšířené téma. Byla provedena řada studií zaměřujících se právě na problematiku vyhoření. Například McFadden (2015) se věnovala problematice syndromu vyhoření u sociálních pracovníků ve Velké Británii. Výzkum, který byl proveden na Queen's University in Belfast, prokázal, že nedostatečný dohled nad pracovníky zvyšuje riziko vyhoření. Zúčastnilo se jej 1359 pracovníků pracujících

se seniory. Výzkumu se účastnily převážně ženy (83 %) a u tohoto výzkumu byl použit dotazník Maslach Burnout Inventory. Výzkum potvrdil vysokou míru emočního vyčerpání u většiny pracovníků (73 %) a také vysoký stupeň depersonalizace (26 %), který je spojen s emočním zatvzováním vůči uživatelům služeb. Nicméně téměř všichni pracovníci (91 %) měli vysoké osobní úspěchy. Vedoucí výzkumu McFadden ze School of Social Work at Queen's University uvádí, že i navzdory negativním pocitům brání pocit osobního úspěchu před vyhořením. (McFadden, 2015)

Španělský výzkum (Sanchez-Moreno et al., 2015) zabývající se problematikou syndromu vyhoření uvádí analýzu vztahu mezi vyhořením, neformální sociální podporou a psychickým utrpením (Burnout, Informal Social Support and Psychological Distress among Social Workers). Průřezové studie se zúčastnilo 189 sociálních pracovníků z veřejných sociálních služeb z Madridu. Ve výzkumu byl použit sociodemografický dotazník, Maslach Burnout Inventory a Goldbergův dotazník o všeobecném zdraví. Výsledky ukazují, že více než polovina respondentů (55,6 %) měla vysokou míru emocionálního vyčerpání. Prokazují, že pozitivní vliv na sociální oporu pracovníka mají rodina, přátelé, spokojenost v partnerském vztahu a frekvence kontaktu s dětmi. Dále výsledky dokládají, že míra psychického vyčerpání je nižší u pracovníků, kteří vykonávají svou profesi v organizacích s vyšším počtem zaměstnanců.

Na závěr diskuze lze za velice pozitivní skutečnost označit to, že žádný z respondentů nevedl, že do práce nechodí rád, 27 % dotazovaných na danou otázku odpovědělo, že neví, a zbývajících 73 % respondentů chodí do práce rádo. To může korespondovat se zjištěním, že většina respondentů vnímá vztahy na pracovišti jako kladné. Rovněž to může být dáno skutečností, že respondenty jejich zaměstnání baví a naplňuje.

9 Závěr

Předložená diplomová práce se zabývala tématem psychické zátěže pečujících o pacienty s demencí. Téma bylo vybráno, nejen proto, že problematika demence je velice náročná, ale především proto, že se se stále větší naléhavostí stává tématem celospolečenským, které se do budoucna bude týkat stále většího počtu lidí. Společnost by měla být dostatečně připravena nejen na to, jakým způsobem o tyto pacienty pečovat a jak k nim přistupovat, ale měla by se zaměřit také --na to, jak jim zajistit odbornou kvalifikovanou péči.

Předložená diplomová práce se zabývala tématem psychické zátěže pečujících o pacienty s demencí. Téma bylo vybráno, protože problematika demence je velice náročná. Společnost by měla být dostatečně připravena na to, jakým způsobem o tyto pacienty pečovat, jak k nim přistupovat a jak hlavně zajistit odbornou kvalifikovanou péči.

Lidé, kteří pracují s klienty s demencí, zastávají práci, o níž se dá říci, že je náročnější, než mnohá jiná zaměstnání, neboť propojuje více profesí. Základním předpokladem pro poskytování kvalitních služeb pacientům s demencí je angažovanost pracovníka, emocionální rovnováha. Je potřeba určité dávky vůle a profesionality, což je citově velice vyčerpávající. Zároveň je nutné zmínit, že syndrom vyhoření postihuje jedince, kteří právě vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení a očekávají, že jim práce poskytne smysl života. Čímž vzniká značné riziko syndromu vyhoření. (Hrozenková, 2013, s. 125-135)

Tato diplomová práce se blíže zaměřila na skutečnost, do jaké míry zaměstnanci pečující o pacienty s demencí, vnímají psychickou zátěž ve svém zaměstnání. Práce byla rozdělena na dvě části. První, teoretická část, charakterizovala základní pojmy, jako jsou stáří, demence, stres a syndrom vyhoření. Zvláštní kapitola byla věnována tématu psychické zátěže pracovníků u pacientů s demencí. Z tohoto záměru vzešla potřeba ověřit tyto teoretické informace. V praktické části práce tedy bylo cílem zmapovat psychickou zátěž pečujících o pacienty s demencí.

Z výzkumu vyplývá, že mezi zaměstnanci uvedené organizace existují tací, kteří jsou více ohroženi rizikem syndromu vyhoření. Což je zřejmé z výsledků dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI). Pečující o pacienty s demencí tak vykazují vyšší stupeň emocionálního vyčerpání, depersonalizace a nižší stupeň osobního uspokojení. Zároveň se nepotvrdila souvislost mezi spokojeností s prací a stupněm emocionálního vyčerpání, depersonalizací

a délkou praxe na pracovišti. Korelace se neprokázala ani mezi stupněm osobního uspokojení a zájmem o další vzdělávání. Téměř polovina respondentů se domnívá, že někteří ze spolupracovníků jeví známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo trpí syndromem vyhoření. To může poukazovat na skutečnost, že subjektivní vnímání zátěže je jiné, než hodnocení projevů „zvenku“, druhou osobou. Pozitivně lze hodnotit skutečnost, že téměř polovina respondentů vnímá vztahy na pracovišti jako kladné, kdy se na sebe kolegové mohou navzájem spolehnout a rádi spolu spolupracují.

Ze závěrů týkající se délky praxe lze usuzovat, že v zařízení je poměrně vysoká fluktuace zaměstnanců. To může souviset s náročností povolání zejména z pohledu psychického zatížení (stresu) a vyššího rizika syndromu vyhoření a náročnosti péče u pacientů s demencí. Zároveň je možné usuzovat, že této skutečnosti odpovídá celorepubliková situace v sociálních službách. Nedostatečná úroveň odměňování poskytovatelů sociálních služeb ze strany státu vede k tomu, že se většina zařízení potýká s nedostatkem počtu pracovníků, sociální služby se nerozvíjejí a hlavně podpora pečujících osob ze strany státu je nedostatečná.

V zahraničí se rozšířil koncept tzv. „péče o pečující“ (care for caregivers), který se výrazně podílí na celkovém zlepšení péče o pacienty s demencí a jejich pečovatele. Protože pokud platí ono metaforické: „co jednomu se stane, všem se stane“ v negativním smyslu slova, neklid pacienta se přenáší na pečovatele a obráceně, tak to platí dvojnásob i v pozitivním směru. (Rusina, 2010, s. 18-19)

Základním předpokladem pro poskytování kvalitních služeb pacientům s demencí je angažovanost pracovníka. Musí mít motivaci pracovat s klienty, pomáhat jim a aktivně se angažovat v jejich každodenním životě. Na druhé straně důsledky pracovního stresu mohou být chronické a závažné jak pro pracovníka, tak pro pacienta a organizaci. Vedení organizace by se tak ve svých cílech mělo zaměřit na snižování stresu u svých zaměstnanců. Z průzkumu vyplívá, že uvedená organizace cílí na prevenci syndromu vyhoření mimo jiné existencí programu vzdělávání. Tato skutečnost pak může v důsledku vést ke zvýšení kvality péče o pacienty s demencí a samotné péče o pečující.

Na základě vyhodnocených výsledků průzkumného šetření byla navržena tato opatření.

Mým návrhem do praxe by bylo zaměřovat se hlavně:

- **Vzdělávání managementu organizace.**

Zaměřit se na vzdělávání v této problematice - v oblasti stresu, syndromu vyhoření, psychohygieny a v konceptu péče o pečující.

- **Navázání spolupráce s odborníkem v této problematice (supervizorem).**

Pro poskytování zdrojů pro snížení psychické zátěže, by bylo určitě přínosné zajistit u všech zúčastněných včetně vedení zařízení supervizní setkání.

- **Preventivními opatřeními ze strany organizace pro pečující.**

Posílit standardy kvality, která by rovněž měla obsahovat problematiku prevence syndromu vyhoření. Dále zavedení systému zácviku nových pracovníků, nasazení více pracovníků v náročných programech se skupinami klientů, omezení administrativní zátěže, v harmonogramu práce zaměstnanců zavést kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, které nezahrnují pouze práci s klientem. Posílení rozhodovací pravomoci zaměstnanců. V neposlední řadě podpora pozitivního klimatu na pracovišti a systematické odstraňování překážek v práci.

- **Preventivní opatření ze strany pečujících.**

Důležitým činitelem v prevenci je psychohygiena (pravidla sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševní rovnováhy). K základním pravidlům patří zdravý životní styl, správná životospráva, dostatek spánku a fyzické aktivity, vyhýbání se alkoholu, nikotinu a drogám. Podstatné je také aktivní trávení volného času a dostatek sociálních opor v okolí (rodina, partner). Dále sebevzdělávání v oblasti rizik a prevence syndromu vyhoření, péče a rizikové faktory u pacientů s demencí.

Limity průzkumu

V této podkapitole bych chtěla upozornit na jistá omezení tohoto prezentovaného průzkumu. Stanovení limitů tohoto výzkumu může být přínosné pro jiné průzkumy, které budou na toto téma realizovány do budoucna. Limitem prezentovaného průzkumu byla nemožnost srovnání dat, neboť tento indikátor je sledován pouze v jednom zařízení. Bylo by vhodné realizovat rozsáhlejší průzkum a zaměřit se např. na domovy se zvláštním režimem daného kraje/regionu a pečujících, což by umožňovalo větší porovnání. Limitován byl i sběr dat. Je možné, že v několika případech mohlo docházet k ovlivnění odpovědí, neboť oslovení respondenti vyplňovali dotazníky s vědomím, že budou použity v diplomové práci jejich nadřízené. Důležitou roli hrálo období, v které byla data pro sběr dotazníků sledována, v této době došlo v zařízení k provedení dvou neplánovaných kontrol ze strany externích subjektů.

10 Bibliografické citace

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.

ČALS. Alzheimerova choroba. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016, 22. 1. 2016 [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4739-014.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2011. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HÁJKOVÁ, Lucie, Dana HRADCOVÁ, Hana JANEČKOVÁ, Martina MÁTLOVÁ a Hana VAŇKOVÁ. *Komplexní péče o lidi s demencí: na příkladu kritérií Certifikace Vážka®*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-48-8.

HAUKE, Marcela a kol. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HINDLS, Richard a kol. *Statistika pro ekonomy*. 7. vyd. Praha: Professional Publishing, 2006. 415 s. ISBN 80-86946-16-9.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, podpora a péče lidem postiženým syndromem demence* [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000390.pdf?seek=1455023161>.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.

- HOLMEROVÁ, Iva, Jiří HORECKÝ a Petr HANUŠ. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. ISBN 978-80-906320-2-8.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-076-1004-8.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KLEVETOVÁ, Dana. Hodnocení bolesti u osob s demencí. In: *Zdravi.euro.cz: Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha: Mladá fronta, 2010, 9. 7. 2010 [cit. 2018-10-19]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/hodnoceni-bolesti-u-osob-s-demenci-453243>.
- KLÍMOVÁ, Jarmila a Michaela FIALOVÁ. *Proč (a jak) psychosomatika funguje*. Praha: Progressive consulting. v.o.s., 2015. ISBN 978-80-260-8208-8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4736-044.
- KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Přeložila Lucie Simonová. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1184-6.
- LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. *Chorobné znaky a příznaky 2: 35 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 32 kapitolách s prologem a epilogem*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3728-7.

LUŽNÝ, Jan. Hodnocení bolesti u klientů se středně těžkou a těžkou demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, 4(4), 678-683 [cit. 2018-11-01]. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/5_luzny.pdf. ISSN 1804-2740.

MCCORMAC, Nancy a Catherine COTTER. *Managing Burnout in the Workplace*. Cambridge: Chandos Publishing, 2013. ISBN 978-1-84334-734-7.

MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Přeložil Daniel Micka. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.

MASLACH, Christina. *The truth about burnout syndrome*. San Francisco: Jossey-Bass, 1997. ISBN 0-7879-0874-6.

MASLACH, Christina, JACKSON, Susan E. a Michael LEITER. *Maslach Burnout Inventory*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996. ISBN 13 978-9996345777.

MÁTL, Ondřej, Martina MÁTLOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Zpráva o stavu demence*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.

MCFADDEN, Paula. *Measuring burnout among UK social workers: A Community Care study* [online]. Belfast: Queen's University Belfast, 2015 [cit. 2019-04-25]. Dostupné z: <http://www.qub.ac.uk/sites/media/Media,514081,en.pdf>.

MZ ČR. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016 – 2019* [online]. Praha: MZ ČR, 2016 [cit. 2018-05-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=28542&typ=application/pdf&nazev=Národní_akční_plán_pro_Alzheimerovu_nemoc_a_další_obdobná_onemocnění_na_léta_2016_-_2019.pdf.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl – učebnice pro sociální činnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-247-3709.

PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8474-8.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

POKORNÁ, Andrea. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

POTTER, Beverly. *Overcoming job burnout*. Oakland: Ronin Publishing, Inc., 2005. ISBN 157951-074-4.

PREIS, Miriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

RABOCH, Jiří a Radek PTÁČEK. Stres, deprese a životní styl v ČR. *Acta medicae* [online]. 2015, **4**(5) [cit. 2019-04-22], 78-81. Dostupné z: <http://www.actamedicinae.cz>. ISSN 1805-398X.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

RUSINA, Robert, Kateřina RUSINOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. Léčba pokročilé demence – paliativní přístup. *Neurologie pro praxi* [online]. 2010, **11**(1), 16-19 [cit. 2018-08-13]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/01/06.pdf>. ISSN 1803-5280.

SHEARDOVÁ, Kateřina, Daniel HUDEČEK, Olga HROMKOVÁ, Rafal MARCINIAK a Jakub HORT. Alzheimerova nemoc jako neuropatologické kontinuum v klinické praxi. Jak jsme se v praxi zdokonalili v diagnóze od roku 1984 a proč stále nemáme kauzální terapii? *Neurologie pro praxi* [online]. 2016, **17**(5), 305-309 [cit. 2019-01-12]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2016/05/07.pdf>. ISSN 1803-5280.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.

SANCHEZ-MORENO, E. et al. Burnout, Informal Social Support and Psychological Distress among Social Workers. *British Journal of Social Work* [online]. 2015, **45**(8), 2369–2386 [cit. 2019-04-25]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/bjsw/article-lookup/doi/10.1093/bjsw/bcu084>. ISSN 0045-3102.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.

Strategic Plan (2016-2020). *Alzheimer-europe.org* [online]. Luxembourg: Alzheimer Europe, 2016, 20. 1. 2016 [cit. 2019-01-01]. Dostupné z: <https://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Our-work/Strategic-Plan-2016-2020>.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 97880-271-9673-9.

VACÍNOVÁ, Marie, Dobromila TRPIŠOVSKÁ a Marie FARKOVÁ. *Psychologie*. Vyd. 2., rozš. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-7452-008-2.

VEGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

WIJA, Petr. Dementia: prioritní pro systém zdravotnictví (zpráva WHO): Dementia: A public health priority (WHO report). *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2012, **63**(2012) 31. 12. 2012 [cit. 2018-11-12]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/system/files/63_12.pdf.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

11 Seznam příloh

Příloha 1 Psychosomatika

Příloha 2 Dotazník

Příloha 3 Klíč k dotazníku MBI

Příloha 1 Psychosomatika

Psychosomatika vychází z existence vztahu mezi tělesnou a duševní stránkou jedince. Stav tělesné schránky ovlivňuje psychický stav jedince, a naopak psychické procesy ovlivňují fyzickou stránku. V kapitole věnující se stresu a syndromu vyhoření byly uvedeny somatické projevy těchto „nemocí“ v případě, že nejsou včas učiněna určitá opatření zamezující jejich propuknutí.

Co je psychosomatika?

Psychosomatika (Nováková, 2011, s. 76) je moderní mezioborový přístup medicíny v péči o lidské zdraví, který se ve světě rozvíjí od 70. let 20. století. Podstatou tohoto konceptu je komplexní pohled na zdraví člověka. Jak již bylo řečeno, psychosomatika se zabývá současně tělesným stavem člověka i jeho psychikou a sleduje interakce tělesného a duševního zdraví v celém spektru nemocí napříč medicínou. Zdůrazňuje nezbytnost celostního, komplexního pohledu na člověka ve zdraví a nemoci. Psychosomatika se zabývá vztahy mezi tělesným stavem a psychikou člověka, které nevnímá jako dvě oddělené oblasti, ale jako propojené a navzájem se neustále ovlivňující systémy.

Další oblast (tamtéž, s. 77), kterou psychosomatika sleduje, je přírodní a sociální prostředí, ve kterém se člověk nachází. Tento přístup k člověku označuje jako bio-psycho-sociální. Psychosomatika tak ve své podstatě sleduje, aby v problematice zdraví a nemoci byly brány v úvahu stejně vážně jak faktory biologické, tak i faktory psychologické a sociální, a to v případě všech nemocí.

Na psychosomatiku lze nahlížet z několika úhlů pohledu. Nejširší pojetí psychosomatiky předpokládá, že člověk ve zdraví a v nemoci představuje jednotu psychického a somatického se svým prostředím, v užším pojetí jsou předmětem psychosomatiky somatické poruchy a choroby, u kterých se v etiopatogenezi², průběhu či prevenci onemocnění výrazněji uplatňují psychosociální faktory a onemocnění, která souvisejí s nevhodným životním stylem a vzorci chování. V nejužším pojetí psychosomatiky se jedná o psychosomatické syndromy či onemocnění, u nichž psychosociální faktory mají své pevné a někdy i charakteristické místo, nebo se jejich vliv předpokládá jako podstatný.

² Etiopatogeneze je soubor příčin a mechanismů, které vedou ke vzniku a rozvoji nemoci.

Psychosomatická onemocnění

Každá nemoc má svoji somatickou a psychickou složku. Současná medicína označuje tato onemocnění jako psychosomatická onemocnění. K nejčastějším (Nováková, 2011, s. 78) psychosomatickým onemocněním patří hypertenze, ischemická choroba srdeční, bronchiální astma, vředová choroba žaludku a dvanácterníku, některé kožní nemoci. Při jejich propuknutí, zhoršení, recidivě i ústupu se silně uplatňují psychické vlivy. K významným psychologickým faktorům, které mohou mít vliv na vznik a průběh onemocnění, patří rysy osobnosti, citové napětí, období dětství, strach a úzkost, porucha adaptačních mechanismů, převážně stres. Rysy osobnosti jsou rozdílné a podmiňují typické reagování na nemoc. Předpokládá se, že např. astmatik má specifický rys osobnosti, i naopak specifický profil osobnosti může vést k psychosomatickému onemocnění. Citové napětí může být krátkodobé, přechodné nebo trvalé. Pokud je trvalé, způsobuje dráždění vegetativního nervového systému, které se odráží do zvýšeného vnitřního napětí, dlouhodobého stresu, konfliktů. Strach a úzkost jsou citové stavy, které navozují jednání směřující k obraně či úniku před očekávaným ohrožením nebo k celkovému ochromení a neschopnosti cokoliv udělat.

Na základě dlouhodobých výzkumů (Zacharová, 2007, s. 41), které byly prováděny u nemocných s ischemickou chorobou srdeční, bylo potvrzeno, že častěji onemocní jedinci, kteří žijí aktivním, uspěchaným stylem života, soutěživí a bojovní, s cílem dosáhnout rychlého úspěchu, silně zaujatí svým povoláním, netrpěliví, neklidní, chronicky se přetěžující, kteří zanedbávají ostatní oblasti života a neuznávají odpočinek.

Při léčbě (Zacharová, 2007, s. 42) psychosomatických onemocnění je nutno dodržovat komplexní přístup, tj. vedle somatické léčby mnohdy volit i správnou psychoterapii.

Příloha 2 Dotazník

Dobrý den, ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí výzkumu v mé diplomové práci na téma „Psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí“. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou zveřejněny pouze v mé práci. Prosím viditelně označte pouze jednu odpověď, pokud v zadání není uvedeno jinak. Případné další poznámky a názory prosím napište na druhou stranu tohoto dotazníku. Předem děkuji, za Vaši spolupráci.

1. Jaký je Váš věk?

- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 a více let

2. Jak dlouho pracujete s pacienty s demencí?

- Méně než 5 let
- 5 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 a více let

3. Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?

- Méně než 1 rok
- 1 – 3 let
- 3 – 5 let
- 5 – 8 let
- 8 a více let

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- nelékařský zdravotnický pracovník
- staniční nebo vedoucí pracovníků v sociálních službách
- pracovník v sociálních službách
- sociální pracovník

5. Jak byste popsal/a Vaše vztahy na pracovišti?

- Máme kladné vztahy, rád/a se všemi spolupracuji, můžeme se na sebe spolehnout.
- Máme smíšené vztahy, rád/a pracuji s většinou ostatních zaměstnanců, ale nemůžu se spolehnout na všechny.
- Máme horší vztahy, mám užší okruh lidí, se kterými spolupracuji rád/a, vždy si raději vše překontroluji nebo udělám sám/a.
- Máme mezi sebou špatné vztahy, s většinou ostatních spolupracuji jen z nutnosti, na ostatní se nemohu spolehnout.

6. Myslíte si, že někteří z Vašich spolupracovníků jeví známky pracovního přetížení, chronického stresu nebo syndromu vyhoření?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

7. Chodíte do práce rád/ráda?

- Ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Ne

8. Zajímáte se aktivně o další vzdělávání ve Vašem oboru?

- Ano, protože mám osobní zájem.
- Ano, protože musím.
- Ne

9. Jak často navštěvujete vzdělávací kurzy, přednášky, školení?

- 1x měsíčně a častěji
- 1x za 2 – 3 měsíce
- 1x za 4 – 6 měsíců
- 1x za 7 – 12 měsíců
- Méně často

10. Kolikrát za den si vzpomenete na práci ve chvílích vašeho volna?

- Méně než 2x
- 3x – 4x
- 5x – 6x
- 7x a více

MBI

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

1.	Práce mne citově vysává.	
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.	
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7.	Jsem schopen/schopna účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8.	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
9.	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji.	
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.	
11.	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	
12.	Mám stále hodně energie.	
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.	
15.	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18.	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.	
19.	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého.	
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22.	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

Příloha 3 Klíč k dotazníku MBI

Maslach Burnout Inventory

Je nejznámější dotazník ke zjišťování výskytu syndromu vyhoření u exponovaných profesí. Má tři faktory. Dva z nich jsou negativně laděné - emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně - osobní uspokojení z práce. Pocity se hodnotí jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly) a vyhodnocuje se celkový skóre pro jednotlivé faktory.

MBI – Jednotlivé dimenze dotazníku

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

(**PE** Někteří autoři, vyčleňují ještě - Fyzické vyčerpání (Physical Exhaustion), většina je započítává do EE)

Vyhodnocení dotazníku

Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí, a nezjišťuje se celkový skóre. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký 0 - 16

Mírný 17 - 26

Vysoký 27 a více = vyhoření!

průměrná hodnota = 19,0 vzorek 1 22,0 %, vzorek 2 21,8 %

Stupeň depersonalizace DP

Nízký 0 - 6

Mírný 7 - 12

Vysoký 13 a více = vyhoření!

průměrná hodnota = 6,6 vzorek 1 8,0 %, vzorek 2 13,7 %

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký 39 a více

Mírný 38 - 32

Nízký 31 - 0 = vyhoření!

průměrná hodnota = 36,8 vzorek 1 34 %, vzorek 2 45,8 %

Normativní (průměrné) hodnoty uvedené v tabulce jsou získány ze studie: Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from MBI-Human Services Survey by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1996 by Consulting Psychologists Press,

Literatura:

(1) <http://www.lib.niu.edu/ipo/ip010725.html>

(2) Higashiguchi K. a kol.: Burnout and Related Factors among Hospital Nurses. J.Occup Health, 1999, 41, 215 - 224