

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Michaela Chvojková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření v profesi sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou  
chorobou

Bakalářská práce

2023

Michaela Chvojková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Chvojková**  
Osobní číslo: **Z20252**  
Studijní program: **B0913P360004 Všeobecné ošetřovatelství**  
Téma práce: **Syndrom vyhoření v profesi sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou**  
Téma práce anglicky: **Burnout syndrome in the profession of nurse caring for patients with Alzheimer's disease**  
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 stanové 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:

FERTALOVÁ, Terázia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivační postupy*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.  
KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie 2. díl – pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.  
PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.  
PRIEB, Mirriam, 2016. *Jak zoládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.  
ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Iryna Matějková, DiS.**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2021**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2023**

L.S.

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

**Mgr. et Mgr. Michal Kopecký** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. března 2023

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Syndrom vyhoření v profesi sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou 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 12. 7. 2023

Michaela Chvojková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Velmi ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Iryně Matějkové, DiS., za vstřícnost, cenná doporučení a možnost věnovat se dané problematice. Dále děkuji své rodině za veškerou podporu, kterou mi v době studia poskytla, a také všem respondentům, kteří se zúčastnili průzkumného šetření.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá problematikou výskytu syndromu vyhoření v profesi sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Práce je tvořena částí teoretickou a praktickou. V teoretické části je pozornost věnována dvěma hlavním celkům, jimiž jsou syndrom vyhoření a Alzheimerova choroba. Poslední kapitola pojednává o specifických ošetrovatelské péče o pacienta s touto nemocí. Praktická část popisuje metodiku průzkumu, který byl realizován pomocí standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory doplněného o dotazník vlastní tvorby, a prezentuje výsledky získané dotazníkovým šetřením. Hlavním průzkumným cílem této práce bylo zjistit výskyt syndromu vyhoření u sester pečující o pacienty s demencí Alzheimerova typu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Alzheimerova choroba, demence, profese sestry, stres, syndrom vyhoření

## **TITLE**

Burnout syndrome in the profession of nurse caring for patients with Alzheimer's disease

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis deals with the problem of the occurrence of burnout syndrome in the profession of nurses caring for patients with Alzheimer's disease. The thesis consists of a theoretical and a practical part. In the theoretical part attention is paid to two main wholes which are the burnout syndrome and Alzheimer's disease. The last chapter deal with the specifics of nursing care for a patient with this disease. The practical part describes the methodology of the exploration which was implemented by using a standardized Maslach Burnout Inventory questionnaire supplemented by a self-created questionnaire and presents the results obtained from the questionnaire survey. The main exploratory aim of this work was to determine the occurrence of burnout syndrome in nurses caring for patients with dementia of the Alzheimer type.

## **KEYWORDS**

Alzheimer's disease, dementia, nurse profession, stress, burnout syndrome

# OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce .....	13
1.1 Cíl práce .....	13
1.1.1 Dílčí cíle.....	13
Teoretická část .....	14
1 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	14
1.1 Rizikové faktory a příčiny syndromu vyhoření .....	14
1.2 Příznaky syndromu vyhoření .....	15
1.3 Fáze rozvoje syndromu vyhoření.....	16
1.4 Diagnostika syndromu vyhoření .....	17
1.4.1 Maslach Burnout Inventory (MBI).....	18
1.4.2 Burnout Measure (BM).....	18
1.5 Léčba syndromu vyhoření.....	18
1.6 Prevence syndromu vyhoření v profesi sestry .....	19
1.7 Syndrom vyhoření a sestra pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou .....	21
2 ALZHEIMEROVA CHOROBA .....	22
2.1 Etiologie a rizikové faktory Alzheimerovy choroby.....	22
2.2 Rozdělení Alzheimerovy choroby a klinický obraz.....	23
2.2.1 Stádia demence .....	23
2.3 Diagnostika a vyšetřovací metody u Alzheimerovy choroby .....	24
2.4 Léčba Alzheimerovy choroby.....	25
2.5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	26
PRŮZKUMNÁ (praktická) část .....	32
3 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY .....	32
4 Metodika PRŮZKUMNÉ (praktické) části .....	33
4.1 Dotazník Maslach Burnout Inventory a nestandardizovaný dotazník .....	33



4.2	Charakteristika účastníků průzkumného šetření .....	33
4.3	Průběh a realizace průzkumu .....	33
4.4	Způsob zpracování a vyhodnocení získaných dat.....	34
5	Prezentace výsledků.....	35
5.1	Vyhodnocení standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) .....	35
5.2	Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby.....	40
6	Diskuze .....	52
7	Závěr .....	61
8	Použitá literatura.....	63
9	Přílohy.....	70

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Graf znázorňující stupeň emocionálního vyčerpání.....	36
Obrázek 2 – Graf znázorňující stupeň depersonalizace.....	37
Obrázek 3 – Graf znázorňující stupeň osobního uspokojení.....	38
Obrázek 4 – Graf znázorňující četnost výskytu syndromu vyhoření.....	39
Obrázek 5 – Graf znázorňující činnosti pomáhající k úlevě od pracovní zátěže a stresu.....	40
Obrázek 6 – Graf znázorňující nejnáročnější prvky při práci s pacienty/klienty s Alzheimerovou chorobou.....	41
Obrázek 7 – Graf znázorňující míru výskytu pocitu vyhoření ze zaměstnání.....	44
Obrázek 8 – Graf znázorňující důvody výskytu pocitu vyhoření ze zaměstnání.....	45
Obrázek 9 – Graf znázorňující prostředky pro získávání nových poznatků.....	46
Obrázek 10 – Graf znázorňující možnost nabízených opatření k prevenci syndromu vyhoření zaměstnavatelem.....	47
Obrázek 11 – Graf znázorňující délku působení v zaměstnání.....	48
Obrázek 12 – Graf znázorňující nejvýše dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví.....	49
Obrázek 13 – Graf znázorňující věk respondentů.....	50
Obrázek 14 – Graf znázorňující pohlaví respondentů.....	51
Tabulka 1 – Zásady při práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou.....	42

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AD	Alzheimerova choroba
ADL	Activities of Daily Living
APP	Amyloidový prekurzorový protein
BM	Burnout Measure
CT	Počítačová tomografie
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
MBI	Maslach Burnout Inventory
MMSE	Mini-Mental State Examination
MR	Magnetická rezonance
PET	Pozitronová emisní tomografie
SPECT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

## ÚVOD

Profese všeobecné či praktické sestry má ústřední roli ve všech zdravotnických zařízeních, avšak povaha této práce je velmi náročná. Mnohdy s sebou přináší vlivem působení dlouhodobého a nadměrného stresu stavy emocionálního, fyzického a duševního vyčerpání, které jsou souhrnně označovány jako syndrom vyhoření. Průběh tohoto syndromu probíhá v několika fázích a příznaky se objevují v oblasti tělesné, psychické a emocionální (Alkhraish, M. Y. et. al., 2023; Venglářová, 2011, s. 23-25).

Alzheimerova choroba představuje nejčastěji se vyskytující formu demence. Jedná se o závažné ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, jehož začátek má plíživý charakter a jeví se skutečně nenápadně. Ze statistik vyplývá, že v období od roku 2017 do roku 2021 počet pacientů s tímto typem demence stoupl v České republice o 14 %. I do následujících let se nadále počítá s výrazným nárůstem počtu obyvatel s neurodegenerativním onemocněním mozku v důsledku stárnoucí populace. Samotné onemocnění probíhá ve třech stádiích. Vlivem progresu onemocnění se začínají objevovat obtíže zejména s pamětí. Pro ošetřující personál je tak mnohdy práce s lidmi s demencí velmi vyčerpávající a obtížná. Při poskytování ošetrovatelské péče se zdravotník setkává s řadou nepříznivých symptomů. Kromě již zmiňované ztráty paměti se objevují příznaky zhoršené orientace v čase a prostoru, postupné ztráty schopnosti verbalizovat, dále různé behaviorální a psychotické změny zahrnující především agresivitu, bludy, halucinace, toulání anebo napadání osob v okolí, což způsobuje značnou zátěž. Nemocný člověk se postupně stává zcela závislým na péči druhé osoby. Pomocí léků lze v dnešní době průběh Alzheimerovy demence zpomalit, nikoliv však zcela zastavit a onemocnění tak vyléčit (Zvěřová, 2022, s.7,8,20, 59, 60; Ondriová, 2020, s. 69, Plívová, 2022).

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je objasněna problematika syndromu vyhoření v profesi sestry, která se zabývá jeho rizikovými faktory pro vznik, příčinami, fázemi rozvoje, diagnostikou, léčbou a prevencí. Dále je popsána Alzheimerova choroba, její příčiny, rizikové faktory, stádia, klinický obraz, léčba a poslední kapitola zmiňuje specifika v ošetrovatelské péči o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Praktická část se orientuje na kvantitativní dotazníkové šetření, které bylo realizováno pomocí standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory a nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby. V této části je popsána metodika průzkumu a jsou zde prezentovány výsledky dotazníkového šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit výskyt syndromu vyhoření v profesi

sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou. Dílčími cíli pak bylo zjistit, jaké metody využívají sestry k úlevě od pracovní zátěže a stresu, jaké prvky v rámci ošetrovatelské péče působí sestrám největší zátěž a jaké aplikované zásady jim pomáhají při práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Cíl práce**

Teoretickým cílem práce je objasnit problematiku syndromu vyhoření u sester a její souvislost s péčí o pacienty s Alzheimerovu chorobu.

Průzkumným cílem práce je zjistit výskyt syndromu vyhoření v profesi sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou.

### **1.1.1 Dílčí cíle**

Zjistit, jaké prvky v rámci ošetrovatelské péče působí sestrám největší zátěž při práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou.

Zjistit, jaké metody využívají sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou k úlevě od pracovní zátěže a stresu.

Zjistit, jaké aplikované zásady pomáhají sestrám při práci s pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je definován jako psychický stav, který je charakterizován tělesným, duševním a citovým vyčerpáním společně se sníženou pracovní výkonností vlivem působení dlouhodobého a intenzivního stresu. Tyto stavy byly psychology a lékaři zkoumány od 70. let 20. století. Bývají používány i pojmy jako je syndrom vypálení či vyhaslosti. Velmi často se uvádí výraz burnout syndrom. Z anglického překladu znamená sloveso „*to burn*“ hořet, být pro něco zapálen a slovo „*burn out*“ dohořet, vyhořet nebo vyhasnout. Poprvé byl termín „*syndrom burnout*“ použit Herbertem J. Freudenbergerem (Pešek, Praško, 2016, s.16).

Stavy celkového vyčerpání se začaly objevovat zejména v souvislosti s profesemi, kde se pracovníci setkávají s lidmi. Do této skupiny jsou začleněni i zdravotničtí pracovníci, kteří ve svém oboru pracují s intenzivními emočními aspekty lidských bytostí a nemohou, a ani nesmí být vůči nim zcela lhostejní. Ve své profesi se denně setkávají se strachem, utrpením či smrtí lidí. Mnohdy se stává, že přebírají jejich problémy a snaží se co nejlépe splnit jejich potřeby, přičemž ty své odsouvají do pozadí. Následkem toho pak velice snadno podléhají chronickému stresu a fyzickému a psychickému vyčerpání (Gómez-Gascón, T. et al. 2013; Venglářová, 2011, s. 23, 26).

### 1.1 Rizikové faktory a příčiny syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření vzniká souhrou rizikových faktorů, které se člení do tří sfér: osobnostní sféra (perfekcionismus, nízké sebevědomí, vysoká míra empatie, sklon k potlačování emocí, neschopnost relaxace, nízká míra sebereflexe, přílišné očekávání či nadšení z práce, nadměrná soutěživost a potřeba zalíbit se druhým), pracovní sféra (požadavky na vysoký výkon, nadměrné množství práce, nízká míra soběstačnosti, nedostatečná finanční odměna, jednotvárnost pracovní náplně, nedostatek podpory a ocenění) a sféra mimopracovní (absence partnera, konfliktní partnerství, nevhodné stravovací návyky, špatné existenční podmínky, nedostatek tělesného pohybu, koníčků a zájmů) (Pešek, Praško, 2016, s.17, 18).

Hlavní příčinou vzniku syndromu vyhoření je však dlouhodobé působení především pracovního stresu, tzv. distresu. Ten je popisován jako nadměrná zátěž, která na jedince působí negativně a může mu způsobit onemocnění, případně až smrt. Stres lze obecně definovat jako fyziologickou, psychologickou a behaviorální reakci bytostí. K jejímu spuštění dochází tehdy, když se jedinec nachází v situaci, ve které musí čelit nejruznějším událostem, lidem nebo

předmětům, které vnímá jako stresující. V těchto situacích dojde ke spuštění stresové reakce, která je potřebná pro přežití. Při stresové situaci se zvyšuje pozornost a mozek se soustředí na vnímanou výzvu. Pokud se stres stane chronickým, přestane působit jako fyziologický stimul a stává se tak pro zdraví jedince škodlivý (Adam, Z. et al., 2019, s. 419; Pelcák, Tomeček, 2011; Gómez-Gascón, T. et al. 2013).

V běžném životě se mohou na vzniku podílet chronické denní nepříjemnosti a velké životní události, do kterých lze zařadit např. ztrátu blízkého člověka, chorobu nebo přechod do jiného zaměstnání. Velkou roli hrají i vnitřní faktory každého jedince (Pelcák, Tomeček, 2011).

Uvádí se, že syndrom vyhoření postihuje zejména schopné, ambiciózní a zodpovědné osoby. Mezi nejvíce ohrožená povolání se zařazují především lékaři, všeobecné a praktické sestry, psychologové, psychoterapeuti, dále učitelé, sociální pracovníci, právníci či úředníci (Pešek, Praško, 2016, s. 16).

Sestry ve své práci čelí značnému množství stresových faktorů, které mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření. Jedná se především o nadměrné pracovní vytížení v důsledku malého počtu personálu, zátěžové stavy související s úmrtím pacienta, špatné interpersonální vztahy na pracovišti, nevhodné chování nadřízených pracovníků, nevyhovující pracovní podmínky, velká zodpovědnost za svou práci, neustálá pozornost, nesprávné nastavení organizace práce, pracování ve směnném režimu, stálý kontakt s nemocnými, vysoká zodpovědnost a pocit bezmocnosti (např. u ošetřování umírajících). Rizikem u začínajících sester může být i nevyzrálá osobnost, která se pojí s věkem, ve kterém zahajují nástupní praxi (Venglářová, 2011, s. 27-29; Anonymous, 2020).

Vyšší tendence k vzniku syndromu vyhoření může být pozorována při práci s terminálně nemocnými nebo vážně nemocnými dětskými pacienty. Taktéž zatěžující je i péče o pacienty s chronickou chorobou či gerontopsychiatrické pacienty, mezi které patří i ti, kteří jsou zasaženi demencí (Anonymous, 2020; Venglářová, 2011, s. 27).

## **1.2 Příznaky syndromu vyhoření**

Pro syndrom vyhoření je typické, že se projevuje spíše v rovině psychické a emocionální, navenek je proto pozorovatelný až mnohem déle. Mezi prvotní výstražné příznaky patří zpochybňování významu a smyslu vykonávané práce, jedinec má pocit, že práci nezvládá, pro okolí působí podrážděně, nervózně a nespokojeně. K primárním tělesným obtížím se řadí problémy se spánkem, bolesti hlavy, břicha a zad. Dále se objevují časté infekty, pocity ztuhlosti v oblasti krku či kolísání tělesné hmotnosti (Venglářová, 2011, s. 23-25, 31).



Nejzákladnějšími projevy vyhoření jsou tělesné a emocionální vyčerpání, únava, nedůvěřivost a sklony k depresím. Člověk taktéž zastává negativní až cynický postoj ke své práci a klientům (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 13).

Příznaky je možno rozdělit do tří oblastí – psychická, emocionální a tělesná oblast (Venglářová, 2011, s. 24).

Projevy v psychické oblasti jsou charakteristické změnou dosavadních životních postojů, člověk je duševně vyčerpaný, negativistický, cynický, pesimistický, výbušný, netrpělivý, nevěří si, dochází ke změnám nálad, má poruchy soustředit se, často zapomíná, ztrácí schopnost radovat se, zájem o tvořivost téměř mizí, dochází ke snížení aktivity a omezení zájmů. Taktéž se mohou objevovat deprese a jiné úzkostné stavy, pocity nedostatku uznání, bezmoci, smutku či hněvu nebo agresivní prvky v chování. Ve svém životě nechce žádné změny ani nic nového. Život pro něj přestává mít společně s prací smysl. U některých jedinců se objevují i myšlenky spojené se sebevraždou (Kubešová, 2019; Venglářová, 2011, s. 25, 31).

V emocionální oblasti jedinec zažívá pocity beznaděje a bezmoci. Cítí se citově vysátý, přestává být empatický a uzavírá se do sebe. Omezuje kontakt s ostatními lidmi v práci a postupem času i s rodinou a přáteli. Již je nevnímá jako zdroj radosti, ale považuje je za přítěž, reaguje na ně podrážděně. Následkem toho vznikají konflikty a případně i ztráty těchto lidí (Venglářová, 2011, s. 25, 31).

Symptomy řadící se do tělesné oblasti se projevují zejména silnou a dlouhodobou únavou, pocitem tělesné slabosti, vyčerpáním, deficitem energie, svalovými bolestmi, zažívacími obtížemi, nechutenstvím, změnami tělesné hmotnosti či abúzem alkoholu, drog případně léků. Uvádí se, že lidé se syndromem vyhoření bývají častěji nemocní a mívají zvýšenou potřebu spánku, ten ale bývá nekvalitní. Důsledkem toho se člověk i po dostatečně dlouhém spánku cítí neodpočatý a nevyspalý (Kubešová, 2019; Venglářová, 2011, s. 24, 31).

Je velice důležité povšimnout si prvních varovných příznaků, které jsou na jedinci pozorovatelné. Lze tak zamezit rozvoji samotného syndromu vyhoření a předejít mnoha závažným problémům (Venglářová, 2011, s. 30).

### **1.3 Fáze rozvoje syndromu vyhoření**

K rozvoji syndromu vyhoření dochází postupně. Existuje množství různých modelů, které popisují tři až dvanáct fází vývoje vyhoření. Jednotlivá stádia nelze přesně časově definovat,

protože u každého jedince trvají odlišně dlouhý čas. Mohou se taktéž různě opakovat, střídat nebo se nemusí objevit vůbec (Pešek, Praško, 2016, s. 19).

Velmi často užívaný je model podle Edelwiche a Brodskyho, kteří syndrom vyhoření rozdělili do pěti fází, které popsali následovně (Stock, 2010, s. 37):

Idealistické nadšení charakterizuje úvodní fázi, kdy je člověk ze svého zaměstnání nadšený a má velká očekávání, která bývají mnohdy až nerealistická. Zaměstnanec je nepřiměřeně vysoce motivován, touží se prosadit, tvrdě pracuje, omezuje své zájmy, má až nereálné představy o náplni své práce, nadřízených či spolupracovnících. Většinou se jedná o dobu nástupu do dané profese (Stock, 2010, s. 37, 38, Kubešová, 2019).

Druhou fází je stagnace, během níž opadá prvotní nadšení ze zaměstnání. Člověk postupně poznává realitu a zjišťuje, že všechny cíle nebude možné naplnit, a tak své zklamání mírní tím, že se opět zaměřuje na své volnočasové aktivity (Kubešová, 2019).

Frustrace je třetí fází tohoto modelu. Nyní se objevují otázky smyslu a efektivity vykonávané práce. Pracující přestává být v zaměstnání spokojený. Často se objevují spory s klienty i s nadřízenými pracovníky (Stock, 2010, s. 40).

Následuje fáze apatie. Člověk se uzavírá do sebe, dělá jen nejnужnější práci a má častější absenci v docházce. Vyhýbá se složitějším pracovním úkonům a práce mu v této fázi nepřináší radost, vnímá ji pouze jako zdroj výdělku. Začínají se objevovat první psychosomatické obtíže jako jsou bolesti hlavy nebo únava. V některých případech dochází k abúzu, např. alkoholu (Pešek, Praško, 2016, s. 20).

Výsledným, a tedy konečným stádiem je syndrom vyhoření. U jedince lze pozorovat úplné emoční vyčerpání, ke kterému se často připojují depresivní stavy. Pracovník nakonec opouští zaměstnání nebo přechází na jinou pozici. Optimálním řešením je, když zaměstnanec nově zhodnotí své postoje a životní styl a s více reálnými představami pokračuje dál ve své původní profesi. Ke zvládnutí této situace pomáhá i pomoc psychoterapeuta (Pešek, Praško, 2016, s. 20).

#### **1.4 Diagnostika syndromu vyhoření**

Diagnostiku syndromu vyhoření lze provést mnoha způsoby. Jedním z nich je odborné psychologické vyšetření, při kterém má důležitou roli zhodnocení podrobné anamnézy. Dále lékař využívá rozhovoru a pozorování (Švamberk Šauerová, 2018, s. 211).

K diagnostikování syndromu vyhoření se užívá také dotazníkových metod. Jedná se zejména o dotazníky Maslach Burnout Inventory (MBI) (viz příloha A) a Burnout Measure (BM) (viz příloha B) (Venglářová, 2011, s. 29).

#### **1.4.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Nejčastěji používaný dotazník, pomocí kterého se zjišťuje míra vyhoření. Poprvé byl uveden dvojicí autorek Christine Maslachovou a Susan E. Jacksonovou v roce 1981. V dotazníku je vyhoření určeno třemi složkami. Jedná se o emocionální vyčerpání (EE), depersonalizaci (DP) a osobní uspokojení (PA). Emocionální vyčerpání se projevuje nedostatkem sil, úbytkem chuti do života a chyběním motivace. Depersonalizace je charakterizována ztrátou respektu k druhým lidem, staví se k nim cynicky a mizí k nim jejich bezpodmínečná úcta. Snížené osobní uspokojení se pak projevuje zejména u lidí s nízkou mírou sebedůvěry. Tento typ dotazníku, zjišťující míru vyhoření, je věnován lidem, kteří pracují v pomáhajících profesích. Je tvořen dvaadvaceti otázkami, které se zaměřují na zjištění tří výše definovaných složek syndromu vyhoření. Devět otázek se zaměřuje na EE, pět na DP a osm dotazů je zaměřeno na PA. Jednotlivé otázky se hodnotí na stupnicové škále od 0 (nikdy) do 7 (velmi silně) (Švamberská Šauerová, 2018, s. 212-214; Křivohlavý, 2012, s. 55, 56).

#### **1.4.2 Burnout Measure (BM)**

Burnout Measure vytvořila Ayala Pinesová společně s Eliottou Aronson. Jedná se o velice hojně užívaný dotazník ke zjištění míry vyhoření. Je určen všem jedincům s různými profesemi, a taktéž se využívá u nezaměstnaných lidí. V dotazníku se zohledňují tři složky – fyzická, psychická a emoční. Skládá se z jedenadvaceti otázek, které se posuzují na sedmibodové škále (Švamberská Šauerová, 2018, s. 215-218).

### **1.5 Léčba syndromu vyhoření**

Jestliže se člověk nachází ve stavu vyhoření, je důležité, aby si uvědomil, že něco není zcela v pořádku. Pokud se syndrom vyhoření začne řešit včas, předejde se tak závažným problémům popisovaným výše (Kubešová, 2019).

Důležitým prvkem je dokázat si vytvořit místo odpočinku. V tomto prostoru by si měl jedinec vyhradit čas pouze pro sebe samotného a své vlastní soukromí. Místo by mělo být užíváno, pokud možno pouze jako prostor pro hluboký odpočinek (Venglářová, 2011, s. 33).

Pro terapii syndromu vyhoření bývá v mnohých případech zásadní pomoc od druhých. Velmi důležitou roli mají blízké osoby, mezi něž patří zejména rodina a přátelé. Jsou to oni, kteří

dávají člověku lásku, důvěru, jistotu, zajímají se o jeho pokrok, dávají mu najevo, že nevdí, pokud se něco nezdaří, a že mu stále věří. Pomoci může i správně fungující pracovní kolektiv, kde si lidé mezi sebou pomáhají a jsou k sobě empatictí. I oni většinou poznají, že s dotyčným není něco v pořádku. Na základě toho pak může vedení zaměstnance pověřit např. jinými úkoly nebo mu umožnit práci s jinými lidmi. Okolí má tedy možnost jedinci značně pomoci, ale především musí chtít on sám (Venglářová, 2011, s. 32, 38, 39).

V léčbě pomáhá i pomoc psychologa či psychiatra. Ti během terapie využívají psychologické a psychoterapeutické přístupy, kterými se snaží odstranit nejakutnější problémy, příznaky, proměnit postoj k práci a získat realističtější postoj jak k životu, tak k zaměstnání (Kubešová, 2019).

## **1.6 Prevence syndromu vyhoření v profesi sestry**

Prevence je jedním z nejdůležitějších bodů, jak předcházet syndromu vyhoření. Informovanost a osvěta je důležitá zejména v těch profesích, kde jsou velké nároky na psychickou, fyzickou ale také emocionální stránku člověka (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 236).

V oblasti zdraví vystupuje ošetřovatelství jako jedna z nevíce vyčerpávajících profesí. Od sester se očekává, že péče, kterou poskytují pacientům, bude prováděna s empatií a trpělivostí. Vše se navíc odehrává ve vysoce stresujícím prostředí s nadměrnou pracovní zátěží, proto je důležité, aby sestry našly rovnováhu mezi těmito faktory, které zasahují jejich pracovní život. Prevence syndromu vyhoření má proto u zdravotníků velice důležitý význam při podpoře duševního a fyzického zdraví (de Oliveira, S. M. et al., 2019).

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že většina společností po celém světě se stále více zabývá investicemi do lékařské péče. Většina doporučení se vztahuje na investice do prevence a zlepšování kvality pracovního prostředí. Díky těmto opatřením se chrání zdraví a tzv. well-being (osobní spokojenost a životní pohoda) pracovníků (de Oliveira, S. M. et al., 2019).

Mezi ochranné prvky, které brání rozvoji syndromu vyhoření, se obecně řadí duševní vyspělost a zralost, dobrá pracovní motivace, systematické vzdělávání nejen z hlediska potřebné odbornosti, ale i etiky a morálky. Důležitá je také schopnost odpočívat a věnovat se zájmovým aktivitám (Zadák, Havel, 2017, s. 26).

Každý člověk je individuální a každý využívá také jiné prostředky pro to, jak se se stresem vypořádat. Je však důležité, aby si jedinec zvolil takový způsob, který mu bude vyhovovat a bude jej možné aplikovat v jeho každodenním životě (Vojenská zdravotní pojišťovna, 2023).

Základem pro úspěšnou prevenci stresu je uvědomění si toho, jaká situace stres vyvolává. Díky tomu lze do budoucna lépe předcházet stresovým situacím. Dalšími způsoby může být např.: každý den si vyhradit čas na činnosti, které má člověk rád a dělají ho šťastného, mohou to být i běžné denní maličkosti, jako je ranní káva, oblíbený pořad v televizi ad. Dobré je také znát své činnosti, které pomáhají ulevit od stresu (např. poslech hudby, četba knihy, malba, setkání s přáteli aj.) a vhodná je i jakákoliv tělesná aktivita. Jedinec by se měl v rámci prevence stresu naučit říkat „ne“ věcem, které se do programu už nevejdou a vést zdravý životní styl, který zahrnuje především dostatečný příjem tekutin a vyváženou stravu. Dalšími doporučovanými opatřeními je např. žít přítomností a netrávit příliš času s myšlenkami na minulost nebo budoucnost, dovolit dát si pauzu, protože pravidelné odpojování od pracovní činnosti umožní relaxaci a dobít fyzické a emocionální rezervy, požádat o pomoc např. spolupracovníka nebo jinou blízkou osobu, které jedinec důvěřuje a může s ní sdílet své pocity, a v případě, že je syndrom vyhoření již v takové fázi, která je obtížně zvladatelná, je vhodné zvážit kontaktování terapeuta. V neposlední řadě je velmi důležité nastavení hranice mezi pracovním a osobním životem a veškeré myšlenky a pocity ohledně práce v práci také zanechat (Vojenská zdravotní pojišťovna, 2023; American Nurses Association, 2023; Kaple, 2023).

V sesterské profesi hraje také důležitou roli tzv. adaptační praxe, která je považována za určitou formu supervize, kdy každá praktická či všeobecná sestra, která po zdárně ukončeném studiu nastoupí do zaměstnání pracuje po určitou dobu pod dohledem zkušenější sestry, která ji poskytuje pomoc a podporu (Venglářová, 2011, s. 33, 34).

Prevenci syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je možné projevit kladným ohodnocením za dobře odvedenou práci formou pochvaly, finančního ohodnocení nebo účasti na společenských a vzdělávacích akcích. Zaměstnavatel by měl také nabízet pravidelnou možnost supervize. Supervize definuje proces, který je zaměřen na reflexi profesní role, činnosti nebo aktivity, které jsou spojeny s danou pracovní pozicí. Účastníkem může být jednotlivec, ale i skupiny pracovníků. Cílem je zlepšit organizaci práce, pracovní prostředí a podpořit pracovní růst zdravotníků (Venglářová, M. et al., 2013, s. 34; Venglářová, 2011, s. 35, 36).

## **1.7 Syndrom vyhoření a sestra pečující o pacienty s Alzheimerovou chorobou**

Souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a péčí o pacienta s Alzheimerovou chorobou je evidentní. Práce s těmito pacienty žádá, aby sestra věnovala zvláštní pozornost a péči nemocnému, u kterého trvale pozoruje postupnou progresi demence. Práci sestřím navíc ztěžuje také pacientova snížená intelektuální kapacita, omezená schopnost adekvátně komunikovat, výpadky paměti a změny chování, které jsou u těchto pacientů jen málokdy předvídatelné. Sestra tak musí upravovat plány péče dle aktuální situace a pracovat mnohem obtížněji a komplikovaněji, a to se jeví jako základní předpoklad pro vznik profesního syndromu vyhoření, což je podpořeno i výzkumem (Harrad, Sulla, 2018), který poukazuje na to, že sestry pracující v domovech pro seniory, kde je mj. velmi často poskytována péče nemocným zasažených demencí, mají vyšší riziko vzniku vyhoření především kvůli povaze této práce (Alzheimer's Association, 2020; Berg, 2022).

## 2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba (dále pouze AD) je jednou z nejčastěji se vyskytujících forem demenci. Pojem demence pochází z latinského slova „*demens*“, jehož doslovné znění v českém jazyce je nemyslíci. Předpona „*de*“ v překladu znamená odstranění a „*mens*“ mysl. V odborných textech bývá nazývána jako syndrom, který je popisován postupně prohlubujícím se kognitivním poklesem, který člověka oslabuje v nezávislém fungování. Nemocný ztrácí schopnost provádět smysluplné aktivity, soběstačnost a postupně se stává závislý na péči, kterou mu poskytuje okolí. Demence je tak specifické onemocnění, kdy dochází k narušení korových funkcí, nevyjímaje paměť, orientaci, myšlení, úsudek, učení a schopnost řeči (Šáteková et. al., 2021, s. 13; Fertařová, Ondriová, 2020, s. 13).

V případě AD se jedná o závažné neurodegenerativní onemocnění mozku, které se postupně rozvíjí a je nevratné. Vede k úbytku některých neuronů a v důsledku toho dochází k atrofii mozku. Toto onemocnění značně ovlivňuje život nejen nemocného, ale také celé jeho rodiny. AD je definována zhoršením kognice, chování a funkcí, které obvykle začínají ztrátou paměti na nedávné události. Za typický projev této nemoci lze uvést také nenápadný plíživý začátek, kdy prvotních projevů si častěji povšimne okolí nežli sám nemocný. AD se řadí mezi infaustní onemocnění a zaujímá čtvrtou až pátou příčku v nejčastějších příčinách smrti (Zvěřová, 2017, s. 7; Fertařová, Ondriová, 2020, s. 24, 25; Zhang et. al., 2021).

### 2.1 Etiologie a rizikové faktory Alzheimerovy choroby

Příčina vzniku AD není dosud zcela známa. Předpokládá se však, že hlavním důvodem jejího vzniku je atrofie mozku, která bývá doprovázena řadou chorobných změn. Stěžejním mechanismem, který přispívá k výše uvedeným dějům, je tvorba a ukládání beta-amyloidu. Jedná se o peptid, který se přirozeně vyskytuje v lidském těle a vzniká odbouráváním tzv. amyloidového prekurzorového proteinu (dále již pouze APP). Ve zdravém mozku se však APP snadno štěpí a následně rozkládá. U nemocných s AD je ale metabolismus tohoto proteinu narušen, a vzniká tak beta-amyloid, který se v těle hromadí (Zvěřová, 2017, s. 7; Národní zdravotnický informační portál, 2022).

Existuje řada rizikových faktorů, které mohou přispívat ke vzniku této choroby. Jedním z nejvýznamnějších a zároveň neovlivnitelných rizikových faktorů je věk. U lidí ve věku nad 65 let dochází každých následujících pět let ke zdvojnásobení případů onemocnění demenci. Svou roli sehrává taktéž dědičnost. Pokud je rodinná anamnéza pozitivní na demenci, zvyšuje

se riziko jejího vzniku až čtyřikrát. (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 37, 38; Zvěřová, 2017, s. 37, 38).

Dalšími rizikovými vlivy jsou opakující se poranění a traumata hlavy, cerebrovaskulární onemocnění (např. mozková mrtvice), zejména pokud se vyskytují společně s atrofií mozku, dále pak nižší vzdělání a pohlaví (častěji ženy). Více ohroženi jsou lidé s hypertenzí, zvýšenou hladinou cholesterolu, nesprávně kompenzovaným diabetem mellitem, obezitou a nedostatkem pohybu. Svůj podíl na vzniku AD má také kouření, alkohol, stres, deprese, pesimismus a nadměrná úzkost (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 38; Víchová, 2013).

## **2.2 Rozdělení Alzheimerovy choroby a klinický obraz**

AD se rozděluje do dvou základních skupin. Pokud se příznaky AD začnou objevovat již před 65. rokem života, jedná se o tzv. presenilní formu, opakem je tzv. senilní forma, kdy dochází k projevení prvních příznaků až po 65. roce života (Zvěřová, 2017, s. 148).

Tyto formy AD se od sebe klinicky nijak výrazně neodlišují. Presenilní forma se však častěji vyskytuje u pacientů s familiárním výskytem této nemoci a průběh onemocnění bývá rychlejší (Jiráček, 2013, s. 102).

### **2.2.1 Stádia demence**

Průběh choroby lze přibližně také rozdělit dle stupně demence na stádium lehké, středně těžké a těžké. Podle toho, ve kterém z těchto stádií se nemocný nachází se následně odvíjí klinický obraz (Zvěřová, 2022, s. 77).

#### **2.2.1.1 Lehká demence**

Ve stádiu lehké demence se objevují první poruchy krátkodobé paměti, které zatím neznemožňují žít samostatně. Nemocný má problémy se zapamatováním nových informací, obtížně se učí novým věcem, během konverzace s ostatními občas nemůže najít správná slova a mohou se objevovat problémy s časovou a prostorovou orientací. Stále častěji pak člověk potřebuje podporu při složitějších každodenních úkonech, avšak stále není závislý na druhých osobách (Zvěřová, 2022, s. 54; Národní zdravotnický informační portál, 2022).

#### **2.2.1.2 Středně těžká demence**

Středně těžká demence je charakteristická tím, že není narušena pouze paměť krátkodobá, ale také paměť dlouhodobá. Nemocný si mnohdy nemůže vzpomenout na důležité události, které se v jeho životě odehrály (např. zaměstnání, manželství, děti), ale vzpomínky na jeho období dětství a dospívání zůstávají. Nové informace jsou zapamatovány pouze na velmi krátkou dobu.



Nemocný člověk je schopen vykonávat pouze jednoduché domácí práce a jeho orientace v čase a prostoru je postupně čím dál tím složitější, a tím dochází i k vychýlení rytmu spánku a bdění. Proto nemocný vyžaduje stále více potřebu pomoci a podpory. Přestává být soběstačným a v této fázi již nemůže žít samostatně. Mnoho nemocných pociťuje neklid, a tak neklidně přechází po jejich bytě nebo se snaží utéct. Mohou se objevovat i další příznaky jako je deprese, nedůvěra, úzkost, nepoznávání ostatních lidí, halucinace a paranoidní představy (Zvěřová, 2022, s. 54; Národní zdravotnický informační portál, 2022).

### **2.2.1.3 Těžká demence**

V posledním stádiu, tedy v období těžké demence, je nutná 24hodinová péče o nemocného člověka. V této fázi již nemocný není schopen poznat své nejbližší a zapamatovat si nové informace. Objevuje se inkontinence, potíže s polykáním, žvýkáním a dýcháním. Lidé v tomto období mají taktéž problémy s řečí, mluvit dokáží jen s obtížemi a jsou více náchylní k infekčním onemocněním v důsledku oslabeného imunitního systému (Zvěřová, 2022, s. 54; Národní zdravotnický informační portál, 2022).

Péči o pacienta s AD výrazně ztěžují i behaviorální a psychotické příznaky. Jedná se poruchy osobnosti a chování. Vyskytuje se zejména gitovanost, naříkání, agresivita verbální i neverbální, napadání a klení blízkých osob, toulání se (po bytě/domě i mimo byt/dům) nebo již výše zmíněné psychotické poruchy, jako jsou bludy, halucinace a iluze (Zvěřová, 2022, s. 59, 60).

## **2.3 Diagnostika a vyšetřovací metody u Alzheimerovy choroby**

Rozeznat demenci od jiných duševních chorob není vždy tak snadné. Dosavadní postupy umožňují diagnostikovat pouze pravděpodobnou AD a jistá diagnóza lze stanovit až posmrtně patologem nebo pouze ve výjimečných případech biopsií mozku (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 42; Jiráček, 2013, s. 105).

Základním krokem v jakékoliv diagnostice je anamnéza. Po sběru anamnézy se provádí základní fyzikální a orientační neurologické vyšetření, laboratorní testy a elektrokardiografie (EKG). Často bývají využívána i zobrazovací vyšetření mozku – počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MR). K doplnění informací slouží jednofotonová emisní výpočetní tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie (PET). Mezi další využívané metody v diagnostice AD lze zařadit elektroencefalografii (EEG) nebo vyšetření mozkomíšního moku. (Kučera, 2003; Národní zdravotnický informační portál, 2023; Šáteková, 2021, s. 28).

Pro zhodnocení kognitivních funkcí, které je pro diagnostiku demence zásadní, existuje množství různých testovacích nástrojů. Celosvětově nejčastěji používaným testem je standardizovaný Mini-Mental State Examination (MMSE) (viz příloha C) (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 54; Čermák, 2016).

## 2.4 Léčba Alzheimerovy choroby

Léčba by měla být zahájena co nejdříve a léčebný přístup musí být komplexní, individuálně volený na potřeby konkrétního člověka a zaměřený nejen na pacienta, ale také na jeho rodinu nebo jiné pečující osoby. V léčbě demence je nepostradatelnou součástí i racionální terapie dalších přidružených chorob, vhodně zvolená aktivizace a péče o psychický a tělesný stav nemocného. V případě, že se člověk nachází již v terminálním stádiu demence, je vhodný přechod na tzv. paliativní péči, která dle WHO zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, jež jsou vystaveni problémům, které se pojí s život ohrožující nemocí. Podstatou tohoto přístupu je předcházet a zmírňovat utrpení pomocí včasné zvolené řešení bolesti a jiných psychosociálních, spirituálních a fyzických potíží (Franková, 2015; Bužgová, 2015, s. 34).

V současné době se využívají terapeutické postupy, které průběh AD pouze modifikují, zmírňují příznaky a oddalují těžká stadia demence. Je to dáno tím, že doposud nebyla objasněna kompletní etiopatogeneze AD. Hlavním cílem léčby je tedy oddálit těžká stadia nemoci, která jsou spojena s nesoběstačností, a zlepšit kvalitu života (Jiráček, 2013, s. 109; Fertařová, Ondriová, 2020, s. 69).

Terapie AD je založena na dvou přístupech, které se navzájem ovlivňují. Jedná se o přístup farmakologický a nefarmakologický (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 71).

Farmakoterapie AD je rozdělena na dvě kategorie. Jedná se o terapii kognitivních, tedy poznávacích funkcí, a terapii ostatních funkcí, kam lze řadit např. poruchy spánku, emocí, chování apod. (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2022).

K léčbě kognitivních funkcí se užívá tzv. kognitiv. Pozitivní efekt byl mimo jiné prokázán také při užívání extraktu z jinanu dvoulaločného (*Ginkgo biloba*), a to zejména pokud je užíván jako doplněk léčby kognitivity (Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2022; Fertařová, Ondriová, 2020, s. 73).

V terapii behaviorálních a psychotických příznaků demence, jako je agresivní chování, verbální agitovanost (negativismus, naříkání, snaha upoutat pozornost apod.), porucha cyklu spánku či bdění, halucinace, deprese ad. se využívají lékové skupiny, jako jsou antipsychotika,

neuroleptika, antidepresiva nebo hypnotika (Zvěřová, 2017, s. 167; Fertařová, Ondriová, 2020, s. 78, 79).

Účelem nefarmakologické léčby je zachovat nebo zlepšit úroveň jemné i hrubé motoriky, chůze, kognitivních funkcí a stupeň soběstačnosti. Zároveň je dalším cílem i smysluplné vyplnění volného času a zlepšení komunikace nemocného člověka s příbuzným a zdravotnickým personálem (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 114, 115).

Základním prvkem nefarmakologického přístupu je vhodně zvolený psychologický přístup k nemocnému, který ovšem od pečujících osob vyžaduje velkou trpělivost, protože výsledky bývají velmi často přechodné a minimální. Součástí nefarmakologické terapie je množství nejrozličnějších rehabilitačních programů, které jsou zaměřeny jak na trénink kognitivních, tak i nekognitivních funkcí. Jedná se např. o kognitivní trénink, kdy je dlouhodobá paměť procvičována vzpomínáním na různá přísloví, jména významných osobností a krátkodobá paměť podporována např. zapamatováním si určitého množství slov za daný čas. Dále lze využívat muzikoterapii, pohybovou a taneční terapii, multisenzorickou stimulaci, kdy jsou smysly stimulovány různými podněty (hudbou, vůní, jídly, masážními míčky) aj. Velmi oblíbenou technikou je reminiscenční terapie, která využívá pacientovy vzpomínky a jejich vybavování pomocí různých předmětů. Veškeré aktivity je ovšem nutno volit s ohledem na stav nemocného jedince, proto je nezbytné zdůraznit individuální přístup (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 114–190; Zvěřová, 2017, s. 167, 168; Zrubáková, Bartošovič, 2019, s. 152-161).

## **2.5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou**

Péče o pacienty s kognitivní poruchou je velmi náročná. Jejich svět bývá mnohdy pro okolí nesrozumitelný a reakce nepředvídatelné. Je nutností se přizpůsobit jejich specifickým potřebám a respektovat jejich tempo, čímž bude docíleno i srozumitelného a bezpečného prostředí s výrazným snížením vzniku situací, kdy dochází k neporozumění a konfliktu (Petr, T. et al., 2014, s. 812, 813).

Rodinná péče patří mezi jednu z nejčastěji volených prvotních forem péče o jedince zasaženého AD. Je poskytována rodinnými příslušníky, což s sebou přináší určité benefity. Většina lidí se v domácím prostředí cítí nejlépe. Je to místo, které dobře znají a nachází zde osoby, které jim jsou nejbližší. Tyto faktory pak přinášejí pocity bezpečí a jistoty. Mezi další formy péče lze řadit péči zdravotní a sociální. Zdravotní péči poskytují např. nemocnice, ambulantní a terénní služba, geriatrická denní centra a hospice. S péčí o člověka s diagnózou AD mohou být nápomocná dle zákona o sociálních službách také různá zařízení poskytující sociální služby.

Jedná se zejména o domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem, které od klasických domovů pro seniory disponují vyšším počtem zaměstnanců, kteří jsou specializovaní na danou chorobu. Dále je možné využít pečovatelskou službu, centra denních aktivit či denní a týdenní stacionáře (Mlýnková, 2011, s. 132-148).

Hospitalizace člověka s demencí by měla být realizována až tehdy, dojde-li k selhání domácí a ambulantní péče nebo v případě těžké poruchy chování, která je nezvladatelná v dosavadním prostředí. Jakákoliv změna nebo vytržení ze známého prostředí většinou vede ke zhoršení celkového stavu (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 323, 324).

Na sestry, pečující o tyto pacienty jsou kladeny vysoké nároky. Jejich práce vyžaduje profesionalitu, ale také lidskost, ochotu a schopnost laskavého a trpělivého jednání. Je potřeba přijmout pacientův zdravotní stav, snažit se zajistit všechny jeho potřeby, neopomíjet v dostatečné míře verbálně i neverbálně komunikovat, projevovat empatii, věnovat pacientovi pozornost, a především respektovat jeho důstojnost (Fertal'ová, Ondriová, 2020, s. 323, 324).

Při příjmu pacienta do zařízení musí sestra nejprve zjistit jeho stávající schopnosti a určit tak úroveň soběstačnosti. K posouzení této úrovně slouží různé měřicí techniky – např. hodnotící škála ADL (Activities of Daily Living – aktivity denního života) (viz příloha D). Vhodné je položit i dotazy na pacientovu životní cestu, životní styl, základní biologické potřeby, schopnost adaptace, sociální situaci zahrnující otázky na vztahy a role v rodině atd. Velmi důležitá je spolupráce zdravotnických pracovníků s pacientovou rodinou. Zejména blízké osoby s sebou mnohdy přináší cenné informace, které jsou důležité pro plánování ošetrovatelské péče a její kvalitní realizaci (Marková, E. et al., 2006, s. 198).

Při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi s demencí je vhodné mít na paměti některé zásady. Pro člověka zasaženého demencí je důležitá pochvala za jakoukoliv činnost, kterou provede nebo která se mu povede, dobré je k němu přistupovat co nejvíce podobným způsobem, jakým k němu bylo přistupováno v době zdraví a procvičovat jeho paměť činnostmi a pomůckami, které mu napomáhají k podpoře paměti a k jejímu udržení na určité úrovni. Používají se např. štítky s nápisy, nástěnky se zprávami nebo pokládání otázek typu: „*Jak se jmenují Vaše děti?*“ apod. Využití těchto činností a pomůcek je vhodné zejména v počátečních stádiích demence. Jednou z podstatných zásad je rovněž vyhýbání se konfliktům. Konflikty zhoršují spolupráci mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, ničí vztah, který je založený na důvěře a taktéž snižují kvalitu života jak nemocného, tak pečující osoby. Důležité je uvědomění, že neadekvátní chování nemocného způsobuje nemoc a řešením je tak zachování

klidu, což je mnohdy velmi náročné. Průběh dne je třeba vyplnit vhodně zvolenou aktivizací pacienta v podobě jednoduchých úkolů, protože pokud nebude člověk zasažený demencí jakýmkoliv způsobem zaměstnán, jeho kognitivní funkce se budou zhoršovat, vždy je ale potřeba působit na všechny smysly (zrak, sluch, hmat, čich, chuť). Taktéž zajištění pacientovy bezpečnosti patří mezi další zásady, protože zejména v důsledku narušené paměti a orientace v prostoru se značně zvyšuje riziko poranění. Obecnými zásadami by mělo být podporovat pacientovu soběstačnost ve veškerých činnostech a snahou ošetřujícího pracovníka by mělo být také dobré přijetí nemocného jedince, protože tito pacienti potřebují být ujišťováni o tom, že jim člověk přichází pomoci a má o ně zájem. Podstatné je přijmout je takové, jací jsou, snažit se pochopit jejich potíže a akceptovat jejich chování. V neposlední řadě je jednou z nejpodstatnějších zásad nikdy nezapomínat na to, že i člověk s demencí vnímá a cítí, proto by se měl pečující vždy chovat podle etických pravidel (Mlýnková, 2011, s. 346, 347; Holmerová, I. et al., 2007, s. 61-64).

Hlavní specifika ošetrovatelské péče o pacienty s AD jsou závislá na přítomných symptomech a progresi onemocnění. Péče se ale vždy zaměřuje na uspokojení fyzických i emocionálních potřeb nemocného a měla by začleňovat jak nefarmakologické přístupy, tak přístupy farmakologické v podobě vhodně volené medikace v případě indikace (Marková, E. et al., 2006, s. 198; Fertařová, Ondřiová, 2020, s. 323, 324).

Pokud je pacient pohyblivý a není upoután zcela na lůžko, je nutno zajistit bezpečné prostředí v jeho okolí. Mezi základní kritéria bezpečnosti patří např. volnost cest, vhodné osvětlení, suché a protiskluzové podlahy, snadný přístup k věcem, které člověk denně užívá, stabilní obuv, která umožňuje bezpečnou chůzi, zajištění oken a dveří, využívání nižší postele se zábranami a madel na chodbách a sociálním zařízení. Pády u těchto pacientů mají ve většině případů velmi vážné následky. Pro snazší orientaci v prostoru lze dveře nebo poschodí barevně odlišit nebo označit pacientem vybranými symboly. K minimalizaci možného bloudění je ideální, pokud je sesterna součástí chodby. Ošetřující personál tak může pracovat v blízkém kontaktu s pacienty. Prostor by mělo být pro hospitalizovaného povzbuzující a příjemné, proto je vhodné volit barevné vymalování pokojů. Pro individualizaci pacientova pokoje, který mu v zařízení nahrazuje svůj vlastní domov, je vhodné pokoj vybavit různými osobními oblíbenými věcmi, fotografiemi nebo kusem nábytku z domova. Osobní věci mohou nemocnému pomoci znovu si uvědomit, kým je a napomáhají i k lepšímu vyrovnání se změnou a případnou izolací. U pacientů, kteří nemají možnost volného pohybu a jsou tak trvale upoutáni k lůžku, by měla být věnována zvýšená pozornost kromě vybavení pokoje i zornému poli ležícího (Burda,

Šolcová, 2016, s. 732; Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 330; Marková, E. et al., 2006, s. 200, 201; Veřejný ochránce práv, 2015, s. 17, 18).

Pro člověka, který onemocněl demencí, je dobré správně zvolit náplň dne. Vhodně vybrané aktivity během dne umožní předcházet např. komplikacím se spánkem. V každé z fází demence nemocní profitují z jiných aktivit. V období středně těžké demence je vhodné volit rutinní aktivity, které člověk dělal pravidelně a každý den. Ve fázi těžké demence již tyto aktivity nejsou příliš přínosné a je třeba přejít spíše na individualizovanou asistenci. Obecně je žádoucí volit takové aktivity, které podpoří prožívání dne v souladu s principem normality a zároveň takové aktivity, které odpovídají potřebám pacienta (Veřejný ochránce práv, 2015, s. 26).

V rámci péče je žádoucí, aby zařízení mělo možnost pacientovi nabídnout vhodný prostor pro trávení dne. Pacienti s demencí by neměli trávit čas pouze na svém pokoji a neměli by k tomu být ani nuceni. I v běžném životě je přirozené střídat během dne různá prostředí podle typu prováděné činnosti. Zařízení by proto měla disponovat např. jídelnami, společenskými místnostmi pro společná setkání, vhodně a bezpečně upraveným venkovním prostorem s dostatkem místa k sezení aj. (Veřejný ochránce práv, 2015, s. 19).

V oblasti komunikace je potřeba dodržovat určité zásady. Člověk s demencí má komunikační schopnost narušenou, zejména v pokročilých stádiích, proto je nezbytné vytvoření co nejlepších podmínek pro efektivní komunikaci mezi ošetřujícím pracovníkem a pacientem. V první řadě by měly být odstraněny veškeré rušivé vlivy (např. televize) a pokud pacient využívá kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadla), měl by je mít k dispozici. Tón hlasu by měl být mírný a příjemný. Mluvit by se mělo srozumitelně a pomalu v jednoduchých a krátkých větách. Při popisu používat přímá pojmenování, popř. ukazovat. Během konverzace je vhodné udržovat oční kontakt, ujišťovat se, zda pacient všemu, co bylo řečeno, rozumí a využívat i nonverbální komunikaci prostřednictvím jemného doteku na ruce a mimiky. Naopak nevhodné je používání odborných názvů a podceňování pacienta v rámci komunikační dovednosti (Burda, Šolcová, 2016, s. 738, 739; Ondriová, 2019).

Sestra průběžně sleduje tělesný i duševní stav pacienta a zvládání základních denních činností. Dle potřeby v nich zajišťuje pomoc nebo zcela přebírá péči za nemocného (Burda, Šolcová, 2016, s. 733).

V oblasti výživy není nutné ordinovat speciální dietu, strava by však měla být pestrá a dostatečně vyvážená na nezbytné živiny. Důležité je nezapomínat na dostatečnou hydrataci a dostatek vlákniny, které napomáhají správné činnosti střev a pravidelnému vyprazdňování.

Postupem času se stává příjem potravy pro pacienta náročnější vlivem postupné ztráty soběstačnosti. Objevují se problémy s polykáním a někdy dochází i ke ztrátě zájmu o jídlo. Podstatné je udržet nemocného co nejdéle samostatným při příjmu potravy. Tuto schopnost je možné podpořit používáním kompenzačních pomůcek (protiskluzové podložky, brčka, nakrájení jídla na menší kousky) a v pozdějších stádiích vhodně upravenou stravou (mletá nebo mixovaná). Nedostatečné nutriční zajištění může způsobit malnutrici. Následně vlivem malnutrice dochází k postupnému zhoršení zdravotního stavu (např.: objevuje se vyšší riziko vzniku proleženin, zhoršení soběstačnosti aj.). Proto je potřeba věnovat výživě náležitou pozornost – za včas upozorovat snížený zájem o jídlo, průběžně sledovat tělesnou hmotnost, dodržovat stravování v pravidelných intervalech, zajistit správné složení potravy a pokud to jde, respektovat také chuť pacienta. V případě nedostatečného příjmu je vhodné konzultovat s lékařem možnosti tzv. doplňkové výživy. Jedná se o přípravky, jejichž výživová hodnota odpovídá vydatnému jídlu. Pokud již pacient není schopen sám potravu rozžvýkat a spolknout, uvažuje se o sondové výživě (Dučaiová, 2018; Veřejný ochránce práv, 2015, s. 41).

I při vykonávání hygienické péče je potřeba podporovat pacientovu soběstačnost. Obecně se volí takové postupy, které jsou příjemné pro nemocného (např. teplá sprcha aj.). Vždy je ale nutné zajistit nejnütnější dohled a pomoc, protože koupelna bývá nebezpečným místem s vyšším rizikem pádu. Při provádění hygieny je podstatná prevence podchladnutí a dále je důležité věnovat dostatečnou péči o kůži. Vyšší nároky klade pokožka u inkontinentních pacientů, kde bývají komplikací opruzeniny, u dlouhodobě ležících pacientů se pak jedná zejména o dekubity. Je důležité, aby byla pokožka udržována v suchu a čistotě a k hygieně by měly být voleny prostředky, které kůži příliš nevysušují. U imobilních, dlouhodobě ležících pacientů je součástí prevence dekubitů také polohování v pravidelných intervalech a využívání antidekubitních podložek nebo matrací. Součástí hygienické péče je i pravidelná výměna osobního a ložního prádla (Burda, Šolcová, 2016, s. 734; Marková, E., 2006, s. 206).

S hygienickou péčí velmi úzce souvisí i péče o vyprazdňování. Močová inkontinence je u pacientů s demencí typickým problémem. V pozdějších stádiích nemoci dochází i k inkontinenci stolice. Důvodem je, že nemocný potřebu vyprázdnit se často nesprávně vyhodnotí, nenajde WC nebo zapomene. Ošetřovatelský personál tak aktivně v pravidelných intervalech nabízí možnost doprovodu na WC, a buduje tak určitou pravidelnost vyprazdňování. Využívá se taktéž množství různých typů hygienických pomůcek, které jsou vhodné při úniku moči a stolice (pleny, vložky). Zavedení permanentního katetru je až poslední

možnou volbou, protože ohrožuje nemocného vznikem infektu (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 333, 334; Burda, Šolcová, 2016, s. 735).

Doprovodným znakem demence jsou poruchy spánku. Objevuje se nespavost, spánková inverze nebo opakované probouzení se v noci doprovázené vyšší aktivitou nemocného. Pro snížení výskytu těchto obtíží je doporučováno zapojit pacienta do pravidelných a přiměřených fyzických aktivit v průběhu dne (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 334).

Bolest je jedním z ošetrovatelských problémů, který je však u pacientů s pokročilou demencí obtížně rozpoznatelný. V tomto stádiu má nemocný člověk problém s jejím vyjádřením z důvodu snížené schopnosti verbalizovat a bolest tak projevuje atypickými způsoby např. změnou chování formou neklidu či agrese. V rámci ošetrovatelské péče je nezbytné věnovat dostatečnou pozornost těmto atypickým projevům bolesti, aby byla včas rozpoznána a léčena. Je důležité mít na mysli, že nerozpoznaná a neléčená bolest výrazně snižuje kvalitu života pacienta (Veřejný ochránce práv, 2015, s. 49).

Změna psychického stavu a porucha chování bývá častokrát stěžejním problémem. Projevuje se agresí, neklidem, vykřikováním, útěky, nadáváním, touláním se nebo napadáním ostatních pacientů a ošetrovatelského personálu. Snahou ošetrovatelského týmu by mělo být, pokud možno předcházet problematickému chování. V případě, že změna chování nastala, tak je nutné zjistit důvod, který změnu chování vyvolal, a nalézt možnosti, které by mohly vést k uklidnění pacienta (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 334, 335, 336).

Jednou z nejdůležitějších hodnot, která musí být vždy při poskytování ošetrovatelské péče jakémukoliv pacientovi a v jakékoliv oblasti zachována, respektována a chráněna, je lidská důstojnost. Velice úzce souvisí s právem rozhodovat o sobě, s tzv. autonomií vůle. Její nerespektování spočívá v tom, že i za pacienta, který je schopný své vlastní rozhodnutí učinit sám ho za něho provedou jiní. Nerespektování autonomie vůle vede u nemocného k postupnému snižování pocitu důležitosti a nemocný člověk se stává pouhým objektem péče. Vždy by se mělo s ohledem na zdravotní stav umožnit pacientovi v co největší míře mít možnost rozhodovat o sobě samotném (např. možnost rozhodovat o svém harmonogramu dne, výběru volnočasových aktivit atd.) (Veřejný ochránce práv, 2015, s. 21).



# PRŮZKUMNÁ (PRAKTICKÁ) ČÁST

## 3 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření dle standardizovaného dotazníku MBI u sester, které pečují o pacienty s Alzheimerovou chorobou?
2. Co považují sestry za nejnáročnější při práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou?
3. Co využívají sestry k úlevě od pracovní zátěže a stresu?
4. Jaké zásady pomáhají sestřám při práci s pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby?

## **4 METODIKA PRŮZKUMNÉ (PRAKTICKÉ) ČÁSTI**

Pro realizaci průzkumného šetření byl zvolen kvantitativní průzkum formou dotazníkového šetření. Dotazník je charakterizován jako způsob, kdy jsou předem připravené a promyšleně seřazené otázky kladeny písemně a respondenti neboli dotazované osoby, na ně odpovídají písemnou formou. Jedná se také o velmi četně využívanou metodu sloužící k získávání dat (Chráška, 2016, s. 159).

### **4.1 Dotazník Maslach Burnout Inventory a nestandardizovaný dotazník**

Dotazník použitý pro uskutečnění průzkumu v této bakalářské práci byl koncipován do dvou částí.

První část tvořil standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory. Tento dotazník obsahuje dvaadvacet otázek. Každá z otázek se zaměřuje na jednu ze tří složek – emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení. Respondenti jednotlivé otázky hodnotí dle svých pocitů na stupnicové škále od 0 (nikdy) do 7 (velmi silně). Vyhodnocení dotazníku spočívá v součtu všech bodových hodnocení ve všech otázkách, které jsou zaměřeny na stejnou složku. Jejich výsledný součet následně udává stupeň vyhoření. Ten může být nízký, mírný nebo vysoký. Podrobněji se tímto dotazníkem zabývá kapitola 1.4.1. Maslach Burnout Inventory (MBI) (viz s. 18).

Druhá část zahrnovala nestandardizovaný dotazník s otázkami vlastní konstrukce. Jednalo se o jedenáct otázek, které byly typu zejména uzavřeného (otázky č. 4, 7, 8, 9, 10, 11) a polouzavřeného (otázky č. 1, 2, 5, a 6). Otázka otevřeného typu je v dotazníku uvedena pouze jednou (otázka č. 3). U některých otázek měli respondenti také možnost výběru více odpovědí.

V úvodu dotazníku byli respondenti obeznámeni o účelu a anonymitě dotazníkového šetření a bylo jim poděkováno za jejich spolupráci a věnovaný čas.

### **4.2 Charakteristika účastníků průzkumného šetření**

Souborem respondentů byly všeobecné a praktické sestry, které ve své profesi pečují o pacienty zasažené AD. Podmínkou pro zařazení do dotazníkového šetření bylo absolvování minimálně středoškolského vzdělání v oblasti zdravotnictví a ochota spolupracovat. Celkem se průzkumu účastnilo 35 respondentů, z toho 33 žen a 2 muži.

### **4.3 Průběh a realizace průzkumu**

Před zahájením průzkumu byly stanoveny cíle bakalářské práce. Dotazníkové šetření probíhalo v domovech se zvláštním režimem v Pardubickém kraji. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních

službách uvádí následující definici těchto domovů: „V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“.

Nejprve byli osloveni ředitelé vybraných zařízení. S nimi byli konzultovány podrobnosti průběhu průzkumu a následně podepsány souhlasy s provedením průzkumného šetření.

Následovalo pilotní šetření. To ověřilo srozumitelnost pokládaných otázek v dotazníku tím, že byly osmi sestrami rozdány dotazníky k vyplnění a případné konzultaci. Otázky byly dle jejich názoru položeny srozumitelně, a tak nebylo třeba dalších úprav.

Po provedeném pilotním šetření již bylo zahájeno vlastní průzkumné šetření, které probíhalo v průběhu měsíce května a června roku 2023. Celkem bylo v papírové formě distribuováno 45 dotazníků (100 %), které byly po vyplnění sestrami vkládány do uzavřeného boxu. Navráceno bylo 37 dotazníků (82 %), avšak 2 z nich musely být vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění. Pro zpracování dat bylo využito tedy 35 dotazníků (78 %).

#### **4.4 Způsob zpracování a vyhodnocení získaných dat**

Získaná data byla po ukončení dotazníkového šetření roztríděna, sečtena a následně prezentována pomocí obrázků (grafů) a tabulek vlastní tvorby. Data v jednotlivých grafech jsou uvedena v procentové podobě. Veškeré grafy a tabulky uvedené v bakalářské práci byly vytvořeny v programu Microsoft Excel 365.

## **5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ**

### **5.1 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Vyhodnocení je založeno na součtu všech bodových hodnocení v otázkách, které se zaměřují vždy na jednu ze tří oblastí, jimiž jsou emocionální vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobní uspokojení (PA).

#### **Stupeň emocionálního vyčerpání – EE**

Nízký: 0-16

Mírný: 17-26

Vysoký: 27 a více = **vyhoření!**

#### **Stupeň depersonalizace – DP**

Nízký: 0-6

Mírný: 7-12

Vysoký: 13 a více = **vyhoření!**

#### **Stupeň osobního uspokojení – PA**

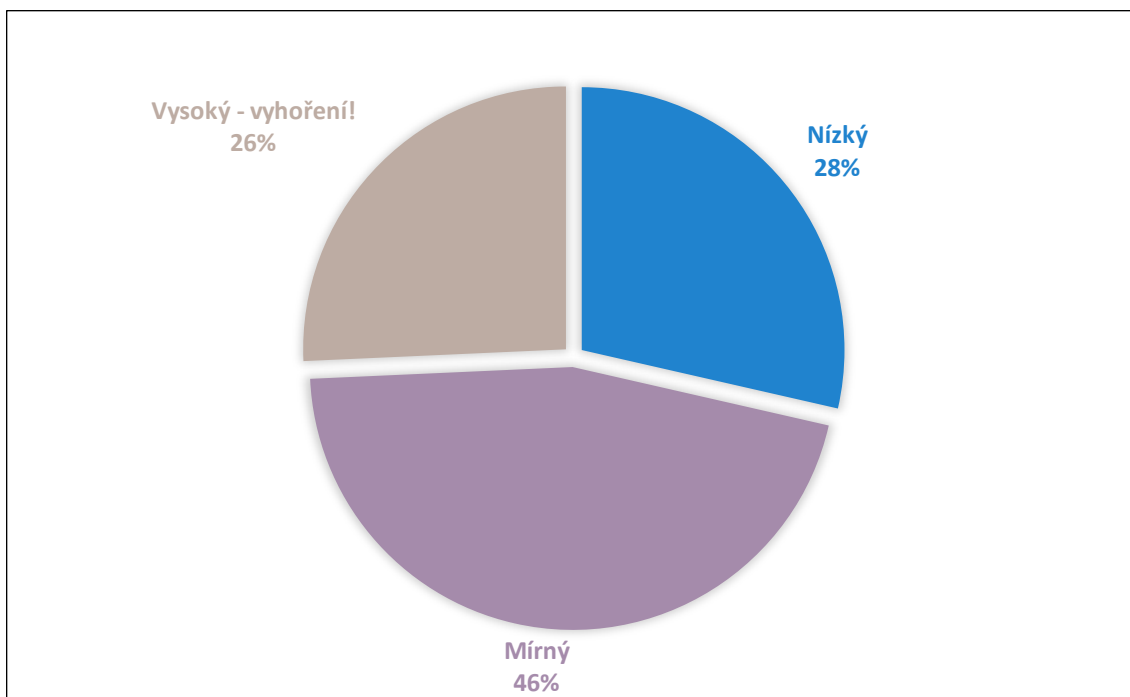
Vysoký: 39 a více

Mírný: 38-32

Nízký: 31-0 = **vyhoření!**

(Venglářová, 2011, s. 44)

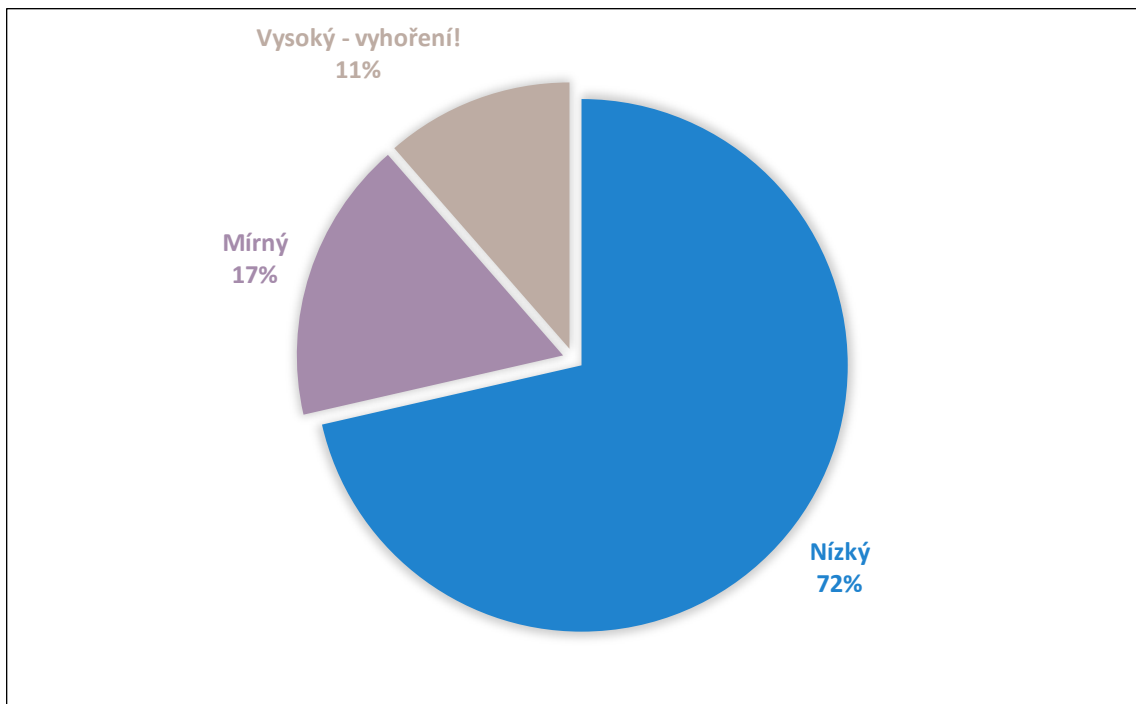
## 1. Stupeň emocionálního vyčerpání



**Obrázek 1 - Graf znázorňující stupeň emocionálního vyčerpání**

Z celkového počtu 35 respondentů (100 %) se u 16 dotazovaných (46 %) objevil dle dotazníku mírný stupeň emocionálního vyčerpání. Dalších 10 účastníků dotazníkového šetření (28 %) projevilo nízký stupeň emocionálního vyčerpání. Zbýlých 9 respondentů (26 %) spadá do kategorie vyhoření, tedy vysokého stupně emocionálního vyčerpání.

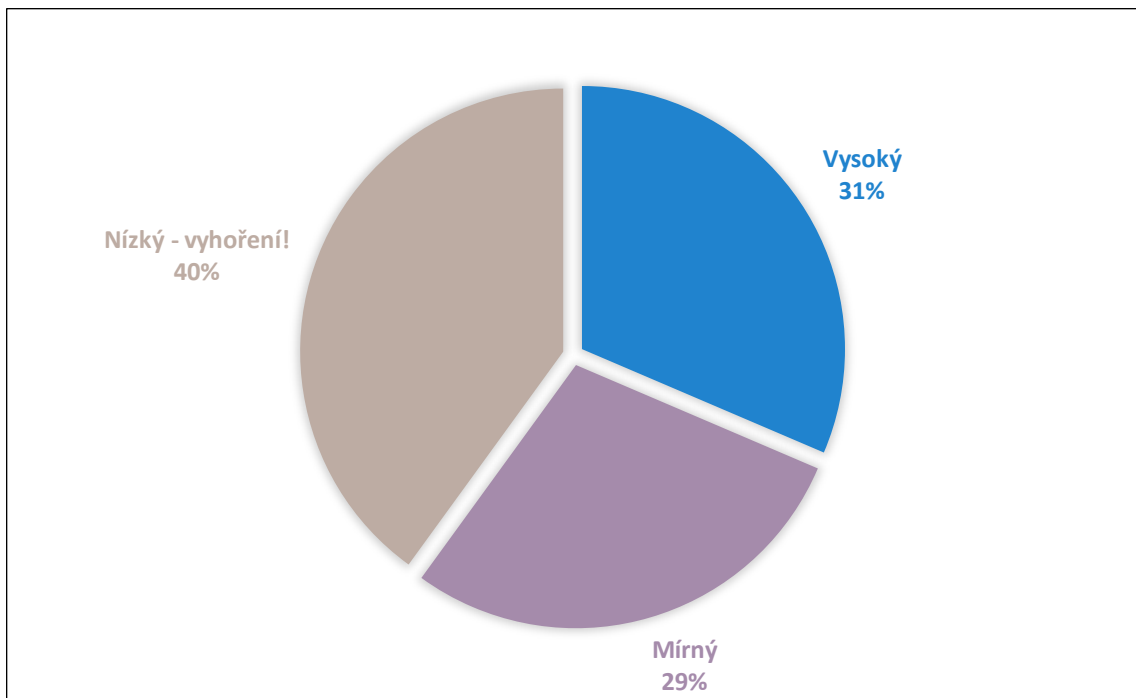
## 2. Stupeň depersonalizace



**Obrázek 2 - Graf znázorňující stupeň depersonalizace**

Z celkového počtu 35 respondentů (100 %) je nejzastoupenější nízký stupeň depersonalizace, který vykazuje 25 dotazovaných (72 %). Následuje mírný stupeň depersonalizace, který se projevil u 6 respondentů (17 %). Vysoký stupeň depersonalizace, značící vyhoření, se objevuje u 4 účastníků (11 %) průzkumného šetření.

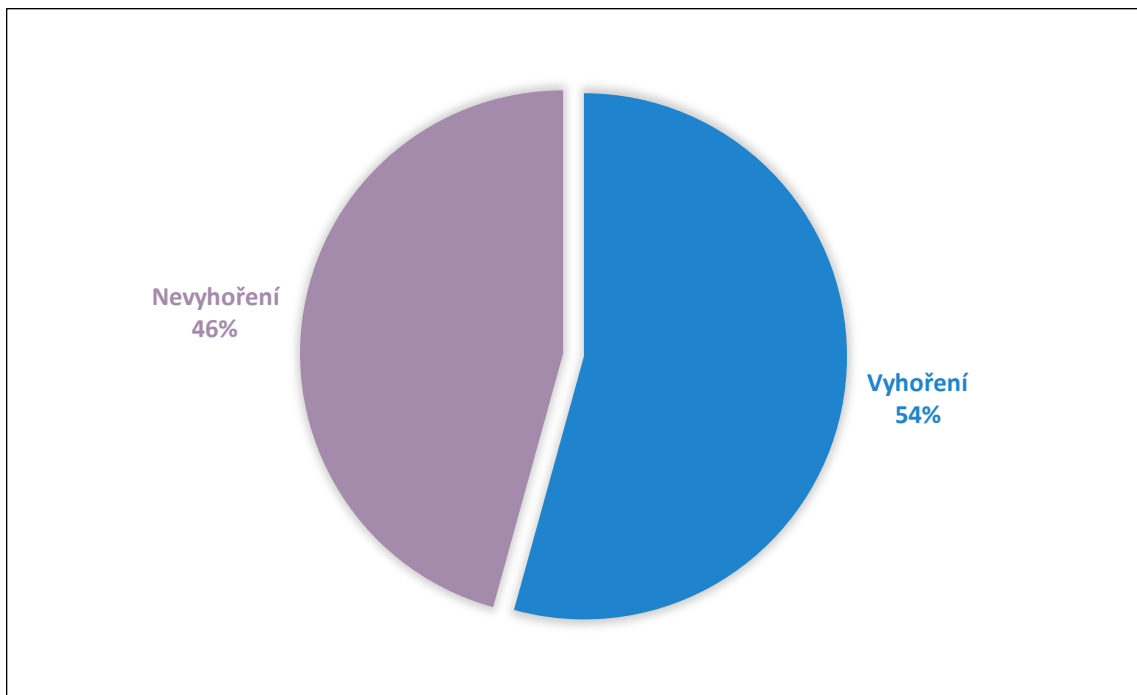
### 3. Stupeň osobního uspokojení



**Obrázek 3 - Graf znázorňující stupeň osobního uspokojení**

Poslední složkou ve standardizovaném dotazníku MBI je míra osobního uspokojení. Z celkového počtu 35 respondentů (100 %) vyplývá, že 14 dotazovaných (40 %) projevilo vyhoření neboli nízký stupeň osobního uspokojení. Následujících 11 respondentů (31 %) prožívá vysoký stupeň osobního uspokojení a 10 dotazovaných (29 %) mírný stupeň osobního uspokojení.

#### 4. Počet respondentů se syndromem vyhoření dle dotazníku MBI



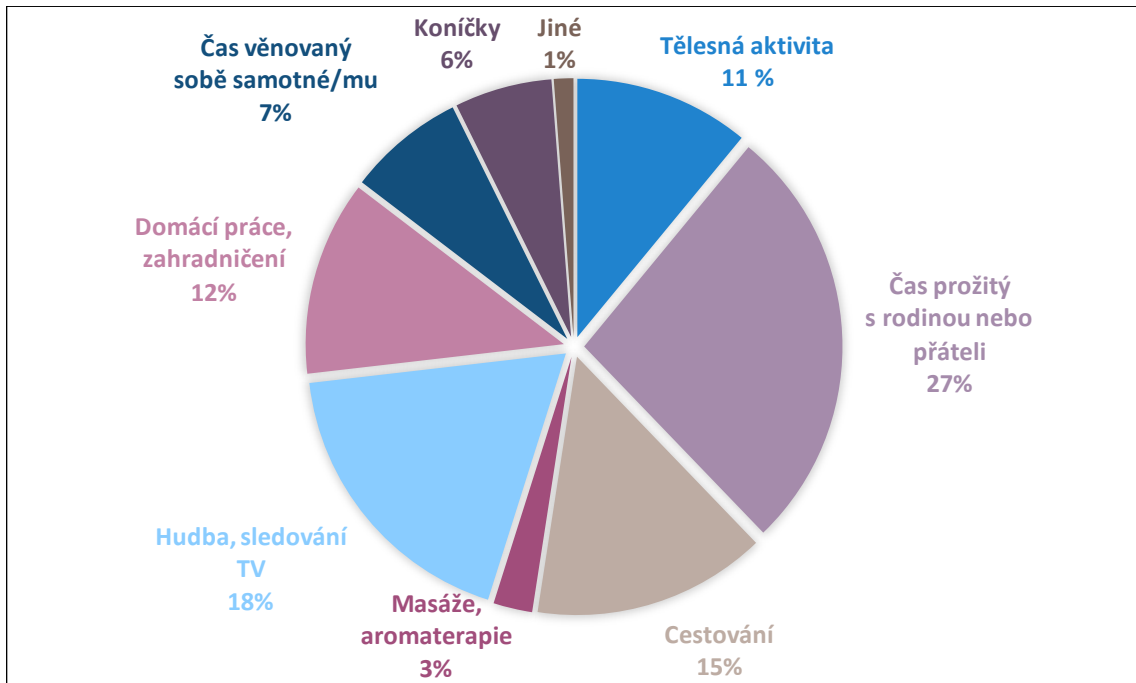
**Obrázek 4 - Graf znázorňující četnost výskytu syndromu vyhoření**

Po vyhodnocení dat získaných pomocí standardizovaného dotazníku MBI lze tedy konstatovat, že z celkového počtu 35 respondentů (100 %) se u 19 z nich (54 %) projevuje vyhoření minimálně v jedné z hodnocených oblastí, kterými jsou emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení. Zbývajících 16 dotazovaných (46 %) známky vyhoření nejeví.



## 5.2 Vyhodnocení nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby

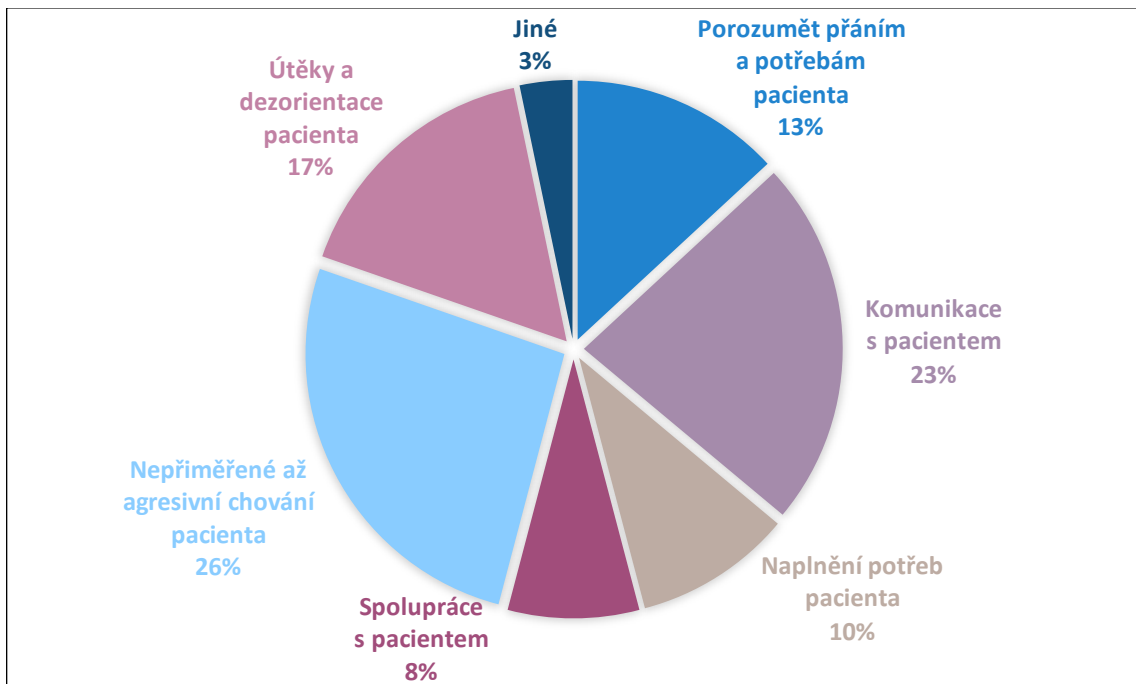
Otázka č. 1 – *Jaké činnosti Vám pomáhají k úlevě od pracovní zátěže a stresu? (možno vybrat více možností)*



Obrázek 5 - Graf znázorňující činnosti pomáhající k úlevě od pracovní zátěže a stresu

Na otázku odpovídalo celkem 35 dotazovaných, přičemž respondenti mohli v odpovědi na otázku zvolit více možností. Dohromady bylo získáno 82 odpovědí (100 %), přičemž nejčastěji uváděnou činností, pomáhající k úlevě od pracovní zátěže a stresu, byl čas prožitý s rodinou nebo přáteli (celkem 22 odpovědí, tj. 27 %). Druhou nejčastěji se vyskytující odpovědí byla hudba a sledování TV (15 odpovědí, tj. 18 %). K úlevě od pracovní zátěže a stresu respondentům dále napomáhá cestování (12 odpovědí, tj. 15 %), provádění domácích prací nebo zahradničení (10 odpovědí, tj. 12 %) a v neposlední řadě též tělesná aktivita, např. procházky, běh, jízda na kole, jóga aj. (9 odpovědí, tj. 11 %). Odpověď čas věnovaný sobě samotné/mu byla zvolena celkem 6krát (7 %) a provozování vlastních koníčků, např. četbu, hru na kytaru, výlety, malbu či včelaření, bylo uvedeno 5krát (6 %). Minoritně dotazovaní využívají k úlevě od pracovní zátěže a stresu také masáže a aromaterapii (2 odpovědi, tj. 3 %) nebo pobyt v přírodě (1 odpověď, tj. 1 %).

**Otázka č. 2 – Co je pro Vás nejnáročnější při práci s pacienty/klienty s Alzheimerovou chorobou? (možno vybrat více možností)**



**Obrázek 6 - Graf znázorňující nejnáročnější prvky při práci s pacienty/klienty s Alzheimerovou chorobou**

Z vyhodnocených dat dotazníkového šetření vyplývá, že z celkových 61 odpovědí (100 %), jež byly získány od 35 respondentů, bylo dotazovanými nejčastěji považováno za nejnáročnější nepřiměřené až agresivní chování pacienta (16 odpovědí, tj. 26 %). Druhou nejobtížnější oblastí, která byla zvolena celkem 14krát, byla komunikace s pacientem (23 %). Třetí nejvíce zatěžující položkou jsou útěky a dezorientace pacienta (10 odpovědí, tj. 17 %) následovaná problémy s porozuměním přáním a potřebám pacienta (8 odpovědí, tj. 13 %) a naplněním potřeb pacienta (6 odpovědí, tj. 10 %). S nejnižší četností byla respondenty považována za nejnáročnější oblast spolupráce s pacientem (5 odpovědí, tj. 8 %) a imobilita pacientů s AD či ztráta jejich soběstačnosti (2 odpovědi v kategorii „jiné“, tj. 3 %).

**Otázka č. 3 – Jaké zásady Vám pomáhají při práci s pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby?**

**Tabulka 1 - Zásady při práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou**

<b>Zásady v oblasti:</b>	<b>Absolutní četnost (počet odpovědí):</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Přístup k pacientovi</b>	41	46 %
<b>Empatie a důstojnost</b>	16	18 %
<b>Komunikace</b>	14	15 %
<b>Bezpečnost a orientace</b>	7	8 %
<b>Náplň dne</b>	5	6 %
<b>Soběstačnost</b>	4	4 %
<b>Jiné</b>	3	3 %
<b>Celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Otázka č. 3 byla otevřené formy, respondenti tedy své odpovědi vypisovali. Na tuto otázku odpovídalo 35 účastníků dotazníkového šetření a pro snazší orientaci bylo všech 90 odpovědí (100 %) rozděleno do 7 oblastí – přístup k pacientovi, empatie a důstojnost, bezpečnost a orientace, komunikace, soběstačnost, náplň dne, jiné.

Zmínky vztahující se k přístupu k pacientovi se objevily v 41 odpovědích (46 %). Nejčastěji dotazovaní zmiňovali: respektovat příznaky demence a akceptovat je, podporovat pacienta pochvalami za provedenou činnost, přistupovat asertivně, nespěchat, ponechat dostatek času, být trpělivá/ý, projevovat o pacienta zájem, působit na pacienta klidně, s pozitivním naladěním, jednat s pacientem mile a vstřícně, snažit se vyhýbat konfliktům, podporovat dobrou náladu pacienta, usmívat se, být optimistická/ý, být pozorná/ý.

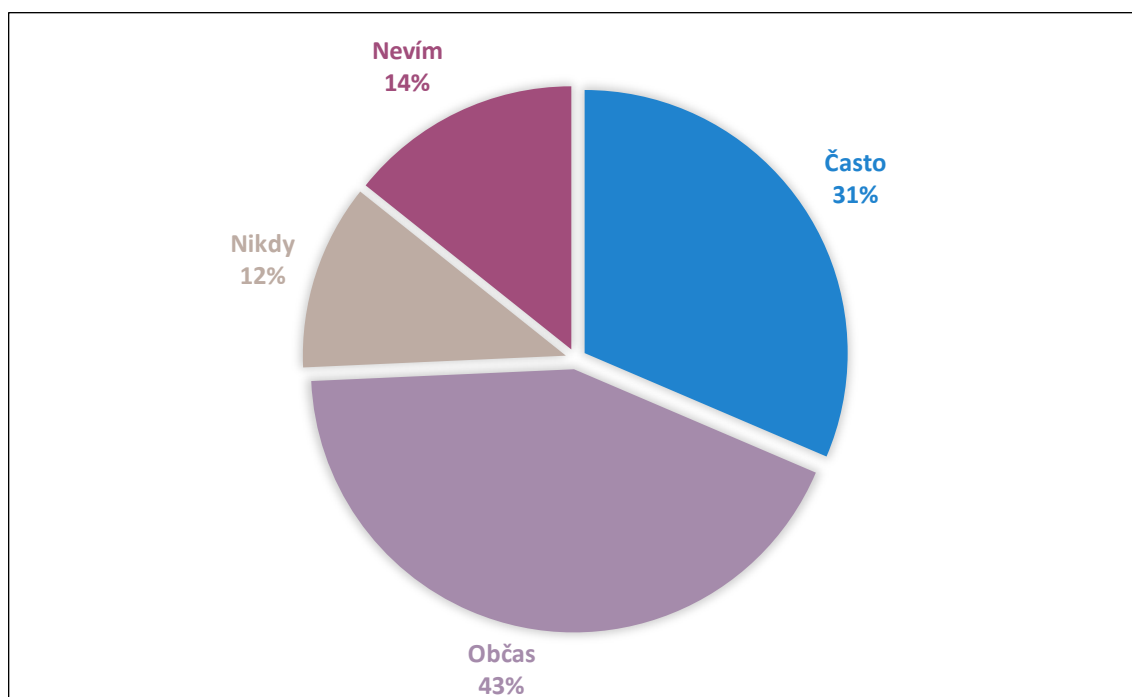
Druhou nejčastěji zastoupenou oblastí, která byla zmíněna v 16 odpovědích (18 %), bylo zachování důstojnosti pacienta a přistupovat k němu empaticky.

Komunikace byla v dotaznících uvedena celkem ve 14 odezvách na otázku (15 %). Nejčastěji sestrám při práci s těmito pacienty pomáhá: komunikovat srozumitelně, pomalu a v jednoduchých větách, při komunikaci gestikulovat a využívat mimiku, zvolit správný tón hlasu, nechat pacientovi prostor, aby se mohl vyjádřit, po rozhovoru se vždy ujistit, zda pacient všemu, co bylo řečeno, rozumí.

V 7 odpovědích (8 %) byla zmíněna i důležitost zajištění bezpečnosti a orientace pacienta. Vhodné zorganizování náplně dne a dodržování pravidelného režimu, na který je pacient

zvyklý, bylo jako zásada zmíněno v 5 odpovědích (6 %). Podporování pacientovy soběstačnosti pak uvádí 4 odpovědi (4 %). Do oblasti jiné byly zařazeny 3 odpovědi (3 %). Jednalo se o následující odezvy na otázku č. 3: pracovat s životním příběhem pacienta, podporovat pacientovu paměť jednoduchými otázkami (např. zaměřené na vnoučata, děti apod.) a zjišťovat činnosti, které pacienta dříve bavily.

**Otázka č. 4 – Míváte pocity vyhoření ze svého zaměstnání?**

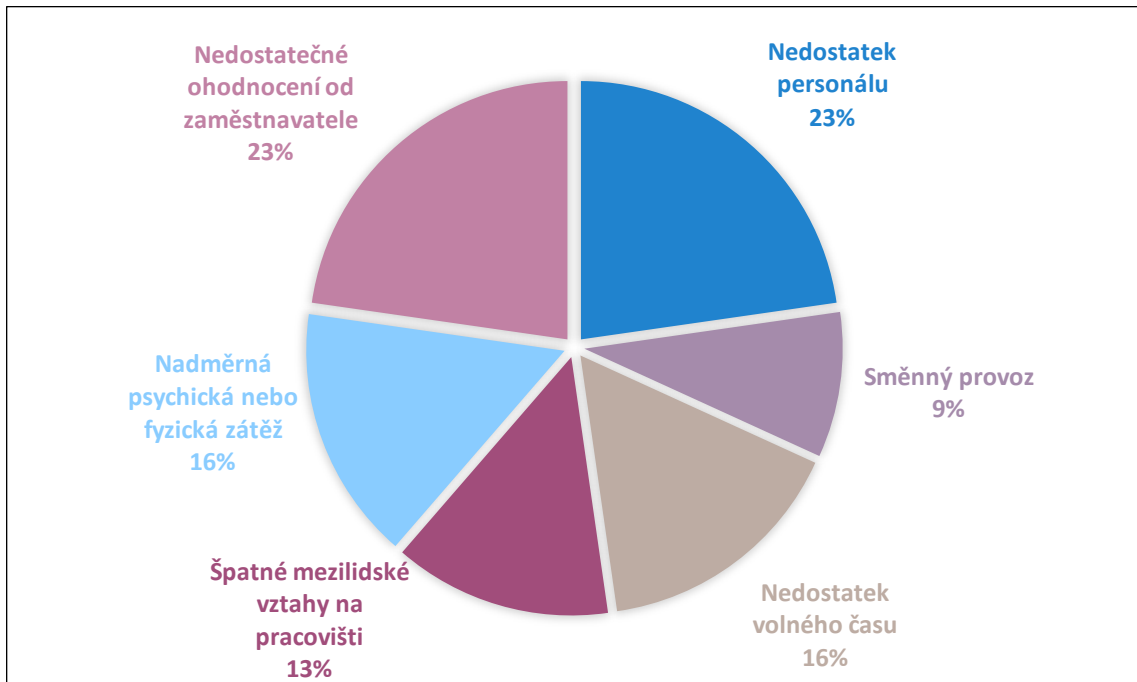


**Obrázek 7 - Graf znázorňující míru výskytu pocitu vyhoření ze zaměstnání**

Z celkového počtu 35 dotazovaných (100 %) se občas s pocity vyhoření ze svého zaměstnání setkává 15 respondentů (43 %). Často se pak pocity vyhoření projevují u 11 účastníků (31 %) průzkumného šetření. Odpověď „nevím“ uvedlo 5 respondentů (14 %). Naopak nikdy se pocity vyhoření ze zaměstnání neobjevily u 4 dotazovaných (12 %).

**Otázka č. 5 – Co si myslíte, že je důvodem pocitu vyhoření? Co Vás nejvíce vyčerpává a působí největší zátěž ve Vašem zaměstnání? (možno vybrat více možností)**

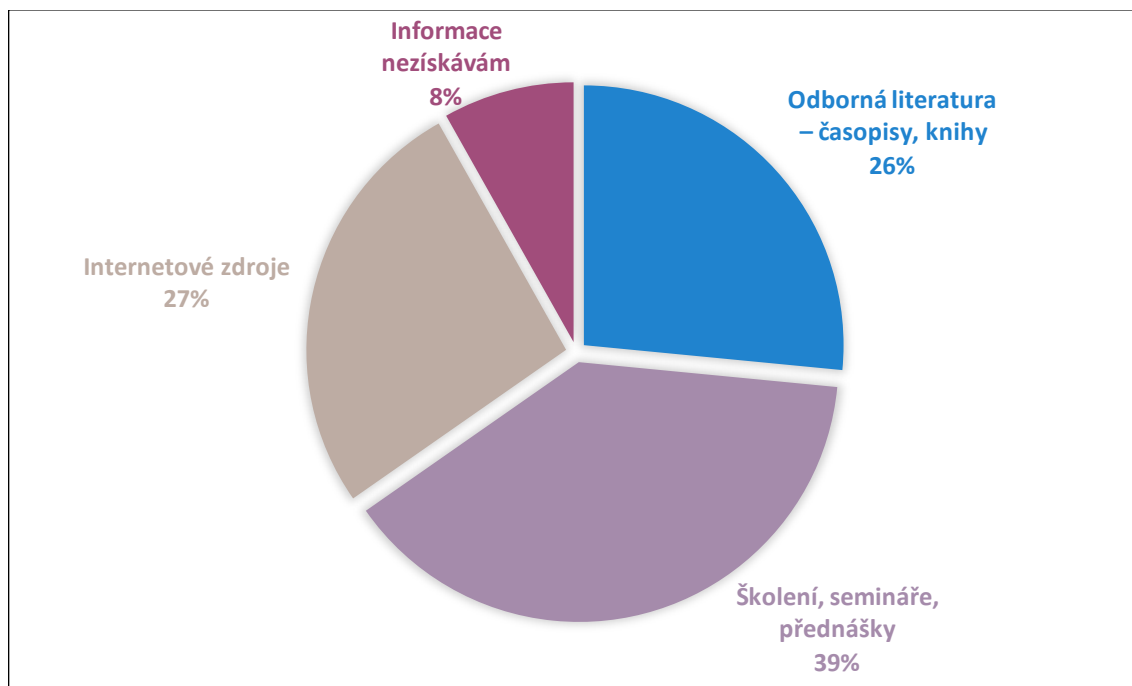
Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří v předchozí otázce (otázka č. 5) odpověděli **často** nebo **občas**.



**Obrázek 8 - Graf znázorňující důvody výskytu pocitu vyhoření ze zaměstnání**

Na otázku č. 5 odpovídalo celkem 26 respondentů, od nichž bylo získáno 44 odpovědí (100 %). Nedostatečné ohodnocení od zaměstnavatele (např. plat, relaxační pobyty, bonusy apod.) a nedostatek personálu byly shledány jako nejčastější důvod pocitu vyhoření mezi dotazovanými (obě oblasti po 10 odpovědích, tj. celkem 46 %). Mezi další významné faktory, které přispívají k pocitu vyhoření, patří nadměrná psychická či fyzická zátěž a nedostatek volného času (obě oblasti po 7 odpovědích, tj. celkem 32 %). Méně častým důvodem pocitu vyhoření dotazovaných z jejich zaměstnání jsou pak špatné mezilidské vztahy na pracovišti (6 odpovědí, tj. 13 %) a směnný provoz (4 odpovědi, tj. 9 %).

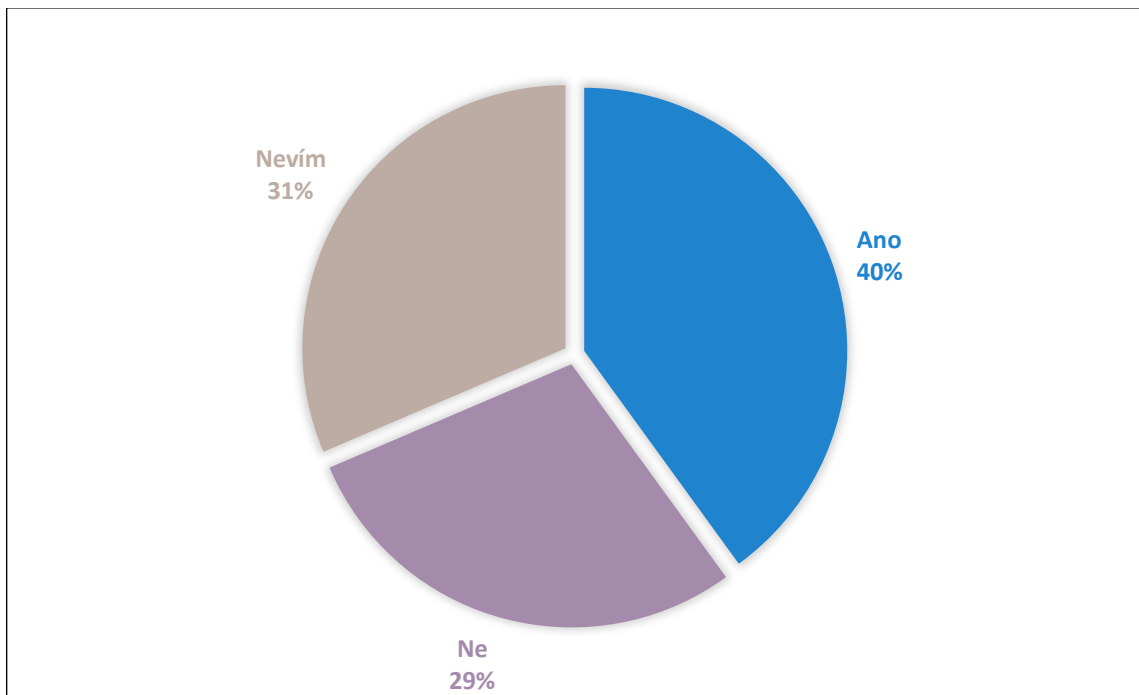
**Otázka č. 6 – Pomocí jakých prostředků získáváte informace o nových poznatcích v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou? (možno vybrat více možností)**



**Obrázek 9 - Graf znázorňující prostředky pro získávání nových poznatků**

Na danou otázku bylo získáno celkem 49 odpovědí (100 %) od 35 respondentů. S nejvyšší četností byla zastoupena odpověď, že dotazující získávají nové poznatky a informace v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s AD prostřednictvím školení, seminářů a přednášek (19 odpovědí, tj. 39 %). Méně častým zdrojem informací jsou pak internetové zdroje (13 odpovědí, tj. 27 %) a odborná literatura, jako jsou časopisy a knihy (13 odpovědí, tj. 26 %). Zcela minoritně dotazovaní uváděli, že nové informace nevyhledávají a nezískávají (4 odpovědi, tj. 8 %).

**Otázka č. 7 – Jsou Vám ze strany zaměstnavatele nabízena opatření, kterými lze předcházet potenciálnímu vzniku s následnému rozvoji syndromu vyhoření?**

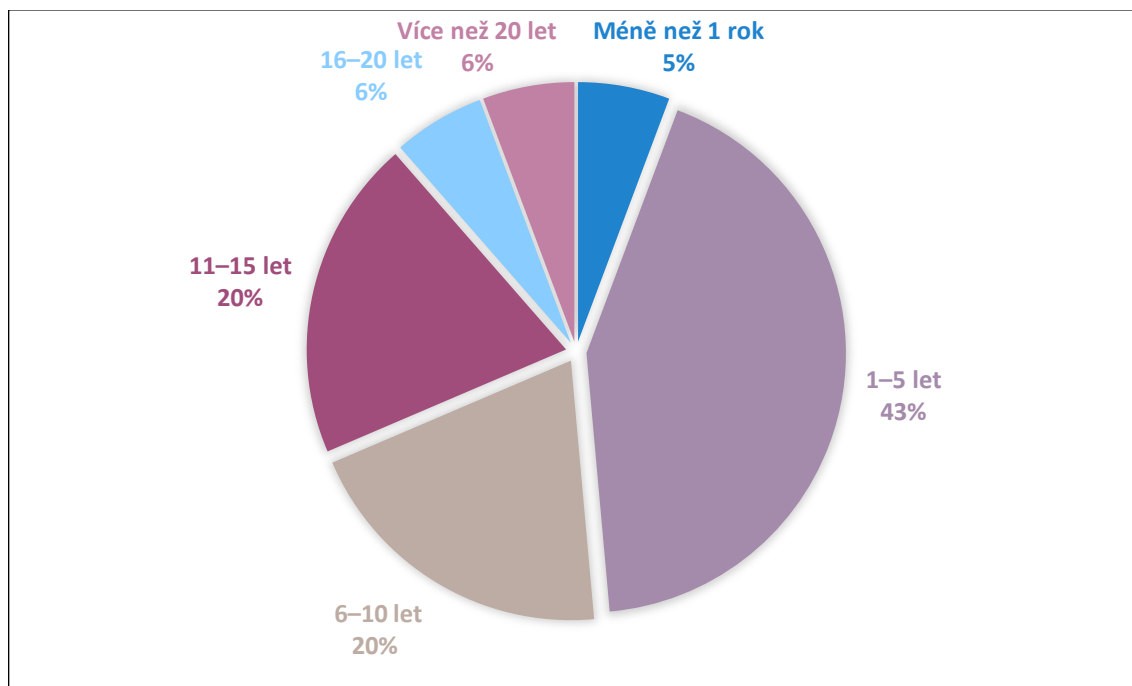


**Obrázek 10 - Graf znázorňující možnost nabízených opatření k prevenci syndromu vyhoření zaměstnavatelem**

V otázce č. 7 byla věnována pozornost na zjištění, zda zaměstnavatel nabízí opatření k prevenci syndromu vyhoření. Z celkových 35 dotazovaných (100 %) zvolilo kladnou odpověď 14 respondentů (40 %). V 11 případech (31 %) byla získána odpověď nevím a 10 respondentů (29 %) uvedlo, že jim zaměstnavatel tato preventivní opatření nenabízí.



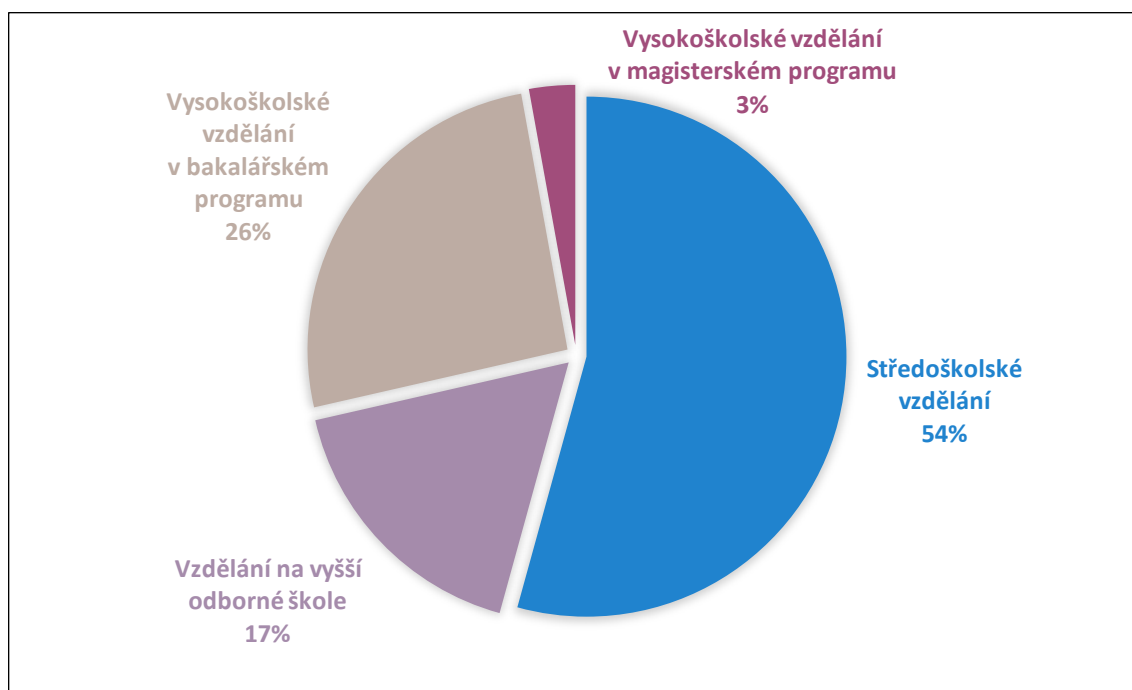
**Otázka č. 8 – Jak dlouho působíte v zaměstnání, kde je poskytována péče pacientům, kteří onemocněli Alzheimerovou chorobou?**



**Obrázek 11 - Graf znázorňující délku působení v zaměstnání**

Otázka č. 8 mapovala délku působení v zaměstnání, kde je poskytována péče pacientům s AD. Celkem na otázku odpovídalo 35 respondentů (100 %). Nejčastěji se délka praxe pohybovala v rozmezí od 1-5 let. Tuto odpověď uvedlo 15 dotazovaných (43 %). 7 respondentů (20 %) působí v tomto typu zaměstnání v rozmezí 6-10 let a stejně tak 7 respondentů (20 %) uvedlo délku praxe v rozmezí 11-15 let. Délku praxe od 16 do 20 let uvedli 2 dotazovaní (6 %) a taktéž více než 20 let vykonávají toto zaměstnání 2 respondenti (6 %). Naopak méně než 1 rok působí v této praxi 2 dotazovaní (5 %).

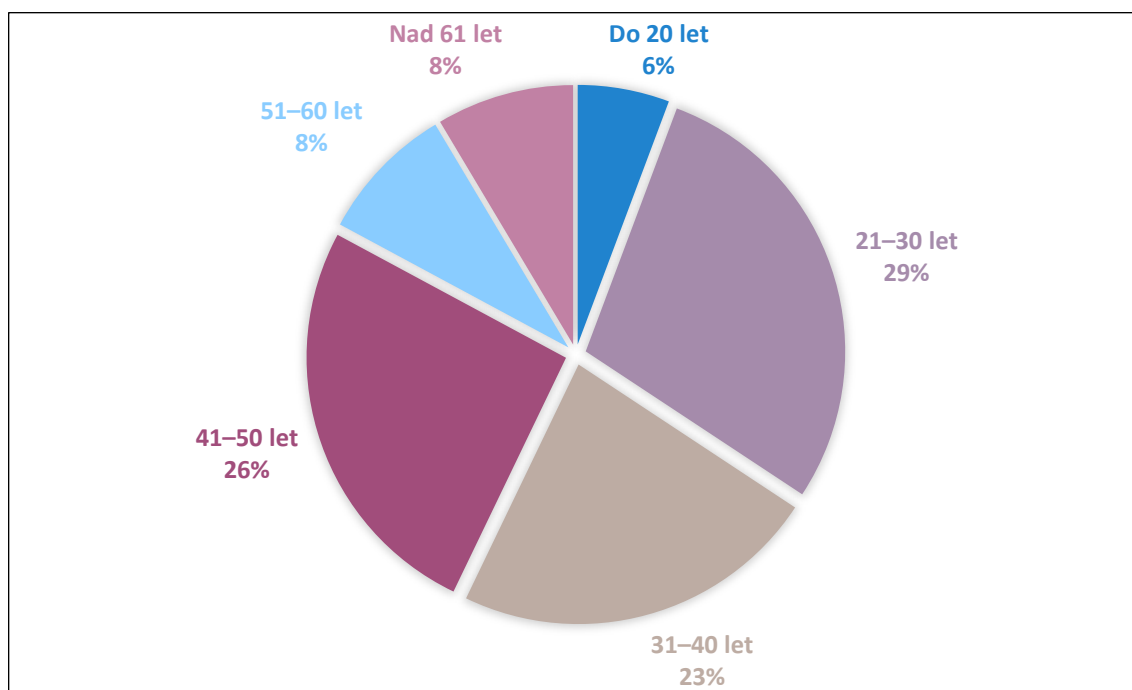
**Otázka č. 9 – Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví?**



**Obrázek 12 - Graf znázorňující nejvýše dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví**

Z celkových 35 respondentů (100 %) uvádí 19 z nich (54 %) středoškolské vzdělání. Vysokoškolské vzdělání nejvýše v bakalářském stupni absolvovalo 9 dotazovaných (26 %). Dalších 6 respondentů (17 %) dosáhlo vzdělání na vyšší odborné škole a 1 respondent (3 %) prošel vysokoškolským vzděláním v magisterském programu.

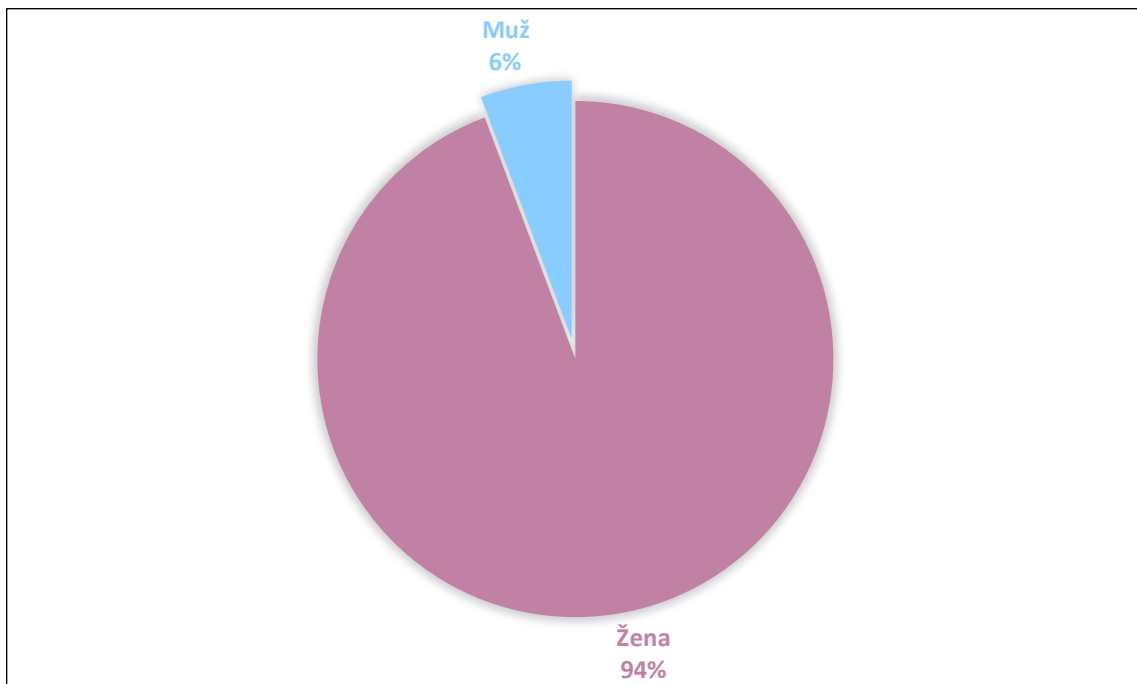
### Otázka č. 10 – Jaký je Váš věk?



**Obrázek 13 - Graf znázorňující věk respondentů**

Z celkového počtu 35 respondentů (100 %) se 10 dotazovaných (29 %) nachází ve věkovém rozmezí 21-30 let. Druhou nejvíce zastoupenou věkovou skupinou je rozhraní 41-50 let s 9 respondenty (26 %). 8 účastníků průzkumného šetření (23 %) spadá do věkové kategorie 31-40 let. Ve věku 51-60 let odpovídali 3 respondenti (8 %). Stejný počet dotazovaných, tedy 3 (8 %) byl i ve věkové hranici nad 61 let. Respondenti do 20 let se dotazníkového šetření zúčastnili 2 (6 %).

**Otázka č. 11 – Jaké je Vaše pohlaví?**



**Obrázek 14 - Graf znázorňující pohlaví respondentů**

Z celkového počtu respondentů, kteří se zúčastnili průzkumného šetření, bylo 33 žen (94 %) a 2 muži (6 %).

## 6 DISKUZE

Obsah následující kapitoly je zaměřen na shrnutí výsledků, které byly získány dotazníkovým šetřením a na jejich komparaci s ostatními závěrečnými pracemi, literaturou, popřípadě jinými výzkumy a studii. Pro tuto bakalářskou práci byl stanoven 1 hlavní cíl a 3 cíle dílčí, pro jejichž dosažení byly stanoveny 4 průzkumné otázky.

### **Průzkumná otázka č. 1: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření dle standardizovaného dotazníku MBI u sester, které pečují o pacienty s Alzheimerovou chorobou?**

Dotazník MBI zahrnuje tři hodnotící kategorie. Otázky v něm pokládané jsou seskupeny do 3 oblastí, které se zabývají emocionálním vyčerpáním, depersonalizací a osobním uspokojením.

Ze získaných dat vyplývá, že z celkového počtu 35 respondentů (100 %) trpí vyhořením v některé z výše uvedených oblastí a zároveň tedy syndromem vyhoření 19 dotazovaných (54 %). Zbýlých 16 účastníků průzkumného šetření (46 %) známky syndromu vyhoření neprojevuje.

Nejčastěji se stupeň vyhoření vyskytl v oblasti osobního uspokojení, a to u 14 dotazovaných (40 %). Následovalo vyhoření v kategorii emocionálního vyčerpání s 9 respondenty (26 %) a depersonalizace, kde vysoký stupeň dle zpracovaných dat vykázali 4 účastníci průzkumu (11 %). U některých respondentů byl stupeň vyhoření ve více oblastech.

Pro porovnání výsledků byla zvolena bakalářská práce od Müllerové (2020), která se zabývala mírou výskytu syndromu vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu, který pečuje o klienty s AD. Průzkum byl realizován jak v zařízeních sociální péče, tak v nemocnicích. Pro komparaci výsledků byla použita data pouze ze sociálního zařízení, kterého se účastnilo 30 respondentů. Ke zjištění vyhoření autorka využila dotazník MBI a po jeho vyhodnocení projevovalo vyhoření nejvíce respondentů v oblasti osobního uspokojení. Tuto skupinu tvořilo 9 dotazovaných (30 %). Následovalo vyhoření v kategorii emocionálního vyčerpání se 7 respondenty (23 %) a nejmenší počet vyhořelých byl v oblasti depersonalizace se 4 účastníky dotazníkového šetření (13 %). Ve výsledcích s touto prací došlo tedy ke shodě.

Obdobné téma řešila diplomová práce Křepelkové (2014). I ona se zabývala syndromem vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s AD, avšak na psychiatrických odděleních s celkovým počtem 119 účastníků. Dle dotazníku MBI v jejím průzkumném šetření taktéž vykazovalo nejvíce respondentů vyhoření v oblasti osobního uspokojení, které se

projevilo u 73 dotazovaných (61,34 %). Emocionálního vyčerpání se projevilo u 41 respondentů (34,45 %) a zvýšená depersonalizace byla zjištěna u 39 sester (32,77 %).

Shoda výsledných dat nebyla shledána s diplomovou prací od Řebíčkové (2019). I jejím pracovištěm byl domov se zvláštním režimem, jehož pacienti jsou především osoby zasažené AD a jinými typy demencí. Pro sběr dat zvolila kvantitativní průzkum formou vlastního dotazníku doplněného o dotazník MBI. Důvodem neshody by mohla být také změna souboru respondentů. Dotazník nebyl cílen pouze na sestry, ale také na pracovníky v sociálních službách. Celkově se dotazníkového šetření zúčastnilo 79 respondentů. V této závěrečné práci vykazovala nejčastěji stupeň vyhoření oblast depersonalizace s 5 dotazovanými (6 %) a následovala kategorie emocionálního vyčerpání se 2 respondenty (3 %). Naopak žádný z účastníků průzkumného šetření neměl stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Také Kasíková (2021) ve své práci podle získaných dat z dotazníku MBI uvádí nejčastěji vyhoření v subškále osobního uspokojení, kam bylo zahrnuto 22 respondentů (43 %). Následovalo vyhoření v kategorii emocionálního vyčerpání s 5 dotazovanými (10 %) a 4 účastníci průzkumu (8 %) vykazovali vyhoření v oblasti depersonalizace. Celkový počet dotazovaných činil 51 sester. Přestože průzkumná část bakalářské práce od Kasíkové byla zaměřena na sestry pracující na geriatrickém oddělení, byla využita ke komparaci, neboť velká část geriatrických pacientů trpí právě některým typem demence.

## **Průzkumná otázka č. 2: Co považují sestry za nejnáročnější při práci s pacienty s Alzheimerovou chorobou?**

Pro získání odpovědi na druhou průzkumnou otázku byla v dotazníku uvedena otázka č. 2 s možností výběru více možností. Po vyhodnocení dat bylo zjištěno, že z celkového počtu 61 odpovědí (100 %), získaných od 35 respondentů, bylo s nejvyšší četností uváděno, že nejvíce náročné je pro dotazované nepřiměřené až agresivní chování pacienta (16 odpovědí, tj. 26 %). Druhou nejčastěji zmiňovanou oblastí byla ztížená komunikace s nemocným (14 odpovědí, tj. 23 %) následovanou problémy s útekami a dezorientací pacientů (10 odpovědí, tj. 17 %). Celkem 8krát byla také zvolena odpověď „porozumění přáním a potřebám pacienta“ (13 %) a 6krát bylo uvedeno, že je pro respondenty při práci s pacienty nejobtížnější naplnit jejich potřeby (10 %). Méně často pak dotazovaní považovali za nejobtížnější spolupráci s nemocným (5 odpovědí, tj. 8 %) a ztrátu soběstačnosti pacienta, případně pacientovu imobilitu (celkem 2 odpovědi v kategorii „jiné“, tj. 3 %).

Hejnová (2011) se ve své vysokoškolské závěrečné práci zabývala péčí o klienty s AD v zařízeních sociálních služeb. Jejího dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 78 respondentů (100 %), na základě jejichž odpovědí autorka hodnotila, co představuje pro pracovníky největší zátěž při péči o klienty s demencí. Z jejích výsledků vyplývá, že největší zátěž představují pro účastníky tohoto šetření tři položky se stejnými hodnotami. 43 dotazovaných (55 %) považuje za nejvíce obtížné útky, nepřiměřené chování až agresivitu a noční neklid či obtěžování spolubydlících. Relativně vysoký počet respondentů považoval za významnou zátěž také ztíženou komunikaci (celkem 37 dotazovaných, tj. 47 %).

Pro porovnání výsledků byly použity následující 2 zahraniční studie:

Doo Ree Kim a Eun-Kyoung Han (2019), autoři studie, jejímž cílem bylo identifikovat faktory ovlivňující zátěž zdravotních sester pečujících o starší pacienty s demencí, zahrnuli do svého výzkumu 127 sester ze 2 nemocnic a pečovatelského domu v Koreji. Účastníkům byly rozdány dotazníky a z vyhodnocených dat bylo zřejmé, že nejsilněji ovlivňuje zátěž pracovní denní směna, během níž je věnováno více času péči o pacienta i administrativní práci oproti nočním nebo střídavým směnám. Druhým nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje zátěž, je problémové chování spojené s demencí (např. agrese, toulání apod.). Vliv na zátěž má dle této studie také sebevědomí sester, které může poskytnout podněty k nastartování změny v jejich chování, ale také na druhou stranu může pozitivně ovlivnit ošetrovatelské aktivity. Poslední uvedenou okolností, která ovlivňuje míru zátěže, je sociální podpora, protože pečovatelé pacientů s demencí zažívají psychickou depresi a bolest téměř desetkrát větší než pečovatelé běžných pacientů. Cooke, D. et al. (2015) uvedli, že programy sociální podpory, jako je emoční podpora, telefonické poradenství a pedagogická psychologická podpora, snížily zátěž pečovatelů.

Pro komparaci byla využita i studie od Anny Sołtysové a Ernest Tyburski (2020). Studie zahrnovala 100 pečovatelů o lidi s AD, rozdělených do dvou skupin podle povahy jejich vztahu s pacientem. Neformální pečovatele tvořilo 50 osob a formální skupinu pečovatelů 50 zaměstnanců z center poskytujících péči o pacienty s AD. I v této studii, obdobně jako ve výše uvedené, byly zjištěné stěžejním faktorem na vliv zátěže poruchy chování, ale také poruchy psychotické a afektivní.

Lze tedy podotknout, že ve výsledcích toho, co považují pečující za nejnáročnější při práci s pacienty s demencí došlo ke shodě. Výše uvedená závěrečná vysokoškolská práce a obě studie se shodují na stejném faktoru, jímž jsou zejména poruchy chování.

Otázka na obdobnou problematiku se objevila i v bakalářské práci Ondrušové (2015), která se zabývala péčí o pacienta s AD. Jejího dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 58 respondentů. Soubor dotazovaných tvořily sestry, přičemž 29 z nich pracovalo na oddělení následné péče a zbylých, rovněž 29 sester, na oddělení specializovaném na péči o klienty s demencí (konkrétně v domově seniorů). Otázka měla otevřený charakter, a autorka tak na ni získala 81 odpovědí (100 %). Dle jejích dat sestrám nejčastěji komplikuje péči zhoršená komunikace pacienta. Tuto odpověď uvedlo 24 respondentů (29,6 %). Pouze o jednoho dotazovaného méně, tedy celkem 23 účastníků dotazníkového šetření (28,4 %) uvedlo poruchy chování. Dalšími následujícími obtížnými faktory byly pro sestry v jejím průzkumu např. dezorientace, zapomínání nebo nutnost neustálého dohledu.

Také diplomová práce Salotové (2011) se zmínila o problémových oblastech v péči o pacienta s AD. Ta svou praktickou část práce realizovala formou nestandardizovaného rozhovoru se 16 sestrami, které pracovaly na psychiatrických odděleních, v domovech se zvláštním režimem nebo v Alzheimercentrech. Výsledky byly prezentovány za každou skupinu sester zvlášť. Z celkového počtu 8 sester pracujících v Alzheimercentru 5 z nich uvedlo za problémovou oblast komunikaci. Sestry z psychiatrického oddělení se rozhovoru účastnily celkem 4, přičemž 2 z nich uvedly rovněž jako velmi zatěžující komunikaci. Totožné údaje, jako z psychiatrického oddělení byly prezentovány i za oddělení se zvláštním režimem.

Hnilicová (2018) využila taktéž v bakalářské práci dotazníkového šetření ke sběru dat. Souborem respondentů zvolila všeobecné sestry pracující v nemocnicích u lůžek na různých klinikách, kde se vyskytují pacienti s AD. Jejich celkový počet činil 101 (100 %). Opět byla pozorována komunikace jako nejvíce problematická oblast. Tuto možnost zvolilo 41 dotazovaných (41 %). Následovaly oblasti, jako je spolupráce pacientů při péči s hlasem 36 respondentů (36 %) a spolupráce s rodinou, kterou volilo 22 dotazovaných (22 %). Výsledky průzkumného šetření Hnilicové, které se orientovaly na zjištění nejnáročnější oblasti při práci s pacienty s AD, jsou tedy v souladu s předešlými uvedenými pracemi od Ondrušové a Salotové.

Po provedených komparacích s ostatními závěrečnými pracemi a studii lze tedy potvrdit, že nejčastěji uváděnými obtížnostmi při práci s pacienty s AD jsou zejména poruchy chování a ztížená komunikace.



### **Průzkumná otázka č. 3: Co využívají sestry k úlevě od pracovní zátěže a stresu?**

Ke zhodnocení této průzkumné otázky byla do dotazníku zařazena otázka č. 1 s možností volby více odpovědí, na kterou odpovídalo 35 dotazovaných, od nichž bylo získáno 82 odpovědí (100 %). Z vyhodnocených dat vyplývá, že respondentům nejčastěji pomáhá k úlevě od pracovní zátěže a stresu čas prožitý s rodinou nebo přáteli (22 odpovědí, tj. 27 %) a poslouchání hudby či sledování TV (15 odpovědí, tj. 18 %). V závěsu za tím stojí ve výčtu nejčastěji využívaných činností, navozující uvolnění od stresu a zátěže, cestování (12 odpovědí, tj. 15 %), provádění domácích prací či zahradničení (10 odpovědí, tj. 12 %) a vykonání tělesné aktivity, jako jsou např. procházky, běh, jízda na kole, jóga aj. (9 odpovědí, tj. 11 %). K méně často využívaným možnostem, které sestrám napomáhají k úlevě od zátěže a stresu, náleží čas věnovaný sobě samotné/mu (6 odpovědí, tj. 7 %), věnování se vlastním koníčkům (5 odpovědí, tj. 6 %) a masáže nebo aromaterapie (2 odpovědi, tj. 3 %). Pouze jednou byla uvedena možnost pobytu v přírodě v kategorii „jiné“ (1 %).

Kelnarová a Matějková (2014) ve své literatuře zmiňují prevenci syndromu vyhoření jako jeden z nejdůležitějších bodů. Zadák s Havlem (2017), kteří jsou autory dalšího díla, považují za obecné ochranné prvky bránící vzniku syndromu vyhoření duševní vyspělost a zralost, dobrou pracovní motivaci a pravidelné vzdělávání v oblasti odbornosti, etiky a morálky. Důraz kladou také na schopnost jedince odpočívat a věnovat se zájmovým aktivitám.

Pro porovnání výsledků byla použita bakalářská práce od Šancové (2020). Její práce se zaměřovala na význam duševní hygieny v prevenci syndromu vyhoření u všeobecných sester. Na otázku v dotazníku, která zjišťovala, jaké metody využívají respondenti ke zvládnutí zátěže, odpovědělo 90 dotazovaných, přičemž mohli vybrat více možností, a tak bylo celkem získáno 238 odpovědí (100 %). V nejčastěji užívané činnosti došlo ke shodě. Dotazovaní nejčastěji k úlevě od zátěže nebo stresu volili čas strávený s rodinou a přáteli. Tuto možnost vybralo 65 účastníků dotazníkového šetření (27,3 %). Pohyb byl zvolen 50 respondenty (21 %) a zaujmul tak druhou příčku v nejčastěji provozujících činnostech ulevujících od zátěže. Relativně vysokých hodnot dosáhly také relaxační techniky se 48 hlasy dotazovaných (20,2 %) a věnování se svým zálibám a koníčkům se 35 účastníky průzkumu (14,7 %). Méně často využívají respondenti dle tohoto dotazníkového šetření ke zmírnění stresu a zátěže kouření, konzumaci alkoholu nebo přejídání. Jednotky dotazovaných také zmínili činnosti, jako je spánek, odpočinek nebo návštěva psychologa.

Taktéž Kasíková (2021) ve své práci došla ke zjištění, že nejčastěji využívanou metodou v rámci prevence syndromu vyhoření je čas trávený s rodinou nebo přáteli. Jejího dotazníkové šetření se zúčastnilo 51 respondentů zahrnující všeobecné sestry pečující o geriatrické pacienty v nemocnicích na geriatrických odděleních. Všechny preventivní činnosti byly hodnoceny na Likertově škále. Dále byly velmi často uváděny sociální sítě a internet a poslech hudby. Následovaly aktivity zahrnující vaření a pečení, fyzické aktivity a sport, četba knih, zdravá životospráva, kouření, relaxace a meditace a také fotografování, malování či kreslení. Naopak nejméně používanými metodami byly aromaterapie, dechová cvičení a konzumace alkoholu.

Shodnou nejčastěji využívanou metodou k úlevě od stresu, tedy čas s rodinou a přáteli, uvádí dle výsledků z dotazníkového šetření v rámci bakalářské práce také Píšková (2022). Dotazník vyplnilo celkem 104 respondentů, kterými byly praktické a všeobecné sestry z různých typů lůžkových odděleních. Dalšími uváděnými činnostmi v sestupném pořadí byl odpočinek a spánek, sport, hudba či televize, četba, domácí práce nebo práce na zahradě, cestování, dále domácí mazlíčci, meditace, jídlo a alkohol. Jednotky dozovaných také uvedli možnost nenosit si práci domů.

Rozdílné výsledky jsou pozorovány při porovnání s bakalářskou prací Morávkové (2013), která se zabývala syndromem vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči. Celkový počet účastníků jejího dotazníkového šetření činil 63 respondentů. Souborem dotazovaných byli nejen všeobecné sestry, ale také ostatní nelékařský zdravotnický personál zahrnující zdravotnické asistenty, ošetřovatelky/ošetřovatele a sanitářky/sanitáře ze dvou domovů pro seniory a jedné nemocnice následné péče. Na otázku, co pomáhá dotazovaným zbavit se pocitu únavy, vyčerpání a stresu, mohli respondenti volit více než jednu možnost, a tak Morávková získala celkem 159 odpovědí (100 %). Nejčastěji bylo respondenty k mírnění stresu a zátěže voleno věnování se zájmům a koníčkům. Tuto variantu vybralo 42 dotazovaných (26 %). Často byl také uváděn sport, a to 36 respondenty (23 %). Péče o rodinu přináší úlevu 28 účastníkům průzkumného šetření (18 %). 24 dotazovaných (15 %) si vybralo rozhovor a 17 respondentů (11 %) využívá relaxační techniky. Mezi méně často využívané metody patří kouření cigaret s 8 dotazovanými (5 %) a přejídání s hlasem 2 účastníků průzkumu (1 %). Ve zvolené možnosti jiné respondenti uvedli také procházku v přírodě a přátele.

#### **Průzkumná otázka č. 4: Jaké zásady pomáhají sestřám při práci s pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby?**

Po vyhodnocení dat získaných z otázky č. 3 v dotazníkovém šetření, na kterou odpovídalo 35 respondentů, bylo zjištěno, že sestry ve své profesi využívají různé zásady, které jim částečně usnadňují péči o pacienty s demencí Alzheimerova typu. Jelikož byla tato otázka otevřeného typu, byly pro snazší zpracování a přehlednost jednotlivé odpovědi roztrženy do 7 oblastí – přístup k pacientovi, empatie a důstojnost, bezpečnost a orientace, komunikace, soběstačnost, náplň dne a jiné. Celkem bylo získáno 90 odpovědí (100 %).

Nejčastěji byly ve 41 odpovědích (46 %) uváděny zásady týkající se přístupu k pacientovi. Dotazovaní zmiňovali zejména: nespěchat, ponechat dostatek času, být trpělivá/ý, projevovat o pacienta zájem, působit klidně, s pozitivním naladěním, s pacientem jednat mile a vstřícně, snažit se vyhýbat konfliktům, podporovat dobrou náladu pacienta, být optimistická/ý a pozorná/ý, usmívat se, respektovat příznaky demence, podporovat pacienta pochvalami a jednat asertivně.

Projevit empatii a zachovat pacientovu důstojnost bylo zmíněno v 16 odpovědích (18 %). Jedná se tedy o druhou v pořadí nejužívanější zásadu v péči o tyto pacienty.

Zásady v oblasti komunikace byly podotknuty ve 14 odpovědích (15 %). Zmiňováno bylo např. využívání mimiky a gest při komunikaci, mluvit srozumitelně, pomalu a v jednoduchých větách, zvolit správný tón hlasu nebo nechat pacientovi prostor na vyjádření a dotazy.

V 7 odpovědích (8 %) se považuje za důležitou zásadu zajištění pacientovi bezpečnosti a orientaci v prostoru. Další zásadou v péči o člověka s AD zmíněnou 5 odpověďmi (6 %) je zvolení vhodné náplně dne. Někteří respondenti ještě doplnili svou odpověď tím, že je dobré dodržovat režim, na který je pacient zvyklý. Důležité je také podporovat pacientovu soběstačnost. Na tuto zásadu upozornily 4 odpovědi (4 %).

Do oblasti jiné byly zařazeny 3 odpovědi (3 %). Ty zmiňovaly následující zásady: podporovat paměť jednoduchými otázkami, zjišťovat činnosti, které pacienta dříve bavili, nebo pracovat s životním příběhem klienta.

Pro komparaci výsledků byla zvolena bakalářská práce od Podsedníčkové (2016) a Müllerové (2020).

Podsedníčková se ve své práci věnovala AD pohledem zdravotníků. Průzkum realizovala formou dotazníkového šetření v sociálních zařízeních (v domovech pro seniory a centrech pro

seniory) a ve zdravotnických zařízeních na standardních odděleních, která se s pacienty s diagnózou AD setkávají (např. interní a neurologická oddělení ad.). Celkem vyhodnotila dotazníky od 86 respondentů. Otázka v dotazníku zaměřená na zásady byla otevřené formy, a tak bylo získáno 124 odpovědí (100 %). Získané odpovědi autorka práce rozdělila do 5 kategorií – přístup a komunikace, bezpečné prostředí, soběstačnost, zaměstnání a aktivity a strava společně s tekutinami, hygienou a léky. I z jejích výsledků vyplývá, že velmi často užívanými zásadami jsou ty, které se řadí do oblasti přístupu a komunikace – např. nespěchat, nezlobit se, že pacient zapomíná, snažit se pochopit problém nemocného, klidný přístup, trpělivost, respektovat člověka jako osobnost, dodržovat stereotyp, empatický přístup, starat se o klienta, jako by byl členem vlastní rodiny ad. Tuto kategorii uvedlo 51 dotazovaných (41,13 %). 31 respondentů (25 %) považuje za důležitou zásadu zajištění bezpečného prostředí – např. zamykání nebo odstranění nebezpečných věcí, bezpečnost na pokoji (zamknutý balkon), zvýšený dohled nad pacientem kvůli zmatenosti a zapomínání, nemocní by neměli zůstat sami. Do kategorie strava, tekutiny, hygiena a léky bylo začleněno 28 účastníků dotazníkového šetření (22,58 %). Do této kategorie spadaly zejména ty zásady, které byly zaměřeny na zajištění dohledu nad stravováním, hygienou a užíváním léků, popřípadě podávání léků na mírnění některých negativních symptomů. Vhodně zvolené zaměstnání a aktivity během dne považuje za podstatnou zásadu 9 respondentů (7,26 %) a nejméně volenou zásadou bylo vedení pacienta k soběstačnosti s hlasy 5 dotazovaných (4,03 %).

I Müllerová zabývající se ve své práci mírou výskytu syndromu vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu, který pečuje o klienty s AD, zvolila k realizaci průzkumu dotazníkové šetření, kterého se účastnilo 56 zdravotnických pracovníků (100 %) ze sociálních a zdravotnických zařízení. Otázka zjišťující hlavní zásady v péči o klienta s AD byla otevřené formy. Respondenty nejčastěji zmiňovanou zásadou byla trpělivost, nespěchat a být vstřícná/ý. V oblasti přístupu ke klientovi považovali za důležité přistupovat v klidu, s úctou, respektem, mile, tolerantně, asertivně a ochotně. V souvislosti s komunikací je podle některých dotazovaných zásadní hovořit v krátkých a jednoduchých větách, informace opakovat a při komunikaci hledět do očí. Dalšími zásadami je např. být empatická/ý, zbytečně se nerozčilovat, neudávat striktní rozkazy, snažit se porozumět pacientovým pocitům a souhlasit s jeho názory, i když bývají mnohdy nesmyslné. Za klíčové zásady považovali respondenti také využívat zbývající schopnosti nemocného a udržovat tak jeho samostatnost, přizpůsobit se tempu klienta a zajistit jeho bezpečnost při různých činnostech. Jeden z respondentů podotkl, že je důležité nepřesvědčovat pacienta o opaku věci, nevyvracet jeho bludy, ale spíše se snažit pomoci odvést

pozornost od těchto představ. Za velice podstatnou zásadu v rámci ošetrovatelské péče, kterou uvedl některý z respondentů v dotazníku, který byl podkladem praktické části bakalářské práce Müllerové a kterou by měl mít každý zdravotník na mysli, je vždy věřit pocitům pacienta, protože pro něj jsou reálné. Z etického hlediska byly také dotazovanými zmiňovány zásady o zachování důstojnosti, respektu a práv pacienta.

Po porovnání s výše uvedenými průzkumy, které se zabývaly využíváním zásad v péči o nemocné s AD, byla v množství z nich shledána shoda.

Také dle Mlýnkové (2011) a Holmerové I. et al. (2007) je důležité při poskytování péče pacientům s demencí myslet na některé zásady, které je vhodné v praxi využívat, např. chválit pacienta za jakoukoliv činnost, kterou provede, podnikat činnosti, které se zaměřují na trénink paměti, vyhýbat se konfliktům, vybírat vhodnou aktivizaci nemocného, zajistit jeho bezpečí, podporovat jeho soběstačnost aj. Důležité je také to, aby se pečující osoba chovala k pacientovi vždy podle etických pravidel. Burda a Šolcová (2016) ve svém díle zmiňují také zásady z oblasti komunikace, např. při komunikaci odstranit rušivé vlivy, zvolit příjemný a mírný tón hlasu, hovořit srozumitelně a v krátkých větách, neužívat odborných názvů, navazovat oční kontakt a využívat také neverbální složky komunikace (např. dotyky, mimiku) ad.

## 7 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje problematice syndromu vyhoření v profesi sestry pečující o pacienty s AD. Je tvořena částí teoretickou a průzkumnou (praktickou).

Teoretická část obsahuje dvě hlavní kapitoly. První z nich je kapitola zaměřená na syndrom vyhoření, jeho rizikové faktory, příčiny, příznaky, diagnostiku, léčbu, prevenci a na jeho souvislost s výskytem u sester pečující o pacienty s AD. Druhá klíčová kapitola popisuje AD společně s jejími rizikovými faktory, etiologií, dělením a stádií, diagnostikou, léčbou a specifiky ošetrovatelské péče o tento typ pacientů.

V průzkumné části je popsána metodika a jsou zde také prezentovány výsledky získané prostřednictvím standardizovaného dotazníku MBI doplněného dotazníkem vlastní tvorby.

Pro práci byl stanoven jeden hlavní cíl a tři cíle dílčí. Hlavním cílem bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření v profesi sestry pečující o pacienty s AD. Dílčími cíli bylo zjistit, jaké prvky v rámci ošetrovatelské péče působí sestrám největší zátěž při práci s pacienty s AD, jakých metod využívají k úlevě od pracovní zátěže a stresu a poslední dílčí cíl mapoval, jaké aplikované zásady v praxi sestrám pomáhají při práci s těmito pacienty. Pro dosažení cílů byly stanoveny čtyři průzkumné otázky a realizováno dotazníkové šetření.

Z výsledků průzkumu vyplývá, že z celkového počtu 35 respondentů (100 %) dle standardizovaného dotazníku MBI jeví známky syndromu vyhoření alespoň v jedné ze tří hodnocených oblastí, jimiž jsou emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení 19 dotazovaných (54 %).

Data získaná dotazníkem vlastní tvorby poukazují na to, že jedním z nejnáročnějších prvků při práci s pacienty s AD je pro sestry pacientovo nepřiměřené až agresivní chování. Častokrát byla sestrami zmiňována také oblast komunikace společně s útekem a dezorientací pacienta. Pro usnadnění práce tak využívají sestry různé zásady. Nejčastěji byly uváděny zásady týkající se přístupu k pacientovi (např. nespěchat, být trpělivá/ý, jednat mile a vstřícně, snažit se vyhýbat konfliktům, podporovat dobrou náladu pacienta nebo být asertivní ad.). Další podstatnou zásadou je pro sestry zachovávat pacientovu důstojnost a být empatická/ý. Taktéž velmi často zmiňované byly zásady týkající se komunikace (např. využívání mimiky a gest při komunikaci, mluvit srozumitelně, pomalu a v jednoduchých větách nebo zvolit správný tón hlasu aj.). Pro mírnění zátěže a stresu, který na sestry v jejich pracovním prostředí působí, volí podle dat získaných v průzkumu nejčastěji čas prožitý s rodinou a přáteli, hudbu a sledování TV,

cestování, domácí práce nebo zahradničení. Menší počet dotazovaných zmínil také tělesnou aktivitu, čas věnovaný sobě samotné/mu, své vlastní koníčky či možnost masáže a aromaterapie.

Jak již bylo v bakalářské práci zmíněno, pacientů s různými typy demencí, přičemž demence Alzheimerova typu patří k těm nejzastoupenějším, bude do budoucna přibývat vlivem stárnoucí populace. Z toho plyne, že doporučením pro praxi by mělo být především to, aby byly sestry neustále seznamovány s novými poznatky, které jim mohou péči o tyto pacienty usnadňovat, neboť péče o člověka s demencí je velmi náročná jak v rovině fyzické, tak psychické. Stejně tak důležitý by měl být pro sestry i dostatečný odpočinek pro regeneraci a získání nových sil. Ze strany zaměstnavatele by měly být sestřím pravidelně nabízeny způsoby prevence syndromu vyhoření, např. v podobě supervizí. Zaměstnavatel by měl také pozornost věnovat dostatečnému ohodnocení, např. prostřednictvím relaxačních pobytů, platového ohodnocení nebo jiných benefitů, jako jsou různé poukazy aj., čímž lze předcházet nepříjemnému jevu s názvem syndrom vyhoření, který je v dnešní době velmi rozšířeným.

Za limity této práce lze považovat celkový počet účastníků dotazníkového šetření, který činil 35 respondentů, a tak jsou data o něco méně vypovídající, případně by mohlo být dotazníkové šetření doplněné o rozhovory pro získání podrobnějších informací.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

ADAM, Z. et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-271-2539-5.

ALKHRAISH, Mohammed Yousef et. al., 2023. The impact of burnout on turnover intention among nurses: the mediating role of job satisfaction. *Hacettepe Journal of Health Administration* [online]. *Hacettepe Journal of Health Administration*, 26(1), 1-28 [cit. 2023-06-01]. ISSN: 2148-9041.

Alzheimer's Association, 2020. Primary Care Physicians on the Front Lines of Diagnosing and Providing Alzheimer's and Dementia Care: Half Say Medical Profession Not Prepared to Meet Expected Increase in Demands. In: *Alz.org* [online]. © 2023 Alzheimer's Association® [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://www.alz.org/news/2020/primary-care-physicians-on-the-front-lines-of-diag>.

American Nurses Association, 2023. What is Nurse Burnout? How to Prevent It. In: *Nursingworld.org* [online]. ©American Nurses Association [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/health-safety/nurse-burnout-and-how-to-prevent-it/>.

ANONYMOUS, 2020. Syndrom vyhoření v práci sestry. In: *proSestru.cz* [online]. MeDitorial, 2020 [cit. 2022-10-10]. Dostupné z: <https://www.prosestru.cz/novinky/syndrom-vyhoreni-v-praci-sestry-123649>.

BERG, Shari, 2022. 5 Strategies for Dealing With Nurse Anxiety. In: *Incrediblehealth.com* [online]. Copyright © 2023 [cit. 2023-05-15]. Dostupné z: <https://www.incrediblehealth.com/blog/nurse-anxiety/>.

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

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada Publishing. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

COOKE, D. D., L. MCNALLY, K. T. MULLIGAN, M. J. G. HARRISON a S. P. NEWMAN, 2015. Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Aging & Mental Health* [online]. 5 (2), 120-135 [cit. 2023-06-15]. DOI: 10.1080/13607863.2001.11070746



ČERMÁK, Zdeněk, 2016. Screeningové metody vyšetření seniorů s diagnózou demence. In: *dk.upce.cz* [online]. Univerzita Pardubice, 2016 [cit. 2022-12-28]. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/64737>.

DE OLIVEIRA, Sidney Medeiros et al., 2019. Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. [online]. London: BioMed Central, 15, 64-73 [cit. 2022-10-19]. ISSN 1745-0179. DOI 10.2174/1745017901915010064.

DUČAIOVÁ, Jarmila, 2018. Komplexní ošetrovatelská péče o nemocného s demencí. In: *Seniorzone.cz* [online]. Copyright © 1997–2023. [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/komplexni-oseatrovatelska-pece-o-nemocneho-s-demenci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4\\_CGKwtRETQ5Xb7M/#](https://www.seniorzone.cz/33/komplexni-oseatrovatelska-pece-o-nemocneho-s-demenci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKwtRETQ5Xb7M/#).

FERTAĽOVÁ, Terázia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.

FRANKOVÁ, Vanda, 2015. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Interní medicína pro praxi*. [online]. Solen, s. r. o., 18 (2), s. 87-90. [cit. 2023-02-06]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2016/02/08.pdf>

GÓMEZ-GASCÓN, Tomás, et al., 2013. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Family Practice*. [online]. London: BioMed Central, 17 (14), 173 [cit. 2022-10-19]. ISSN 1471-2296. DOI 10.1186/1471-2296-14-173.

HARRAD Rachel a Francesco SULLA, 2018. *Acta Biomedica* [online]. Parma, 89 (7), 60-69 [cit. 2023-05-15]. ISSN: 0392-4203. DOI: 10.23750/abm.v89i7-S.7830

HEJNOVÁ, Jitka. *Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v zařízeních sociálních služeb* [online]. Praha, 2011 [cit. 2023-06-14]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/37512/130036128.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

HNILICOVÁ, Pavlína. *Alzheimerova demence v klinické praxi* [online]. Brno, 2018 [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/pj4mw/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Michaela Schneiderová, Ph.D.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Vážka. 149 s. ISBN 978-80-254-0177-4.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ, 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.

JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 350 s. ISBN 978-80-7262-873-5.

KAPLE, Timon, 2023. Top Tips From Nurses on Dealing With Burnout. In: *Nursejournal.org* [online]. © 2023 NurseJournal.org, a Red Ventures Company [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: <https://nursejournal.org/resources/tips-for-avoiding-nurse-burnout/>.

KASÍKOVÁ, Vendula. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o geriatrické pacienty* [online]. Pardubice, 2021 [cit. 2023-06-14]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/78490/KasikovaV\\_SyndromVyhozeni\\_IM\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/78490/KasikovaV_SyndromVyhozeni_IM_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Iryna Matějková, DiS.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav (SZÚ). 24 s. ISBN 80-7071-231-7.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.

KIM, D.D., HAN, E. K. (2019). Factors Affecting the Care Burden of Nurses Caring Elderly Patients with Dementia. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing* [online]. 30(3), 368-376. [cit. 2023-06-15]. ISSN 2288-4203. ISSN: 1364-6915. DOI: <https://doi.org/10.12799/jkachn.2019.30.3.368>.

KŘEPELKOVÁ, Gabriela. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2023-06-14]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/5xoyjs/Kepelkov\\_Gabriela\\_Syndrom\\_vyhoen\\_u\\_veobecnych\\_sester\\_peujc.pdf](https://theses.cz/id/5xoyjs/Kepelkov_Gabriela_Syndrom_vyhoen_u_veobecnych_sester_peujc.pdf). Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Romana Klášterecká, PhD.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

KUBEŠOVÁ, Barbora, 2019. Syndrom vyhoření trápí stále více mladých lidí. Jak se mu účinně bránit? In: *Zdraví.euro.cz* [online]. Copyright © 1997–2022 [cit. 2022-10-16]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/syndrom-vyhoreni-priznaky-prevence>.

KUČERA, 2003. Demence – diagnostika, léčba. In: *Zdraví.euro.cz* [online]. Copyright © 1997–2022 [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-diagnostika-lecba-153070>.

LEBLANC, Lise, 2021. *Sebepéče pro pečující: průvodce vědomou péčí*. Praha: Alferia. 208 s. ISBN 978-80-271-1395-8.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ, 2005. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

MORÁVKOVÁ, Pavlína. *Syndrom vyhoření u pracovníků v dlouhodobé péči (prevence, možnosti ze strany zaměstnavatele)* [online]. Pardubice, 2013 [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/53651/MoravkovaP\\_SyndromVyhoreni\\_KS\\_2013.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/53651/MoravkovaP_SyndromVyhoreni_KS_2013.pdf?sequence=3&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kristýna Šoukalová.

MÜLLEROVÁ, Andrea. *Problematika Burn-out u NLZP pečujících o klienta s Alzheimerovou demencí* [online]. Pardubice, 2020 [cit. 2023-06-14]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76076/MullerovaA\\_ProblematikaBurnout\\_ID\\_2020.pdf?sequence=4](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76076/MullerovaA_ProblematikaBurnout_ID_2020.pdf?sequence=4). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Ivana Duková.

Národní zdravotnický informační portál, 2022. Alzheimerova choroba. In: *nzip.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2022-11-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1314-alzheimerova-choroba>.

Národní zdravotnický informační portál, 2022. Beta-amyloid. In: *nzip.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 2022-11-01]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4072>.

Národní zdravotnický informační portál, 2023. Demence: diagnóza. In: *nzip.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2023-01-01]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1317-demence-diagnoza>.

ONDRIOVÁ, Iveta, 2019. Principy komunikace s pacientem s demencí. In: *Seniorzone.cz* [online]. Copyright © 1997–2023. [cit. 2023-02-08]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/principy-komunikace-s-pacientem-s-demenci-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvykoCyJ2LGYVmO8KACxh8k/>.

ONDRUŠOVÁ, Petra. *Péče o pacienta s Alzheimerovou chorobou* [online]. Liberec, 2015 [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: <https://heze.tul.cz/portal/studium/prohlizeni.html>. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Jan Nedvídek.

PELCÁK, Stanislav a Alexander TOMEČEK, 2011. Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Farmacie pro praxi* [online]. Solen, s. r. o., 7 (2), 87–90 [cit. 2022-09-22]. ISSN 2788-1717.

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

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. 296 s. ISBN 9788024742366.

PÍŠKOVÁ, Kateřina. *Syndrom vyhoření ve zdravotnických profesích* [online]. Zlín, 2022 [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: [https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/51342/p%C3%AD%C5%A1kov%C3%A1\\_2022\\_dp.pdf?sequence=-1](https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/51342/p%C3%AD%C5%A1kov%C3%A1_2022_dp.pdf?sequence=-1). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.

PLÍVOVÁ, Viktorie, 2022. V posledních 5 letech stoupl počet pacientů s Alzheimerovou chorobou o 14 %. In: *vzp.cz* [online]. © 2023 VZP ČR. [cit. 2023-06-01]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/v-poslednich-5-letech-stoupl-pocet-pacientu-s-alzheimerovou-chorobou-o-14>.

PODSEDNÍČKOVÁ, Michaela. *Alzheimerova choroba pohledem zdravotníků* [online]. Zlín, 2016 [cit. 2023-06-16]. Dostupné z: [https://m.digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/39010/podsedn%c3%ad%c4%8dkov%c3%a1\\_2016\\_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://m.digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/39010/podsedn%c3%ad%c4%8dkov%c3%a1_2016_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

POKORNÁ, Andrea a kolektiv, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.

ŘEBÍČKOVÁ, Jana. *Psychická zátěž pečujících o pacienty s demencí* [online]. Pardubice, 2019 [cit. 2023-06-14]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73200/RebickovaJ\\_PsychickaZatez\\_KH\\_2019.pdf?sequence=1](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/73200/RebickovaJ_PsychickaZatez_KH_2019.pdf?sequence=1). Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.

SALOTOVÁ, Jana. *Náročnost práce sester o pacienty s Alzheimerovou chorobou* [online]. České Budějovice, 2011 [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: [https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/20117/DP-hotova\\_verze.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/123456789/20117/DP-hotova_verze.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2022. *Novinky v léčbě Alzheimerovy nemoci*. In: sukl.cz [online]. Státní ústav pro kontrolu léčiv, 2022 [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/sukl/fi-leden-2022>.

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

ŠANCOVÁ, Michaela. *Význam duševní hygieny v prevenci syndromu vyhoření u všeobecných sester* [online]. Pardubice, 2020 [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76086/SancovaM\\_VyznamDusevni\\_IM\\_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76086/SancovaM_VyznamDusevni_IM_2020.pdf?sequence=4&isAllowed=y). Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Iryna Matějková.

ŠÁTEKOVÁ, Lenka, 2021. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-271-1695-9.

- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada. Pedagogika. 280 s. ISBN 978-80-271-0470-3.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
- Veřejný ochránce práv, 2015. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem*. Brno. 71 s. ISBN 978-80-87949-11-5.
- VÍCHOVÁ, M., 2013. Alzheimerova choroba: pravděpodobné příčiny a prevence. *PsychoLogOn.cz* [online]. Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, 2 (1), 58-62. [cit. 2022-11-14]. ISSN: 1805-7160.
- Vojenská zdravotní pojišťovna, 2023. Prevence stresu. In: *Vozp.cz* [online]. © VoZP 2022 [cit. 2023-06-15]. Dostupné z: <https://www.vozp.cz/prevence-stresu#Prevence%20stresu>.
- ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL, 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 50.
- ZHANG X.X., TIAN Y., WANG Z.T., MA Y.H., TAN L., YU J.T., 2021. The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *The journal of prevention of Alzheimer's disease* [online]. Auzeville-Tolosane: SERDI éd, 8(3), 313-321 [cit. 2022-11-01]. ISSN: 2426-0266. DOI: 10.14283/jpad.2021.15.
- ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Ivan BARTOŠOVIČ, 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatрии*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.
- ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0561-8.
- ZVĚŘOVÁ, Martina, 2022. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-271-3465-6.

## 9 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník Maslach Burnout Inventory - MBI</i> (Venglářová, 2011, s. 42-44).....	71
Příloha B – <i>Dotazník Burnout Measure - BM</i> (Venglářová, 2011, s. 45).....	72
Příloha C – <i>Mini-Mental State examination – MMSE</i> (Pokorná a kolektiv, 2013, s. 110, 662-668).....	73
Příloha D – <i>Activities of Daily Living – ADL</i> (Pokorná a kolektiv, 2013, s. 741-743).....	75
Příloha E – <i>Dotazník vlastní tvorby</i> .....	76

### Maslach Burnout Inventory

Doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

**Síla pocitů:** (vůbec) **0-1-2-3-4-5-6-7** (velmi silně)

1.	EE	Práce mě 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 unavený (á).	
4.	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých pacientů.	
5.	DP	Mám pocit, že někdy s pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	
6.	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mě neskutečně namáhavá.	
7.	PA	Jsem schopen/na velmi účinně vyřešit problémy svých pacientů.	
8.	EE	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
9.	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladřuji.	
10.	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, jsem se stal méně citlivý k lidem.	
11.	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činní 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 mě to vyčerpává.	
15.	DP	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými pacienty.	
16.	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17.	PA	Dovedu u svých pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18.	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými pacienty.	
19.	PA	Za roky své práce jsem byl úspěšný/á 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 pacienti mi přičítají některé své problémy.	

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, 2011. s. 42–44.



### Burnout Measure

Doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

#### Síla pocitů:

1. nikdy – 2. jednou za čas – 3. zřídka kdy – 4. někdy – 5. často – 6. obvykle – 7. vždy

1.	Byl(a) jsem unaven(á).	
2.	Byl(a) jsem v depresi (tísni).	
3.	Prožíval(a) jsem krásný den.	
4.	Byl(a) jsem tělesně vyčerpan(a).	
5.	Byl(a) jsem citově vyčerpan(a).	
6.	Byl(a) jsem šťastná (šťasten).	
7.	Cítil(a) jsem se vyřízen(á), zničen(á).	
8.	Nemohl(a) jsem se vzchopit a pokračovat dále.	
9.	Byl(a) jsem nešťastný(á).	
10.	Cítil(a) jsem se uhoněn(á) a utahán(aná).	
11.	Cítil(a) jsem se jakoby uzavřen(á) v pasti.	
12.	Cítil(a) jsem se jako bezcenný(á).	
13.	Cítil(a) jsem se utrápen(á).	
14.	Tížily mne starosti.	
15.	Cítil(a) jsem se zklamán(a) a rozčarován(a).	
16.	Byl(a) jsem slab(a) a na nejlepší cestě k onemocnění.	
17.	Cítil(a) jsem se beznadějně.	
18.	Cítil(a) jsem se odmítnut(a) a odstrčen(a).	
19.	Cítil(a) jsem se pln(á) optimismu.	
20.	Cítil(a) jsem se pln(á) energie.	
21.	Byl(a) jsem pln(á) úzkosti a obav.	

Zdroj: VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, 2011. s. 45.

Příloha C – Mini-Mental State examination – MMSE

**Mini-Mental State examination**

Za každou správnou odpověď či splnění úkolu bez ohledu na pořadí se započítává 1 bod.

		Body	
<b>Orientace</b>	Vyšetřující osoba pokládá vyšetřovanému následující otázky. Každá správně zodpovězená je za 1 bod.	Jaký je rok?	
		Jaké je roční období?	
		Který je nyní měsíc?	
		Který je den v týdnu?	
		Ve kterém jsme státě?	
		Ve kterém jsme okrese?	
		Ve kterém jsme městě?	
		Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?	
		Ve kterém jsme poschodí?	
		Kolikátého je dnes?	
	Celkem bodů za oblast "orientace"		

		Body	
<b>Paměť</b>	Vyšetřující osoba vyjmenuje vyšetřovanému nejméně 3 předměty (nejlépe z pokoje pacienta) a vyzve ho, aby je zopakoval a také si je zapamatoval, protože je bude muset později znovu uvést.	Okno	
		Tužka	
		Kniha	
		Celkem bodů za "paměť"	


		Body	
<b>Pozornost</b>	Nemocný je vyzván, aby odečítal od čísla 100 číslo 7, a to 5krát po sobě.	93	
		86	
		79	
		72	
		65	
Celkem bodů za "pozornost"			

		Body	
<b>Výbavnost</b>	Úkolem je zopakovat 3 dříve jmenované předměty, které si měl vyšetřovaný zapamatovat.	Okno	
		Tužka	
		Kniha	
		Celkem bodů za "výbavnost"	

<b>Pojmenování</b>	Ukažte nemocnému dva předměty a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.		Body
		Co to je?	
		Hodinky	
		Co to je?	
		Tužka	
Celkem bodů za oblast "pojmenování"			

<b>Opakování</b>	Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:		Body
		"Žádná ale,	
		jestliže,	
		kdyby."	
Celkem bodů za oblast "opakování"			

<b>Třístupňový příkaz</b>	Dejte nemocnému třístupňový příkaz: <i>"Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu."</i>		Body
		Uchopení papíru do pravé ruky	
		Přeložení papíru na polovinu	
		Položení papíru na zem	
Celkem bodu za "třístupňový příkaz"			

<b>Čtení</b>	Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem <i>"Zavřete oči"</i> , vyzvěte jej, aby úkol splnil.	Pacient přečetl nápis a splnil úkol	Body
<b>Psaní</b>	Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podnět a přísudek).	Smysluplná věta	
<b>Kreslení</b>	Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy, Udělte 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří trojúhelník.		
Celkové bodové skóre			

### Hodnocení:

27-30 bodů: normální stav

25-26 bodů: hraniční nález

18-24 bodů: lehká demence

6-17 bodů: středně těžká demence

méně než 5 bodů: pokročilá demence

Zdroj: POKORNÁ, Andrea a kolektiv. *Ošetrovatelství v geriatrici: hodnoticí nástroje*, 2013. s.110, 662-668.

**Barthelové test základních všedních činností – Activities of Daily Living**

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
schopnost najedení a napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
přesun lůžko/židle	samostatně nad 50 m	15
	samostatně bez pomoci	10
	s malou pomocí	5
	neprovede	0
chůze po rovině	samostatně bez pomoci	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

**Hodnocení:**

0-40 bodů: vysoce závislý

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehká závislost

100 bodů: nezávislý

*Zdroj: POKORNÁ, Andrea a kolektiv. Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje, 2013. s.741-743.*

Příloha E – Dotazník vlastní tvorby

**1. Jaké činnosti Vám pomáhají k úlevě od pracovní zátěže a stresu? (možno vybrat více možností)**

- a) tělesná aktivita (např. procházky, běh, jízda na kole, jóga aj.)
- b) čas prožitý s rodinou nebo přáteli
- c) cestování
- d) masáže, aromaterapie
- e) hudba, sledování TV
- f) domácí práce, zahradničení
- g) čas věnovaný sobě samotné/mu
- h) koníčky (uved'te jaké): .....
- .....
- i) jiné: .....

**2. Co je pro Vás nejnáročnější při práci s pacienty/klienty s Alzheimerovou chorobou? (možno vybrat více možností)**

- a) porozumět přáním a potřebám pacienta
- b) komunikace s pacientem
- c) naplnění potřeb pacienta
- d) spolupráce s pacientem
- e) nepřiměřené až agresivní chování pacienta
- f) útky a dezorientace pacienta
- g) jiné: .....
- .....

**3. Co Vám pomáhá při práci s pacienty s diagnózou Alzheimerovy choroby?**

.....

.....

.....

.....

**4. Míváte pocity vyhoření ze svého zaměstnání?**

- a) často
- b) občas
- c) nikdy
- d) nevím

*Na následující otázku odpovězte pouze v případě, že jste v otázce č. 4 odpověděl/a **často**, nebo **občas**.*

**5. Co si myslíte, že je důvodem pocitu vyhoření? Co Vás nejvíce vyčerpává a působí největší zátěž ve Vašem zaměstnání? (možno vybrat více možností)**

- a) nedostatek personálu
- b) směnný provoz
- c) nedostatek volného času
- d) špatné mezilidské vztahy na pracovišti
- e) nadměrná psychická nebo fyzická zátěž
- f) nedostatečné ohodnocení od zaměstnavatele (např. plat, relaxační pobyty, bonusy apod.)
- g) jiné: .....

**6. Pomocí jakých prostředků získáváte informace o nových poznatcích v oblasti ošetrovatelské péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou? (možno vybrat více možností)**

- a) odborná literatura – časopisy, knihy
- b) školení, semináře, přednášky
- c) internetové zdroje
- d) jiné: .....
- e) informace nezískávám

**7. Jsou Vám ze strany zaměstnavatele nabízena opatření, kterými lze předcházet potencionálnímu vzniku a následnému rozvoji syndromu vyhoření?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**8. Jak dlouho působíte v zaměstnání, kde je poskytována péče pacientům, kteří onemocněli Alzheimerovou chorobou?**

- a) méně než 1 rok
- b) 1–5 let
- c) 6–10 let
- d) 11–15 let
- e) 16–20 let
- f) více než 20 let

**9. Jaké je Vaše nejvýše dosažené vzdělání v oblasti zdravotnictví?**

- a) středoškolské vzdělání
- b) vzdělání na vyšší odborné škole
- c) vysokoškolské vzdělání v bakalářském programu
- d) vysokoškolské vzdělání v magisterském programu

**10. Jaký je Váš věk?**

- a) do 20 let
- b) 21–30 let
- c) 31–40 let
- d) 41–50 let
- e) 51–60 let
- f) nad 61 let

**11. Jaké je Vaše pohlaví?**

- a) žena
- b) muž