

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Andrea Müllerová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Problematika Burn-out u NLZP pečujících o klienta s Alzheimerovou demencí

Andrea Müllerová

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Andrea Müllerová**
Osobní číslo: **Z17433**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Problematika Burn – out u NLZP pečujících o klienta s Alzheimerovou demencí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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 pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.
- PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
- PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Ivana Duková**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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 moji 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), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 15. 07. 2020

Andrea Müllerová

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych velice ráda poděkovala mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Mgr. Ivaně Dukové za veškerou pomoc a ochotu, kterou mi poskytla.

Nadále také všem, kteří byli ochotni zúčastnit se mého průzkumného šetření, a to především nelékařským zdravotnickým pracovníkům, jak z nemocnic [REDAKCE], tak i pracovníkům z domovů se zvláštním režimem. Mé velké díky patří i mému příteli a rodině, kteří mne po dobu studia velice podporovali.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku burnout syndromu u NLZP, kteří pečují o klienty s Alzheimerovou demencí. V teoretické části je popsána definice, rizikové faktory, fáze, příznaky syndromu vyhoření a také strategie zvládnání zátěže. Dále je zde uvedena charakteristika, příčiny, příznaky, vyšetřovací metody, léčba a péče o klienta trpícího Alzheimerovou demencí. Praktická část popisuje metodiku průzkumu, sběr dat od NLZP, kteří přichází do styku s těmito klienty a následné zhodnocení. Průzkum je tvořen na základě dvou dotazníků. První část dotazníku určuje míru výskytu syndromu vyhoření a druhá část je zaměřena konkrétně na problematiku burnout v péči o klienta s AD. Výstupem praktické části této bakalářské práce je vytvoření edukačního materiálu v oblasti supervizí.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alzheimerova demence, demence, prevence, syndrom vyhoření, specifika péče, supervize

TITLE

Burnout syndrome in non-medical healthcare staff taking care of clients with alzheimer's dementia.

ANNOTATION

The bachelor's thesis focuses on the issues of burnout syndrome in non-medical healthcare staff caregivers about clients with alzheimer's disease. The theoretical part describes the definition, risk factors, stages, symptoms of burnout syndrome and coping strategies. It is further stated here characteristics, causes, symptoms, examination methods, treatment and care of a client suffering from alzheimer's disease. The practical part describes survey methodology, data collection from non-medical healthcare staff, who come into contact with these clients and subsequent evaluation. The survey is based on two questionnaires. The first part of the questionnaire determines incidence rate of burnout syndrome and the second part is focused specifically on the issues of burnout in the care of a client with alzheimer's disease. The output of the practical part of this bachelor thesis is the creation of mental map in the field of supervision.

KEYWORDS

Alzheimer's dementia, dementia, burnout syndrome, prevention, specifics of care, supervision

OBSAH


Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	12
1.1 Dílčí cíle.....	12
2 Teoretická část.....	13
2.1 Syndrom vyhoření.....	13
2.1.1 Rizikové faktory a vliv stresu.....	13
2.1.2 Fáze vývoje syndromu vyhoření.....	14
2.1.3 Příznaky syndromu vyhoření.....	16
2.1.4 Prevence syndromu vyhoření.....	17
2.1.5 Supervize jako součást prevence syndromu vyhoření.....	18
2.2 Alzheimerova demence.....	20
2.2.1 Příčiny vzniku AD.....	22
2.2.2 Příznaky AD.....	22
2.2.3 Diagnostika a vyšetřovací metody.....	23
2.2.4 Léčba AD.....	24
2.2.4.1 Farmakologická léčba.....	24
2.2.4.2 Nefarmakologická léčba.....	25
2.2.5 Specifika a problémy v péči o klienta s AD.....	26
3 Praktická část.....	30
3.1 Cíle průzkumu.....	30
3.2 Průzkumné otázky.....	30
3.3 Metodika průzkumu.....	31
4 Interpretace výsledků.....	32
5 Diskuze.....	59
5.1 Doporučení pro praxi.....	68
6 Závěr.....	69

6.1	Limity práce	70
7	Použitá literatura	71
8	Přílohy.....	78

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Emocionální vyčerpání – sociální zařízení	32
Obrázek 2 - Depersonalizace - sociální zařízení.....	33
Obrázek 3 - Osobní uspokojení - sociální zařízení	34
Obrázek 4 - Emocionální vyčerpání - nemocniční zařízení.....	35
Obrázek 5 - Depersonalizace - nemocniční zařízení	36
Obrázek 6 - Osobní uspokojení - nemocniční zařízení.....	36
Obrázek 7 - Komparace - Emocionální vyčerpání.....	37
Obrázek 8 - Komparace – Depersonalizace.....	38
Obrázek 9 - Komparace - Osobní uspokojení.....	39
Obrázek 10 - Pohlaví respondentů.....	40
Obrázek 11 - Vzdělání respondentů.....	41
Obrázek 12 - Věk respondentů	42
Obrázek 13 - Pracoviště respondentů	43
Obrázek 14 - Délka praxe	44
Obrázek 15 - Pracovní spokojenost respondentů.....	45
Obrázek 16 - Znalost syndromu vyhoření	46
Obrázek 17 - Pocity syndromu vyhoření u respondentů.....	46
Obrázek 18 - Strategie zvládání stresu	47
Obrázek 19 - Počet klientů.....	48
Obrázek 20 - Pocity po směně	49
Obrázek 21 - Náročnost v péči o klienta s AD	51
Obrázek 22 - Čas věnovaný klientům s AD	52
Obrázek 23 - Péče o klienta s AD.....	53
Obrázek 24 - Zkušenosti s klienty trpících AD	54
Obrázek 25 - Vypořádávání se se situacemi s péči o klienta s AD	55
Obrázek 26 - Kontakt s klientem trpícím AD.....	56
Obrázek 27 - Znalost pojmu supervize	57
Obrázek 28 - Nabídka supervize.....	58

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CT	výpočetní tomografie
ČR	Česká republika
DE	Depersonalizace
DZR	Domov se zvláštním režimem
EE	Emoční vyčerpání (emotional exhaustion)
EEG	Elektroencefalografie
FZS	Fakulta zdravotnických studií
HAK	Hormonální antikoncepce
IChE	Inhibitory cholinesteráz
KO	krevní obraz
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MBI	Maslach Burnout Inventory
MMSE	Mini-Mental State Examination (Minitest kognitivních funkcí)
MRI	magnetická rezonance
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
	
PA	Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)
resp.	respektivě
tzv.	takzvaný/é/á
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Při výběru tématu mé bakalářské práce jsem neváhala. Důvody jsou jasné. Syndrom vyhoření je velice aktuálním tématem dnešní doby a trpí jím mnoha lidí, a to převážně lidé, kteří pracují v oblasti pomáhajících profesí. Dalším důvodem bylo zjištění, že pacientů trpících AD přibývá a péče o ně se stává čím dál tím více náročnější vzhledem ke zhoršování jejich stavu. Odhadovaný počet AD klientů přesahuje počet 100 tisíc a s vývojem onemocnění roste i zvýšená potřeba o ně pečovat. Toto téma je zaměřené na výskyt syndromu vyhoření především u pracovníků pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí. Proč syndrom vyhoření vzniká je konkrétně popisováno v kapitole 2.1 Syndrom vyhoření. Náročnost péče ve spojitosti s postupným zhoršováním klientova stavu je veliká. NLZP se velmi často ve své práci setkávají s více než jedním pacientem, který trpí AD. Péče se tak stává náročnou, jak ze strany psychické, tak fyzické. Vyčerpanost, únava, velké nároky na NLZP vedou k rozvoji již zmiňovanému syndromu vyhoření. Jediným způsobem, jak tomuto syndromu předejít je prevence, která je následně popisována v teoretické části.

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Praktická část obsahuje dvě části. Teoretická část popisuje problematiku syndromu vyhoření. Další popisovanou kapitolou je kapitola Alzheimerova demence, kde jsou popisovány i např. specifika péče. Praktická část je vytvořena pomocí dvou dotazníků (standardizovaného a dotazníku vlastní konstrukce). Cílovou a dotazovanou skupinou se stali NLZP z nemocnic [REDACTED] a pracovníci DZR, kteří svou práci mají přímo zaměřenou na tyto pacienty. Pomocí standardizovaného MBI testu byl u nich vyanalizován případný výskyt syndromu vyhoření. Druhý dotazník z praktické části obsahuje identifikační otázky a dotazy, vztahující se k péči o klienty trpících Alzheimerovou demencí. Výsledky jsou vypracovány a následně zaznamenávány do grafů.

Vzhledem ke zjištění níže vyhodnocených výsledků byla vytvořena mentální mapa zaměřená na informace v oblasti supervizí.

1 CÍL PRÁCE

Cílem teoretické práce je objasnit a vysvětlit, co je to syndrom vyhoření, popsat rizikové faktory, příznaky, a především prevenci tohoto syndromu. Nadále je věnována pozornost Alzheimerovy demenci, popisuje nemoc samotnou, příčiny vzniku, příznaky, vyšetřovací metody a léčbu. Zabývá se i ošetrovatelskými rozdíly a specifiky v péči o klienta s Alzheimerovou demencí.

V praktické části je hlavním cílem pomocí dotazníku MBI: Maslach Burnout Inventory zjistit, jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u NLZP pečujících o klienty s AD.

1.1 Dílčí cíle

- Zjistit, zdali se u NLZP vyskytuje syndrom vyhoření a následně pomocí komparace vyhodnotit rozdílnost výskytu mezi nemocničním zařízením a zařízením sociální péče, resp. domovech se zvláštním režimem.
- Zjistit, jaká je informovanost NLZP o problematice Burn-out.
- Zjistit, jaké mají NLZP techniky ke zvládnutí stresových situací.
- Zjistit, jaké NLZP znají zásady v péči o klienta s AD.
- Zjistit, co přijde pracovníkům nejtěžší na práci s klienty trpící AD.
- Zjistit, jaká je znalost pojmu supervize a zdali NLZP tato možnost byla od zaměstnavatele poskytnuta.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je popisován jako stav celkového vyčerpání vznikající v důsledku dlouhodobého intenzivního stresu. Tento stav se převážně vyskytuje u lidí, kteří často a pravidelně přicházejí do styku s jinými lidmi. Odhadem 20 % - 30 % osob, kteří pracují s lidmi, se v životě setkali s vyhořením, nebo alespoň s jejími příznaky (Pešek, Práško, 2016, s. 15).

Termín burn-out neboli vyhoření, zahrnuje úbytek zájmu, ideálů, energie, smysluplnosti a radosti ze života. Představuje i záporné sebeocenení a postoj k profesi. Je popisován na základě zvyšujících se požadavků od pouhého jedince či jeho okolí (Venglářová, 2011, s. 23).

2.1.1 Rizikové faktory a vliv stresu

Syndrom vyhoření vzniká především působením stresu, který se projevuje u profesí, jejichž náplní je práce a kontakt s lidmi. Vznik syndromu přináší dlouhodobý stres, který již pracovník nedokáže překonat. V nepracovní sféře je syndrom vyhoření velmi ovlivněn denními nepříjemnostmi a velkými životními ději jako je nemoc, ztráta blízkého nebo ztráta práce (Pelcák, Tomeček, 2011, s. 88).

Stres je možné definovat jako stav, kterým lidský organismus reaguje na podněty (stresory) -tzv. stav napětí činící člověka poddajným příjemcem stresu vycházejícího z jejich okolí. Čím větší zátěž, tím větší stres, o kterém rozhodují dvě hodnoty: na organismus působící zátěž a způsobilost organismu nést zátěž, tzv. odolnost. Odolnost vůči stresu se mění v čase, je závislá na spoustě činitelů, které odolnost bezděčně ovlivňuje. Jedinci je stres obvykle popisován jako nedostatek času, nepevné pracovní podmínky nebo jako tlak úkolů. Nejedná se však o stres, ale o stresory mající účinek na vznik stresu (Plamínek, 2013, s. 128).

Syndrom vyhoření je tvořen souhrou mnoha rizikových faktorů, které mají souvislost s osobností člověka. Faktory či působící činitelé zapadají jak do sféry pracovní, tak i do mimopracovního života. Obecně nejvíce ohroženými osobami se stávají lidé velmi zodpovědní, schopní, a to například zdravotní sestry, lékaři, psychologové, sociální pracovníci, ale i policisté, či pracovníci na úradech (Pešek, Práško, 2016, s. 16-17).

Odpovědné osoby nebo i osoby označované jako perfekcionisti a idealisti jsou nevhodnějšími uchazeči pro rozvoj syndromu vyhoření. Tito lidé touží po výrazných změnách v jejich kariéře a většinu svého času vyvíjí úsilí do realizace jejich představ a dostávají se tak do chronického stresu (Dynáková, et. al., 2010, s. 365).

Práce ve zdravotnictví je jedno z nejnáročnějších povolání. Jedná se o povolání, při kterém je člověk neustále vystavován tzv. „stresorům“. Setkáváme se zde s pacienty umírajícími, s trpícími nebo i s pacienty s nevléčitelným onemocněním. Když si k tomuto přidáme špatné vztahy s kolegy a každodenní životní problémy, může se stát, že pronikneme do náročné situace, která může být vlivem vzniku nadměrného stresu (Venglářová, 2011, s. 47).

Během praxe bylo zjištěno, že častějším důvodem než-li je pracovní či jiné přetížení, jsou také negativní nebo absentující pozitivní vztahy k ostatním a nepochopení sobě samému (Prieß, 2015, s.).

Existuje ale spousta obecných rizikových faktorů, které mají podíl na vzniku syndromu vyhoření. Můžeme sem zařadit například dlouhou pracovní dobu, zvýšené nároky na práci, rušení pracovních míst či přímo oddělení nebo také zkrácení dovolených, nárůst emoční náročnosti práce a obavy ze ztráty zaměstnání (Stock, 2010, s. 32).

2.1.2 Fáze vývoje syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nevznikne ihned. Fáze vývoje se dělí hned do několika modelů, které jsou popisovány třemi až dvanácti fázemi. Tato stadia ale nelze přesně ucelit, protože u každého jedince mají projevy různou délkou trvání. Mohou se i střídát či opakovat. Může se stát, že se i některá z fází v podstatě neprojeví. Často uváděným modelem je pětifázový model přesněji charakterizovaný jako idealistické nadšení, stagnace, apatie, frustrace a v neposlední řadě jako syndrom vyhoření (Pešek, Práško, 2016, s. 19).

První fáze je popisována jako *idealistické nadšení*, které lze definovat jako zidealizované myšlenky, přílišná energie a velké nadšení do práce, kterou chceme konat (Venglářová, 2011, s. 30).

Tito nadšení pracovníci mají potřebu všem pomoci, a to hlavně za předpokladu rozvoje seberealizace. Touží se tímto prosadit, pracují tvrdě a kladou si nerealistické představy a cíle. (Pešek, Práško, 2016, s. 19).

Další fáze se projevuje jako *stagnace*, při které počáteční nadšení postupně upadá. Člověk si při této fázi uvědomí, že ideály a realita se od sebe liší. Věci, které pro něj byly zpočátku nedůležité, začíná posouvat do popředí (např. plat nebo růst kariéry). V této fázi ještě není zcela znatelné, že se jedná o známky syndromu vyhoření. Značný vliv to může mít i na rodinný život, jelikož osoba v této fázi začíná upřednostňovat práci před rodinou. Stav, kdy zdravotníka začínají zajímat otázky ve smyslu vykonávání vlastního povolání, se nazývá „*frustrace*“. Jedná se tedy o to, že člověk cítí určité zklamání, jak ze strany nadřízeného, tak ze strany pacientů. Začíná zpochybňovat své dovednosti, výsledky a význam provedené práce (Stock, 2010, s.24).

Lidé se cítí být zklamaní a začíná se projevovat takzvané tunelové vidění. V hlavě má jenom svoji práci, cítí se sám se svými problémy a nic jiného ho nezajímá. Fáze „*apatie*“ je označována jako obranná reakce, při které se člověk stahuje od vlastních negativních emocí a uzavírá se do sebe. Svoji práci bere již pouze jako zdroj obživy a dělá jen to nejdůležitější. Může se zde vyskytnout i tzv. HH-syndrom odvozené z anglických názvů *helplessness* – bezmoc a *hopelessness* – beznaděje (Venglářová, 2011, s. 30).

Vyhýbá se obtížnějším úkolům, a především nemá zájem si povídat o pracovních tématech. V této fázi se již můžeme setkat s psychosomatickými problémy projevující se jako bolest hlavy, zad a velmi často jako únava. Všechny tyto problémy je postižená osoba schopna řešit užíváním léků, konzumací alkoholu, absencí v zaměstnání či zvýšenou náchylností na nemoci. Poslední fází je přímo zmiňovaný *syndrom vyhoření*, který bývá často doprovázen i depresivními stavy. Vede k vyčerpání a negativismu. Pracovník se stává vyhořelým nebo zvolí možnost odchodu ze zaměstnání. V lepším případě přehodnotí své cíle a životní postoje. Anebo se pomocí psychoterapie navrátí do normálního života a vytvoří si realistický pohled na situaci, přičemž ve své práci zůstane (Pešek, Práško, 2016, s. 20).

2.1.3 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se u člověka projevuje postupně. Vyhořelý člověk se nemusí nijak výrazně projevovat charakteristickou psychopatologií. V obvyklém psychickém rozpoložení je člověk schopen normálního, přiměřeného pracovního výkonu, to se ale díky syndromu vyhoření mění. Může trpět tím, že není schopný náležitého a obvykle provádějícího výkonu. (Dynáková et. al., 2010, s. 365).

V prvé řadě je nutno si všimnout varovných příznaků, během kterých na nás člověk působí nervózně, nespokojeně. Má ze své práce pocit, že ji nezvládá, nebo začíná zpochybňovat celý její význam. Při povšimnutí si těchto příznaků můžeme předejít syndromu vyhoření. (Venglářová, 2011, s. 24, s. 30).

Příznaky mohou ovlivnit jak sféru sociální, řeč těla, tak i myšlenkový a pocitový proces. Na úrovni fyzické se syndrom vyhoření projevuje následujícími *tělesnými příznaky*. Vyznačující se i vegetativními potížemi, které se projevují bolestí u srdce, změnami srdeční frekvence, dýchacími problémy popisované jako „popadání“ dechu nebo i neschopnost se nadechnout. Dalšími typickými symptomy jsou bolesti hlavy neurčité povahy, celkové napětí, nesoustředěnost, bolesti žaludku, ztuhlost či slabost svalů, zvýšená náchylnost k infekcím, problémy se spánkem či nespavost a neustálé vyčerpání a mnoha dalších. V oblasti emocí jsou příznaky shledávány velice individuálně. Záleží velmi často na povaze člověka. Buď se lidé zadrhnou a ztrácejí zájem o vše nebo jsou přesyceni přílišnými emocemi (Kebza, Šolcová, 2003, s. 10, Prieß, 2015, s. 37).

Jejich emoce ovládají také jejich myšlenky. Mají pocit, že jsou na dně, že nic nemá smysl, že se tolik snaží a je to k ničemu. Tyto myšlenky později vedou k pocitům marnosti, neocení, strachu a sebelítosti (Pešek, Práško, 2016, s. 20).

Dochází velmi často k prudkým změnám nálad, velká radost během chvíle přejde k velkému smutku. Nejsou později schopni projevit náklonnost, sympatii a vyhýbají se kontaktu s druhými. Dále se u nich projevuje zvýšená podrážděnost a také trápení se věcmi, které nejsou podstatné. Dochází k omezení kontaktu s lidmi a aktivního sociálního kontaktu (Křivohlavý, 2010, s.23).

Ve fázi vyčerpání jsou lidé schopni začít se stranit okolí, ruší setkání a schůzky. Styk s lidmi začínají vidět jako zátěž. V tomto důsledku velmi rychle podlehnou závislosti na návykových látkách jako je konzumaci alkoholu, kouření a další (Prieß, 2015, s 39).

2.1.4 Prevence syndromu vyhoření

Jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské a lékařské péče je týmová práce. Zdravotníci jsou v týmové práci daleko úspěšnější díky předpokladu dosažení stejného cíle. Je tedy vyžadována schopnost seberegulace a ochota pracovníků spolupracovat. Vztahy mezi pracovníky jsou považovány za velmi podstatný prvek, neboť v souvislosti s pracovní zátěží a odpovědností za pacientovo zdraví mohou vznikat negativní vznětlivé reakce. Vysoký rizikový faktor např. všeobecné sestry je psychická zátěž, noční směny, nepřetržitý provoz. Tím se dá předejít vymezením kompetencí, omezením přesčasů, dlouhých směn. Pokud není možné zamezit nepřiměřené zátěži je vhodné zvýšit počet personálu (Vévoda et. al., 2013, s. 88, s.).

O tom, kdo jsme, nebo kým budeme, rozhoduje péče o naší duši. V péči o duši je rozhodující pečovat o to, co prožíváme, jaké jsou naše představy, co chceme, jaký máme přístup k různým věcem. Není-li tato starostlivost v pořádku a je péče o duši zanedbávána, začne docházet k těžkostem, potížím a následné „ztráty duše“. „Ztráta duše“ se projeví mnoha příznaky jako je agresivita, zlost, vztek nebo ztráta smyslu života. Důležité je uvědomovat si odlišení pocitů ve smyslu toho, co skutečně zažíváme a odlišit je od myšlenek na to, jaké emoce by měly v tu chvíli převládat (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 15-16).

Veliká pozornost by měla být věnována psychohygieně. Psychohygienu má za úkol pečovat o duševní zdraví, buď ve smyslu poskytování pravidel a rad vedoucích k udržení nebo znovunabytí duševního zdraví nebo pátráním po efektivním způsobu života. Ve smyslu zvyšování osobní pohody, spokojenosti a například smysluplnosti práce, či výkonu je dobré užívat pojmu „Pozitivní myšlení“. Základem je mít se rád, takový, jaký jsem a neporovnávat se s ostatními lidmi. Jednodušeji přijmout sám sebe. Především je nutné najít pozitivní přístup nejen k sobě, ale i k ostatním. Tělesnou i duševní pohodu nám přináší dodržování správného a pravidelného rytmu spánku, který je vymežován v časovém úseku 4-10 hodin. Experimenty dokázaly, že spánková deprivace vede k narušení běžného psychického působení a vede k celkovému vyčerpání. Pomocí spánku dochází k oddělení aktivity mozku od vnějších podnětů (Vávrová, Pastucha, 2013, s. 55-56).

To, co se děje v našem těle má vliv na psychický život jedince. Péče o tělo by měla být prezentována tak, co děláme, kdy a jak se pohybujeme, co pijeme, jíme, jak relaxujeme. Například na vycházce si dáváme do pořádku fakta o své psychice. Funguje-li to tak, je nám odplatou zvýšená vitalita a více energie. Mnozí již pravidelně využívají aktivního odpočinku, který se týká tělesného cvičení, nejen těla, ale také psychiky, a to formou cvičení paměti (mozkový jogging), čtení si, luštění křížovek (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 16-17).

Nezbytnou součástí je relaxační cvičení. Člověk často přeceňuje síly a klade na sebe velké nároky vedoucí k rozvoji vyhoření. Relaxaci se v první řadě snažíme dosáhnout uvolnění. Bereme za důležité na chvíli zpomalit, uklidnit se a vrátit se nohama na zem. Ze začátku je důležité určit si správnou míru. Pokud se člověk cítí po práci na pokraji sil, znamená to, že není ve správné kondici a měl by si opět najít cestu k pohybu nebo sportu. Dostatečné věnování se pohybu nám může přinést úlevu a odreagování. Existuje 6 typů relaxačních metod, a to metoda pomocí autogenního tréninku podle Schultze, uvolnění svalů dle Jacobsona, jóga, hypnóza, meditace a další. Využíváním těchto metod dochází ke snížení aktivity sympatiku a aktivace parasympatiku, neboť vlivem stresu se zhoršuje prokrvení kůže, stoupá krevní tlak, zrychluje se činnost srdce a zpomaluje se činnost střev. Podstatné je zmínit, že čím méně času se relaxačním technikám věnujeme, tím menší a krátkodobější účinek prokáží (Stock, 2010, s. 69-71).

2.1.5 Supervize jako součást prevence syndromu vyhoření

Pojem supervize je charakterizován jako pomoc k nápravě profesionálního chování a současně zaopatření prevence v rámci syndromu vyhoření. Supervize bývá často orientována na profesie zaměřené na práci s lidmi. Využívá se ve zdravotnictví, v sociálních službách nebo při řízení lidských zdrojů. Tento druh pomoci může přinášet pozitivnější práci těm, kteří si určili, že chtějí pomáhat ostatním. V prevenci vyhoření v rámci supervize byly doporučeny základní strategie, a to například relaxace, autogenní trénink, meditace, organizace času, konstruktivní coping. V rámci supervize je také navrhováno zvýšení finančního ohodnocení, podpora dalšího vzdělání, zmenšení pracovního úvazku. Pro zaměstnance je potřebný výskyt odborného pracovního poradenství, kde i součástí může být zavedení schránky důvěry (Špirudová, 2015, s. 40).

Osobou, která pomáhá pracovníkům při práci i v reflexi je vyškolený odborník v oblasti supervize, nejčastěji psycholog, sociální pracovník nebo speciální pedagog. Úkolem supervizora je pomocí rozhovorů porozumět pocitům a vyhledat řešení problémů.

Zátěž pracovníka není způsobena pouze kontakty s nemocnými, ale objevuje se i převážně díky problémům ve vedení týmu či v úskalí spolupráce s kolegy (Venglářová, 2013, s. 14, s. 18).

Supervize se dělí podle toho, kdo se jí účastní. Zúčastní-li se jedna supervidovaná osoba, jedná se o supervizi individuální. Skupinová supervize je dána převážně počtem více osob (5 až 8), kteří mají společnou náplň práce, ale pocházejí z jiných pracovišť. Týmová supervize je charakterizována složeným týmem pracovníků z jednoho pracoviště, ale v různých profesích. Těchto supervizí se účastní jak sestry, ošetřovatelé, lékaři, sociální pracovníci ze stejného zařízení či oddělení (Marková, 2010, s. 48-49).

V této době je nejčastěji užívána forma týmové supervize, která bere ohled na rychlé a tvůrčí řešení konfliktních situací. Poté se pak v ojedinělých případech užívá supervize individuální (Dynáková et. al., 2010, s. 366).

Proč je tedy vhodné supervize zavádět? V běžném provozu je důsledkem nedostatku času nemožné cokoliv řešit. První možností je možnost vidět se s kolegy a společně hovořit o postupech péče nebo o řešeních problémů. Zdravotní sestry občas nepřijímají skutečnost, že lze o pacienta pečovat z jiných úhlů pohledu. Jsou vedeny k dodržování postupů, zahrnutý přílišnou dokumentací a vlivem medicíny jejich práce vede k nadměrné odbornosti, při čemž jejich péče ztrácí na lidskosti. Většina sester v období adaptace prochází potlačováním soucitu. Cílem supervize je také reflexe pocitů v péči o nemocné. Nestát se příliš tvrdou, ale ani příliš otrlou (Venglářová, 2013, s. 11).

„Sestry začínající až do 10 let praxe a pak sestry nad 20 let praxe jsou důležité kategorie, o které by se měla i klinická ošetřovatelská supervize nejvíce zajímat.“ (Špirudová, 2015, s. 143)

2.2 Alzheimerova demence

Demence se projevuje ve všech okruzích života. Při demenci dochází ke ztrátě rozvinutých intelektových schopností, které nabývají v určitém vývoji rozumového stupně. Demenci lze díky tomu diagnostikovat až po druhém roce života, kdy je do té doby postižení vnímáno jako mentální retardace (Vágnerová, 2014, s. 249).

Francouzský spoluvůrce *Encyklopedie d'Alambert* v minulosti popsal termín demence jako „paralýzu duše, ztráty všeho lidského a toho, co člověka odlišuje od zvířete“ (Černoušek, 1994, s. 198).

Jedná se tedy obvykle o syndrom chronického nebo progresivního rázu. Vzniká v důsledku onemocnění mozku charakterizované zhoršením kognitivních funkcí. 40 – 60 % demencí představuje Alzheimerova nemoc. Celkový počet pacientů trpících demencí v ČR je odhadován na sto tisíc a vlivem věku dochází ke zvyšování jejich počtu. Jedná se o nejčastější onemocnění v zemích EU (Češková, Radovan, 2013, s. 90).

Vzhledem ke stárnutí populace je demence jedno z nejčastějších onemocnění. Věk tedy často bývá velmi důležitým faktorem pro vznik. 5 % populace postižených demencí je tvořeno lidmi nad 65 let. Kdežto u osob starších 58 let je výskyt vyšší a to dokonce u 30-50 % populace (Petr, Marková, 2014, s.185-186).

Dle statistik WHO je AD pátou nejčastější příčinou úmrtí. Podkladem tohoto onemocnění jsou kortikosubkortikální atrofické a degenerativní změny neuronů mozku. AD je považována díky svým důsledkům za letální onemocnění. Pacienti umírají v terminálním stádiu na interkurentní somatické choroby jako je bronchopneumonie, rozvrat vnitřního prostředí, urosepsy, nutriční deficit nebo na generalizaci původního infekčního fokusu v rámci dekubitů. Poruchy paměti, které se při této nemoci vyskytují, jsou laicky mnohdy vnímány jako součásti „běžného“ stáří. Ovšem není tomu tak – jedná se o patologický nález, který vyžaduje došetření a brzkou léčbu počátečních stádií AD. Při AD v první řadě dochází k nabývání numerické atrofie, později pak k makroskopickým změnám. Dochází ke ztenčení šedé kůry mozkové a zvyšuje se objem komorového systému. Vznikají projevy jako je zhoršení paměti, poškození kognitivních funkcí zasahující logiku, realizaci aktivit a usuzování. Poškozeny jsou i nekognitivní funkce prokazující se jako porucha chování, nálad či spánku. Tyto poruchy jsou shrnuty ve schématu A-B-C (viz. *Příloha D*) (Lužný, 2012, s. 43-45).

Z hlediska potřeb se demence dělí na tři stádia (typicky u Alzheimerovy demenci) zahrnující i fázi terminální. *První* stádium je velmi často chápáno jako pouhý příznak stárnutí trvající 2-4 roky. Dochází k problémům s nazýváním běžných věcí, ztrácí oblibu ve svých přechozích aktivitách. Často ztrácí předměty nebo se neustále opakují. I v dobře známém prostředí ztrácí orientaci. Tato fáze již bývá doprovázena změnami osobnosti (Holmerová, Mátlová, 2018, s. 40).

Následuje stádium *druhé*, ve kterém lidé s demencí ztrácejí schopnost samostatného žití. V neznámém, ale i naopak ve známém prostředí se již špatně orientují. Pomůckám a návodům, které jim byly dříve užitečné, přestávají rozumět a neumí je využívat. V této fázi je prakticky vyžadován neustálý dohled a pomoc při aktivitách, které sám nezvládne. Jedná se o náročnou fázi pro pečující, jelikož osoby trpící AD potřebují nastavit denní struktury a využití smysluplných denních aktivit. K dobrému porozumění a k řešení situace je vhodné znát povahu syndromu demence. Tato péče je zajištěna především pracovníky v sociálních službách obeznámenými problematikou demence (Holmerová, 2018, s. 49-50).

Zcela individualizovaný přístup nastává ve *třetím* stádiu demence označovaném jako těžká demence. Nemocný není schopen prosperovat v jednoduchých denních aktivitách, není již schopen kontrolovaného vyprazdňování. Jeho aktivita se projevuje v opakování bezúčelných pohybů (potulování, posedávání). Nemocný trpící demencí je zcela dezorientován, ztrácí způsobilost komunikace, myšlení. Dochází zde k projevům negativistického chování. V této fázi je klient odkázán na okolí a v případě nutnosti bývá umístěn do léčebných zařízení (Vágnerová 2014, s. 267).

Terminální (závěrečná) fáze je charakterizována tím, že se nemocný stává inkontinentním, imobilním. Jeho řečový projev je nesrozumitelný. Dochází k narušení schopnosti paměťové. Nemocný ve většině případů umírá na přičleněné onemocnění (např. pneumonie) nebo malé poranění (Havlénová, Kabelka, 2010, s. 67).

V této fázi zajišťujeme kvalifikovanou paliativní péči ve spojení s praktickými lékaři. V terminální fázi lidé vyžadují velmi citlivé a odborné ošetření zaměřené na tlumení příznaků (bolest, dušnost, aj.) Pro získání anamnézy již využíváme spolupráce rodiny nebo ošetřující (Holmerová, 2018, s. 51).

2.2.1 Příčiny vzniku AD

Atroficko-degenerativní demence je vázána na změny způsobené tvorbou a ukládáním patologických bílkovin v mozkových buňkách, obzvláště beta-amyloidu nebo tau-proteinu. Tyto změny vedou ke snížení tvorby a uvolňování neurotransmiterů. Systémové, metabolické, nádorové onemocnění, intoxikace, hypoxie, srdeční selhávání jsou podkladem vzniku symptomatických demencí (Petr, Marková, 2014, s. 185).

Příčiny, proč člověk onemocní AD nejsou. Existuje spousta rizikových faktorů, mezi které patří například věk, nebo pohlaví. Ženy obvykle bývají více ohroženy než muži. Vzácně se demence objeví před 60. rokem. Ve 24 % se vyskytne u lidí s věkem 85. Třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost vzniku mají příbuzní člověka s AD. Toto riziko může zvýšit jeden z genů kódujících alipoprotein E. Ti, kteří mají menší riziko vzniku jsou lidé s vyšší vzdělávací úrovní a lidé užívající protizánětlivé léky. V menším riziku jsou také ženy užívající HAK. Tyto výsledky ale nadále zůstávají předmětem výzkumu. Dalšími uváděnými faktory jsou alkohol, kouření, deprese, poranění hlavy. Poté i lidé trpící hypertenzí, cukrovkou, srdečním onemocněním, tedy onemocněním ovlivňující cirkulaci (Slezáková et al., 2012, s. 152).

Při změnách na mozku spojené s AD se mohou podílet nebo jej mohou významně ovlivnit výchyly v krevních cévách a drobné mozkové příhody (Mace, Rabins, 2018, s. 28).

2.2.2 Příznaky AD

Příznaky a potíže začínají být znatelné mezi 2. – 4. rokem od počátku onemocnění. Choroba se rozvíjí pozvolna, plynule, pomalu a příznaky z počátku bývají vytvářeny nenápadně. Okolí si až po určité době uvědomí, že se nemocný změnil. Poruchy paměti jsou významným symptomem. Na počátku onemocnění dochází k obtížím zapamatovat si nové informace. Projevuje se i nápadnou zapomnětlivostí. Tato porucha v nemocných vyvolává pocity nejistoty, kdy neustále hledají běžné věci jako klíče, či brýle. Nepamatují si, zdali se najedli, zdali vypli vařič. Porucha paměti vede později ke ztrátě orientace v čase i prostoru. Lidé trpící AD mají zvýšenou potřebu adekvátních informací, při čemž tato potřeba může vést k úzkostem. Lidé se neustále ptají, kolik je hodin, jaký je den. Později to směřuje k bezcílným blouzněním a nesmyslnými odchody z domu (Vágnerová, 2014, s.256-257).

Roztržitost a neschopnost se soustředit jsou dalším významným projevem patřící do poruch pozornosti. Jsou velmi důležité z hlediska bezpečnosti, kdy klienti mohou přehlédnout i projíždějící auto při přecházení silnice. Další z poruch kognitivních funkcí je porucha myšlení a řečových funkcí, při kterých bývá oslabeno logické uvažování. Pacient ztrácí soudnost, není

schopen správně odhadnout své možnosti. Jejich myšlení se stává zpomalené, nesouvislé a často zabíhavé. Objevují se paranoidní bludy, během kterých jsou pacienti přesvědčeni, že je někdo sleduje, či odposlouchává (Petr, Marková, 2014, s. 186-187).

Poruchy chování jsou velkým pojmem, do kterých řadíme především poruchy projevující se agresivitou, jak verbální, tak brachiální. Dále se řadíme agitovanost, neustálé naříkání, užívání vulgarismů, klení či napadání blízkých osob. Tyto poruchy jsou pojmenovány jako poruchy behaviorální a psychologické. Samotnými pečovateli jsou označovány za nejhůře zvládnutelné příznaky, neboť výrazně zhoršuje psychosociální zdraví pečovateli. Příznaky se projevují i v oblasti aktivit denního života, během kterých bývají postižené složité profesní aktivity. Postupně poškození vážne na jednoduchých denních činnostech jako je nakupování, vaření, hospodaření s penězi nebo obsluhou domácích přístrojů. V pokročilých stádiích již nejsou schopni vykonávat bazální aktivity pojímající osobní hygienu, oblékání, pomoc při jídle. Později se pacienti s demencí stávají inkontinentními (Zvěřová, 2017, s. 71-72).

Jak bylo již zmiňované v kapitole „Alzheimerova demence“ uvedená výše, demence má různé fáze a každá se projevuje svými příznaky a má na člověka trpícího demencí jiný dopad. Změnami chování, jimiž si člověk s AD prochází jsou způsobeny poškozením mozku, které osoba nedokáže řídit. U poškození mozku ve finálních stádiích progresivní demence je mozek tolik narušen až dochází k tomu, že je člověk upoután na lůžko a ztrácí schopnosti se vyjadřovat. Tyto změny již vyžadují odbornou péči (Mace, Rabins, 2018, s. 32).

2.2.3 Diagnostika a vyšetřovací metody

Diagnostika AD se opírá především o anamnézu. Ptáme se na výskyt AD u příbuzných v rodinné anamnéze, všímáme si poruch paměti, jeho úsudků a logického uvažování. Zabýváme se věkem, ve kterém se objevily prvotní příznaky. Zajímáme se o fungování pacienta v denních aktivitách a výskyt poruchách chování (bloudění, útky či agresivita) a poruchách spánku (Lužný, 2012, s. 48).

Neodmyslitelnou a detailnější součástí vyšetření je screening kognitivních funkcí pomocí testu MMSE (Mini Mental State Examination) viz. *Příloha E*, kdy při skóre 24-18 zaznamenáváme lehkou demenci. 26-25 bodů vyhodnocujeme jako demenci hraniční. Dle nových poznatků se do diagnostiky AD zapojují biomarkery dělící se do dvou skupin (markery ukládání beta amyloidu a marker neuronálního poškození). Při pozitivitě obou markerů toto vyšetření jasně podporuje diagnózu AD. Při výskytu jednoho z markerů podporuje částečně.

Naopak při negativním nálezů se tato diagnóza činí velmi málo pravděpodobnou (Vyhnálek et. al., 2012, s. 327-328).

Dalšími laboratorními vyšetřeními jsou odběry KO, elektrolyty, jaterní enzymy, glukóza, B12, kyselina listová, magnesium, vyšetření moči, ale i vyšetření na syfilis. Zručnou metodou identifikující atrofie mozku zahrnují oblast zobrazovacích metod je CT a MRI, které mohou být dobrým ukazatelem změn v rámci progresu. Další užívanou metodou je EEG vyšetření označováno často za zbytečné. Využívanou metodou při diagnostice AD je odběr likvoru. Toto vyšetření se provádí na specializovaných pracovištích. Ve spojitosti s časnými stádii AD se v likvoru vyskytuje nižší hladina β -amyloidového peptidu A β 42 a vyšší hladina proteinu τ . SPECT, PET (u PET jsou k dispozici ligandy specifické pro zobrazení amyloidu) je funkční vyšetření mozku vhodné pro rozlišení AD a frontotemporální demence. Slouží k měření průtoku krve a denzity receptorů vyžadující aplikaci radioaktivní látky. Ve specializovaných centrech se provádí genetické testování u vzácných rodinných forem AD s autozomálně dominantní dědičností na třech genech (APP, PS1, PS2.) (Češková, Příkryl, 2013, s. 94-95).

Výjimečně nám výskyt AD prokáže histologický nález (Zvěřová, 2017, s. 47).

2.2.4 Léčba AD

Léčba AD musí být komplexní. Důležité je připojit spolupráci s praktickými a odbornými lékaři k zajištění kompenzace chronických nemocí a léčbě přidružených onemocnění. Ke stanovení účelné farmakoterapie, korekci smyslových vad či rekonstrukci chrupu. Celkově je nutné dbát na kondici nemocného, vhodnou tělesnou aktivitu a na důslednou hydrataci a výživu. Zabráněním nežádoucí polyphragmazie je koordinace a zajištění někoho, kdo bude aktualizovat seznam užívané medikace a kdo bude zabezpečovat jeho odevzdávání při každé lékařské kontrole. Ideálním koordinátor je nejčastěji rodinný příslušník (Franková, 2015, s. 88).

2.2.4.1 Farmakologická léčba

Východisko medicínské léčby se odvíjí od základní diagnózy a od příčin demence. Na odstranění jednotlivých potíží, například neklid a deprese, se využívá farmakologická léčba. Základní onemocnění, tedy přímo demenci, nelze ovlivnit (Vágnerová, 2014, s. 270-271).

Kognitiva, kupříkladu IchE, memantin se využívají ve farmakoterapii AD vedoucí ke zlepšení symptomů. Indikované jsou při léčbě mírné až středně těžké AD. Při užívání se prodlouží lehčí stádium demence na úkor pokročilých stádií a tím značně ovlivní kvalitu života. Opatrnost při nasazování léčby posuzujeme anamnesticky u osob s obstrukčními bronchopulmonálními nemocemi, u osob s bronchiálním astmatem, při epilepsii, u aktivní vředové choroby, nebo

u nemocí spojenými s bradykardií. Závažné poruchy srdečního rytmu, je nutné před nasazením IchE konzultovat s kardiologem. Na počátku léčby či při zvyšování dávek léků IchE je s sebou často přinášeno mnoho nežádoucí účinky projevující se gastrointestinálními potížemi (zvracení, nevolnosti či nechutenství). Méně častými příznaky jsou bradykardie, svalové křeče a bolesti hlavy. Efekt této léčby očekáváme minimálně po třech měsících. Velmi dobře tolerovaným lékem, při léčbě střední až těžké AD, je memantin. Velmi vzácně přináší nežádoucí účinky jako jsou bolesti hlavy, nadměrná excitace, útlum, závratě nebo halucinace (Franková, 2017, s. 31).

Dalším z farmakologických postupů při léčbě AD, které prozatím nejsou součástí klinických studií, je užívání doplňků z výtažků z Gingko biloby. Užívání těchto doplňků neprokázalo svou účinnost nebo jejich studium nebylo dosud uskutečněno (Jirák et. al. 2013, s. 113).

K ovlivnění a léčbě nekognitivních funkcí jako je neklid, poruchy spánku, chování či emotivity jsou dodávány antidepresiva (SSRI – Mirtazapin, Venlafaxin), anxiolytika, antipsychotika (Tiapridal, Olanzapin Quetiapin a další.) (Lužný, 2012, s. 51).

2.2.4.2 Nefarmakologická léčba

Odhalíme-li genetické či enviromentální faktory snižující riziko demence, je možné zabránit tomu, aby demence vůbec vznikala. Strava, vyhýbání se stresu, tělesná, duševní a sociální aktivita patří k současným oblastem výzkumu. Studie naznačují, že AD je možné oddálit nebo ji zamezit tím, že by lidé využívali ochrannou přilbu při aktivitách, během kterých je ohrožuje riziko úrazu hlavy. Nadále pak snížením množství alkoholu, nebo omezení příjmu cholesterolu. Existuje výzkum, který řeší preventivní opatření u lidí geneticky predisponovaných k AD vedoucí ke snížení tohoto rizika. Ovšem tento výzkum je v ranném stádiu a prozatím není jisté, zdali budou jeho výsledky možné aplikovat na lidské populaci (Mace, Rabbins, 2018, s. 419-420).

U pacientů s AD pro zachování či zlepšení kognitivních funkcí se využívá šetrné cvičení paměti, které se nazývá jako kognitivní rehabilitace. Tato rehabilitace zahrnuje jednoduché a nesoutěživé hry, doplňování říkanek, pexeso, zjednodušené puzzle, skládání obrazců a podobně. Tyto techniky jsou označovány za velmi užitečné, pokud jsou užívány citlivě a kvalifikovaně. Je užívána i reminiscenční terapie, která prostřednictvím různých předmětů, během kterých dochází k vybavování vzpomínek. Tato terapie nemusí sloužit pouze klientům s AD, ale i u lidí trpících poruchami krátkodobé paměti. Cílem je posílení důstojnosti člověka a zlepšení komunikace vyprávěním příběhů nebo povídáním o fotografiích. Zahrnuje i jiné aktivity jako je zpěv či tanec. Nejstarším a efektivním postupem při nefarmakologické léčbě je

orientace v prostoru, kdy dezorientace může člověku s demencí zhoršovat behaviorální a psychologické příznaky a vyprovokovat tím agresivitu či úzkosti (Holmerová et. al., 2005, s. 180-181).

Dle stádia nemoci, ve kterém se AD člověk nachází se může využívat různých nápadů a opatření. Například kvůli častému šourání je vhodné snížit prahy, aby se předešlo pádu. V raných stádiích se může využívat cedulek na dveře. K odvrácení nebezpečí je příhodné označovat splachovače či různé varovné značky výraznou barvou, aby si jich člověk mohl vždy povšimnout. Vzhledem k tomu, že člověk trpící AD může mít i agresivní sklony, je vhodné odstranit nebezpečné předměty (Holmerová, Mátlová, 2018, s 54-63).

Mezi psychologicko-podpůrné metody, jež mají u dementního pacienta odpočinkový, terapeutický, výchovný vliv zaměřený na zvýšení kvality jejich životů, řadíme canisterapii. Jedná se o způsob terapie, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka. Lze ji definovat také jako zvířecí asistence nebo léčba (Petr, Marková, 2014, s. 190).

2.2.5 Specifika a problémy v péči o klienta s AD

Faktorem, který zhoršuje kvalitu života a celkovou prognózu agravující kognitivní deficit, je deprese. Vyskytuje se u více jak 20 % lidí trpících syndromem demence mající velmi významnou zátěž pro pečujícího. Preventivním opatřením je zapojení smysluplných aktivit. Jako první volba léčby deprese je užívání antidepresiv, kdy vědecké důkazy poznamenali velmi slabý účinek u lidí trpících demencí. Veliká pozornost musí být také věnována bolesti, která může vést ke změnám chování a neklidu. Podezření na bolest řešíme farmakoterapií a to analgetiky, nesteroidními antirevmatiky a opiáty. Tuto pozornost věnujeme zejména v těžké rozvinuté fáze demence (Holmerová, 2018, s. 90-93).

Při AD je charakteristické zhoršení kvality spánku. Navzdory jejich dlouhodobému pospávání či přílišnému spaní přes den, se opakovaně probouzí a přecházejí z místnosti do místnosti, přičemž budí své okolí. K předejití těchto potíží se využívá nefarmakologických postupů jako jsou dostatečné aktivity během dne, pravidelný režim nebo také omezení večerních tekutin, které poté vedou k častému močení přes noc. Poruchy spánku jsou opakovaným a častým problémem jak pro pečujícího, tak především pro pacienta. Je tedy důležité mu věnovat pozornost, neboť mohou výrazně snižovat kvalitu života nemocného (Rusina, Holmerová, 2014, s. 182-184).

Dalším problémem v péči jsou pády a zranění. Vážné poranění lze také přehlédnout, protože například nemocný i přes zlomeninu, může končetinu používat. Ve velkém případě zapomenou, že upadli a neřeknou, že je něco bolí. I kupříkladu malé poranění hlavy může způsobit vážné nitrolební krvácení. U osob s demencí pravidelně kontrolujeme podlitiny, řezné rány, neustálé chození a pády (Mace, Rabins, 2018, s. 143).

Schopnosti sdělit nebo přijmout informace jsou u pacientů v důsledku nemoci omezeny. Snažíme se proto s nimi komunikovat trpělivě, snažit se pochopit jejich nynější potřeby, nespěchat, respektovat jejich důstojnost a brát je jako jedinečnou osobnost. Vždy se chováme tak, abychom pacienta neurazili. Pokud pochopíme, čím si pacienta prochází, lépe pochopíme, proč se např. v různých situacích chová jinak. Demence má na každého jiný vliv, proto je nezbytností vytvořit individuální přístup, které pacientovi přináší pocety jistoty. Je potřeba o pacientovi získat co nejvíce informací, porozumět jeho zálibám, životním zážitkům (Jiráček, et. al., 2009, s. 108).

Měli bychom se vyhýbat nesrozumitelným pojmům a v případě použití je ihned vysvětlit nebo slova zopakovat. Slyší-li pacient dobře, ale má kognitivní poruchu, snažíme se vyhnout zvýšení hlasitosti. Sdělení podáváme zjednodušeně. V každém případě je nutné se vyvarovat komunikace „o něm“ v jeho přítomnosti, protože nejdůležitější článek v komunikaci je právě pacient samotný. Využíváme spolupráce a komunikace s pečujícím nebo rodinou, a to převážně v případě, kdy je jedná o polymorbidního a nesoběstačného pacienta (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 196-197).

Úkolem sestry je znalost faktu, že každá změna psychického stavu, zejména kognitivních funkcí, může znamenat somatické onemocnění. Při nečasné léčbě pacienta ohrožuje riziko deliria. Z hlediska progresu demence při nečinnosti je důležitá aktivizace pacienta (návčivky sedu, přesuny, chůze). Aktivita by měly vycházet z individuality pacienta vedoucí k zachování soběstačnosti. Snažíme se udržovat schopnosti klienta při běžných denních aktivitách jako je osobní hygiena, oblékání, jzení a pití. Sestra sleduje reálný stav a dokáže se tázat na potřeby klienta. Velmi častou chybou při péči je přikládání diagnózy inkontinence a využívání inkontinentních pomůcek, kdy fakticky jediným a základním problémem je neschopnost najít toaletu. Budeme-li respektovat tempo a zajistíme-li bezpečné a pochopitelné prostředí, můžeme tímto zamezit nedorozuměním a neshodám. Protože se jedná o lidi s vlastním životním příběhem a historií, sestra ho musí podporovat a zachovávat jejich důstojnost (Petr, Marková, 2014, s. 191-193).

V pokročilém stádiu AD již osoba verbálně nekomunikuje, ale i přesto mu zůstává způsobilost k prožívání emocí, spřízněnosti nebo kráse. Spokojenost a klidnost AD klienta je vytvořena ve vlídném, barevně zajímavém prostředí nebo poslechem hudby, kterou měl rád. Například masáž ruky je uváděna jako dobrý způsob. Ovšem je těžké najít způsob jako prožít čas s těžce nemocných, který nemluví (Čechová, et. al. 394).

Bolest, zácpa či retence moči vyplývá z komplikací zdravotního stavu a přináší pacientovi utrpení a dyskomfort. Na tyto potřeby nejsou schopni adekvátně reagovat a sdělit je. Velmi často reagují křikem, pláčem nebo neklidem. Navzdory zdravotním problému je důležité včasné vyhledat a řešit i možné zdravotní komplikace jako je inkontinence, riziko pádu, zlomenin a proleženin (Holmerová, 2018, s 50-51).

S chybami, s kterými se v péči setkáváme, jsou následovné. Hodnocení chování lidí s demencí pomocí negativních neverbálních gest. Gesta typická jako vynervované zasténání, zvednutí rukou do výšky, či otočení se pryč o pacienta, nám jasně ukazují, co si pečovatel o dané situaci myslí. Tyto negativní gesta pacienti vnímají a stejně jako negativní slova podlamují jejich osobnost. Pro snadnější soustředění se na komunikaci je vhodné mít klidné prostředí bez rušivých vlivů jako je televize, rádio, otevřené dveře nebo přítomnost jiných rušivých pečovatelů. Není vhodné užívat v komunikaci zdvořiliny s příkladem „moje milá“, „drahoušku“. Využíváme uctivý přístup a přiměřené oslovení „pane“, „paní“. Klienty s demencí není vhodné opravovat. Ponechejme je v jejich světě a nechejme je nám o něm vyprávět. Pečující by neměli upozorňovat na nesrovnalosti. Pokud pacient tvrdí, že byl kapitánem parníku, tak by měl být přijímán jako kapitán parníku (König, Zemlin, 2017, s. 54-55, 57, 64).

Pobytové služby, které jsou poskytované lidem s Alzheimerovou či stařeckou demencí, ale také při závislostech na návykových látkách, u kterých díky těmto vlivům došlo ke snížení soběstačnosti jsou nazvány jako Domovy se zvláštním režimem (DZR). Jsou poskytovány lidem vyžadujících pravidelnou pomoc od jiné osoby. Režimy zařízení jsou zaměřeny na specifické potřeby těchto osob (Čevala, et. al., 2012, s. 104-105, s. 158).

Zůstat v domácím prostředí mezi svými blízkými, se stává ideální variantou. V této době nejsou zdravotnická zařízení schopna přizpůsobit se, jak personálně, tak i prostorově k tomu, aby mohla darovat kvalitní péči pacientům s demencí (Burda, Šolcová, 2016, s. 14).

I v těch nejtěžších stádiích nemoci se vyskytují rodiny, které se starají o své blízké doma. Některé mají podporu komunitních služeb. Je i možnost využívat službu poskytovanou domovy se zvláštním režimem. Pracovní tým v tomto zařízení je složený z usilujícího kolektivu o kvalitní péči a vzdělávání se v oblasti péče o lidé s demencí. Tato péče je zajišťována odbornými pečovateli. Návštěvy rodin v těchto zařízeních umožňují soustředit svou pozornost na společné prožití chvil, podporou pohodlí nemocného (Čechová, et. al. s 393).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle průzkumu

Praktická část této bakalářské práce je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u NZLP, kteří pečují o klienty s Alzheimerovou demencí. Hlavním cílem je zjistit, zdali se nachází rozdíl mezi péčí o klienty s AD v nemocničním prostředí, a to v prostředí nemocnic [REDACTED] a sociálním zařízení, a to v domovech se zvláštním režimem. Především tedy porovnat, ve kterém zařízení se nachází větší míra výskytu syndromu vyhoření.

3.2 Průzkumné otázky

1. Víte, co je to syndrom vyhoření? Setkal/a jste se s tímto pojmem?
2. Jaké strategie využívá NLZP ke zvládnání stresu?
3. Jaké jsou podle Vás hlavní zásady, jak pečovat o klienta s AD?
4. Co je podle Vás nejtěžší na práci s klienty s AD?
5. Setkali jste se s někdy s pojmem supervize? Byla Vám tato nabídka někdy podána?

3.3 Metodika průzkumu

V této bakalářské práci byla pro získávání dat využita forma kvantitativního průzkumu. Respondenti byli nelékařští zdravotničtí pracovníci pracující jak v nemocnicích [REDACTED], tak pracovníci v sociálních zařízeních, konkrétně v domovech se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem je zařízení poskytující pobyt osobám se zvláštními potřebami. Klienti, kteří tvoří nejpočetnější skupinu užívanou toto zařízení, jsou převážně osoby s demencí, nejčastěji demencí Alzheimerovou (Burda, Šolcová, 2016, s. 22).

Užitým nástrojem pro získání dat byl anonymní dotazník tvořený ze dvou částí (viz *Příloha A*). V první části pomocí dotazníku MBI: Maslach Burnout Inventory, ve které respondenti odpovídali na otázky týkající se syndromu vyhoření, byl stanoven hlavní cíl této práce. Tento dotazník byl vytvořen autorkami Christina Maslach a Susan E. Jackson v roce 1981. Hodnotí tři faktory, a to emoční vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení, které je jako jediné bráno jako faktor pozitivní (Citovská, 2010, s.18).

Ke každé otázce byl přiřazen jeden z faktorů, kdy u jednotlivých otázek respondenti křížkovali sílu svých pocitů. Způsob hodnocení je zaznamenán v *Příloze B*. Po sečtení všech jednotlivých bodů nám tento dotazník zjistil míru výskytu syndromu vyhoření ve třech stupních. A to v nízkém, středním a vysokém. V případě, že respondentům vyšel stupeň vysoký, byl již tento stupeň chápán jako syndrom vyhoření.

Druhou částí byl zpracovaný nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce složený z 20-ti otázek specifikovaných na péči o tyto klienty a na otázky týkající se anonymní identifikace respondenta. Dotazník byl zpracován formou otevřených i uzavřených dotazů.

Po zařízeních bylo distribuováno 60 dotazníků, 30 dotazníků do nemocničních zařízení a 30 do zařízení sociální péče. Návratnost dotazníků byla 100 %. Ovšem ne každý dotazník byl vyplněn 100 %. Částečně vyplněné dotazníky byly vyřazeny a nebylo s nimi nadále pracováno. Relevantní návratnost dotazníku díky tomu byla přisuzována počtu 56 respondentů, tedy 93 %. V průzkumu se tedy nadále pracuje s počtem 56 respondentů. Sběr dat probíhal v lednu roku 2020. Ke zpracování dat posloužil MS Office Excel 2016. Výsledky byly interpretovány v podobě grafů.

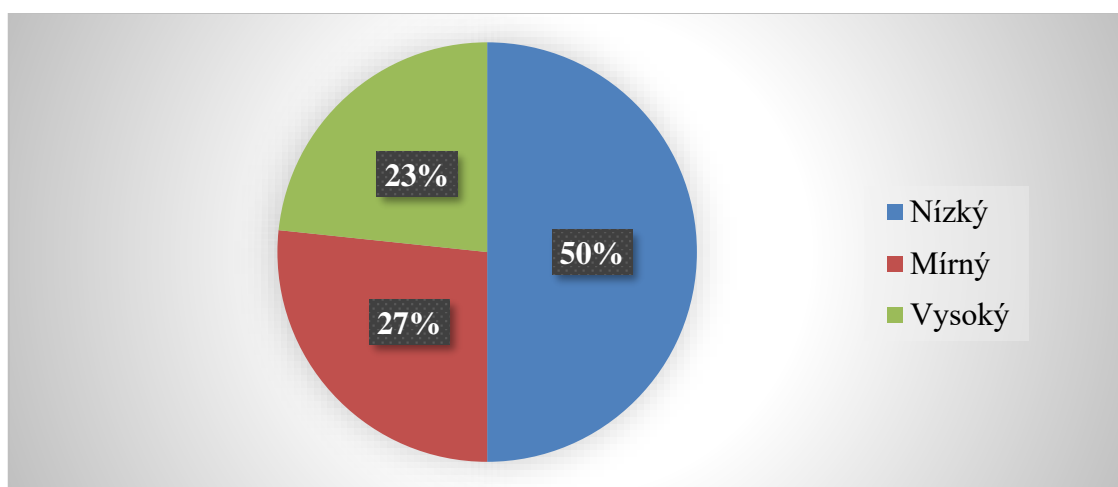
4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

1. část - Vyhodnocení testu MBI (Maslach Burnout Inventory)

1. Zhodnocení MBI – sociální zařízení

Hodnocení bylo prováděno na základě sčítání zakřížkovaných bodů u jednotlivých otázek. Ke každé otázce byl přisuzován jeden faktor. Způsob vyhodnocení je blíže popsán v *Příloze B*.

Hodnocený faktor č. 1 – Emocionální vyčerpání

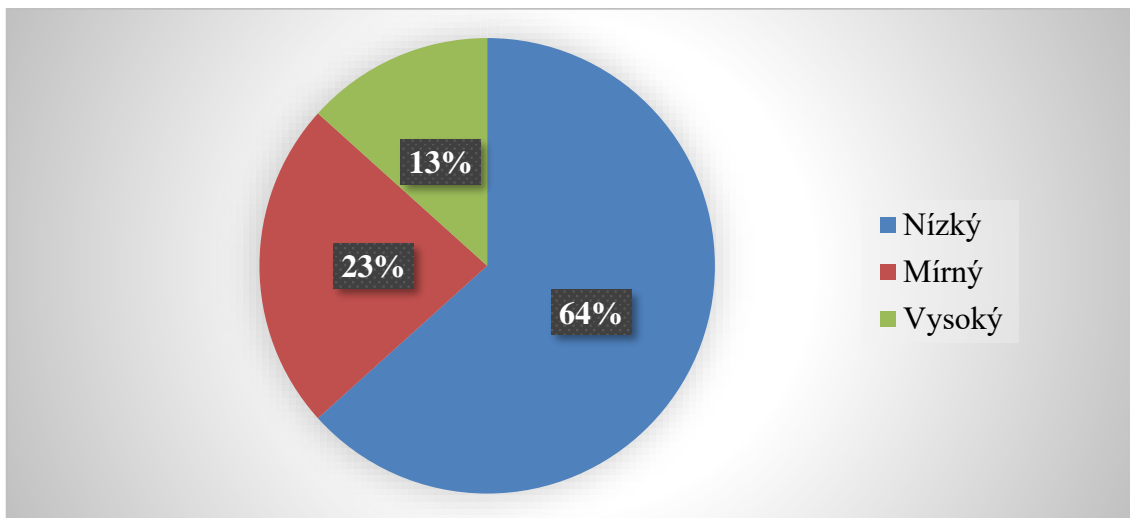


Obrázek 1 - Emocionální vyčerpání – sociální zařízení

zdroj: vlastní průzkum

V následujících hodnocených faktorech odpovídá vždy 30 respondentů. Prvním faktorem při hodnocení BMI testu bylo emocionální vyčerpání. U 50 %, tedy u 15 respondentů byl vyhodnocen nízký stupeň emocionálního vyčerpání. Mírné riziko je uváděno u 8. tázaných, což činí 27 %. U 7. dotazovaných, neboli 23 % byl zjištěn vysoký stupeň emocionálního vyčerpání určují již syndrom vyhoření.

Hodnocený faktor č. 2 - Depersonalizace

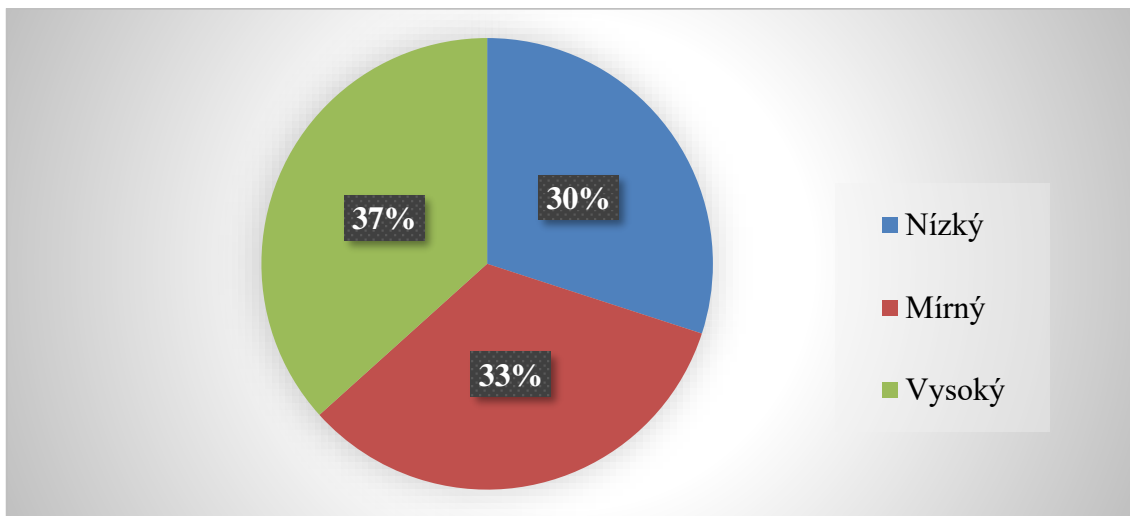


Obrázek 2 - Depersonalizace - sociální zařízení

zdroj: vlastní průzkum

Druhý dotazovaný faktor se týká vyhodnocení míry depersonalizace. Z obrázku č. 2 je zřetelné, že převážnou skupinu respondentů činí osoby s nízkým stupněm depersonalizace, tedy 19 (64 %). Mírný stupeň byl zjištěn u 7 respondentů (23 %). U 4 respondentů (13 %) se vyskytuje syndrom vyhoření v hodnoceném faktoru depersonalizace, a to ve vysoké míře.

Hodnocený faktor č. 3 – Osobní uspokojení



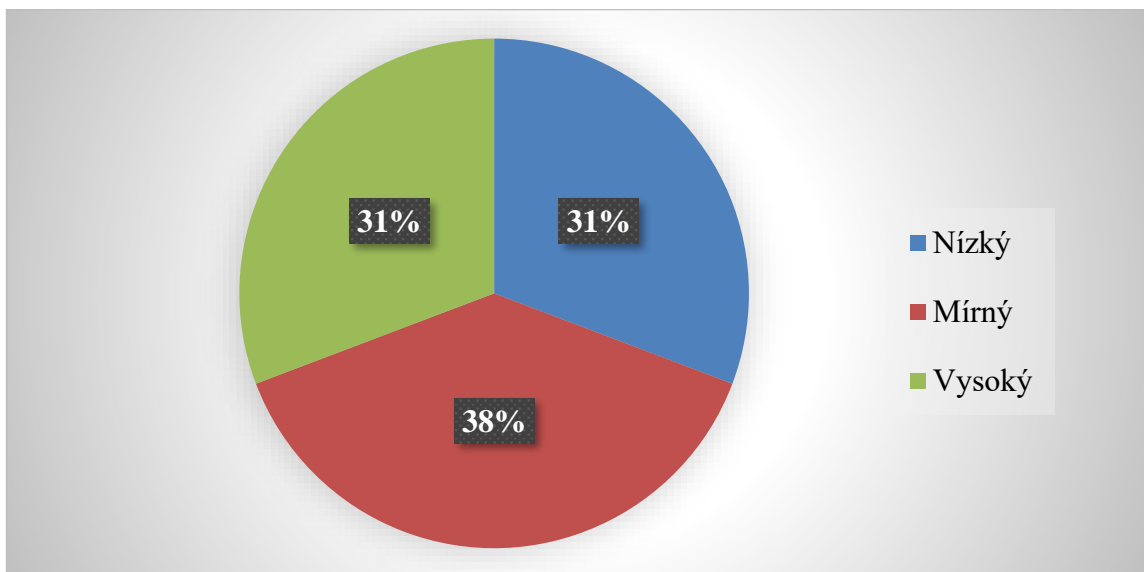
Obrázek 3 - Osobní uspokojení - sociální zařízení

zdroj: vlastní průzkum

Posledním zhodnoceným faktorem, který je chápán jako faktor pozitivní bylo osobní uspokojení. U 37 %, tedy u 11 respondentů byla zjištěna vysoká míra osobního uspokojení. Mírné uspokojení bylo zhodnoceno u 10 respondentů činících 33 % a poslední vyhodnocený stupeň u 30 % (9) respondentů určil nízké uspokojení, které je hodnoceno jako syndrom vyhoření.

2. Zhodnocení BMI – nemocniční zařízení

Hodnocený faktor č. 1 – Emocionální vyčerpání

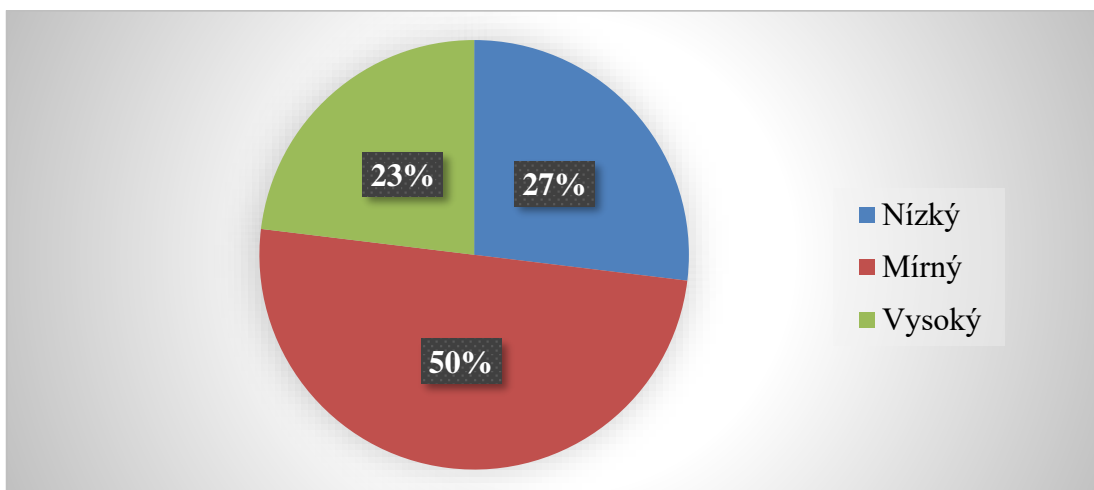


Obrázek 4 - Emocionální vyčerpání - nemocniční zařízení

zdroj: vlastní průzkum

Celkový počet respondentů v této části činil 26. Výsledky emocionálního vyčerpání byly přibližně rovnocenné. Syndromem vyhoření (vysoké riziko) v této oblasti dle hodnocení trpí 8 (31 %) respondentů. Mírný stupeň byl vyhodnocen u 38 %, to činí 10 dotazovaných. U 8. respondentů (31 %) byl zjištěn nízký stupeň vyčerpání.

Hodnocený faktor č. 2 - Depersonalizace

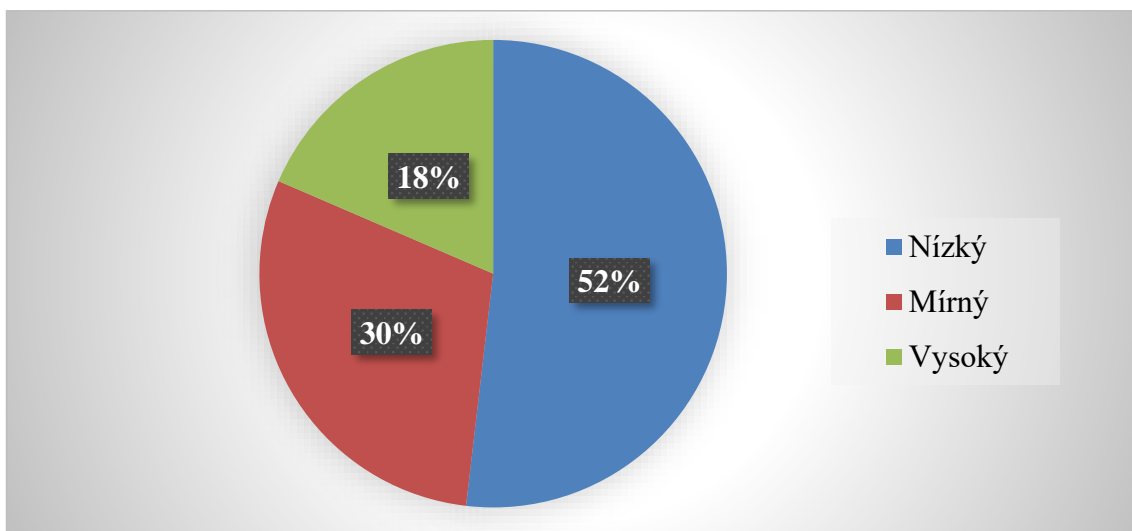


Obrázek 5 - Depersonalizace - nemocniční zařízení

zdroj: vlastní průzkum

U poloviny tázaných respondentů, tedy 50 % (13) byl zjištěn mírný stupeň výskytu syndromu vyhoření v oblasti depersonalizace. Vysoký stupeň, tedy již syndrom vyhoření, týkající se této oblasti byl zhodnocen u 23 % (6). U celých 27 % (7) respondentů vyšel z hodnocení výsledků stupeň nízký.

Hodnocený faktor č. 3 – Osobní uspokojení

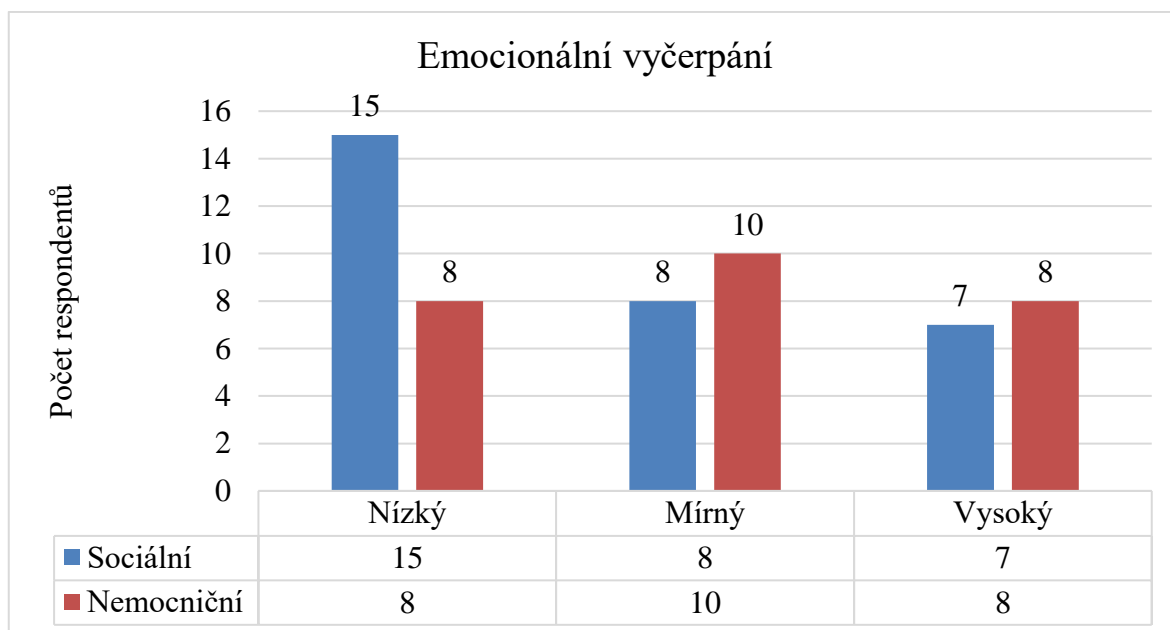


Obrázek 6 - Osobní uspokojení - nemocniční zařízení

zdroj: vlastní průzkum

Z obrázku č. 6 je zcela jasné, že více než poloviny respondentů, tedy 52 % (14) bylo vyhodnoceno nízké osobní uspokojení, naopak pouze u 4 respondentů (18 %) z testu vyšlo, že mají osobní uspokojení vysoké. Mírné uspokojení můžeme pozorovat u 8 (30 %) dotazovaných respondentů.

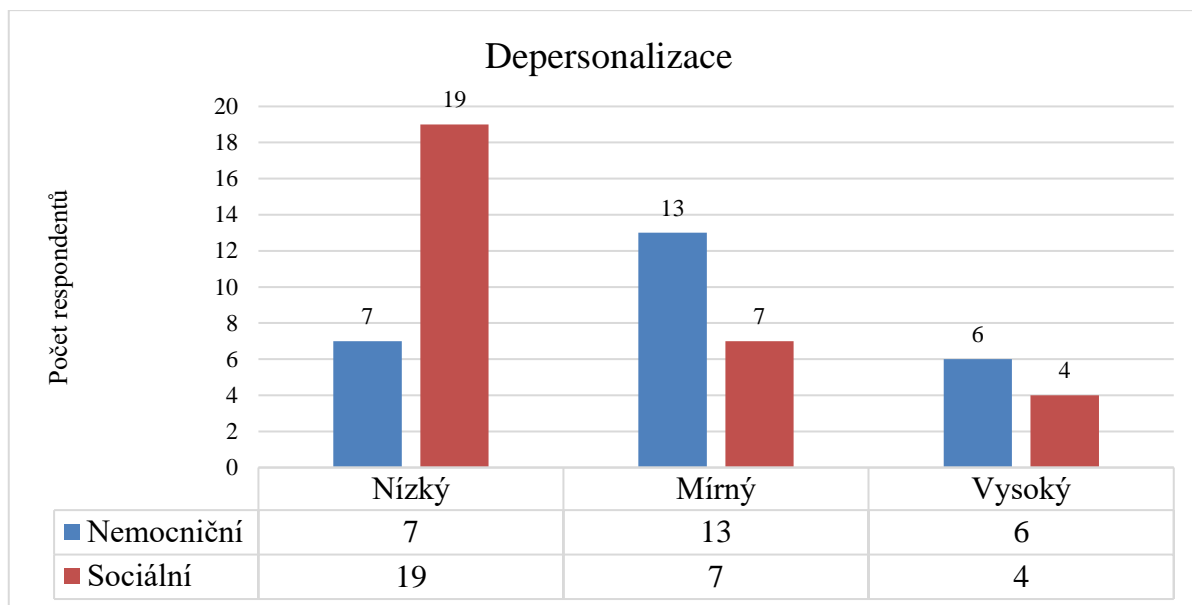
3. Komparace výsledků výskytu syndromu vyhoření v sociálním a nemocničním prostředí



Obrázek 7 - Komparace - Emocionální vyčerpání

zdroj: vlastní průzkum

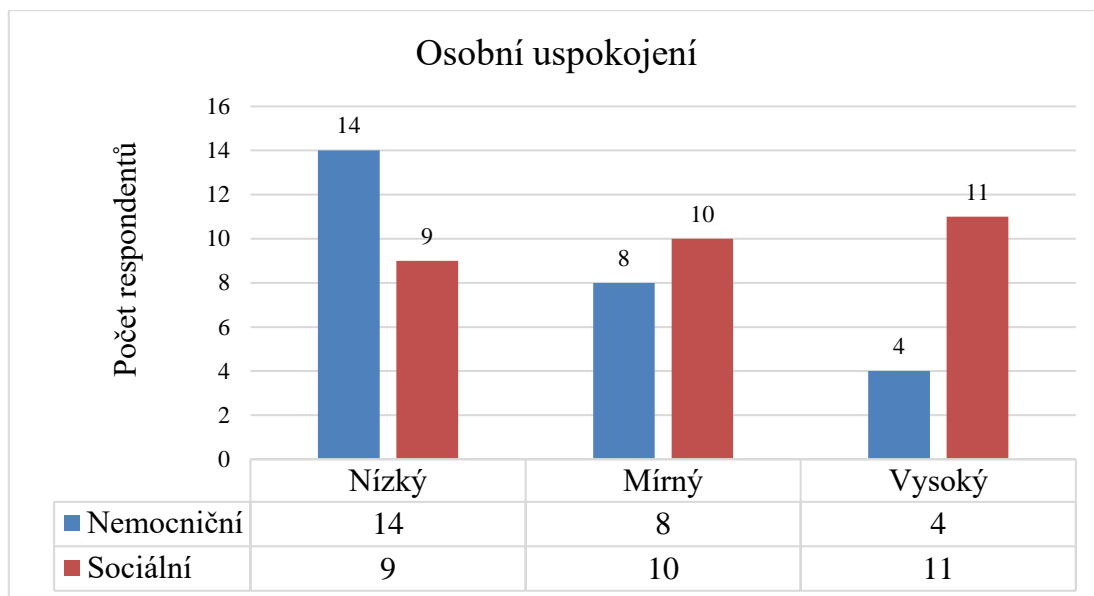
Všechny tyto komparované výsledky je nutné chápat i v souladu s tím, že v oblasti nemocničního zařízení se zúčastnilo 26 respondentů z 30, kdežto v sociálním zařízení se zúčastnili všichni respondenti, tedy 30. Na obrázku č. 7 jsou uvedeny všechny stupně rizika syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání. Nízký výskyt v oblasti emocionálního vyčerpání převažuje v sociálním zařízení a to u 15 (50 %) respondentů, kdežto v nemocničním pozorujeme téměř o polovinu méně než v sociálním a to 31 % (8). Mírný stupeň vyčerpání byl zhodnocen u 10 (38 %) respondentů z nemocničního prostředí a u 8 dotazovaných (27 %) z prostředí sociálního. Vysoký výskyt, tedy již výskyt syndromu vyhoření je o jednoho respondenta z nemocničního prostředí vyšší a to u 8 (31 %) tázaných respondentů oproti sociálnímu, který činí 7 (23 %).



Obrázek 8 - Komparace – Depersonalizace

zdroj: vlastní průzkum

Nízký stupeň rizika depersonalizace je velmi výrazně pozorován v sociálním zařízení a to u 19 (64 %) tázaných oproti 7 (27 %) respondentů z nemocničního prostředí. V nemocničním prostředí je naopak viditelné u 13 (50 %) respondentů mírné riziko a v sociálním prostředí 7 (23 %). Obrázek č. 8 poukazuje na to, že pouze u menšiny respondentů pracujících v nemocničním 6 (23 %) a v sociálním 4 (13 %) prostředí představují vysoký stupeň, tedy syndrom vyhoření v této oblasti.



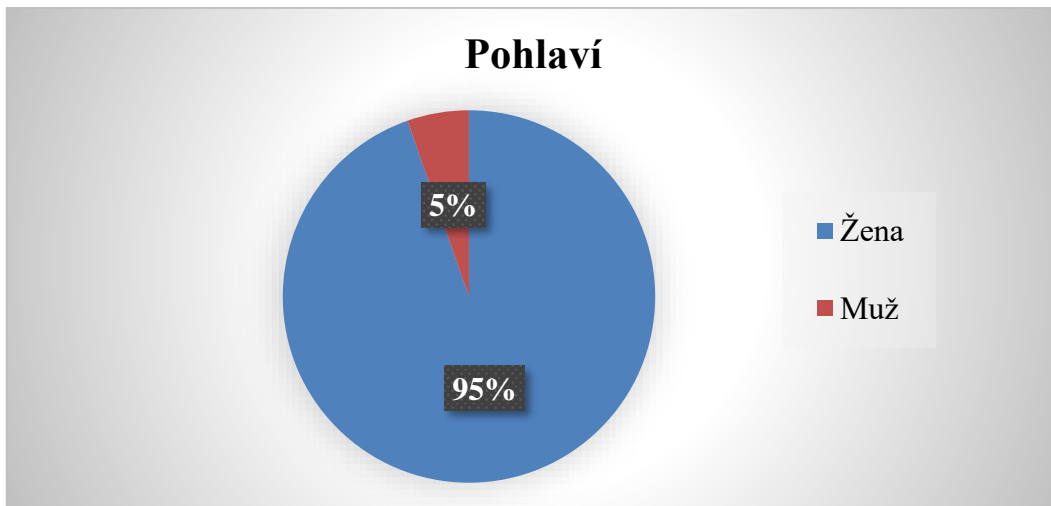
Obrázek 9 - Komparace - Osobní uspokojení

zdroj: vlastní průzkum

Obrázek č. 9 popisuje osobní uspokojení, kde je viditelný vysoký stupeň uspokojení především u respondentů pracujících v sociálním zařízení a to u 11 (37 %) oproti 4 (18 %) ze zařízení nemocničního. U mírného stupně výskytu jsou výsledky téměř totožné. Mírný stupeň je vykazován u 10 (33 %) respondentů z sociálního zařízení oproti 8 (30 %) z nemocničního. Syndrom vyhoření, tedy nízký stupeň uspokojení je znatelný v nemocničním prostředí u 14 (52 %) a v sociálním u 9 respondentů (30 %).

2. část – Vyhodnocení dotazníku zaměřeného na problematiku syndromu vyhoření u NLZP pečujících o klienta s AD

Otázka č. 1 – Jaké je vaše pohlaví?

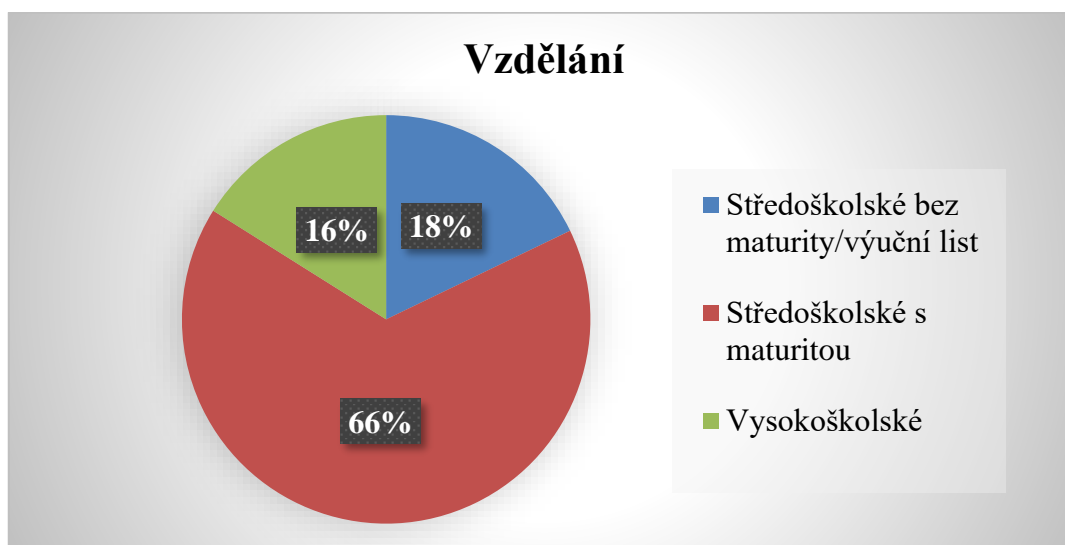


Obrázek 10 - Pohlaví respondentů

zdroj: vlastní průzkum

Každé otázky se vždy zúčastnilo vždy 56 respondentů (100 %). První otázka odkazuje na pohlaví respondentů. Z obrázku č. 10 je zcela jasné, že převažujícími respondenty byly ženy a to v 95 % (53). Menšinu, tedy zbylých 5 % (3) tvoří muži.

Otázka č. 2 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

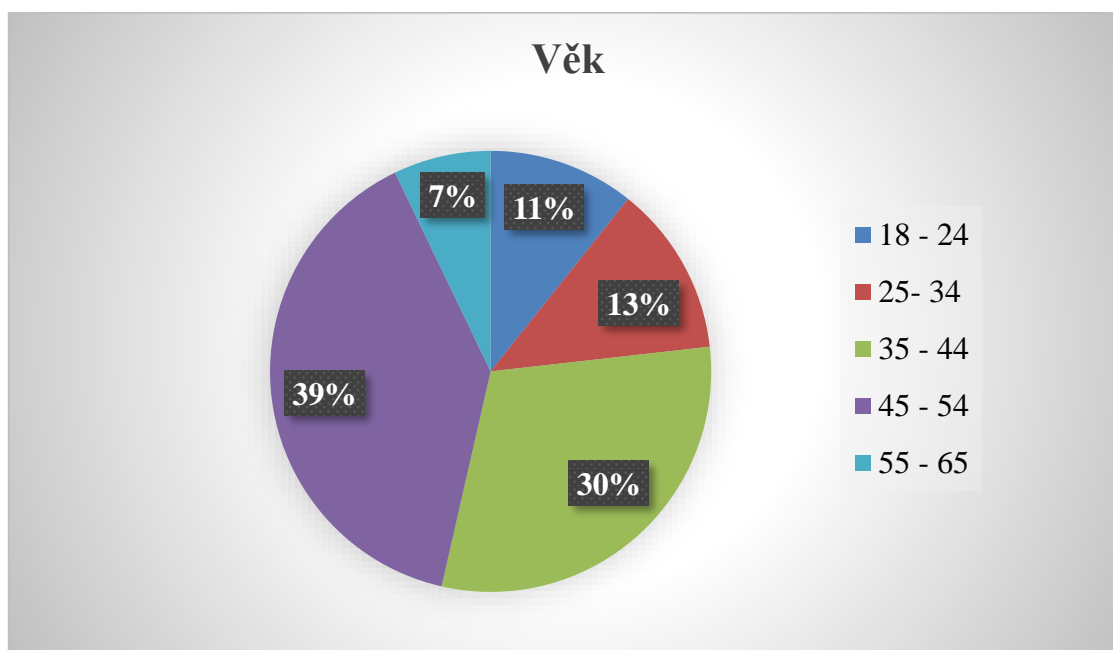


Obrázek 11 - Vzdělání respondentů

zdroj: vlastní průzkum

Z třetí otázky vyplynulo, že více než polovina respondentů, jak z nemocničního, tak ze sociálního zařízení má středoškolské vzdělání s maturitou, tedy 66 % (37). Další skupinou respondentů činících 18 % (10) byly pracovníci, kteří dosáhli středoškolského vzdělání bez maturity/výuční list. Již méně početnou, ale téměř srovnatelnou skupinou s respondenty bez maturitního vzdělání, tvoří respondenti s vysokoškolským vzděláním a to 16 % (9).

Otázka č. 3 – V jakém věkovém rozmezí se nacházíte?

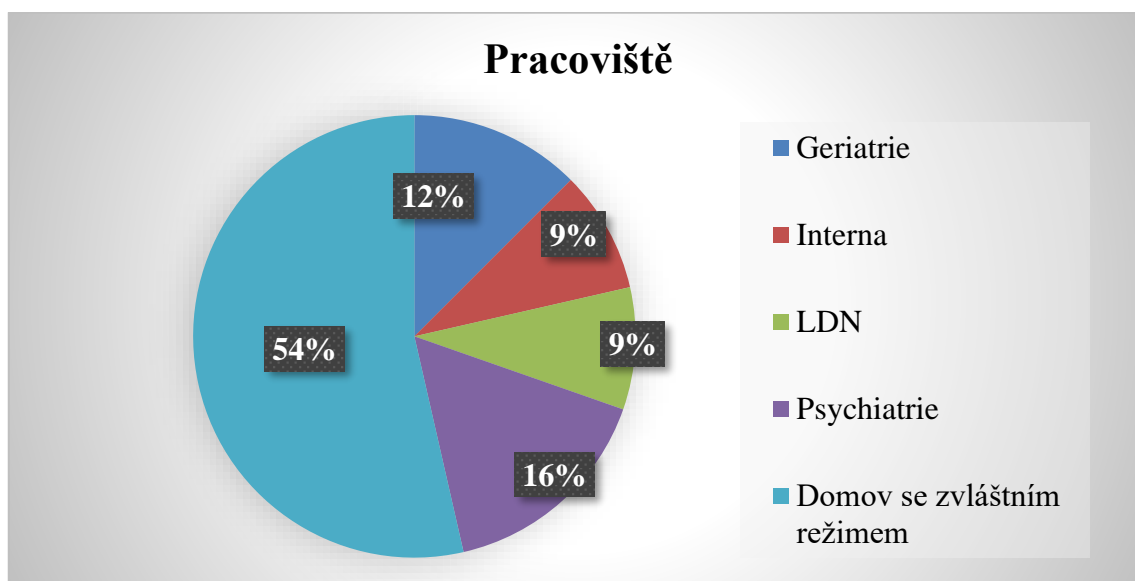


Obrázek 12 - Věk respondentů

zdroj: vlastní průzkum

Otázka č. 3 je zaměřena na věk. Tato otázka byla formou otevřené otázky, ale pro lepší zpracování byli respondenti následovně rozděleni do věkových kategorií. V nejnižším uvedeném věkovém rozmezí se nacházelo 6 respondentů (11 %) představující skupinu 18 – 24 let. Skupinu ve věku 25 – 34 představovalo 7 respondentů (13 %). Již více početnější skupinu tvořili respondenti v rozmezí 35 – 44 a to 30 % (17). Ovšem nejpočetnější skupinou byla skupina 45 – 54 let tvořící 39 % z celku a to 22 respondentů. Pouze 4 respondenti (7 %) se nacházeli v rozmezí 55 – 65.

Otázka č. 4 – V jakém typu zařízení pracujete?

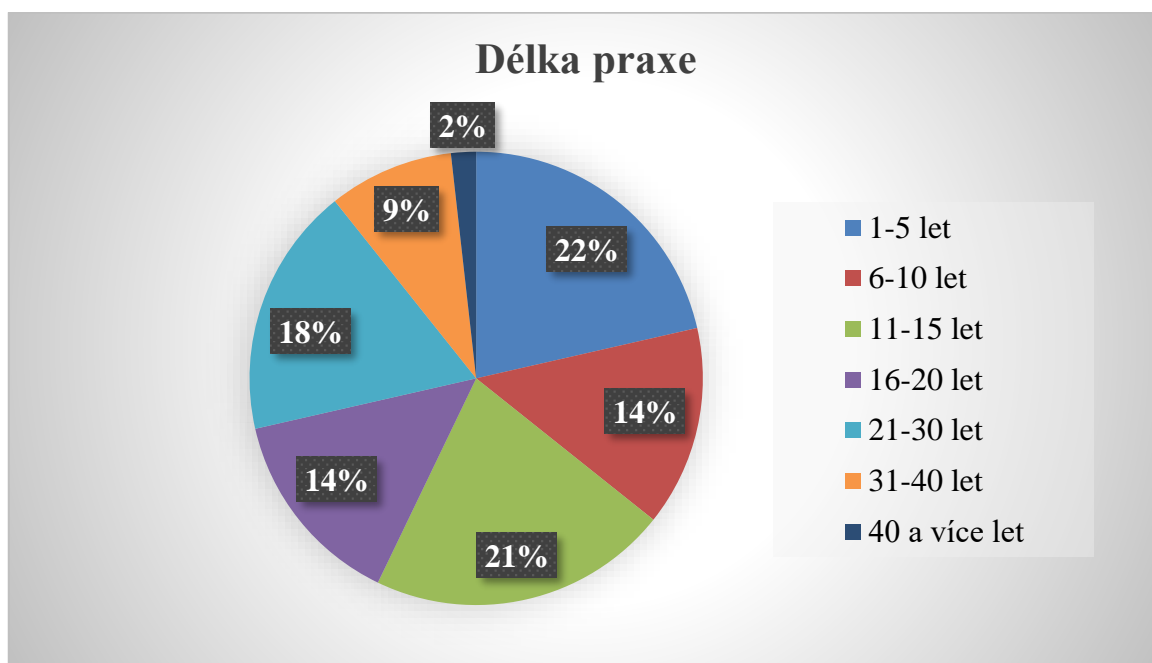


Obrázek 13 - Pracoviště respondentů

zdroj: vlastní průzkum

Otázka č. 4 byla zaměřena především na rozdělení respondentů poukazující na rozdílnost práce v nemocničním nebo v sociálním prostředí. Respondenti se dělily téměř na 2. souměrné poloviny. Více než polovinu, 30 (54 %) dotazovaných, tvořili respondenti ze sociálního zařízení, a to konkrétně v Domovech se zvláštním režimem. Druhou, již méně obsazenou skupinou 46 % (26) prezentovalo zařízení nemocniční, které bylo složeno především z respondentů pracujících na psychiatrickém (9) a geriatrickém (7) oddělení. Interní oddělení a LDN zastoupilo vždy 5 lidí (8 %).

Otázka č. 5 – Jak dlouho vykonáváte praxi ve zdravotnictví?

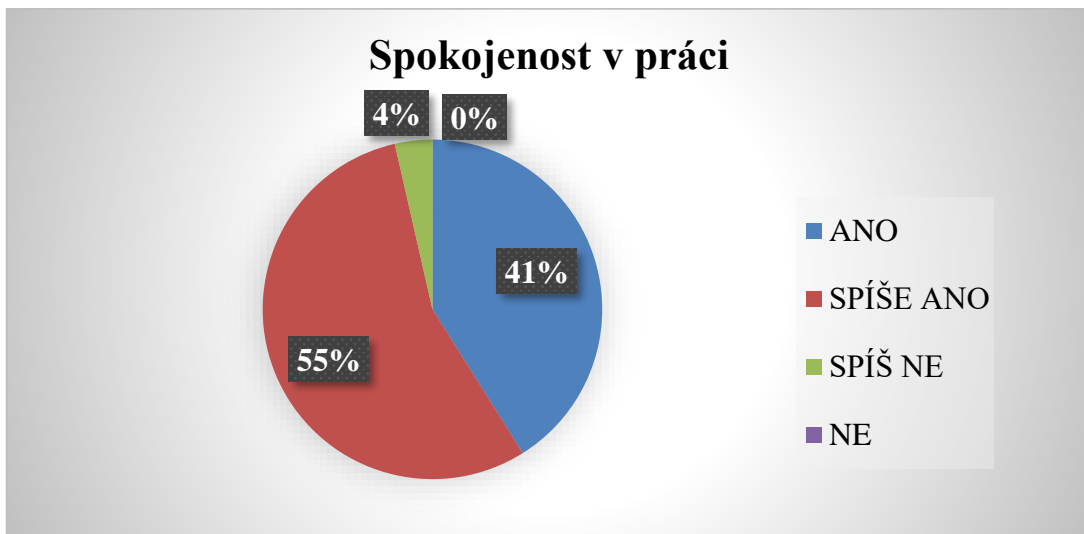


Obrázek 14 - Délka praxe

zdroj: vlastní průzkum

V otázce č. 5 respondenti formou otevřené otázky odpovídali, kolik let pracují ve zdravotnictví. Pro řádnější zpracování byla tato otázka rozřazena do kategorií podle počtu let. V rozmezí 1-5 let pracuje 12 respondentů, tedy 22 %. 8 respondentů (14 %) odpovídalo v rozmezí 6-10 let. Jednou z nepočetnějších skupin tvořili respondenti pracující ve zdravotnictví 11-15 let, tedy 21 % (12). 14 % (8) se nacházelo v rozmezí 16-20 let. Další skupinu, tedy 21-30 let, tvořilo 10 respondentů (18 %). Praxi ve zdravotnictví v rozmezí 31-40 let již vykonává 5 respondentů (9 %). Pouze 1 respondent tvořící 2 % odpověděl, že ve zdravotnictví pracuje obdivuhodně přes 40 let.

Otázka č. 6 – Jste ve své práci spokojen/a?

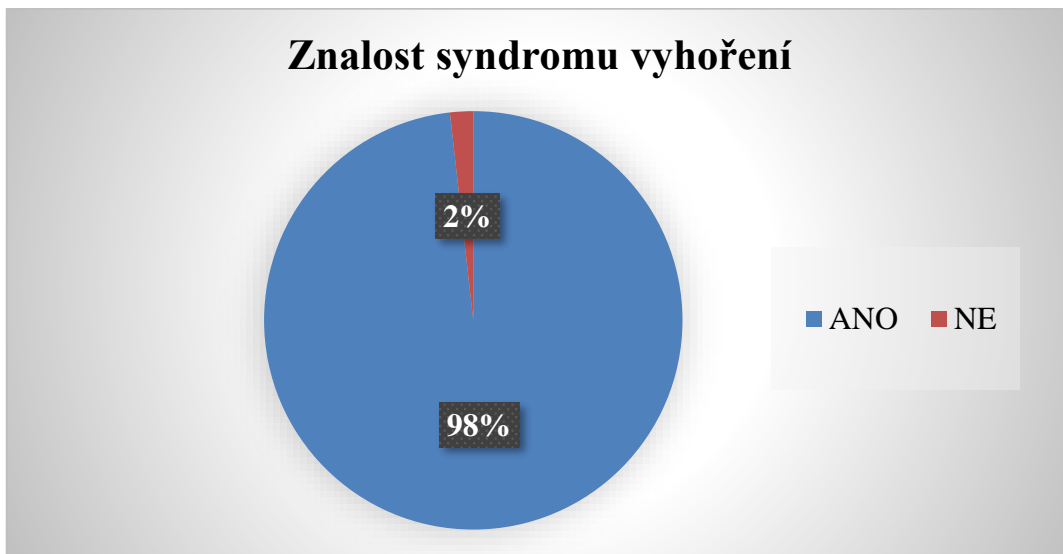


Obrázek 15 - Pracovní spokojenost respondentů

zdroj: vlastní průzkum

Obrázek č. 15 nám poukazuje na pracovní spokojenost. Převážnou část tvořilo 31 respondentů (55 %), kteří zakroužkovali možnost SPÍŠE ANO. Další velmi početná skupina odpověděla ANO, že v práci spokojeni jsou a to 41 % (23). Pouze 4 % z celku tvořili 2 respondenti, kteří uvádí, že ve své práci SPÍŠE spokojeni nejsou. V možnosti NE se nenacházel žádný respondent.

Otázka č. 7 – Víte, co je to syndrom vyhoření?

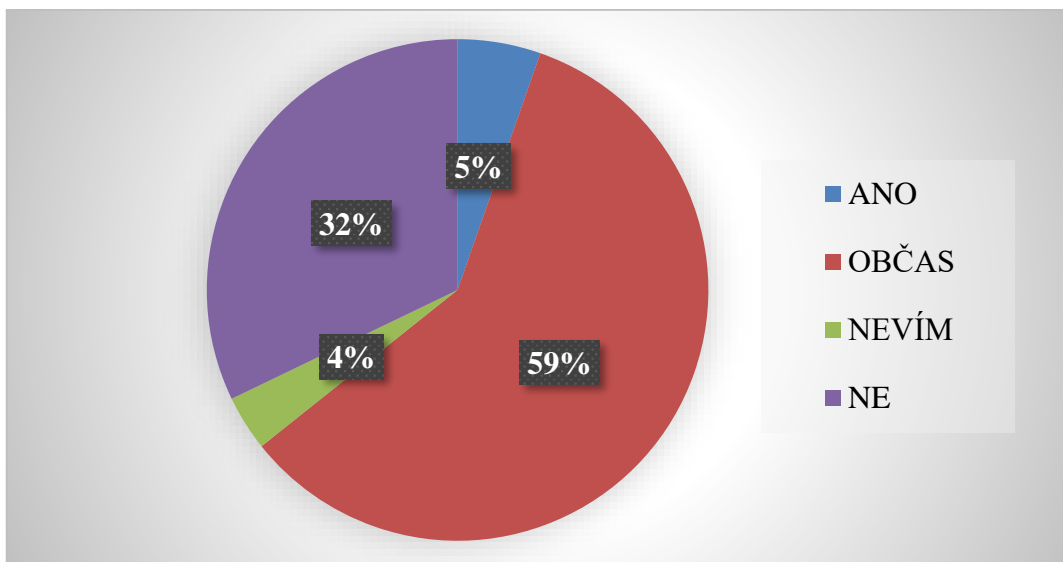


Obrázek 16 - Znalost syndromu vyhoření

zdroj: vlastní průzkum

Obrázek č. 16 je zaměřený na znalost pojmu syndromu vyhoření. 98 %, tedy 55 respondentů odpovědělo, že ví, co syndrom vyhoření je. Pouze 1 respondent tvořící 2 % z celku odpověděl NE, nevím.

Otázka č. 8 – Máte pocit nebo cítíte se vyhořelá/ý z práce, kterou děláte?

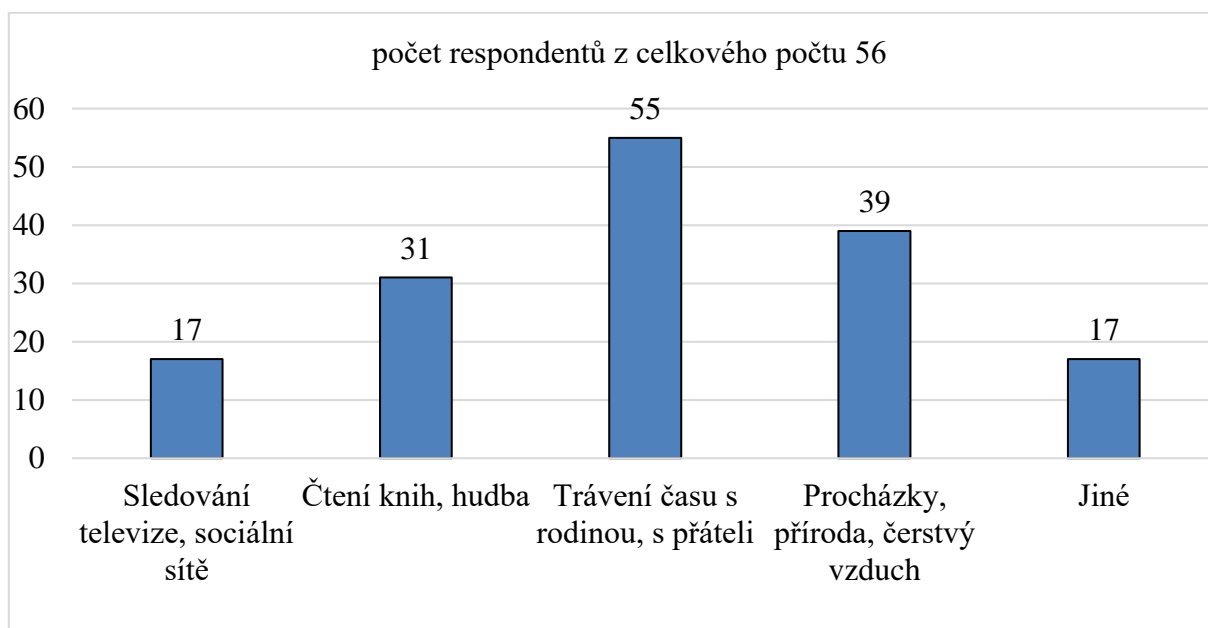


Obrázek 17 - Pocity syndromu vyhoření u respondentů

zdroj: vlastní průzkum

Otázka č. 8 je věnována pocitům respondentů, zdali se cítí vyhořele z práce, kterou dělají. Z 56 tázaných pouze 3 (5 %) respondenti odpověděli ANO. Nejčastější odpovědi tvořící 59 % (33) respondentů, byla odpověď OBČAS. Odpověď nevím byla zhodnocena pouze u 2 (4 %). 18 respondentů (32 %) zakroužkovalo možnost NE.

Otázka č. 9 – Jaké jsou vaše strategie zvládnání stresu?

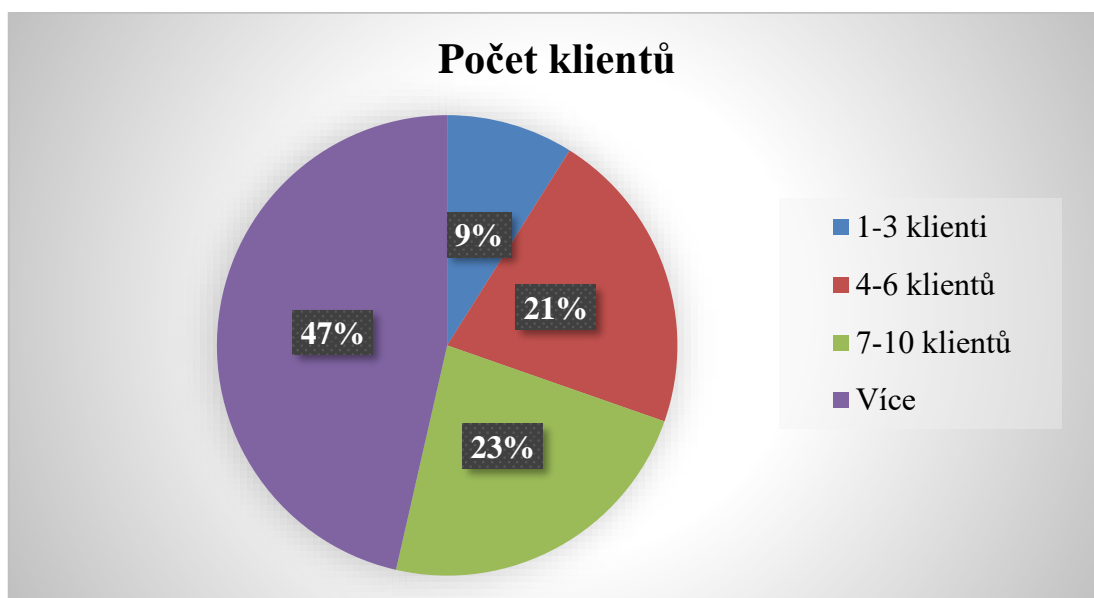


Obrázek 18 - Strategie zvládnání stresu

zdroj: vlastní průzkum

Obrázek č. 18 hodnotí zakroužkované odpovědi respondentů týkající se jejich strategií zvládnání stresu. V této otázce mohli respondenti vybírat z více možností, proto je u této otázky zvolen sloupcový graf. Odpověď *Trávení času s rodinou, s přáteli* zvolilo 55 (98 %) respondentů z 56. Další častou strategií respondentů tvořících 70 % (39) vybralo *odpověď Procházky, příroda, čerstvý vzduch*. 31 respondentů (55 %) odpovědělo, že od stresu jim pomáhá *Čtení knih a hudba*. Jako nejméně užívanou strategií bylo zvoleno *Sledování televize a sociálních sítí*, toto zakroužkovalo 17 (30 %) respondentů z celkového počtu 56. 17 respondentů (30 %) mimo jiné zvolilo odpověď *Jiné*. Respondenti mimo jiné uvedli, že jejich strategií zvládnání stresu je například sport, plavání, studium vysoké školy, sklenice či láhev vína, cigarety, zpěv, kultura, cestování, zahradničení, ruční nebo domácí práce a v neposlední řadě jenom klid a ticho.

Otázka č. 10 – S jakým počtem klientů trpících AD se měsíčně v praxi setkáváte?

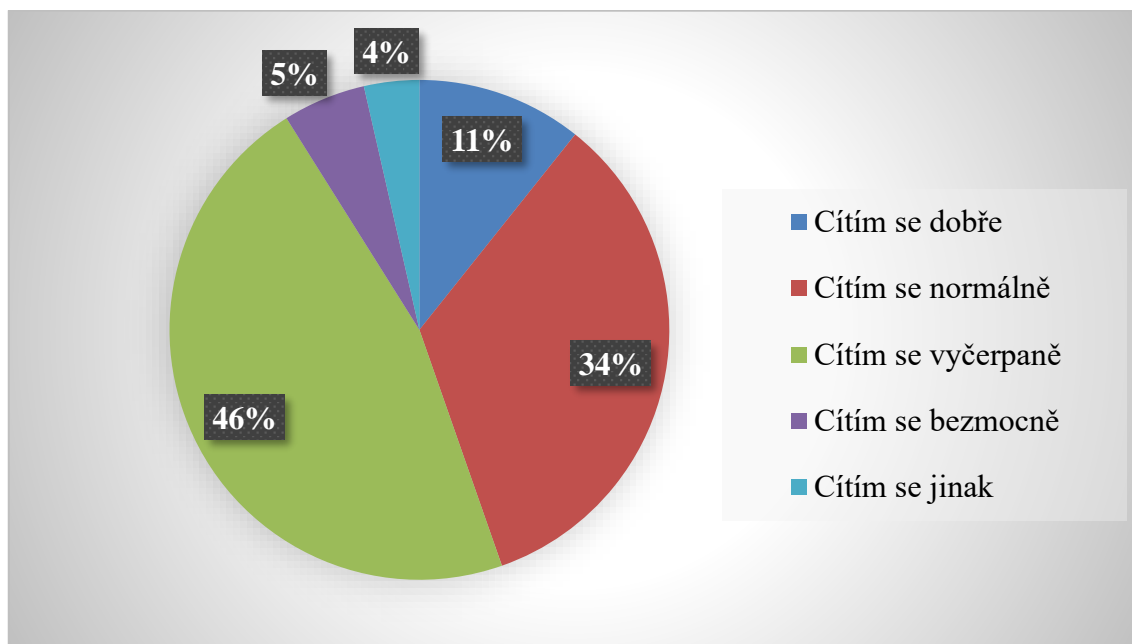


Obrázek 19 - Počet klientů

zdroj: vlastní průzkum

Obrázek č. 19 nám ukazuje o kolik klientů s AD měsíčně pečují tázaní respondenti. 5 (9 %) respondentů odpovídalo, že běžně pečují o 1-3 klienty. 12 z dotazovaných tvoří 21 % udává 4-6 klientů za měsíc. Již větší skupinu zahrnovala odpověď 7-10 klientů měsíčně, tu tvoří 13 (23 %) respondentů. 47 % (26) tvoří početnou část odpovědělo, že se běžně měsíčně starají o více než 10 klientů. Pokud respondenti zakroužkovali možnost „Více“, byli požádáni, aby napsali přibližný počet klientů, o které pečují. Objevovaly se zde odpovědi jako 15, 25, 35, 40 klientů za měsíc.

Otázka č. 11 – Jak se cítíte po směně, během které jste se staral/a o tohoto klienta?



Obrázek 20 - Pocity po směně

zdroj: vlastní průzkum

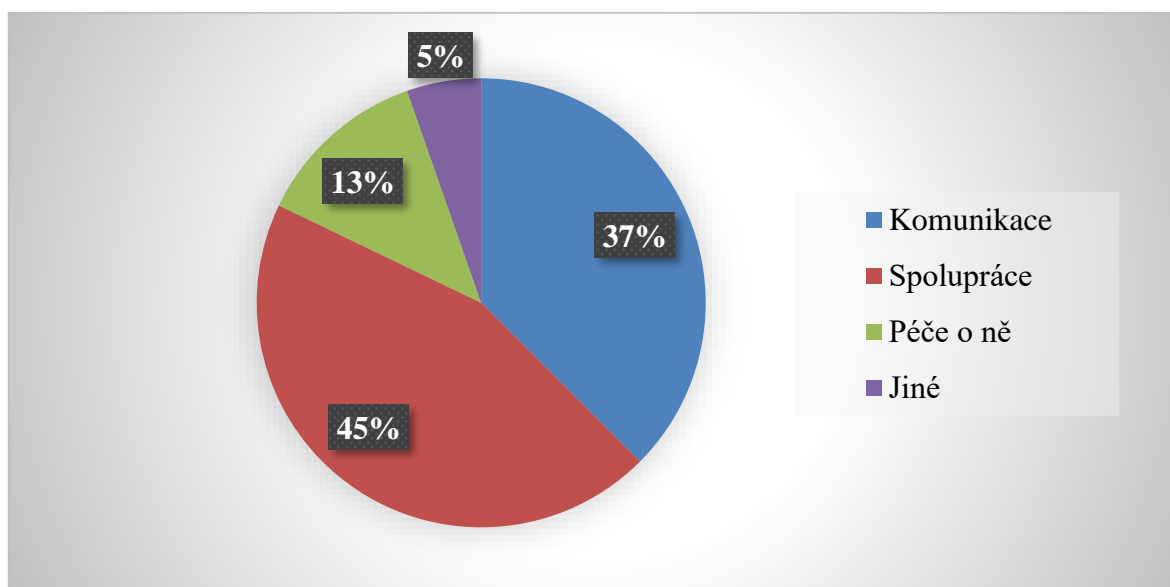
Obrázek č. 20 nám ukazuje, jak se cítí respondenti po směně, během které se starali o klienta s AD. Odpověď „Cítím se vyčerpaně“ byla nejčastější. Tuto možnost zvolilo 46 % (26) respondentů. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „Cítím se normálně“, tedy 34 % (19). 6 respondentů (11 %) řeklo, že po směně, ve které se starali o klienta s AD cítí dobře. Malou skupinu tvořili respondenti, kteří zvolili možnost „Cítím se bezmocně“ a to v 5 % (3 respondenti). Odpověď „Cítím se jinak“ vybrali pouze 2 respondenti (4 %). Tito respondenti byli požádáni, aby tento pocit konkretizovali. Oba 2 respondenti napsali, že se po této směně cítí smutně.

Otázka č. 12 – Jaké jsou podle vás hlavní zásady, jak se o klienta s AD starat?

Tato otázka byla otevřená. Na tuto otázku odpovědělo vždy 56 respondentů. Respondenti, kteří se do této otázky zapojili, uvedli vždy alespoň jednu zásadu, jak se o klienta s AD starat. Nejčastější zmiňovanou zásadou byla trpělivost, na nic nespěchat a být vstřícný. Ke klientovi přistupovat v klidu, s úctou, respektem, mile, tolerantně, asertivně a ochotně. Ve spojitosti s komunikací někteří respondenti uváděli, že je dobré hovořit z očí do očí, a to v krátkých, jednoduchých větách, opakovat informace, být empatičtí, zbytečně se nerozčilovat a neudávat striktní rozkazy, snažit se porozumět jeho pocitům a souhlasit s jeho názorem, i když je nesmyslný.

Jeden z respondentů uvedl velmi dobrou myšlenku a to: „Důležité je mít poznatky o tomto onemocnění (příznaky, projevy) a z toho při práci vycházet.“ V oblasti péče bylo uváděno, že je velmi podstatné využívat zbývajících schopností a udržovat jeho schopnosti být samostatný. Přizpůsobit se jeho tempu, a především pečovat o jeho bezpečnost při činnostech. Ovšem je třeba dopomáhat v každodenních činnostech, a hlavně věnovat pozornost hygieně. Jeden respondent uvedl, že je velmi účinné využívat předměty, které nemocný zná a snažit se ho zabavit různými činnostmi. Toto je myšleno i v souvislosti s představami a pozorností. Bylo zde podotknuto, abychom klienta nepřesvědčovali o opaku věci, nevyvracet jeho bludy, ale naopak se snažit pouze odvést pozornost od ulpívajících představ. „Věřit jeho pocitům, protože pro něj jsou reálné.“ toto poznamenal jeden z respondentů. Dle jednoho z respondentů je pro pečujícího významné si nebrat osobně negativní chování klienta. Z etického hlediska bylo respondenty uváděno, aby byla vždy zachována jeho důstojnost, respekt osobnosti, stud a především práva.

Otázka č. 13 – Co je podle vás nejtěžší na práci s těmito klienty?



Obrázek 21 - Náročnost v péči o klienta s AD

zdroj: vlastní průzkum

Obrázek č. 21 poukazuje na výběr pouze jedné oblasti, která respondentům připadá nejnáročnější v péči o klienta s AD. Při výběru jedné z možností měli respondenti konkretizovat, proč zvolili právě tuto možnost. Ovšem ne všichni respondenti svoji volbu zkonkretizovali. Důvod uvedlo jenom 44 respondentů z 56-ti, zbylých 12 respondentů ke své odpovědi nevyjádřilo.

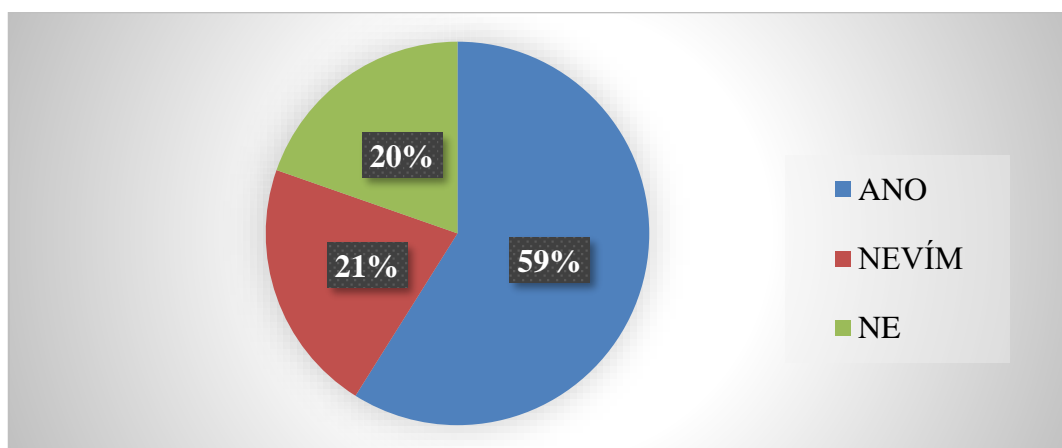
Nejčastější zvolenou odpovědí byla *spolupráce*. Takto odpovídalo 25 respondentů (45 %). Respondenti uváděli, že častým důvodem ztížené spolupráce je, že klienti neví, co po nich chceme, rychle požadavek pečujících zapomenou a nelze se s nimi na ničem rozumně domluvit. Odmítají péči, nechtějí jíst, umývat se, pít a ve většině případů ani nechtějí spolupracovat. Dále uvádí, že je s nimi těžké spolupracovat začnou-li být neklidní a agresivní. Podle jednoho z respondentů je těžké se jim trefit do nálady.

Druhou skupinou tvořící 37 % (21) je skupina, která uvedla, že nejtěžší na práci s AD klienty je *komunikace*. Důvody, které respondenti následně uvedli byli ve většině případů velmi podobné. Respondenti uvádí, že klienti s AD nejsou schopni adekvátní komunikace, a to především z důvodu jejich zmatenosti a dezorientace v prostoru, čase, ale i v osobě. Jeden z respondentů napsal: „Bavit se o něčem s AD klientem je mnohdy náročnější než oblékání.“ Dalšími důvody, proč tuto odpověď vybrali je například klientova neschopnost logického myšlení, zapomnětlivost, povídání nesmyslů, často ani nepochopení, co po nich personál chce. Dále je uváděno, že je velmi vyčerpávající jim něco vysvětlovat. Další konkretizující odpovědi

jedno z respondentů bylo: „Pečující často nechápe, kde se klient v myšlenkách nachází a nemůže adekvátně reagovat.“ 7 (13 %) respondentů vybralo možnost „Péče o ně“. Jeden z respondentů svoji odpověď zdůvodnil takto: „Musím sama vycítit, co potřebují, neřeknou si.“ Obecně bylo uváděno, že je těžké provádět hlavně hygienu u klientů s AD s vyšší váhovou kategorií.

3 respondenti (5 %) zvolili možnost „Jiné“. Uvedli, že nejtěžší na práci s klienty s AD je udržet si trpělivý přístup nebo naopak jejich příbuzní, co tímto respondent myslel, nedokážu posoudit. Odpověď příbuzní totiž nebyla více specifikována. „Záleží na stavu pacienta a fázi choroby ve které se nachází, každý pacient potřebuje individuální přístup ve všech těchto zmiňovaných oblastech.“ Tento výrok uvedla jedna z respondentek.

Otázka č. 14 – Myslíte si, že věnujete více času pacientům trpícím AD než běžným pacientům?

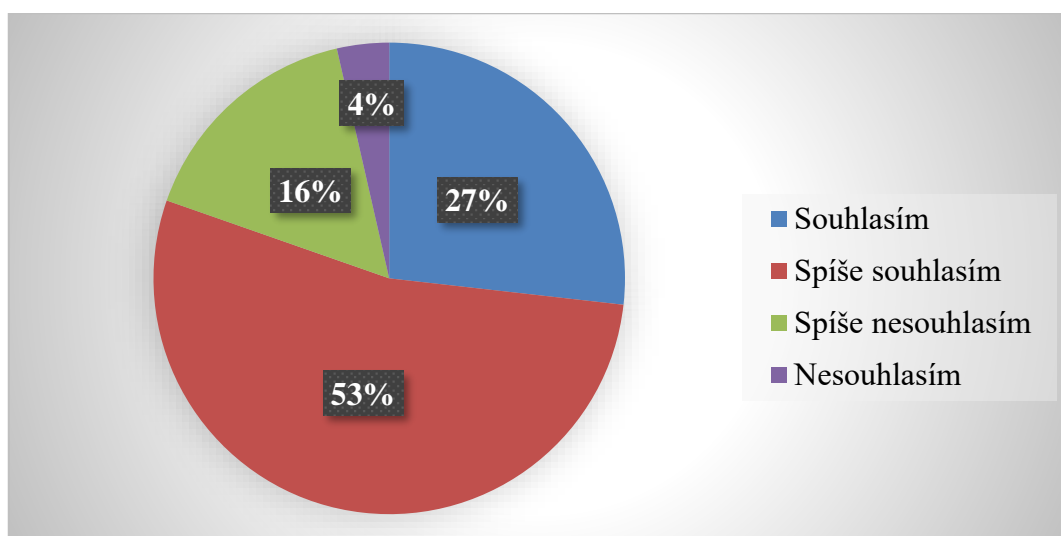


Obrázek 22 - Čas věnovaný klientům s AD

zdroj: vlastní průzkum

Otázka č. 14 se ptá, zdali si NLZP myslí, zda se více věnuje péči o klienty s AD než o běžné klienty. Více než polovina respondentů, tedy 59 % (33) odpovědělo ANO, že věnují více času těmto klientům. Odpověď NEVÍM byla zaznamenána u 12. respondentů (21 %). Zbýlých 11 (20 %) z 56 respondentů řeklo, že NE, tedy že nevěnují více času v péči o klienta s AD než běžným klientům.

Otázka č. 15 – Staráte se rád/a o tohoto klienta?

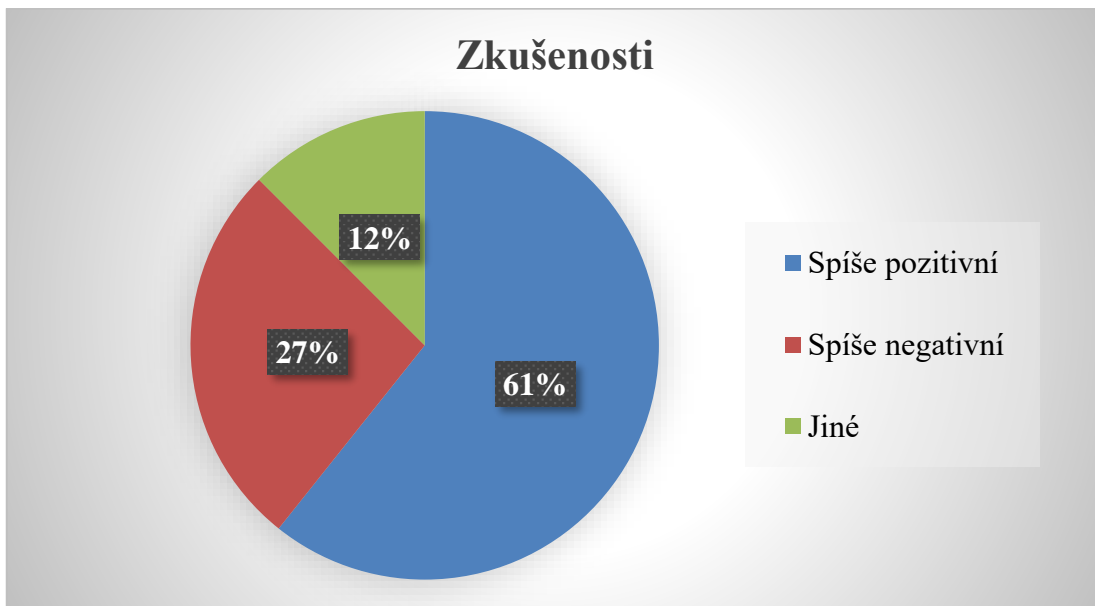


Obrázek 23 - Péče o klienta s AD

zdroj: vlastní průzkum

Otázka č. 15 se ptá na to, zdali se respondenti rádi o tohoto klienta starají. Více než polovina, tedy 53 %, tedy 30 respondentů odpovědělo, že s tímto výrokem *spíše souhlasí*. Druhou skupinu tvořilo 27 % (15) a ti řekli, že *souhlasí*, tedy že se rádi o tohoto klienta starají. 9 respondentů (16 %) vybralo odpověď *Spíše nesouhlasím*. Pouze 4 % respondentů (2) odpověděli *nesouhlasím*, tedy že se o klienta s AD neradi starají.

Otázka č. 16 – Máte spíše pozitivní nebo negativní zkušenosti s klient, kteří trpí AD?

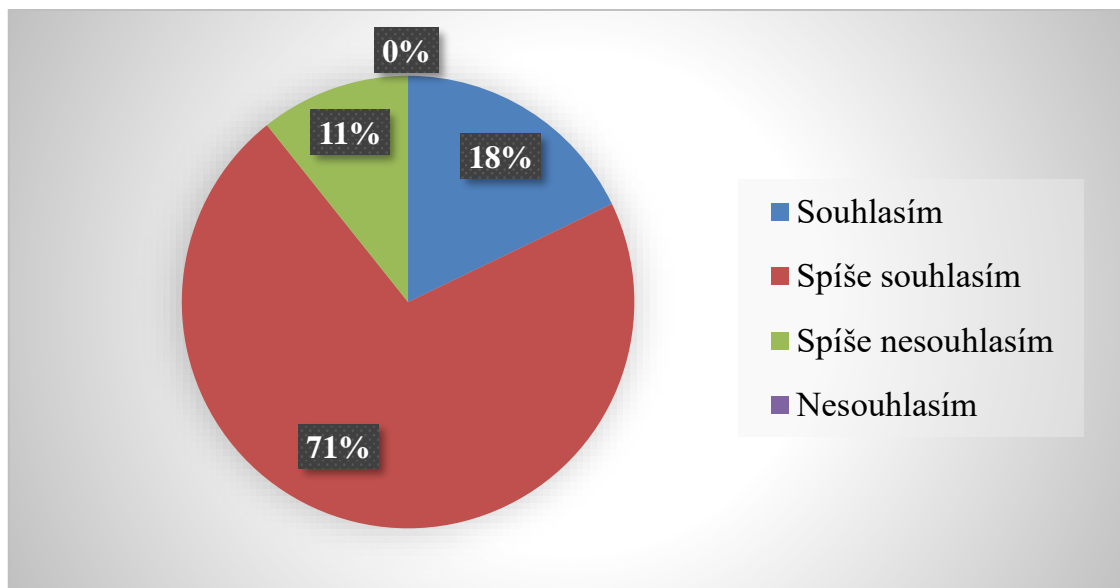


Obrázek 24 - Zkušenosti s klienty trpících AD

zdroj: vlastní průzkum

Z obrázku č. 24 je viditelné, že opět více než polovina respondentů, tedy 61 % (34) má s klienty s AD *spíše pozitivní* zkušenosti. 27 % (15) zakroužkovalo odpověď *spíše negativní*. Jestliže respondenti zvolili odpověď *Jiné*, byli požádáni o vypsání jejich jiné zkušenosti. Tuto odpověď vybralo 7 (12 %) respondentů. Bylo zde spíše zmiňované, že záleží na stavu klienta, či odpověď „Jak kdy, jak s kterým klienta“. Byla zde i doplněná odpověď, že je to individuální nebo, že to respondent nerozlišuje.

Otázka č. 17 – Dokážete si, při různých stavech, kterými si může pacient s AD procházet (např. silné stavy zmatenosti, agresivita, atd.) vždy „zachovat klidnou hlavu“?

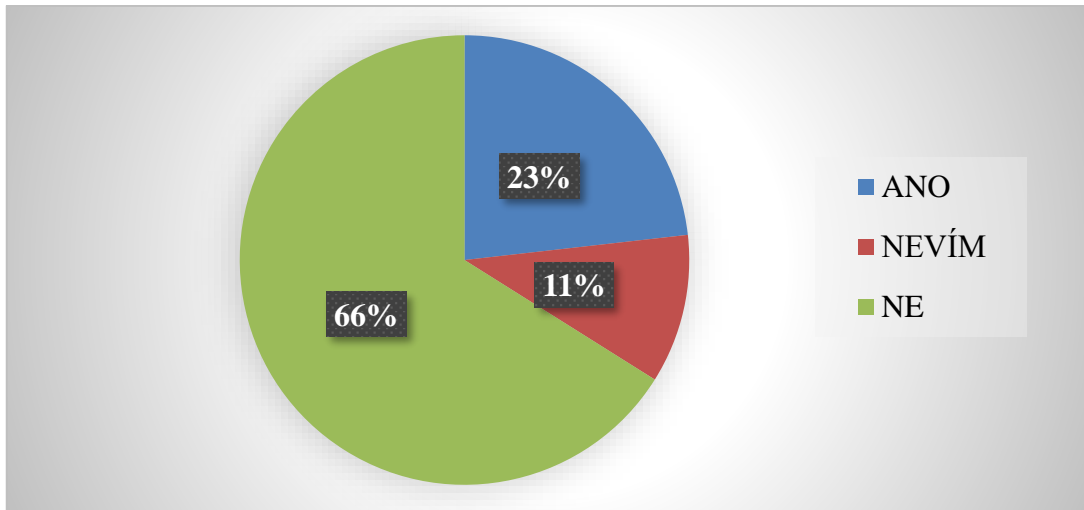


Obrázek 25 - Vypořádávání se se situacemi s péčí o klienta s AD

zdroj: vlastní průzkum

Otázka č. 17 je zaměřena na to, jak se NLZP vypořádává s různými situacemi, stavy, kterými si klient s AD prochází nebo může procházet. Velká většina neboli 71 % (40) odpověděla „*Spíše souhlasím*“ tedy, že si v těchto situacích spíše dokáže „zachovat klidnou hlavu“. 10 respondentů (18 %) odpovědělo *Souhlasím*. To znamená, že si v těchto situacích dokáže vždy „zachovat klidnou hlavu“. 11 % (6) respondentů odpovědělo *Spíše nesouhlasím*. Odpověď *Nesouhlasím* nezvolil žádný z respondentů, tedy 0 %.

Otázka č. 18 – Stalo se Vám někdy, že jste se záměrně vyhýbal/a kontaktu s tímto pacientem?

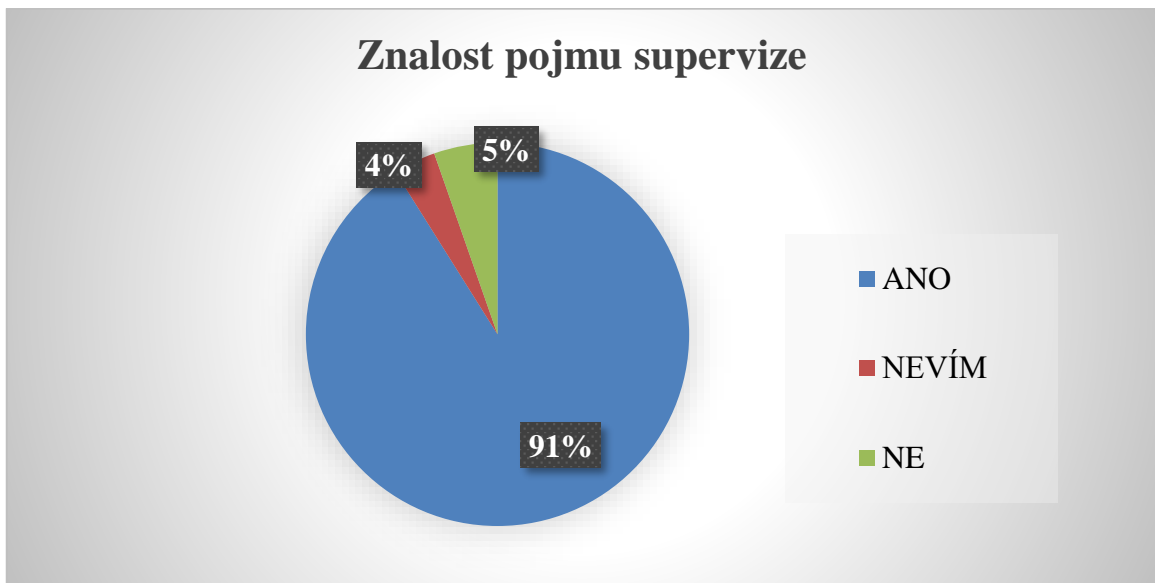


Obrázek 26 - Kontakt s klientem trpícím AD

zdroj: vlastní průzkum

Otázka č. 18 se ptá, zdali se někdy respondentům stalo, že by se záměrně vyhýbali kontaktu s klientem trpícím AD. Znatelná většina, tedy 66 % (37) odpovědělo, že ne. 6 (11 %) respondentů, neví, nebo se neuvědomují, zdali se jim někdy taková situace stala. Odpověď ANO byla zhodnocena u 13 respondentů (23 % z celku).

Otázka č. 19 – Znáte nebo setkal/a jste se s pojmem supervize?

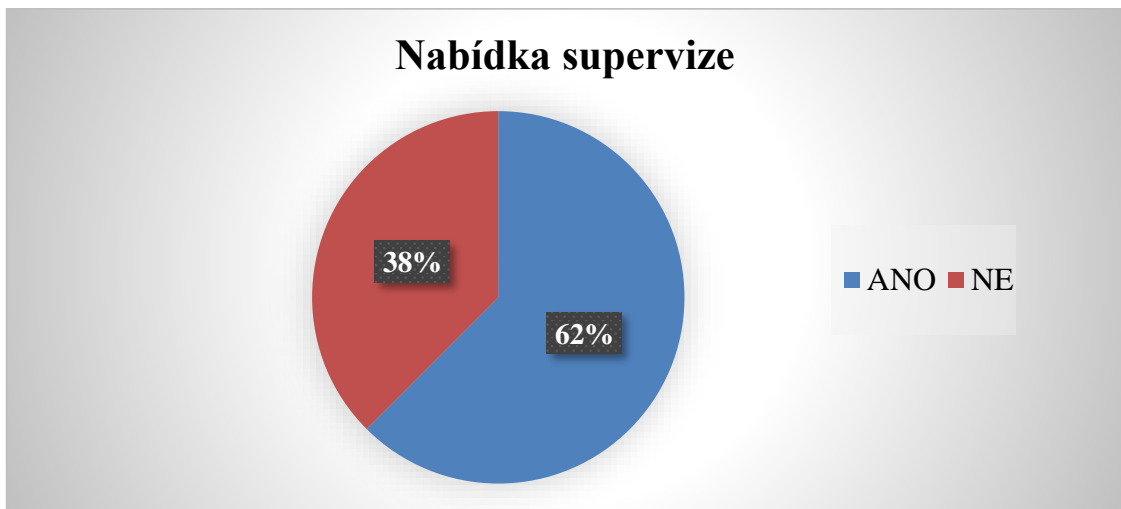


Obrázek 27 - Znalost pojmu supervize

zdroj: vlastní průzkum

Obrázek č. 27 jasně ukazuje, že velké procento, tedy 91 % z celku (51 respondentů) zná, nebo se setkalo s pojmem supervize. Pouze 3 respondenti (5 %) udávali, že se s tímto pojmem neseťkali. Též malou skupinu respondentů tvoří odpověď NEVÍM a to 4 % (2 respondenti).

Otázka č. 20 – Byla Vám ze strany zaměstnavatele podána nabídka supervize?



Obrázek 28 - Nabídka supervize

zdroj: vlastní průzkum

Otázka č. 20 se ptá, jestli respondentům byla někdy ze strany zaměstnavatele tato nabídka podána. Převažující odpovědí, tedy odpověď ANO, byla udávána u 35 respondentů (62 %). 21 respondentů odpovědělo, že jim taky nabídka podána nebyla. Tuto skupinu tvořilo celých 38 %.

5 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření v péči o klienty s Alzheimerovou demencí. Pomocí standardizovaného dotazníku MBI nám byly zajištěny výsledky syndromu vyhoření, které byly zhodnoceny a následovně porovnávány s rozdílností v nemocničním a sociálním prostředí. Výsledky byly vyhodnoceny z psychiatrického, geriatrického, interního a LDN oddělení a nadále pak v domovech se zvláštním režimem. Výsledky výskytu vyhoření jsou popisovány níže.

Cíl č. 1 - Zjistit, zdali se u NLZP vyskytuje syndrom vyhoření a následně pomocí komparace vyhodnotit rozdílnost výskytu mezi nemocničním zařízením a zařízením sociální péče, resp. domovech se zvláštním režimem.

Výsledky přinesly obraz o dílčích možnostech výskytu syndromu vyhoření ve třech hodnotících faktorech. Respondenti byli tvořeni z 26. respondentů z nemocničního prostředí a 30-ti ze zařízení sociální péče, celkově tedy 56. V první oblasti, tedy oblasti emocionálního vyčerpání, bylo zjištěno, že z 56 respondentů (100 %), se u 15 tázaných (27 %) vyskytuje vyhoření, z toho 8 respondentů z nemocničního a 7 ze sociálního. Syndromem vyhoření v oblasti depersonalizace trpí 10 pracovníků, tedy 18 % z celku. 6 z nemocničního prostředí a 4 pracovníci ze sociálního. Jeden ze tří faktorů s názvem osobní uspokojení byl pojímán pozitivně. Z celkového počtu 56 (100 %) je vyhořelých 23 respondentů (41 %). 14 z nemocničního a 9 ze sociálního prostředí. Z těchto výsledků je poměrně dost viditelné, že vyhoření převažuje vždy u pracovníků, kteří pracují v prostředí nemocničním oproti pracovníkům, kteří mají své pracoviště zaměřené na péči o klienty s AD.

Psychickou zátěž ve zdravotnickém pracovním prostředí lze obecně rozdělit na emocionální, a to především v ošetřování těžce nemocných. Nároky na rozhodování či myšlení jsou popisovány jako duševní zátěž. Rozvoj či vznik syndromu vyhoření je obecně přisuzován nadměrnému emocionálnímu zatížení (Tuček, Slámová, 2012, s. 206).

Emocionální zatížení (vyčerpání) je z vyhodnocených výsledků poměrně obsazeně vyskytováno.

Na každého pracovníka, a to zejména v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem bývá vyvíjen nátlak. Na pečující připadá velké množství klientů s vysokým rizikem nesoběstačnosti. Na základě zajišťování potřeb a individuálního plánu je na pracovníky kladeno plné nasazení a soustředění se na pacienta po celou dobu jejich směny. (Malíková, 2011, s. 191).

Prozkoumané výsledky však přinesly zjištění, že výskyt syndromu vyhoření je o zlomek menší u pracovníků, kteří pracují v domovech se zvláštním režimem a přichází tak dennodenně do styku s klienty trpících AD oproti pracovníkům, kteří přichází do styku s těmito klienty ojediněle.

Pro srovnání byla využita práce od Řebíčkové (2019), která pracovala s tématem „Psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí“. Dotazovanými osobami byli profesionální pečující v DZR s celkovým počtem 79. Došla ke zjištění, že pouze 2 respondenti trpí syndromem vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, dále pak depersonalizací trpí 5 tázaných. Pozitivním zjištěním bylo, že vyhořením v oblasti osobního uspokojení netrpí žádný respondent (Řebíčková, 2019).

V práci od autorky Málkové byl rovněž využit standardizovaný dotazník MBI. Počet respondentů v této práci činil 33, tedy takřka polovina respondentů v této práci. Skládal se z pracovníků v domovech pro seniory a pracovníků v následné péči a na rehabilitacích. Málková zjistila, že emocionálním vyhořením trpí 2 respondenti z 33 (6 %). Též u 2 tázaných (6 %) v oblasti depersonalizace bylo pomocí testu vyhodnoceno vyhoření. 30 %, tedy 10 respondentů bylo vyhořelých v osobním uspokojení (Málková, 2017 s. 51-53).

Další komparovanou prací byla práce od Křepelkové (2014). Své výsledky vyhodnocovala téměř u dvounásobku respondentů, než bylo uváděno v této práci, celkový počet činil 119 respondentů. Sběr probíhal v psychiatrických nemocnicích. Její výsledky prokázaly emocionální vyhoření u 41 respondentů ze 119. 39 dotazovaných trpí depersonalizací a u 73 respondentů bylo prokázáno nízké osobní uspokojení, tedy syndrom vyhoření (Křepelková, 2014).

V porovnání s prací o Křepelkové (2014) byly výsledky velmi podobné a srovnatelné. Znatelně vyšší výskyt vyhoření byl zaznamenán v oblasti osobního uspokojení oproti této práci.

V knize od Špirudové (2015, s. 34) je uváděno 19 studií datovaných od roku 2004-2013 ve kterých se nacházel i výzkum v oblasti syndromu vyhoření získaný pomocí testu BMI. Respondenti byli tvořeni z 615 sester z různých oblastí ČR, a to v různých pracovních odvětví jako je LDN, geriatric, psychiatrie, chirurgie, domácí péče či péče intenzivní. Oblast emocionálního vyčerpání poskytlo informace o tom, že 158 sester je ve vysokém riziku syndromu vyhoření nebo je u nich již vyhoření rozvinuto. Depersonalizaci trpí 101 sester. V oblasti osobní uspokojení se syndrom vyhoření vyskytuje u 175 sester.

Lze tedy říci, že syndrom vyhoření je stálým problémem a vždy se alespoň u ¼ dotazovaných vyskytuje ve všech zmiňovaných oblastech. Toto tvrzení je však nutné vyvrátit v práci od Málkové a Řebíčkové, u kterých se vyhoření vyskytovalo velmi málo.

Cíl č. 2 - Zjistit, jaká je informovanost o problematice Burn-out.

V profesích, na které jsou přinášeny nároky jak po stránce psychické, tak fyzické, je vzdělání a informovanost týkající se syndromu vyhoření nedílnou součástí. Člověk, který se v této problematice stane informovaným, může brzy spatřit příznaky, se kterými si poté bude moci poradit sám, a nebo navštíví odborníka (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 67).

Proto jedním z dílčích cílů této práce bylo zjištění, zdali NLZP znají pojem syndrom vyhoření. Respondentům byla položena jednoduchá otázka, otázka č. 7 znějící takto: „Víte, co je to syndrom vyhoření?“. Znalost dotazovaných byla velmi vysoká. 98 % (55) respondentů odpovědělo, že ví, co syndrom vyhoření je. Pouze 1 respondent (2 %) zakroužkoval možnost „NE“.

Suchanová (2015) ve své práci na téma *Syndrom vyhoření a jeho prevence z pohledu sestry* rovněž využila stejnou otázku. Počet jejich respondentů tvořil 260, z toho 145 sester z nemocnic a 115 respondentů vyplňující dotazník na internetu. Při tomto porovnání došlo k zjištění, že informovanost o této problematice je velmi vysoká, neboť 98 % tento pojem zná, kdežto pouze 2 % zvolili odpověď ne nebo nevím (Suchanová, 2015).

V práci od Cardové na téma *Copingové strategie u sester v praxi*. Cílovou skupinou byly sestry pracující na LDN o celkovém počtu respondentů 41. Kladla otázky, které se ptaly na informace ohledně vzniku, průběhu atd. u syndromu vyhoření. V této práci byla rovněž zjištěna vysoká informovanost o syndromu vyhoření (Cardová, 2019).

Z tohoto cíle je velmi jasné, že celková informovanost o tomto problému je velmi vysoká. Ale i přes její informovanost je stále více lidí, kteří tímto syndromem trpí. Ovšem musíme brát zřetel na to, že každý průzkum byl prováděn vždy v jiných zařízeních o jiném počtu respondentů.

Cíl č. 3 - Zjistit, jaké mají NLZP techniky ke zvládnání stresových situací.

Otázka č. 9 v dotazníku vlastní rekonstrukce řešila další cíl této práce. Otázka zněla: „Jaké jsou vaše strategie zvládnání stresu?“ Tato otázka klade důraz na efektivní trávení času. Pro lépe zhodnocené výsledky jsem tento cíl rozdělila do kategorie Nejvíce/nejméně volená odpověď. Z odpovědí vyplynulo, že nejčastější volbou strategie bylo „*trávení času s rodinou a přáteli*“, kterou zvolilo 55 (98 %) respondentů.

Kopecká (2018) ve své práci na téma: „*Osobnost sestry v souvislosti se zvládnáním stresu*“ totéž praktikovala otázku zabývající se strategiemi zvládnání stresu. Zkoumanými respondenty byly 3 sestry pracující na chirurgii a 3 sestry pracující na očním oddělení. Právě jedna ze sester z očního uvedla trávení času s dětmi, výlety s rodinou a také sledování televize.

I v práci od Kubicové (2016) na téma „*Syndrom vyhoření u zdravotních sester pracujících na oddělení intenzivní péče*“ jejichž respondenti byli pracovníci intenzivní péče na 5. odděleních, byla jako nejčastěji volená odpověď volný čas s rodinou a přáteli.

Jak uvádí literatura, kvalitní vazby a sociální zázemí u partnerů, příbuzných či přátel nás mohou chránit před chronickým stresem a snižovat tak riziko vzniku syndromu vyhoření. U lidí, kterým se nedostává dostatečné emocionální opory, studie uvedly sníženou obranyschopnost imunitního systému. Kdežto u fungujících rodin a párů shledali i nižší nemocnost (Stock, 2010, s. 85).

Naopak nejméně užívanou strategií této práce bylo zvoleno *sledování televize a sociálních sítí*, toto zakroužkovalo 17 (30 %) respondentů z celkového počtu 56. Televize nebo internet nás může uspokojovat a stimulovat. Ovšem i příjemná činnost jako sledování televize může významně škodit našemu zdraví. I v této nestresující události bývá tělo při sledování televize strnulé a přináší tělu napětí (Harrison, 2011, s. 45, s. 151).

17 respondentů (28 %) mimo jiné zvolilo odpověď „*Jiné*“. Respondenti uváděli i odpovědi jako je sport, plavání, studium vysoké školy, sklenice či láhev vína, cigarety, zpěv, kultura, cestování, zahradničení, ruční nebo domácí práce a v neposlední řadě jenom klid a ticho.

V odborném článku od Krahulové (2010, s.24) je uváděno hned několik inspirací při zvládnutí syndromu vyhoření. V pomáhajících profesích je důležité umět dobře pracovat s energií, odpočinout si a v případě potřeby načerpat nové síly. Podstatný je také pohyb, při kterém se vyplavují hormony štěstí. Stačí např. jít do práce pěšky, procházka po zahradě nebo si zacvičit. Dále se pak můžeme uvolnit poslechem hudby, zazpívat si něco veselého či si zatancovat.

(Kraska-Lüdecke, 2007, s. 15) uvádí, že při řešení stresu je důležité, aby si každý našel svoji činnost, která ho dokáže zbavit starostí a problému každodenního života. Najít si takovou aktivitu, která mu přinese odpočinek. Mezi účinné strategie patří například klidné a opakované aktivity. Je důležité přistupovat k událostem v klidu a uvolněně. Dle mých respondentů je ve výsledcích slovo klid a ticho také zmiňováno a voleno jako vhodná strategie proti stresu.

Dle mého posouzení využívají pracovníci velmi účinné strategie zvládnání stresu, které ve velké většině korespondují i s odbornou literaturou, která tyto strategie uvádí.

Cíl č. 4 - Zjistit, jaké NLZP znají zásady v péči o klienta s AD.

Již specifitějším cílem práce bylo zjistit, jaké jsou podle NLZP hlavní zásady v péči o klienta s AD. Znalosti zásad přináší o poznání menší neshody v péči o klienta s AD. Důvod je jasný. Užívané zásady ovlivňují vztah mezi klientem a ošetřujícím a nedochází tak k vyčerpání ze strany pečujícího. Pro lepší zhodnocení jsou výsledky rozděleny do skupin jako je komunikace, péče a etika. Jako jednu z častých uváděných zásad respondenti zmiňovali trpělivost, na nic nespěchat a být vstřícný, ke klientovi přistupovat v klidu, s úctou, respektem, mile, tolerantně, asertivně a ochotně. Ve spojitosti s komunikací uváděli hovoření s pacientem z očí do očí, a to v krátkých, jednoduchých větách, opakovat informace, být empatictí, zbytečně se nerozčilovat a neudávat striktní rozkazy. Snažit se porozumět jeho pocitům a souhlasit s jeho názorem, i když je nesmyslný. Tyto zásady jsou také blíže popisovány v kapitole 2.2.5 Specifika a problémy v péči o klienta s AD a lze tedy říci, že velice korespondují s názory respondentů.

V porovnání s literaturou, ve které je uváděno hned několik zásad v péči, se odpovědi shodují, např. v tomto ohledu: Pacientům trpících demencí je potřebné přistupovat trpělivě, snažit se zjistit, co si přejí, co potřebují. Důležité je být trpělivý, empatický, pozorný, nonverbálně nebo i taktičtě komunikovat, pouze v případě, je-li to pacientovi příjemné. Nebojíme se se také s pacientem zasmát. Snažíme se na ně nespěchat, a především je respektovat jako jedinečnou lidskou bytost (Holmerová, et. al., 2007, s. 60).

Během komunikace s demenčním pacientem se musíme ujistovat, zdali rozumí, udržuje oční kontakt, snažíme se užívat krátké věty, vyhýbáme se užívání odborných výrazů a respektujeme jejich tempo. Jakým stylem budou sestry přistupovat, je rozhodujícím činitelem v obrazu chování demenčního pacienta. Sestry a ošetřovatelé jsou velkými odborníky na vnímání a zajišťování lidských potřeb a nutností. Správný a profesionální přístup může změnit pacientovo chování a odstranit jeho strach, úzkosti a pochybnosti. Odborností, morálními postoji a sociálními dovednostmi je přispíváno pro kvalitní sociální kontakt jak sestry, tak i lékaře ve vztahu k nemocnému (Petr, Marková, 2014, s. 188-189).

V oblasti péče byly představovány zásady, že je velmi podstatné využívat zbývajících schopností a udržovat jeho schopnosti být samostatný, přizpůsobit se jeho tempu, a především pečovat o jeho bezpečnost při činnostech. Ovšem je i třeba dopomáhat v každodenních činnostech, a hlavně věnovat pozornost hygieně.

Informační materiál od České alzheimerovské společnosti udává, že zavádění pravidelného a smysluplného režimu podle jejich individuálních schopností vede k vytvoření vhodného systému v péči, a to v zapojení smysluplných aktivit, podporou zachovalých schopností a soběstačnosti. Součástí managementu péče je také zajištění vhodného a bezpečného prostředí (Holmerová, et. al., 2013, s. 4-9).

Literatura uvádí, že demence se stává nejhorším postižením ve stáří. Maže události a příběhy ze života postižených. Říká se, že např. slepota odděluje lidi od světa, kdežto demence od sebe sama (Čevela, et. al., 2012, s. 126).

Z etického hlediska bylo respondenty uváděno, aby byla vždy zachována důstojnost, respekt osobnosti, stud a jeho práva. (Hájková, et. al., 2016, s. 12-13) ve své knize uvádějí, že vhodná a náležitá péče o tohoto trpícího pacienta je identifikovaná jako již zmiňovaná podpora důstojnosti a respektování soukromí. I navzdory kognitivních ztrát je velice důležité je ctít jako plnohodnotné osoby, které bereme vážně a vyjadřujeme jim veškerou podporu.

(Heřmanová, 2012, s. 83) též ve své knize uvádí, že efektivní péče o klienta s AD se neodvíjí pouze od uspokojování základních potřeb, ale i především od kvality života zaměřenou na respekt jejich identity a zachování lidské důstojnosti. V jednom ze zařízení dlouhodobé péče ČR byl proveden malý experiment. Experiment spočíval v oslovování klientů jejich vystudovanými tituly. Tento experiment přinesl velké změny v chování, a to jak u pacientů, tak i u pracovníků. Snížil se tím velký výskyt potíží. Sami klienti tím zaznamenali i zájem v péči o ně a připomenutí jejich minulosti.

Obecně si myslím, že pracovníci, kteří pečují o lidi s AD, by měli znát komplexní zásady péče. Odpovědi respondentů velmi korespondují i s teoretickou částí této bakalářské práce v části specifika v péči o klienty s AD. Korespondují i s porovnávanými úryvky z knih popisovaných za odpověďmi respondentů. Je patrné, že respondenti mají velmi dobrý přehled o tom, jak se s klientům trpících AD chovat a jak k nim důsledně přistupovat.

Cíl č. 5 - Zjistit, co přijde pracovníkům nejtěžší na práci s klienty trpící AD.

Otázka č. 13, která měla pomoci respondentům odpovědět na další z cílů této práce byla otázka: „Co je podle vás nejtěžší na práci s těmito klienty?“ 25 respondentů z 56 uvedlo spolupráci. Důvodem jejich výběru bylo to, že pacient mnohdy často neví, co po nich pečovatelský chce, že se s nimi nelze na ničem domluvit, protože požadavek nebo otázku zapomenou. 21 respondentů (37 %) uvedlo, že nejtěžší je komunikace, a to zejména kvůli jejich zmatenosti, dezorientaci, zapomnětlivosti, neschopnosti logického myšlení, nepochopení se. Stává se tím obtížnější a omezuje se schopnost adekvátní komunikace. Respondenti uváděli, že je velmi vyčerpávající jim něco vysvětlovat.

Ke srovnávání diskuze jsem se snažila nalézt výzkumy v souvislosti s touto otázkou, ovšem žádný výzkum jsem nalézt nemohla, proto je nadále pracováno pouze s literaturou.

Výše uváděné symptomy a chování jsou mnohokrát způsobeny poškozením mozku, kterým ale člověk nemůže zabránit. Toto chování není záměrné a velkém případě úmyslné. Jelikož je sám mozek poškozen, má osoba značný problém porozumět či se něco naučit. V potaz bereme i to, že pokud není člověku dobře, není schopen ani přemýšlet. Schopnost ihned zopakovat nebo si zapamatovat slyšené je pro lidi s demencí nemožné. Pokud si osoba s demencí nevybaví, co jsme ji řekli, není schopná ani adekvátní reakce. Při řečeném slově si osoba musí dát do souvislosti význam slov a následné zhodnocení. Dotyčný jedná podle toho, co si myslí, že slyšel (Mace, Rabins, 2018, s. 48-49).

Spolupráce s nimi je i podle tázaných NLZP omezena tím, že jejich péči odmítají, nechtějí jíst, pít a celkově spolupracovat. Je uváděno, že spolupráce se stává těžší v případě, že jsou klienti agresivní či neklidní.

V tomto ohledu je důležité si uvědomit, že zvyklosti při příjmu tekutin i stravy jsou velice individuální. Je dobré brát v potaz, když někdo v minulosti pil jednu sklenici vody k jídlu, že se nemůže znenadání přinutit pít litr a půl vody denně. Měli bychom zavádět pravidelné rituály, např.: nechat pacienty sedět pohromadě a společně se napít. To samé platí i u jídla.

Pacienti často nechápou, proč s nimi ostatní klient nebo i pečovatelé nejí. Otázky typu: „Vy vůbec nic nejíte!“ mohou klienta podráždit a následně to může vést k tomu, že jídlo začnou sami odmítat (König, Zemlin, 2017, s. 26-27).

Pracovníci, kteří neumějí s těmito klienty pracovat a nejsou seznámeni s problematikou demence, volají v každé horší situaci lékaře. Toto pak vede ke zbytečnému užívání léků na zklidnění. Někteří pečující i bezvýznamně při neklidu, agresivitě, pacienty fyzicky omezují. Zná-li personál vhodné strategie při těchto situacích, dochází k minimalizaci těchto pacientovým stavům a k adekvátnímu zvládnání situace (Kalvach, 2011, s. 305).

Třetím nejvíce voleným odvětvím u 7 tázaných (13%) byla péče o ně. Uváděný důvod jednoho z respondentů byl takový: „Musím sama vycítit, co potřebují, neřeknou si.“ Byla zde i uváděna souvislost s klientovou tělesnou váhou při provádění hygieny. Poslední možnost popsána jako „Jiné“ zvolili 3 respondenti (5%) uvádějící důvod, že nejtěžší je si udržet trpělivý přístup nebo klientovi příbuzní.

Ovšem rodinní příslušníci hrají v péči o klienta velmi důležitou roli. Mají významný vliv na klientovo JÁ. Jsou hlavním informátorem v péči o ně, což je nutné, aby se pečující pracovníci naučili vnímat. Předpoklad, že klientova rodina ruší péči, je minulostí. Pečující zařízení přijímá pacienta, ale i celé jeho sociální okolí (König, Zemlin, 2017 s. 46).

Zajímavou připomínku uvedl jeden z dotázaných a to: „Záleží na stavu pacienta, ve kterém se nachází, každý pacient potřebuje individuální přístup ve všech těchto zmiňovaných oblastech.“

V porovnání s bakalářskou prací od Majorové (2017), kde pokládala velmi podobnou otázku a to: „Vnímáte péči o pacienty s demencí jako náročnou?“. Svůj výzkum zaměřila na sestry pracující na interním a chirurgickém oddělení, při čemž 52 sester z 82 odpovědělo, že náročnost práce shledávají, jak ze stránky fyzické, tak psychické. Toto tvrzení nepřímo uvedli i respondenti z mého průzkumu.

Cíl č. 6 - Zjistit, jaká je znalost pojmu supervize a zdali byla od zaměstnavatele poskytnuta.

V souvislosti prevence syndromu vyhoření byla respondentům v rámci jednoho z dalších cílů položena otázka č. 19, týkající se pojmu supervize, který je blíže popisován v kapitole 2.1.5 Supervize. Znalost tohoto pojmu byla vysoká. 91% (51) uvedlo, že tento pojem znají, 3 (5%) respondenti naopak uvádí, že o tomto pojmu neslyšeli, 4% (2) neví. K dosažení druhé části cíle, byla položena otázka č. 20: „Byla Vám ze strany zaměstnavatele podána nabídka supervize?“

Více než polovina respondentů, tedy 62% (35) uvedlo, že nabídka supervize jim byla předložena. 21 (38%) respondentů uvedlo, že NE.

Tento výsledek byl porovnán s provedeným výzkumem od Plžové v roce 2017, která zaměřila pozornost supervizí do hospiců České republiky. Tento výzkum s názvem „*Supervize jako jedna z možných podpor pracovníků v hospicích České republiky*“ přinesl zjištění, že 15 hospiců z 16, má povinně zavedou podporu supervize. 1 z hospiců se supervizí vůbec nespolupracuje, ani jeho zavedení nezvažuje (Plžová, 2017, s. 48).

Výsledek této komparace udává, že české hospice mají supervize uváděnou jako povinnou, kdežto více jak polovině mých respondentů z nemocnic a DZR [REDACTED] byla supervize pouze nabídnuta.

Tento cíl jsem se nadále snažila porovnat s bakalářskou prací od Kecové (2014) ve které je rovněž uváděno zjištění znalostí pojmu a poskytování supervize v jejich zařízeních. Jejimi respondenty byly všeobecné sestry pracující na oddělení LDN a sestry v domovech pro seniory ve středočeském kraji. Celkový počet respondentů činil 102. Autorka ve své práci uvedla, že více než polovina respondentů 66,67% (68) tento pojem zná a naopak 34 (33,33%) se s tímto pojmem nesetkali. V práci je také uváděno, že z počtu 68 respondentů, 61. respondentům (89,71%) nebyla ani nabídka supervize podána. 7 (10,29%) naopak uvedlo, že ano (Kecová, 2014).

Supervize s sebou také přináší spousty mýtů a vytváří tak zdeformovanou představu a negativní postoje jedinců. Je zde uvedeno pár smyšlenek o supervizích a to např., že se dá využívat pouze na problémových pracovištích. Dalším s doložených omylů v informovanosti je, že se supervize nevyužívají v domnění pracovníků tam, kde vše funguje a kde se nevyskytují problémy (Malíková, 2011, s. 139).

I z takových důvodů by mohlo být patrné, proč zařízení tyto služby nabízí ojedinele. Tyto mýty mohou následovně vyvolat nedůvěru a nesmyslnost využití v těžkých situacích.

Bakalářská práce od Raisiglové (2019) se ptá na otázky charakteru, zdali na jejich pracovištích probíhají supervize a případně zdali se respondenti supervizí účastní. Respondenti byli složeny ze 124 pracovníků pracujících v sociálních službách. 73 (79%) respondentů odpovídalo, že na jejich pracovišti supervize probíhají a odpověď ne zvolilo 19 (21%) tázaných. Dále pak 67 z 73 respondentů uvedlo, že se supervizí účastní, kdežto 6 z 73 dotazovaných se neúčastní.

K využití supervize mohou bránit i různé překážky, a to především malá informovanost pomáhajících profesí v této oblasti a začlenění supervize do vzdělávání a podnikové vzdělanosti. Způsob, jak zvýšit informovanost je možnost uplatnění supervize ve vzdělávacích aktivitách (Zítková et. al., 2015, s. 20).

Kalina (2008, s. 233) ve své knize uvádí, že na supervize velmi často našim i zahraničním společnostem chybějí peníze.

Průzkum však ukázal, že znalost supervize je poměrně vysoká navzdory tomu, že velmi často ani pracovníkům nebývá poskytována, nebo není v jejich zařízeních zaváděna.

5.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi je následovné. Vzhledem k vyhodnoceným výsledkům této práce vzešlo ke zjištění, že problém se ve většině případů netýká péče o klienty trpících AD, ale nedostatečné prevenci v oblasti syndromu vyhoření. Téměř ¼ mých respondentů právě tímto syndromem trpí. Více než polovina respondentů také uvádí, že se i občas cítí vyhořele z práce, kterou dělají. Respondenti znají a využívají mnoho strategií a technik, díky kterým snadno předchází nebo již vzniklý stres potlačují. Je ale patrné, že tyto strategie nelze využívat v pracovním prostředí. Tímto bych v praxi kladla větší důraz na supervize a na psychickou pomoc, která pracovníkům chybí a též bych chtěla apelovat na zařazení supervizí do veškerých zařízeních.

Jako reakcí na toto zjištění byla vytvořena mentální mapa v oblasti supervizí (viz. *Příloha G*), který by měla zvýšit povědomí a informovanost v této oblasti. Vhodné by bylo tento materiál využít po zavedení supervizí a následně osvětě tohoto tématu. Z jedním cílů supervize je právě zabránění vzniku či rozvoji syndromu vyhoření.

Literatura uvádí, že prováděné supervize velmi zvyšují kvalitu práce na pracovišti, při čemž nadešlé změny se týkají každého. Pracovníků samotných, vedení zařízení a především klientům, kterým zařízení poskytuje služby. Vliv supervizí poté může výrazně ovlivnit i rodinné zázemí (Malíková, 2011, s. 141).

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zaměřuje na syndrom vyhoření obecně se specifikací v péči o klienty s AD. Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření je mi blízkým tématem a můžu i tvrdit, že jsem si jím také prošla, přišlo mi velmi příhodné se o toto téma více zajímat a uvést ho jako závěrečnou práci svého studia. Syndrom vyhoření se může objevit i v souvislosti péče o klienty s AD, jelikož sama vím, že pracovat s těmito klienty je velice náročné. Ve velkém případě se člověk může setkat s tím, že se po směně, během které pečoval o klienty s AD cítí velice vyčerpaně a vyhořele. Z jedním z cílů bylo zjištění, zdali je NLZP informován o syndromu vyhoření. Informovanost byla velmi vysoká.

V teoretické části této práce je obecně popsána problematika syndromu vyhoření a je zde uvedena kapitola prevence syndromu vyhoření, při čemž tato teorie může posloužit jako již zmiňovaná prevence. Je zde také popisována Alzheimerova demence a specifika v péči, protože porozumění a znalost zásad v péči přináší menší neshody či konflikty s tímto pacientem a nedochází pak k vyčerpání ze strany pečujícího. Cílem této práce je také zjištění, zdali NLZP zná zásady v péči. Jejich výsledky a zodpovězené dotazy ukázaly, že přehled v této oblasti mají dostatečný.

Hlavním cílem praktické části je soustředěnost na výskyt syndromu vyhoření a její komparaci s nemocničním a sociálním zařízením. Výsledky byly překvapující, jelikož se syndrom vyhoření více vyskytoval v zařízením nemocničních, kde pracovníci méně přicházejí do styku s AD klienty. Kdežto u sociálních pracovníků, kteří pracují v domovech se zvláštním režimem se zaměřeností na klienty s AD, byl výskyt vyhoření o poznání menší. NLZP byl v rámci cílové otázky požádán, aby sdělil, jaké strategie proti stresu využívají. Ovšem jak je již zmiňované v podkapitole 5.1 Doporučení pro praxi, uváděné strategie je možné využívat převážně v domácím prostředí. Supervize by se tak tímto doporučením mohli stát předmětem proti rozvoji syndromu vyhoření. NLZP ale uváděl, že supervize znají navzdory tomu, že jim pracoviště tuto možnost ve velké většině ani neposkytují.

Chtěla bych poznamenat, že se mi práce stala velice přínosnou a přinesla i utvrzení, že se opravdu syndrom vyhoření shledává jako aktuální. Poskytl mi i více informací v oblasti demence a věřím, že si spousta lidí uvědomí, že klient postižený demencí je i navzdory kognitivních úbytků a ztráty soběstačnosti, individualizovanou osobností s vlastními potřebami.

6.1 Limity práce

Jak je již uvedené v doporučení pro praxi, supervize v nemocnicích či jiných zařízeních nebývají velmi využívány. Dovedlo mě to ke zjištění, že jsem v této práci opomenula otázku, zdali NLZP vůbec o supervize zájem má.

7 POUŽITÁ LITERATURA

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče 2. díl – pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 2016. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8

CARDOVÁ, Barbora. *Copingové strategie u sester v praxi*. Pardubice, 2019. 59 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Michal Kopecký.

CITOVSKÁ, Vendula. *Psychická zátěž pedagogů: Syndrom vyhoření*. Brno, 2010. 43 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.

ČECHOVÁ, Kateřina, Adéla FENDRYCH MAZANCOVÁ a Hana MARKOVÁ. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press, 2019. 432 s. ISBN 978-80-264-2707-0.

ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada, 1994. 228 s. ISBN 80-7169-086-4.

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. 144 s. ISBN 978-80-7345-316-9.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DYNÁKOVÁ, et. al. Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. Praktický lékař. [online]. 2010. **90** (6). [cit. 2020-16-04]. s.365-367. ISSN 1805-4544
<https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2010-6/supervize-jako-prevence-syndromu-vyhoreni-u-zdravotniku-32173/download?hl=cs>

FRANKOVÁ, Vanda. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2015, **16** (3), s. 79-82. [cit. 2020-20-03]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2016/02/08.pdf>

- FRANKOVÁ, Vanda. Demence u Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 2017 **18** (1), s. 30-33. [cit. 2020-20-03]. ISSN 1803-5272.
Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/01/07.pdf>
- HARRISON, Eric. *Rychlé meditace pro zklidnění těla a mysli: Jak medítovat kdykoliv a kdekoliv*. Praha: Grada, 2011. s. 160. ISBN 978-80-247-3768-3
- HAVLÉNOVÁ, Věra a KABELKA Ladislav. Terminální fáze Alzheimerovy choroby u 74-leté pacientky. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. 2010 **3**(2). s. 66-68. . [cit. 2020-16-06]. ISSN 1339-4193.
Dostupné z:
http://www.solen.sk/index.php/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4517&magazine_id=13
- HÁJKOVÁ, et. al. *Komplexní péče o lidi s demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost o.p.s, 2016. s. 38. ISBN 978-80-86541-48-8
- HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JEROLÍMOVÁ, a Jitka SUCHÁ et. al. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Gerontologické centrum, EV public, 2007. 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4
- HOLMEROVÁ, Iva et. al. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Praha: Česká alzheimerovská společnost o.p.s, 2013. 19 s. ISSN: 1805-4684
- HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2018. 232 s. ISBN 978-80-7571-031-4.
- HOLMEROVÁ, Iva et al. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2005 **10** (4). [cit. 2020-20-03]. s. 180-184. ISSN 1803-5256.
Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/04/03.pdf>
- HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ. *Dopisy*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2018. 96 s. ISBN 978-80-86541-31-0
- JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. 350 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav (SZÚ), 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KECOVÁ, Radka. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o geriatrické pacienty*. Praha, 2015. 73 s., 4př. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Marková, Eva, Ph.D.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie 2.díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 184 s. ISBN 978-80-247-3600-6

KOPECKÁ, Martina. *Osobnost sestry v souvislosti se zvládáním stresu*. Hradec Králové, 2018. 71 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce PhDr. Mariana Štefančíková, Ph. D.

KÖNIG, Jutta a Claudia ZEMLIN. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Přeložil Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2017. 120 s. ISBN 978-80-262-1184-6.

KRAHULOVÁ, Katarína. *Stres a syndrom v pomáhajících profesích*. *Sociální služby* [online]. 2010, **10** (12), s. 22-24. [cit. 2020-20-06]. ISSN 1803-7348
Dostupné z: http://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573402_socialni-sluzby-rijen2010-final.pdf

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu*. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2007. Psychologie pro každého. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

KŘEPELKOVÁ, Gabriela. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí*. Olomouc, 2014. 89 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Romana Klášterecká, Ph.D.

KUBICOVÁ, Petra. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester pracujících na oddělení intenzivní péče*. Hradec Králové, 2016. 69 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Mgr. Michaela Votroubková.

LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. 160 s. ISBN 978-80-7387-573-2.

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

MAJEROVÁ, Nikol. *Ošetrovatelská péče o pacienty s demencí*. Zlín, 2017. 97 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

MÁLKOVÁ, Jana. *Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v dlouhodobé péči*. Pardubice, 2017. 71 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Sabina Slavičková.

PELCÁK, Stanislav a TOMEČEK, Alexander. Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Praktické lékárenství* [online]. 2011, 7 (2), s. 87-90. [cit. 2020-16-06]. ISSN 1803-5329.

Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření - jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Management (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.

PLŽOVÁ, Martina. Supervize jako jedna z možných podpor pracovníků v hospicích České republiky. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. [online]. 2017, **10** (1-2e). s. 45-48. [cit. 2020-18-06]. ISSN 1339-4193.

Dostupná z: <http://www.solen.sk/pdf/1a1cf2aab457be860b5dadfcaaa7915c.pdf>

PRIEß, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAISIGLOVÁ, Irena. *Prevence syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí*. Zlín, 2018. 74 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Michaela Vaško.

RUSINA, Robert a Iva HOLMEROVÁ. Poruchy spánku a nočního chování u Alzheimerovy nemoci a dalších demencí. *Neurologie pro praxi* [online]. 2014, **15** (4), s. 182-185. [cit. 2020-18-06]. ISSN 1803-5280.

Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2014/04/04.pdf>

ŘEBÍČKOVÁ, Jana. *Psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí*. Pardubice, 2019. 85 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, Dis.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). 228 s. ISBN 978-80-247-3601-3

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

SUCHANOVÁ, Kateřina. *Syndrom vyhoření a jeho prevence z pohledu sestry*. Jihlava. 2015. 60 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mitasová

TUČEK, Milan a Alena SLÁMOVÁ. *Hygiena a epidemiologie pro bakaláře*. V Praze: Karolinum, 2012. 218 s. ISBN 978-80-246-2136-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁVROVÁ, Petra a Dalibor PASTUCHA. Psychohygiena (nejen) jako prevence syndromu vyhoření u zdravotnického managementu. *Pracovní lékařství* [online]. 2013, **65** (1-2), s. 53-58. [cit. 2020-16-04]. ISSN 1805-4536

Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/pracovni-lekarstvi/2013-1-2/psychohygiena-nejen-jako-prevence-syndromu-vyhoreni-u-zdravotnickeho-managementu-41198/download?hl=cs>

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

VÉVODA, Jiří a kolektiv *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VYHNÁLEK, Martin a kolektiv. Časná diagnostika Alzheimerovy nemoci ve světle nových diagnostických kritérií. *Neurologie pro praxi* [online]. 2012, **13** (6), s. 325-329. [cit. 2020-20-03]. ISSN 1803-5280.

Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/06/09.pdf>

ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVÁ. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

8 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník pro zhodnocení Burnout syndromu u NLZP pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí</i>	79
Příloha B – <i>Odkaz ke správnému zpracování BMI testu</i>	84
Příloha C – <i>Fáze syndromu vyhoření</i>	85
Příloha D – <i>Schéma A-B-C poruch u AD vlastní tvorby</i>	85
Příloha E – <i>Test MMSE</i>	86
Příloha F – <i>Praktický výstup práce – mentální mapa - supervize</i>	87

Příloha A – Dotazník pro zhodnocení Burnout syndromu u NLZP pečujících o klienty s Alzheimerovou demencí

Vážené a milé kolegyně/kolegové,
jmenuji se Andrea Müllerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Prosím Vás o vyplnění krátkého, anonymního dotazníku, jehož výsledky poslouží k zajištění dat pro průzkum: „**Problematika Burn-out u NLZP pečujících o klienta s Alzheimerovou demencí**“

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

V případě nejasností, připomínek mne můžete kontaktovat na osobní e-mail (andrea.mullerova101@seznam.cz).

S pozdravem Andrea Müllerová

1. část – **MBI (Maslach Burnout Inventory)**

V této části prosím do vyznačených políček doplňte křížek u odpovědi, se kterou se nejvíce ztotožňujete.

Síla pocitů: VŮBEC 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 VELMI SILNĚ

		0	1	2	3	4	5	6	7
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 jedním jako s neosobními věcmi								
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá								
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů								
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce								
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují								
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a 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								

2. část

V této části dotazníku prosím zakroužkujte odpověď, se kterou se nejvíce ztotožňujete
(vysvětlivka: *AD = Alzheimerova demence)

1) Jaké je vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž

2) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a. Středoškolské bez maturity/výuční list
- b. Středoškolské s maturitou
- c. Vysokoškolské

3) V jakém věkovém rozmezí se nacházíte?

- a. 18-24
- b. 25-34
- c. 35-44
- d. 45-54
- e. 55-65

4) V jakém typu zařízení pracujete? (Prosím napište, jaké oddělení či zařízení, pouze např. geriatric, LDN, domov pro seniory)

- a. Nemocniční:
- b. Sociální:

5) Jak dlouho vykonáváte praxi ve zdravotnictví?

.....

6) Jste ve své práci spokojen/a?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Spíše ne
- d. Ne

7) Víte, co je to syndrom vyhoření?

- a. Ano
- b. Ne

8) Máte pocit nebo cítíte se vyhořelá/ý z práce, kterou děláte?

- a. Ano
- b. Občas
- c. Nevím
- d. Ne

9) Jaké jsou vaše strategie zvládnání stresu? (Zde můžete zakroužkovat více možností)

- a. Sledování televize, sociální sítě
- b. Čtení knih, hudba
- c. Trávení času s rodinou, s přáteli
- d. Procházky, příroda, čerstvý vzduch
- e. Jiné, prosím napište:

10) S jakým počtem klientů trpících AD se měsíčně v praxi setkáváte?

- a. 1-3
- b. 4-6
- c. 7-10
- d. Více, prosím napište:

11) Jak se cítíte po směně, během které jste se staral/a o tohoto klienta?

- a. Cítím se dobře
- b. Cítím se normálně
- c. Cítím se vyčerpaně
- d. Cítím se bezmocně
- e. Cítím se jinak (konkretizujte, prosím):.....

12) Jaké jsou podle vás hlavní zásady, jak se o klienta s AD

starat?.....
.....

13) Co je podle vás nejtěžší na práci s těmito klienty? (Vyberte jednu možnost a prosím konkretizujte)

- a. Komunikace:
- b. Spolupráce:
- c. Péče o ně:
- d. Jiné:.....

14) Myslíte si, že věnujete více času (myšleno z hlediska péče, potřeb klienta, atd.) pacientům trpícím AD než běžným pacientům?

- a. Ano
- b. Nevím
- c. Ne

15) Staráte se rád/a o tohoto klienta?

- a. Souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Spíše nesouhlasím
- d. Nesouhlasím

16) Máte spíše pozitivní nebo negativní zkušenosti s klienty, kteří trpí AD?

- a. Spíše pozitivní
- b. Spíše negativní
- c. Jiné (prosím napište):.....

17) Dokážete si, při různých stavech, kterými si může pacient s AD procházet (např. silné stavy zmatenosti, agresivita, atd.) vždy „zachovat klidnou hlavu“?

- a. Souhlasím
- b. Spíše souhlasím
- c. Spíše nesouhlasím
- d. Nesouhlasím

18) Stalo se Vám někdy, že jste se záměrně vyhýbal/a kontaktu s tímto klientem?

- a. Ano
- b. Nevím
- c. Ne

19) Znáte nebo setkal/a jste se s pojmem supervize?

- a. Ano
- b. Nevím
- c. Ne

20) Byla Vám ze strany zaměstnavatele podána nabídka supervize?

- a. Ano
- b. Ne

Příloha B – Odkaz ke správnému zpracování BMI testu

			0	1	2	3	4	5	6	7
1	EE	Práce mne citově vysává								
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil								
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a								
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů								
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi								
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá								
7	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů								
8	EE	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce								
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji								
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivým k lidem								
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým								
12	PA	Mám stále hodně energie								
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení								
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává								
15	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty								
16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres								
17	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru								
18	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty								
19	PA	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého								
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil								
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně/vyrovnaně								
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy								

Příloha C – *Fáze syndromu vyhoření*



Obrázek 29 - Fáze syndromu vyhoření

zdroj: (Stock, 2010, s. 23)

Příloha D – *Schéma A-B-C poruch u AD vlastní tvorby*

A	B	C
activities	behaviour	cognition
porucha aktivit běžného dne a soběstačnosti	poruchy chování	kognitivní poruchy a poruchy chování

Obrázek 30 - Schéma A-B-C

zdroj: vlastní tvorba

Minitest kognitivních funkcí pacienta aneb jak objevit první stopy Alzheimerovy demence
(MMSE – Mini-Mental State Examination)

Tímto testem ověřují psychiatři jak přítomnost Alzheimerovy demence, tak i její závažnost. Soustředějí se v něm na deset základních oblastí:

A: ORIENTACE (nemocný by měl mít pro odpověď na každou z otázek deset sekund)

1. Co je dnes za den?
2. Který měsíc teď máme?
3. Kolikátého dnes je?
4. Které roční období je teď?
5. Který rok teď máme?
6. V kterém jsme městě?
7. V kterém jsme okrese (krají)?
8. V které jsme zemi?
9. Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zdravotnické zařízení)?
10. V kolikátém jsme poschodí?

B: ZAPAMATOVÁNÍ

• „Teď vám vyjmenuji tři předměty – až je vyjmenuji všechny, budu chtít, abyste je zopakoval. Zapamatujte si je dobře, protože se vás na ně ještě jednou zeptám za několik minut.“
Slova se vyslovují s jednovteřinovou přestávkou mezi nimi:

11. LOPATA
12. ŠÁTEK
13. VÁZA

„Nyní, prosím, řečená slova opakujte.“

(Nemocnému je nutno nechat na odpověď 20 sekund. Skóre se přiděluje za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Pokud pacient nezopakuje všechny tři výrazy, opakujte alespoň pětkrát, anebo než se to pacient naučí. Jinak by totiž nebylo možno vyšetřovat odstavec Výbavnost.)

C: POZORNOST A POČÍTÁNÍ

• „Odečítejte od 100 po 7 a skončete po pěti odečtech.“
(Pokud se pacient jednou zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, počítá se to jako jedna chyba.)

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

V případě, že nemocný nemůže nebo nechce počítat, lze jej místo toho požádat: „Hláskujte pozpátku slovo POKRM.“ (Opakujte nejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre udává počet písmen ve správném pořadí – např. MRKOP = 5, PKORM = 3.)

D: VÝBAVNOST

• „Můžete teď znovu opakovat slova, která jsem vám před chvílí řekl?“

(Na odpověď ponechte 10 sekund. Za každou správnou odpověď přísluší 1 bod.)

19. LOPATA
20. ŠÁTEK
21. VÁZA

E: POJMENOVÁNÍ

22. Jak se to jmenuje? (uкажите náramkové hodinky)
23. Co je to? (uкажите tužku)

F: OPAKOVÁNÍ

24. Opakujte po mně větu: „Žádná kdyby anebo ale.“

(Na odpověď nechte 10 sekund; skóre 1 patří jen za celou větu a jen za úspěch na první pokus.)

G: TŘÍSTUPŇOVÝ PŘÍKAZ

Vložte pacientovi do ruky kus čistého papíru a dejte mu následující příkaz:

• „Vezměte teď do pravé ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.“

(Ponechte na provedení 30 sekund. Za každý provedený stupeň přísluší jeden bod.)

25. Stupeň 1 – uchopení do pravé ruky
26. Stupeň 2 – přeložení na polovinu
27. Stupeň 3 – položení na podlahu

H: ČTENÍ A VYHOVENÍ PŘÍKAZU

28. Ukažte nemocnému kartu s nápisem: Zavřete oči. Současně ho požádejte:

• „Přečtěte, co je na papíru napsáno, a udělejte, co se od vás žádá.“

(Na provedení příkazu nechte 10 sekund. Pokud je možno opakovat nejvýše třikrát. Bod lze přidělit pouze tehdy, zavře-li nemocný skutečně oči.)

I: PSANÍ

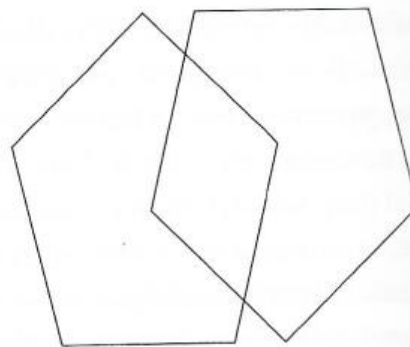
29. Dejte nemocnému tužku a papír a požádejte ho:

• „Napište jakoukoli větu!“

(Na splnění příkazu se ponechá 30 sekund. Věta musí mít podstatné jméno a sloveso a musí dávat smysl; pravopisné chyby však nevedí.)

J: OBKRESLOVÁNÍ

30. Dejte nemocnému papír, tužku a mazací gumu. Požádejte ho, aby obkreslil obraz, který mu ukážete (viz níže). Ponechte mu jednu minutu, aby mohl udělat několik pokusů. Bod přísluší pouze tehdy, jsou-li zachovány všechny strany a úhly a tvoří-li průnik obou obrazců čtyřúhelník. Roztřesenost ani rotace obrazců nevedí.



Hodnocení:

Za každý správně provedený úkol (podúkol) se přiděluje jeden bod.

Celkově dosažitelný počet bodů činí 30.

27 – 30 bodů = normální stav

25 – 26 bodů = možnost demence

10 – 24 bodů = mírná až středně těžká demence

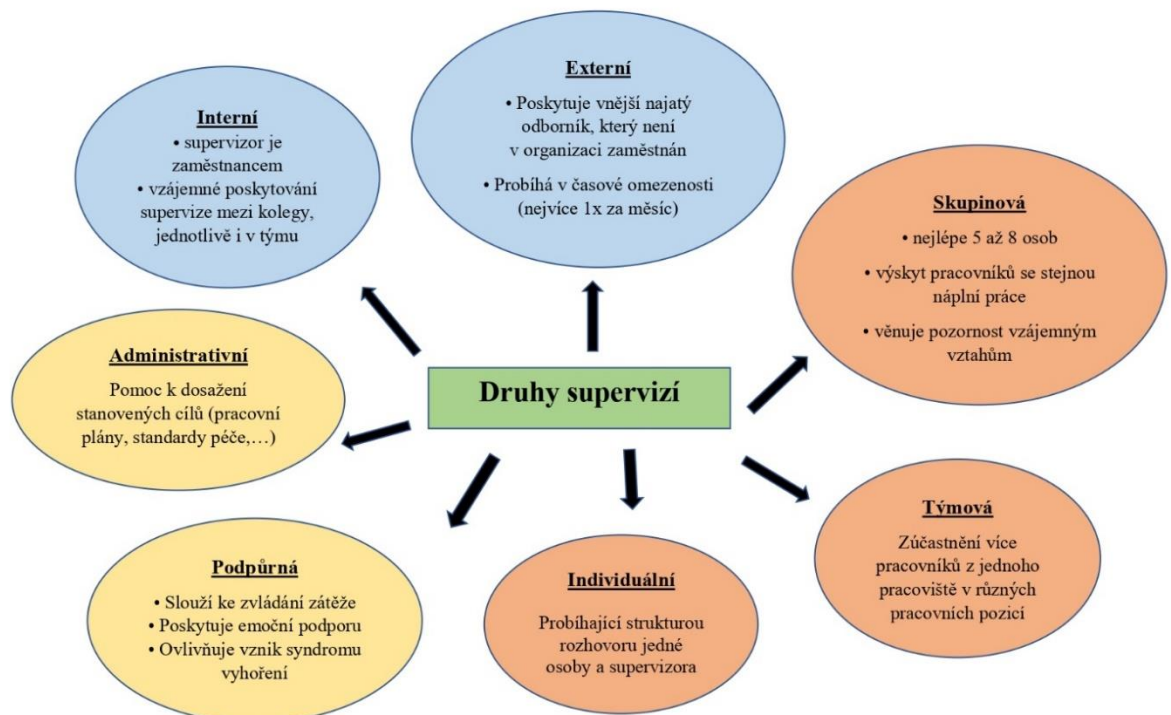
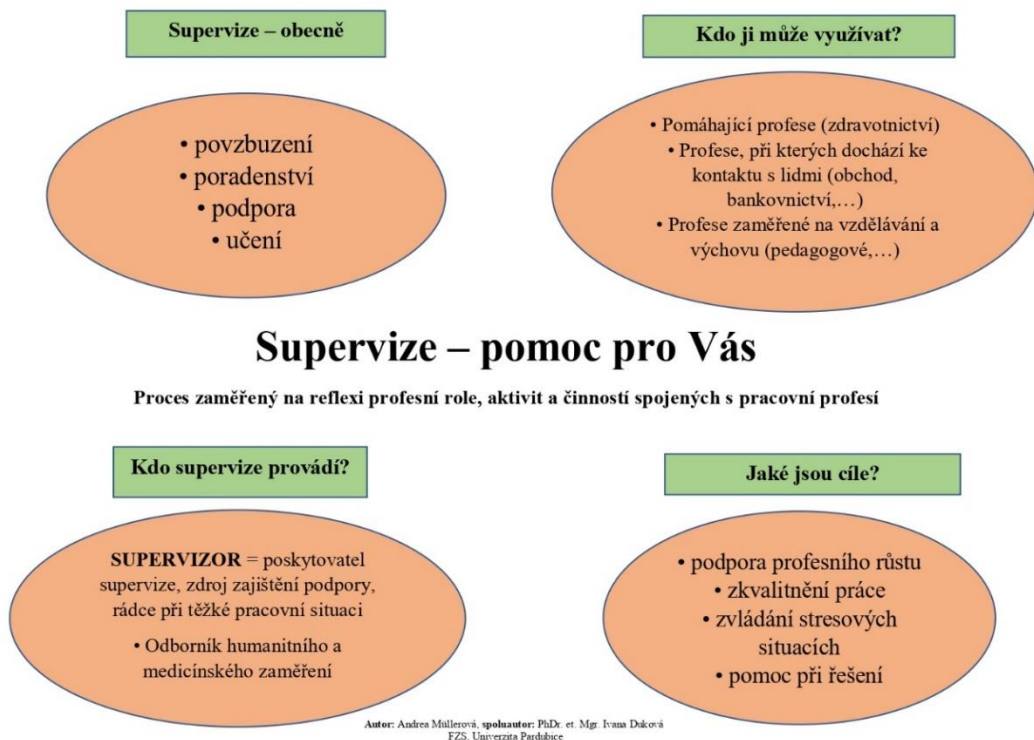
6 – 9 bodů = středně těžká až těžká demence

Méně než 6 bodů = těžká demence

Obrázek 31 - Test MMSE

zdroj: (Vágnerová, 2014, s. 252)

Příloha F – Praktický výstup práce – mentální mapa - supervize



Zdroj:
MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sešita (Grada). 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
MARKOVÁ, Miroslava. *Sešita o péči v poliklinické péči*. Praha: Grada, 2010. Sešita (Grada). 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

Obrázek 32 - Mentální mapa – supervize

zdroj: vlastní