

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Bakalářská práce

Kateřina Chlebová, DiS.

Zátěž multidisciplinárního týmu v domově pro seniory v kontextu Biografické koncepce péče

The workload of multidisciplinary team in a home for elderly in the context
of the Biographical concept of care

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 27. December 2019

Kateřina Chlebová, DiS

Poděkování

Tímto bych chtěla srdečně poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Tereze Hartošové, za její vstřícnost, důvěru, čas a vynaložené úsilí při vedení mé práce. Děkuji také všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu, za jejich čas a důvěru, které mi věnovali. A především děkuji svým dcerám za trpělivost a toleranci a dobrým přátelům za podporu a pomoc.

Klíčová slova (česky)

Pracovní zátěž, multidisciplinární tým, senior, domov pro seniory, Biografická koncepce péče, senior s demencí, aktivity denního života

Klíčová slova (anglicky):

Workload, multidisciplinary team, elderly people, home for elderly, Biographical concept of care, elderly people with dementia, activities of daily living

Abstrakt (česky)

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma mapování zátěže multidisciplinárních týmů v domovech pro seniory se syndromem demence. Teoretická část popisuje základní pojmy týkající se tématu této práce. Zabývá se syndromem demence a jeho prevalencí, domovy pro seniory a pojmem formálního pečujícího v rámci multidisciplinárního týmu. Rovněž je představen biografický model péče a je vysvětlen pojem zátěže pečujícího. Praktická část se věnuje vyhodnocení zátěže formálních pečujících pomocí kvantitativního dotazníkového šetření. Tento průzkum se odehrával ve čtyřech domovech, ve kterých je zaveden model biografické péče. Cílem této práce je zmapovat a definovat oblasti zátěže, které pečující vnímá. Dalším cílem je zjistit rozdíly vnímání zátěže v závislosti na věku a délce praxe pečujícího.

Abstract (in English):

This bachelor thesis is focused on the topic of mapping distress of multidisciplinary teams in the retirement houses for seniors with dementia syndrome. The theoretical part describes the basic concepts associated with the topic of this thesis. It deals with the dementia syndrome and its prevalence, retirement houses and the concept of formal carer within the multidisciplinary team. The biographical model of care is also introduced and the concept of the caregiver burden is explained. The practical part deals with evaluation of the caregiver burden of formal carers through quantitative questionnaire survey. The survey was conducted at four homes where the biographical model of care is implemented. The aim of this thesis is to map and define the areas of care where the caregiver feels the most distress. Another aim is to find out the differences in feeling of distress depending on the age and length of the caregivers' work experience.

OBSAH

1 ÚVOD.....	1
2 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY.....	3
2.1 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY A SENIORY SE SYNDROMEM DEMENCE.....	3
2.1.1 <i>Domov pro seniory</i>	3
2.1.2 <i>Domov se zvláštním režimem</i>	4
2.2 PÉČE POSKYTOVANÁ V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	4
3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM.....	6
3.1 FORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ.....	6
3.2 PRACOVNÍ POZICE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....	6
4 DEMENCE.....	8
4.1 DRUHY DEMENCÍ.....	8
4.1.1 <i>Primárně degenerativní demence</i>	8
4.1.2 <i>Sekundární demence</i>	8
4.1.3 <i>Smíšené demence</i>	9
4.2 PŘÍZNAKY DEMENCÍ.....	9
4.3 STADIA DEMENCÍ A JEJICH OBRAZ.....	10
4.4 ZÁSADY PÉČE O KLIENTY S DEMENCÍ.....	11
5 BIOGRAFICKÁ KONCEPCE PÉČE.....	12
5.1 ZÁKLADNÍ PRINCIPY PRÁCE S BKP.....	13
5.2 AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA.....	14
6 ZÁTĚŽ FORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH.....	15
6.1 ZÁTĚŽ.....	15
6.2 DRUHY ZÁTĚŽE.....	16
6.2.1 <i>Biologická zátěž</i>	16
6.2.2 <i>Fyzická zátěž</i>	16
6.2.3 <i>Psychická zátěž</i>	16
6.3 PRACOVNÍ ZÁTĚŽ.....	17
6.4 ZÁTĚŽ FORMÁLNÍHO PEČUJÍCÍHO.....	18
6.5 HODNOTÍCÍ MECHANISMY ZÁTĚŽE FORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH.....	19
6.5.1 <i>Zarit Caregiver Burden Interview</i>	19
6.5.2 <i>Caregiver Strain Index</i>	20

6.5.3 Care Burden Inventory.....	20
6.5.4 Screen for caregiver burden.....	20
6.5.5 Meisterův dotazník.....	20
6.5.6 Professional Care Team Burden scale.....	21
6.6 HODNOTÍCÍ MECHANISMUS ZÁTĚŽE PEČOVATELE DLE KONCEPCE BIOGRAFICKÉ PÉČE.....	21
7 PRAKTICKÁ ČÁST.....	22
7.1 STRATEGIE VÝZKUMU.....	22
7.2 METODIKA.....	22
7.2.1 Kvantitativní výzkum.....	22
7.3 VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	23
7.4 ETIKA VÝZKUMU.....	24
7.5 DOTAZNÍK.....	24
7.6 CÍLE A HYPOTÉZY.....	25
7.7 PRŮBĚH SBĚRU DAT.....	25
7.8 ANALÝZA DAT.....	26
7.9 INTERPRETACE DAT PO JEDNOTLIVÝCH OBLASTECH.....	26
7.9.1 Pohlaví respondentů.....	26
7.9.2 Věk respondentů.....	27
7.9.3 Pracovní zařazení respondentů.....	28
7.9.4 Délka pracovního výkonu s klienty se syndromem demence.....	29
7.9.5 Vnímání zátěže multidisciplinárního týmu v závislosti na vykonávání úkonů péče v jednotlivých oblastech ADŽ.....	30
7.9.5.1 Vnímaná zátěž při komunikaci s klienty.....	31
7.9.5.2 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s mobilitou.....	32
7.9.5.3 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou zdraví.....	33
7.9.5.4 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podáváním stravy a tekutin.....	34
7.9.5.5 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s hygienou.....	35
7.9.5.6 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s vylučováním.....	36
7.9.5.7 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s aktivizací/zaměstnáváním.....	37
7.9.5.8 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených se spánkem a klidem.....	38
7.9.5.9 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou rolí a vztahů klienta.....	39
7.9.5.10 Vnímaná zátěž při zvládnání a řešení zátěžových situací.....	40
7.9.5.11 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou orientace – čas, místo, situace, osoba.....	41
7.9.6 Hodnocení celkové zátěže vyplývající z pracovní pozice.....	42
7.10 ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ VÝZKUMU.....	43
7.10.1 Cíl výzkumu číslo 1.....	43
7.10.2 Cíl výzkumu číslo 2.....	46
7.10.3 Cíl výzkumu číslo 3.....	49

7.11 CELKOVÉ SHRNUÍ, LIMITY A DISKUSE.....	52
7.11.1 Shrnutí výzkumu.....	52
7.11.2 Limity výzkumu.....	54
7.11.3 Diskuse.....	54
8 ZÁVĚR.....	56
9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
10 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	63
11 SEZNAM ZKRATEK.....	65
12 PŘÍLOHY.....	I
12.1 PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK PRO RESPONDENTY.....	I

1 Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá měřením a hodnocením zátěže formálních pečujících, kteří se starají o seniory se syndromem demence v pobytových zařizováních. Motivací k tomuto tématu mi byla má vlastní pracovní pozice a zkušenosti, které se týkají nejen přímé péče o klienty se syndromem demence, ale také vedením týmu, který poskytuje podporu a pomoc těmto klientům. Velkou inspirací mi také byla koncepce Biografické péče, se kterou intenzivně pracuji, a díky jejímu mechanismu skórování zátěže pečovatele jsem se tímto tématem poprvé setkala.

Nalézáme se v období významné transformace péče v pobytových zařizováních. Na péči, ve které se klade velký důraz na individualizaci, proklientský a partnerský přístup v rámci vztahu klient a formální pečující. Zabýváme se velmi intenzivně osobností klienta, individualizací poskytované péče, ale v tomto proklientském nadšení, jsme zapomněli na ty, kteří jsou v tomto vztahu stejně důležití, a to na formální pečující. Jsou to právě oni, kdo přímo poskytují péči, vytváří její individualizaci, učí se vnímat klienta v rámci jeho celé osobnosti. Tato změna je pro klienta žádoucí, avšak pro formální pečující velmi náročná a zaslouží si nejen uznání, ale také přímý zájem týkající se nastavování procesů, které umožní zátěž formálních pečujících v rámci péče snižovat, a tím předcházet syndromu vyhoření.

Během cesty transformace péče, na péči etickou a podporující, hledající intervence do péče v životním příběhu každého jednotlivého klienta. Tedy během cesty z pevně nastavených rutinních harmonogramů péče na péči individualizovanou. Jsme překonali mnoho překážek a objevili určité limity. Hlavním limitem je nízký počet personálu, který zajišťuje poskytování komplexní péče klientům se syndromem demence a s tím související vzrůstající zátěž pečujících. Z tohoto důvodu jsem se tématem zátěže formálních pečujících začala zabývat a na tomto základě vznikla tato práce.

Klienti vždy budou na prvním místě sociálního zájmu, avšak na stejné hodnotě musíme vnímat i pečující personál. Jsou to právě oni, kdo klientovi poskytují podporu a pomoc. Bez jejichž profesionálního přístupu a zájmu není možné zajistit kvalitní sociální služby, které povedou k poskytování individualizované péče, a to nejen v pobytových zařizováních pro seniory a seniory se syndromem demence.

V této práci se nebudu zabývat možným nastavováním procesů, které povedou ke snižování zátěže. Je jen náhledem do této problematiky a drobným upozorněním, že formální pečující jsou základním stavebním kamenem péče v domovech pro seniory se

syndromem demence. Neboť pouze spokojen formální pečující může zajistit spokojeného klienta.

Teoretick část této práce přináší základní informace týkající se domov pro seniory a domov se zvlstnm reŹimem. Představuje funkci multidisciplinárního týmu v rámci jeho působnosti v pobytovm zařizení. Představuje syndrom demence a jeho příznaky, Biografickou koncepci péče a poskytuje náhled na zátěž a moŹnosti jejího mapování, a to jak v jejím obecnm pojetí, tak i ve vztahu k formálním pečujícím. Praktick část se jíž přímo, skrze kvantitativn dotaznkov šetřn, zabývá výzkumem ztěŹe formálních pečujících. Data byla získána skrze dotaznkov průzkum, který proběhl ve čtyřech zařizench. Po nsledn podrobn analýze dat byly vyhodnoceny nejvíce zatěŹujc oblasti péče a bylo stanoveno, jak je hodnocena zátěž v závislosti na věku a délce praxe formálních pečujících.

2 Pobytová zařízení pro seniory

„V současném pojetí sociálních služeb v České republice je kladen důraz na poskytování takových sociálních služeb, které dbají na dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb, respektují svobodnou vůli osob a zajišťují jejich důstojný život“ (Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s.67).

Dle registru poskytovatelů sociálních služeb je v České republice registrováno 533 domovů pro seniory a 358 domovů se zvláštním režimem. Často se tyto dvě služby vyskytují souběžně v jednom zařízení, které tímto způsobem reaguje na zvyšující se potřebu specializované péče kvůli rostoucímu počtu seniorů se syndromem demence.

2.1 Pobytová zařízení pro seniory a seniory se syndromem demence

2.1.1 Domov pro seniory

Tyto pobytová zařízení pro seniory poskytují služby, které jsou stanoveny zákonem č. 108/2006 sb., o sociálních službách. „Podle § 49, dílu 3, odstavce 1 jsou v domovech pro seniory poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba musí obsahovat tyto základní činnosti“ (Zákon, 2006):

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (Malíková, 2011, s. 114-122).

Dalšími nezastupitelnými činnostmi, které jsou poskytovány v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem, jsou činnosti sociálního pracovníka, fyzioterapie, ergoterapie, ošetrovatelská péče, zdravotní a duchovní péče (Malíková, 2011, s. 122-132).

2.1.2 Domov se zvláštním režimem

Je pobytové zařízení pro osoby se specifickými potřebami. Pro osoby trpícími různými typy demence, Alzheimerovou chorobou, pro klienti se závislostmi a chronickými duševními onemocněními (Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 65). Jak je výše uvedeno, tak tyto domovy mají poskytovat pobytové služby osobám se závislostmi, avšak v nespočetných případech pobytových zařízení, jsou tyto osoby vyloučeny z okruhu cílových osob (Haškovcová, 2012, s. 74).

Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 sb., dle § 50, dílu 3, odstavce 2 říká, že domovy se zvláštním režimem mají za povinnost poskytovat stejný rámec služeb jako domovy pro seniory a musí také zajistit přizpůsobení režimu speciálním potřebám cílových osob (Zákon, 2006).

Do těchto dvou výše zmíněných typů zařízení jsou umisťováni senioři se sníženou soběstačností, a to především z důvodu věku, respektive z důvodu věku a duševního onemocnění, kdy jejich životní situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a není možnost tuto pomoc zajistit skrze neformální či formální pečovatele v domácím prostředí.

2.2 Péče poskytovaná v pobytových zařízeních

Péče poskytovaná v pobytových zařízeních pro seniory a seniory se syndromem demence je nazývána formální péčí.

„Formální péče zahrnuje státem nebo jinými institucemi kontrolované služby, které jsou poskytované pouze vyškolenými, kvalifikovanými a licencovanými profesionály. Formální pečovatelé mají s opečovávanou osobou obvykle uzavřenou smlouvu, kde jsou definovány povinnosti v souladu s jejich odbornou způsobilostí. Zároveň jsou placeni za poskytnutou péči a jejich práce je regulována zákonem (např. musí být dodržována pracovní doba apod.) a vyplývají jim z ní určitá sociální práva.“ (Kotrusová, Dobiášová & Hošťálková, 2013, s. 10).

Tato péče nejen zajišťuje státem vydefinované oblasti služeb, které musí být poskytovány v pobytových zařízeních, ale také by měla vzhledem k procesu transformace péče na péči holistickou, zaměřenou na člověka, zajišťovat komplexní propojení jednotlivých oblastí poskytované péče vzhledem ke každému jednotlivému klientovi tak, aby byla zajištěna individualizace péče.

Jedná se o tzv. Biopsychosociální pstup ke klientovi, který byl vydefinován Světovou zdravotnickou organizací a je založen na tezi, že zdraví je stavem biologick, sociální a psychick pohody. Cílem péče je tedy držet tyto tři složky osobnosti ve stavu, aby byla zajištěna celkov pohoda jedince. V seniorském věku jde do popředí složka sociální a psychick a je tedy nutn se na tyto složky zaměřit (Haškovcová, 2012, s. 59).

Jak uvádí Havrdov, dalším vznamnm záměrem m být propojen zdravotních a sociálních potřeb klientů, neboť ty jsou u většiny seniorů neoddliteln (Havrdov et al., 2010, s. 141), což znamená větší propojen a spolupráci mezi pracovníky těchto profesí.

3 Multidisciplinární tým

„Tým je skupinou osob, které spolupracují na naplnění určitého cíle či cílů a vyznačuje se vlastní skupinovou dynamikou. Členové mají mezi sebou rozvinuté vztahy, jsou na sobě vzájemně závislí a v rámci týmu zastávají své role. Tým má sdílenou identitu a za naplňování cílů či úkolů nesou jeho členové společnou odpovědnost. Konečný cíl by měl přispívat k naplnění vize organizace. Znakem fungujícího multidisciplinárního týmu je efektivní systém předávání informací, vedení dokumentace a pravidelné porady (in Hrdá, Lejsal, 2017, s.76). Multidisciplinární tým v domovech pro seniory a seniory s demencí se skládá z jednotlivých pracovních pozic, respektive z jednotlivých formálních pečujících.

3.1 Formální pečující

„Formálním pečovatelem je označována obvykle jakákoliv profese poskytující péči – zdravotní sestra, neregistrovaná sestra, asistent sestry, ošetrovatel, pečovatel a další (in Holasová, 2019, s.10). Z tohoto vyplývá, že každá profese poskytující podporu a péči klientům v pobytovém zařízení se nazývá formálním pečovatelem. V podmínkách České republiky je tento název přisuzován zejména pracovníkům přímé obslužné péče, avšak pro tuto práci budeme chápat formálního pečovatele, jako jakoukoliv profesi, která poskytuje péči klientům v seniorském věku a klientům se syndromem demence v pobytovém zařízení.

3.2 Pracovní pozice multidisciplinárního týmu

Pracovní pozice, které se podílejí na multidisciplinární péči o seniory a seniory se syndromem demence v pobytových zařízeních jsou následující: pracovníci přímé obslužné péče, zdravotničtí pracovníci (všeobecná sestra/bratr, fyzioterapeut, ergoterapeut), sociální pracovníci (Malíková, 2011, s. 86-113) a také pracovníci nepedagogické výchovné činnosti (respektive aktivizační pracovníci) a metodičtí a vedoucí pracovníci V současné době, vzhledem k větší individualizaci a komplexnějšímu pojetí péče, se v mnoha zařízeních do těchto multidisciplinárních týmů zapojují i psychologové/psychoterapeuti, kteří si nalézají nezastupitelné místo v péči o seniory a seniory s demencí v pobytových zařízeních.

Jednotlivé pracovní pozice, které jsou součástí multidisciplinárního týmu, se podílejí na case managementu, ve kterém na základě potřeb, přání a zbytkových schopností klienta a na základě svých individuálních zkušeností v rámci péče o klienta společně

nastavují, vyhodnocují a aktualizují poskytovanou péči v rámci pravidelných multidisciplinárních porad (Strossová & Kurtinov, 2016, s. 6-7).

4 Demence

Slovo demence vzniklo spojením dvou latinských slov, a to DE (= bez) a MENS (= mysl). Doslovným překladem vznikne slovo bezmysli, neboli ztráta mysli (rozumu). (in Haškovcová, Kábrt & Kábrt Jr., 2010, s. 260).

„Demence je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degenerace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence“ (Jirák & Koukolík, 2004, s. 19).

Odhaduje se, že na celém světě žije 18 miliónů lidí s demencí, přičemž se očekává, že dojde k zdvojnásobení tohoto počtu do roku 2050 (in Innes, WHO, 2009, s. 27). Dle České alzheimerovské společnosti, se předpokládá, že v roce 2020 bude žít v České republice 183 tisíc lidí se syndromem demence a jejich počet by měl do roku 2050 stoupnout až na 383 tisíc (Mátl, Mátllová & Holmerová, 2016, s. 11).

4.1 Druhy demencí

4.1.1 Primárně degenerativní demence

Do této skupiny patří nejrozšířenější typ demence, a tím je Alzheimerova nemoc, která tvoří 60% všech demencí). Dále sem spadá demnce s Lewyho tělísky a frontotemporální demence (Pidrman, 2007, s.31).

4.1.2 Sekundární demence

„Sekundární demence jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin“ (Pidrman, 2007, s. 31). Do této skupiny patří vaskulární demence, což je typ demence, který představuje 20% z celkového počtu nemocných. Dále metabolické a toxické demence, posttraumatické demence, demence při Parkinsonově a Huntingtonově onemocnění, demence při nádorových onemocněních mozku a infekcích (Pidrman, 2007, s. 31).

4.1.3 Smíšené demence

Smíšené demence představují 10-15% všech demencí a jsou to ve většině případů kombinace Alzheimerovy demence a vaskulární demence a Alzheimerovy choroby a jiných typů primárně degenerativních demencí (Pidrman, 2007, s. 32).

4.2 Příznaky demencí

Příznaky demencí lze shrnout do tří základních oblastí, které se vzájemně prolínají. Tyto oblasti jsou následující:

- Postižení kognitivních funkcí
- Postižení aktivit denního života
- Poruchy chování a psychologické poruchy (Jirák et al., 2009, s. 22).

Kognitivní deficit se projevuje poruchami paměti, poruchami chování a poruchami výkonných funkcí, kdy postižení nejsou schopni plánovat a provádět náročnější úkony.

Poruchy týkající se aktivit denního života se týkají tzv. běžných denních dovedností a činností v rámci péče o sama sebe a dovedností profesních. Deficit nejprve nastupuje v profesních dovednostech a s progredujícím stavem demence se začíná narušovat schopnost péče o sama sebe, kdy v pokročilých fázích onemocnění postižený není schopen sebepečení a tento deficit se může rozvinout až v plnou inkontinenci. Poruchy chování se kontinuálně vyskytují během celého průběhu onemocnění, a to větší či menší míře a s progresí onemocnění se tyto projevy zintenzivňují. Jedná se o stavy neklidu, agresivity, ničení věcí, vykřikování, nadávání, upoutávání pozornosti. Na druhou stranu se jedná také o poklidné chování, které se projevuje neustálým urovnáváním a přemísťováním věcí, svlékáním se či naopak oblékáním několika vrstev. Psychické příznaky se projevují porušením kontaktu s realitou skrze bludy. Poruchami vnímání, které se definují skrze halucinace. A také poruchami emocí, kdy dochází k nekontrolovaným výkyvům nálada od vzteku po smutek, který je doprovázen lítostivým pláčem a může přesít až do stavu deprese. Častým projevem je také porucha spánkového cyklu, respektive nespavost, nadměrná spavost či posun spánkového cyklu (Jirák et al., 2009, s. 22-24).

4.3 Stadia demencí a jejich obraz

Stadia demencí se dle České alzheimerovsk společnosti rozdělují do tří rovn, a to:

- první úroveň, tedy stádium pomoci a podpory
- druh úroveň - stádium programování aktivit
- třetí úroveň - stádium individualizovan asistence (Holmerová et al., 2014, s.72-76).

„První stádium, pomoci a podpory, charakterizujeme jako stav, je pacient ještě pevzn sobstan, to zejména v základních sebeobslužných aktivitách (mobilita, hygiena, schopnost se najíst), avšak potřebuje určitou dopomoc, dohled, radu či pripomenut v souvislosti s vykonáváním instrumentálních aktivit denního žvota (užívání léků přprava jídla, nákup, finann transakce a podobn)“ (Holmerová et al., 2014, s. 72).

Druh stádium je charakterizováno programováním aktivit, kdy u pacienta dochází s velké progresi deficitu v instrumentálních aktivitách a postupn se tento deficit prelv i do vykonávání základních aktivit denního žvota. Zvyšuje se míra zapomínání, nejsou jíž schopni chápat a přjmat npovdy a přpomnky. Jejich orientace se zhoršuje, a to v prvé řadě orientace v čase, nsledn mst a situaci. Orientace osobou je postižena aš v těžších stdch onemocnění. Zhoršuje se jejich dovednost v používání drobných nástrojů a veškerých přstroj. V této fázi jíž nejsou schopni žít samostatn žvot a je zapotřeb celodenního dohledu. V této fázi, a to nejen v důsledku jejich onemocnění, ale i z důvodu nemožnosti zajištění celodenn péče v domácím prostředí, dochází k přesunu pacienta do bytového zařízení. Pozvoln se zaínj objevovat také poruchy chování. Tito pacienti jsou však schopni „fungovat“ v rámci strukturovaných aktivit dne, a to za předpokladu, že jsou respektovány jejich potřeby (Holmerová et al., 2014, 74-75).

Třetí a poslední fází je stádium individualizovan asistence, pacienti jíž nevnímají strukturalizaci a naplnn dne za přnosn. Zde je jíž zapotřeb zajištění pln péče o pacienta, a to ve veškerých oblastech aktivit denního žvota. Toto stádium je jíž stádiem konenm a ve své konen fzi prechz do fáze terminln. Avšak i zde je zapotřeb zachovávat smysluplnost žvota a respekt k osobě seniora. Tedy i v této fázi je snaha zachovat přrozen denn rytmus s ohledem na fakt, že v této fázi je zapotřeb více odpočívát a volit takov přstup a intervence, které budou pro přnosn (Holmerová et al., 2014, 75-76).

4.4 Zásady péče o klienty s demencí

Zásady dobr péče jsou založeny na efektivn komunikaci, a to nejen mezi pečujícími a klienty, ale také mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu.

Je zapotřebí stanovit vhodnou farmakoterapii pro podporu kognitivních funkcí, pro úlevu od bolesti, úzkosti, deprese a neklidu. Pečující se musí zaměřit na intenzivn podporu zachovalých funkcí a tyto nadále prohlubovat, avšak vžd s ohledem na emocionln prožívání klienta tak, aby nedocházelo k jeho traumatizaci z neúspěchu. Pro tuto podporu využívat procesy, které vychází z aktivit běžného života, plně respektují důstojnost klienta a jsou založeny na jeho potřebách, přáních a životních preferencích (in Matoušek et al., Janečková, 2013, s. 399).

5 Biografická koncepce péče

Biografická koncepce péče plně vychází z Psychobiografického modelu péče dle rakouského profesora Erwina Böhma. Tato koncepce byla vytvořena PhDr. Evou Procházkovou, která je výhradním lektorem Psychobiografického modelu péče pro Českou a Slovenskou republiku, z důvodu podmínek českého prostředí pobytoových domů a stylem poskytování péče seniorům, respektive seniorům se syndromem demence. Koncepce biografické péče je založena na postupné transformaci péče na péči individuální, péči založenou na vnímání osobnosti a životního příběhu klienta. Je tedy prvním krokem vedoucím k implementaci Psychobiografického modelu do péče, neboť je zásadní nejdříve pochopit a osvojit si základní dovednosti týkající se pochopení klienta, jako lidské bytosti, v jeho široké celistvosti a následně k těmto dovednostem připojit další specifika Psychobiografického modelu péče.

Základním stavebním kamenem Biografické koncepce péče, respektive Psychobiografického modelu, je pochopení duše, a to nejen klienta, ale také své vlastní. Jsem všichni osobnosti, se svými různými názory a postoji a je zapotřebí se respektovat. Neboť „*člověk žije ze své duše, svých pudů, svého vitálního elánu...*“ (Böhm, 2015, s. 22), pokud člověk přijde o tento svůj vitální elán, tak ztrácí také smysl svého života, nevnímá již potřebu žít dál. Uzavírá se do sebe, do svého světa, stává se apatickým a nemá chuť a ani vůli se, jakkoliv podílet a zapojovat do péče o sama sebe či jiných aktivit. Stává se pouze pasivním pouhým pasivním příjemcem péče, „odpojuje“ se od vnějšího světa, psychicky „umírá“. A zde se nachází hlavní úkol v péči o seniory, respektive seniory se syndromem demence. Je na pečujících, aby pochopili duši klienta, znali jeho významné životní události a to, jak ty, které byly pro klienta motivující, tak i ty traumatizující. Aby chápali a zabývali se jeho pocity, způsoby chování a komunikace. Veškeré chování klientů se syndromem demence je založeno na vžitých způsobech, které se vytvářely během celého jeho života. Je potřeba jej respektovat, hledat možné příčiny tohoto chování a pokusit se přizpůsobovat způsob poskytování péče tak, aby nebyl pro klienta destruktivní a neuváděl jej do větší regrese (Böhm, 2015, s. 22).

V současném pojetí poskytování péče klientům se syndromem demence v pobytoových zařízeních se bohužel ve většinovém měřítku setkáváme s péčí, která se zaměřuje na uspokojování pouze základních životních potřeb. Nezabývá se duší klienta, jeho emocemi. Je péčí rutinní, která je založená na striktním harmonogramu dne. Tato péče však vede k popírání osobnosti klienta, což vede k jeho uzavírání se do sebe, do svého

světa (Böhm, 2015, s.23). A proto, jak uvádí profesor Böhm: „...*dřívě než nohy, je třeba rozpohybovat a reaktivizovat duši...*“ (Böhm, 2015, s. 22) a toto je možné pouze na základě znalostí životního příběhu klienta se všemi jeho pozitivními i negativními stránkami, jeho zvyků a rituálů (Böhm, 2015, s. 22). Jak tvrdí také Fiedlová, biografie neboli životní příběh je významnou součástí každého ošetrovatelského procesu. Je základním stavebním kamenem, který umožňuje nastavení vhodné individualizované péče, která je založena na pochopení klienta, jeho chování, jednání, potřeb a přání, s respektem k jeho osobní identitě (Fiedlová, 2015, s. 55). Neboli, „*osobní zájem o životní osudy pacienta patří ke klíčovým projevům sociální opory*“ (Kalvach et al., 2011, s. 48).

5.1 Základní principy práce s BKP

Základním principem práce v rámci Biografické koncepce péče je vnímání klienta jako osobnosti, tedy zaměření se na jeho reaktivizaci psychických schopností, které povedou k jeho emocionální stabilizaci a budou preventivně působit proti regresi demence (Procházková, 2014, s. 43).

Dalším důležitým nástrojem je znalost životního příběhu klienta, v němž hledáme vhodné intervence do péče tak, aby tyto intervence byly v souvislosti s biografií klienta a jeho současným stavem, s cílem pozvednout klientův psychický stav. Informace, které nalzáme v životním příběhu a které vycházejí ze současného stavu, přenášíme do jednotlivých oblastí péče dle aktivit denního života. Výstupy z tohoto poznání jsou informace, jaká péče a jakým způsobem se bude klientovi poskytovat (Procházková, 2015)¹.

Výraznou roli, zde také zastává vliv prostředí, dějinné souvislosti a princip normality¹, které se vztahují přímo k osobě klienta (Procházková, 2014, s. 43-48). A také zmapování vztahových rolí v průběhu jeho života, tedy důležitých sociálních vazeb, což znamená vytvoření jeho rodokmenu a životní sociální vztahové sítě (Procházková, 2014, s. 99). Nezbytnou součástí je etický aspekt péče, který vychází z principu standardu číslo 5 sociálních služeb a Etického kodexu jednotlivé organizace. Tyto etické zásady určují, že práce s biografií je používána pouze ke prospěchu klienta, s plnou zodpovědností pečujících za získané informace. Respektují osobnost, lidskou důstojnost a úctu ke

¹ Princip normality je časově definovaná individualita klienta, tedy období, ve kterém žil a ve kterém se momentálně v progresi syndromu demence nachází (Procházková, 2014).

klientovi. Vše s cílem spokojenosti klienta, podpoře jeho sebehodnoty a spokojenosti (Procházková, s. 1)².

5.2 *Aktivity denního života*

Biografická koncepce péče, jak již bylo napsáno výše, doplňuje ke každé aktivitě denního života poznatky z biografie, které mají za cíl vnést do péče vhodné intervence. tedy „vědomě implementovat rituály klienta, jež u něho vyvolají vzpomínky na pocit bezpečí, pohody a osobní integrity, rituály hluboce zapsané v paměťových stopách, které nám pomáhají oživit i psychiku klienta“ (Procházková, 2014, str.98).

Aktivity denního života se zabývají 15 oblastmi péče a to:

- 1) Komunikace
- 2) Mobilita
- 3) Podpora vitálních funkcí – spolupráce se zdravotnickým personálem
- 4) Seběpěče – hygiena
- 5) Příjem potravy a tekutin
- 6) Vylučování
- 7) Seběpěče – oblékání
- 8) Vnímání sama sebe – být mužem/ženou, problematika sexuality
- 9) Zaměstnat se – aktivizace
- 10) Klid a spánek
- 11) Péče o bezpečné prostředí, pocit jistoty
- 12) Zajistit sociální oblasti – vztahy a role
- 13) Zvládání a řešení zátěžových situací
- 14) Orientace – časem, místem, situací, osobou (Procházková. 2014, s. 122-125)
- 15) Spiritualita (Procházková, 2015)³

U každé oblasti se doplní informace ze života klienta, popis současného stavu (zachovalá soběstačnost, přání a potřeby klienta), možná rizika a vyplývající intervence do péče. Výstupy se následně použijí v plánu péče a v přímé péči o klienta (Procházková, 2014, s. 101).

² Výuková skripta Biografické koncepce péče.

³ Školení Biografické koncepce péče

6 Zátěž formálních pečujících

6.1 Zátěž

„Obecně lze definovat zátěž, jako vyrovnávání se s požadavky kladenými na jedince, vyplývajícími ze vztahu mezi jejich náročností a vlastnostmi, jimiž je jedinec k jejich zvládnutí vybaven“ (Hladký & Židková, 1999, s. 7). Zátěž však nemůžeme vnímat pouze v negativním slova smyslu, její přínos je pro jedince i v pozitivní rovině, neboť je nutná pro podporu jeho osobního rozvoje a zdraví. Tedy nejen nadměrná zátěž, ale také nedostatečná, je pro člověka škodlivá. Nesmíme také zapomínat na subjektivní vnímání každého jedince, a tím pádem i na individuální hodnocení míry zátěže, kterou mohou vyvolávat vnější požadavky kladené na člověka. Reakce organismu na zátěž, je vždy reakcí psychofyzilogickou, tedy komplexní, zasahující do všech systémů organismu (Hladký & Židková, 1999, s. 7).

Definice zátěže předkládaná Strmeňem a Raiskupem (1998, s. 314) uvádí, že zátěž je faktorem působícím na organismus skrze požadavky, které na něj klade a těmito požadavky dochází k destabilizaci rovnováhy v organismu. Tato nestabilita vyvolává obranné mechanismy, s cílem dosáhnout opětovného obnovení vnitřní rovnováhy organismu. Tento proces vyžaduje zvýšené požadavky na sensorické, mentální a dobrovolné procesy, a také na celkové schopnosti jedince a jeho odolnost.

Nadměrná zátěž, která je vyvolána krajními zátěžovými situacemi a s kterými se lze jen obtížně vyrovnat, nazýváme stresem. Jedinec je frustrován, objevují se fyziologické i duševní příznaky, dochází k ovlivnění kardiovaskulárního, endokrinního i imunitního systému organismu, a tím dochází k oslabení tělesného i duševního zdraví (Hladký & Židková, 1999, s. 7; Kuruvcová, 2016, s. 19-20).

6.2 Druhy zátěže

Hladký a Židková (1999, s. 8) uvádí, že druhy zátěže lze stanovit dle charakteristik působících podnětů a prvotních reakcí, tedy jak podněty působí na lidskou bytost v její bio-psycho-sociální komplexnosti. Zátěž dělí na tři druhy.

6.2.1 Biologická zátěž

Spouštěči biologické zátěže mají fyzikální, chemickou nebo biologickou povahu. Organismus na tyto podněty odpovídá v rámci svých základních fyziologických obranných mechanismů. Reakce psychologické povahy, pokud nastanou, jsou až druhotným příznakem (Hladký & Židková, 1999, s. 8).

6.2.2 Fyzická zátěž

Tato zátěž vyplývá z požadavků na komplexní svalový a kloubní systém organismu při vykonávání činností. Souvisí s mírou vydané energie, s druhem pracovní fyziologie (dynamická, statická) a polohou v jaké je činnost vykonávána. Do tohoto druhu zátěže spadá také porušení spánkového rytmu, nedostatek času na stravování, aj.. Psychické prožívání je při této zátěži přímo úměrné svalové činnosti (Hladký & Židková, 1999, s. 8; Kurovcová, 2016, s. 22).

6.2.3 Psychická zátěž

Při psychické zátěži dochází primárně k „...psychickému zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky životních a pracovních situací“ (Hladký & Židková, 1999, s. 8). Fyziologické příznaky nastupují až jako následek psychických procesů.

Psychickou zátěž lze rozdělit na tři druhy:

- Psychická zátěž sensorická, která je přímo závislá na kladených požadavcích na periferní smyslové orgány, a tím pádem i na jejich řídicí systém, respektive centrální nervový systém
- Psychická zátěž mentální – tato zátěž se týká zpracovávání informací, požadavky na pozornost, paměť, myšlení, představivost, rozhodování
- Psychická zátěž emoční – jejími příznaky jsou citové odezvy, tedy citové prožívání vyplývající z podnětů a situací (Hladký & Židková, 1999, s. 8).

Jak již bylo napsáno výše, vnější faktory způsobující zátěž, působí na všechny systémy organismu komplexně. A i když existuje podrobné dělení zátěže na její subsystémy, není možné vnímat tyto sekce jako samostatné, ale vždy pouze jako celek, který je v kontinuální interakci. Stejně tak, vnímání intenzity, schopnost zvládat a odolávat zátěži jsou individuálními procesy, které jsou specifické pro každého jedince a jsou ovlivněny mnoha dalšími faktory. Avšak při dlouhodobém působení zátěžových faktorů dochází k chronicitě příznaků, které mohou vést nejen k syndromu vyhoření, ale mnohým zdravotním problémům.

6.3 Pracovní zátěž

VÚBP (2019) definuje „pracovní zátěž jako souhrn vnějších podmínek, okolností a požadavků v daném pracovním systému, které ovlivňují fyziologický a psychický stav člověka. Každá pracovní činnost představuje pro organismus člověka určitou zátěž. Velikost této zátěže závisí na připravenosti a způsobilosti pracovníka pro daný úkol, na charakteru samotného úkolu a podmínkách, za nichž jeho plnění probíhá. S nadměrnou pracovní zátěží se zhoršuje nejen pracovní nasazení a velikost fyzické síly, ale i psychika člověka“.

Blažková (2008), která se zabývala výzkumem psychické pracovní zátěže, uvádí několik základních oblastí v rámci pracovních podmínek, které přímo ovlivňují psychickou pracovní zátěž. Tyto oblasti jsou následující:

- „časový tlak a intenzita práce
- vnucené pracovní tempo
- monotonie
- nároky v oblasti komunikace a kooperace
- práce v třísměnném a nepřetržitém pracovním režimu a noční práce
- vlivy narušující soustředění (nejčastěji hluk-nutné posouzení nejen z hlediska intenzity, ale i kvality)
- odpovědnost hmotná a organizační
- riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob
- pracovní podmínky (práce vykonávané na dislokovaných pracovištích, spojené se sociální izolací)

- šikana, mobbing a další problémy ve vztazích na pracovišti“ (Blažková, 2008).

6.4 Zátěž formálního pečujícího

Formální pečující, jsou ti, kteří pečují o osoby v rámci své pracovní pozice. Z tohoto lze tedy usoudit, že se na tyto pečující vztahují kritéria uvedená ve výše uvedené kapitole 6.3. K těmto kritériím doplňuje Dvořáčková (2013) další zátěžové oblasti vyplývající z práce se seniory v pobytovém zařízení, tyto zátěžové faktory jsou:

- Úmrtí klienta
- Zhoršení zdravotního stavu klienta
- Bolest a utrpení klienta
- Možná zranění klienta
- Nespokojenost klienta s péčí
- Neocenění práce ze strany rodiny a klienta
- Konflikty s rodinnými příslušníky
- Nezájem rodiny o klienta
- Nedostatečná podpora od zaměstnavatele
- Nestabilní a nevyrovnané interpersonální vztahy
- Špatné platové ohodnocení

Formální pečující, kteří pracují v pobytových zařízeních, vykonávají práci, která je ve své komplexnosti velmi náročná. Tato profese klade vysoké nároky na profesionalitu pracovníků, která je v jádru shlukem mnoha profesí, a to i v případě, že je péče poskytována multidisciplinárně (Rheinwaldová, 1999, s. 80). Klade velké nároky na osobní zodpovědnost, dovednost a schopnost se efektivně vyrovnávat s pracovním zatížením a také um osobní regenerace (Matoušek, 2003, s. 55).

6.5 Hodnotící mechanismy zátěže formálních pečujících

Možnosti skórovacích mechanismů hodnotících zátěž formálních pečovatelů byly prozkoumány skrze rešerše dostupných odborných tuzemských a zahraničních zdrojů. Tyto rešerše byly v prvním kroku zaměřené na konkrétní hledání mechanismu hodnocení zátěže formálních pečujících, kteří pracují v pobytových zařizenech pro klienty se syndromem demence a toto hodnocení zátěže se vztahuje k jednotlivým oblastem aktivit denního života. Dále byla rozšířena oblast zkoumání na hledání jednotlivých pojmů, a to formální pečující, zátěž pečovatele a její hodnocení, zátěž pečujících v závislosti na aktivitách denního života, demence a zátěž pečujících, a také jejich anglické ekvivalenty.

Během rešerší nebyl nalezen hodnotící mechanismus, který by se přímo zabývat hodnocení zátěže formálního pečovatele poskytujícího péči klientům se syndromem demence v pobytovém zařizení a mapující zátěž v jednotlivých oblastech aktivit denního života.

Nalezené odborné zahraniční i tuzemské zdroje se nejvíce věnovaly hodnocení zátěže neformálních pečujících, které se zabývaly hodnocením psychické, psychosociální a pracovní zátěže. Z širokého množství nalezených skórovacích mechanismů jsou níže uvedené ty, které byly nejčastěji využívány a ty, které se přímo týkají skórování pracovní zátěže:

- The Zarit Caregiver Burden Interview (Chung-Ying et al., 2017; Garlo et al., 2010, Zvěřová, 2015)
- Caregiver Strain Index (Kurucová, 2016)
- Care Burden Inventory (Tošnerová, 2001)
- Screen for caregiver burden (Vitaliano et al., 1991)
- Meisterův dotazník (Hladký; Žídková, 1999)
- Professional Care Team Burden (PCTB) scale (Auer et al., 2015)

6.5.1 Zarit Caregiver Burden Interview

Zarit Caregiver Burden Interview je jedním z nejčastěji používaných skórovacích mechanismů subjektivní zátěže pečovatele. Skládá se z 22 otázek a byl sestaven Stevenem Zaritem již v roce 1983. Respondent u jednotlivých odpovědí označuje četnost výskytu svých pocitů. Výše bodového skóre následně indikuje míru zátěže. Hodnoty v rozsahu 0-21 bodů značí minimální nebo žádnou zátěž, 21-40 mírnou až střední zátěž, 41-60 střední až těžkou zátěž a skóre v rozsahu 61-88 bodů označuje těžkou zátěž (Zvěřová, 2010).

6.5.2 Caregiver Strain Index

Caregiver Strain Index (CSI) je dotazníkové šetření, které se skládá z 13 položek. Za každou kladnou odpověď se získává 1 bod, výsledné skóre dosahující 7 a více bodů definuje vysokou míru zátěže. Tento mechanismus hodnocení vyhodnocuje zátěž ve třech oblastech, a to v oblastech objektivní, subjektivní a psychické zátěže (Kurucová, 2016, s.27).

6.5.3 Care Burden Inventory

Care Burden Inventory obsahuje 24 uzavřených otázek, které jsou rozdělené do 5 subsystémů, a to časové závislosti, vývojové, psychické, sociální a emoční zátěže. V každém subsystému je 5 otázek, mimo oblasti fyzické zátěže, kde jsou pouze 4 a pro adekvátnost výsledku se dosažené skóre násobí koeficientem 1,25. Hodnocení probíhá skrze škálový skórovací mechanismus v rozmezí od 0 (vůbec není popisné) do 4 (velmi popisné). Čím vyššího skóre je dosaženo, tím vyšší je míra zátěže. Zátěž je hodnocena v rámci jednotlivých subsystémů. Tento dotazník byl vytvořen pro mapování zátěže formálních pečujících (Novak & Guest, 1989).

6.5.4 Screen for caregiven burden

Screen for caregiven burden (SCB) je mechanismem vytvořeným pro rychlou identifikaci stresujících zážitků pečujících. Dotazník obsahuje 25 otázek a byl vytvořen primárně pro neformální pečující o osoby se syndromem demence.

Výstupem tohoto šetření je posouzení míry objektivní zátěže, která je definovaná počtem potencionálních negativních zážitků a subjektivní zátěže, která slouží k vyhodnocení míry úzkosti vyplývající ze zkušeností, se kterými se přímo setkávají v rámci poskytování péče osobě se syndromem demence (Vitaliano et al., 199, s.76).

6.5.5 Meisterův dotazník

Meisterův dotazník je určen k orientačnímu zhodnocení vlivu pracovních činností na psychickou zátěž. Skládá se z 10 otázek, které jsou hodnoceny na 5 bodové škále, kdy 5 znamená ano, plně souhlasím a 1 ne, vůbec nesouhlasím.

Získané bodové skóre určí, v rámci 3 stupňové klasifikace, míru psychické zátěže. Od zátěže, která pravděpodobně neovlivní zdraví, subjektivní stav a výkonost pracovníka až po zátěž při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

6.5.6 Professional Care Team Burden scale

Tento dotazník byl vytvořen na základě 3 teoretických zdrojích zátěže. Je určen pro formální pečovatele, kteří pečují o klienty se syndromem demence v pobytových zařizováních.

Obsahuje 10 otázek, které jsou hodnoceny na 5 stupňové škále, a to od silně nesouhlasím po silně souhlasím (Auer, 2015).

6.6 Hodnotící mechanismus zátěže pečovatele dle koncepce Biografické péče

Biografická koncepce péče má vytvořený vlastní mechanismus skórování zátěže pečovatele. Toto mapování zátěže se týká subjektivně pociťované zátěže, která vyplývá z procesů poskytování péče v rámci oblastí aktivit denního života. Tento mechanismus v současné době není zcela metodicky ukotven, avšak prochází aktivním testovacím procesem v domovech, ve kterých se aktivně pracuje s Biografickou koncepcí péče. Tyto domovy, tzv. projektové domy, se také aktivně podílejí na metodickém nastavování tohoto mechanismu tak, aby byl účinně implementován do české praxe. Výzkum, který je součástí této práce, byl uskutečněn v domovech, které jsou aktivními členy „projektových domů“, tedy aktivně využívají tento skórovací mechanismus (Procházková, 2019)⁴.

V certifikovaném vzdělávání Biografické koncepce péče, jsou kurzisté s tímto mechanismem hodnocení zátěže pečovatele plně seznamováni, a to s jeho významem, procesem skórování jednotlivých oblastí aktivit denního života, tak i s možnými způsoby použití. Kdy je možné hodnotit jednotlivé klienty samostatně, či celkovou zátěž dané skupiny, respektive úseku a skórování může být provedeno jednotlivými pečujícími či v týmové spolupráci. Zátěž se hodnotí pomocí skórovacího dotazníku, ve kterém jsou zaneseny všechny oblasti aktivit denního života, které využívá Biografická koncepce péče. Tyto oblasti se hodnotí na škále od žádné zátěže, přes střední, mírnou až po těžkou zátěž s bodovým ohodnocením 0-1-2-3, kdy 0 je žádná zátěž a 3 označuje zátěž těžkou. Po nahodnocení všech oblastí se provede celkový součet bodového ohodnocení, který udává míru celkové zátěže. Pokud je bodový výsledek nižší či roven 5, tak není pociťována žádná zátěž, rozmezí 6-15 určuje mírnou zátěž, 16-30 střední zátěž a 31-45 bodů označuje zátěž těžkou (Procházková, 2015)⁵.

4 Osobní setkání s PhDr. Evou Procházkovou, PhD.

5 Školení Biografické koncepce péče

7 Praktická část

Tato část práce se zabývá samotným výzkumem zátěže multidisciplinárního týmu, který poskytuje péči klientům v seniorském věku se syndromem demence v pobytových zařízeních. Ke zjištění míry zátěže byla využita koncepce Biografické péče, respektive byly použity některé otázky ze skórovacího mechanismu hodnocení zátěže, které měly za cíl zjistit míru zátěže formálních pečujících vyplývající z poskytované péče klientům se syndromem demence v rámci jednotlivých oblastí aktivit denního života.

7.1 Strategie výzkumu

Výzkumnou metodu, kterou jsem zvolila, je kvantitativní výzkum, a to z důvodu získání většího množství dat a tím zajistit větší objektivizaci výzkumu. Sestavila jsem dotazníkový nástroj vycházející z Biografické koncepce péče, který je postaven na jasném, rychlém a srozumitelném skórování jednotlivých oblastí aktivit denního života, ve kterých je klientům poskytovaná péče a mohou tedy být pro pečující zátěžové.

7.2 Metodika

Metoda sběru dat se volí podle charakteru zkoumané problematiky. Pro sbírání dat vybíráme metody, které jsou založeny na požadovaném typu informace a na tom, od koho ji získáme a za jakých okolností se tak bude dít. (Hendl, s. 48.)

7.2.1 Kvantitativní výzkum

Pro tento výzkum bylo využito kvantitativní metody, data byla sesbírána skrze strukturované dotazníkové šetření s uzavřenými otázkami a otázkami hodnocenými na škále. V průběhu kódování, analýzy a následné interpretaci dat jsem s dotazníky pracovala souhrnně, tedy nebyly dotazníky rozděleny dle jednotlivých zařízení. Každý dotazník obsahoval úvodní informace, proč se dotazníkové šetření provádí, kdo jej provádí a informace o zajištění anonymity (Příloha č. 1).

7.3 Výběr respondentů

Pro výběr respondentů byla stanovena účelová kritéria. Ta se opírala o potřebu, aby respondenti byli vyškoleni v koncepci Biografické péče. S touto koncepcí aktivně pracovali u klientů s demencí a v zařízení se využíval hodnotící mechanismus zátěže pečovatele, který je součástí Biografické koncepce péče. Dalším stanoveným kritériem je přítomnost pravidelných multidisciplinárních porad, a to v rozsahu minimálně 1x týdně, na kterých se hodnotí poskytovaná péče z pohledu jednotlivých členů multidisciplinárního týmu a hledání vhodných intervencí do péče.

Z výše uvedeného vyplývá, že nejdříve bylo třeba identifikovat zařízení, ve kterých se kontinuálně pracuje s koncepcí Biografické péče při péči o klienty se syndromem demence a splňují stanovená kritéria, tedy vyškolený personál, práce s hodnotícím mechanismem zátěže pečovatele a pravidelné multidisciplinární porady.

Zařízení splňující zadaná kritéria jsem našla díky lektorce Biografické koncepce péče PhDr. Procházkové Evě, PhD., která mi poskytla kontakty na zařízení v České republice, která kontinuálně pracují s touto koncepcí. Tyto instituce jsem během měsíce ledna 2019 zkontaktovala s prosbou, zdali bych mohla v jejich domově provést výzkum týkající se zátěže pečovatele.

Během měsíce února a března 2019 jsem se osobně setkala se zástupci třech zařízení. Vysvětlila jsem jim záměr mého výzkumu a získala jsem informace týkající se zadaných kritérií. Tato zařízení splňovala vstupní nároky kladené výzkumem a byla mi přislíbena aktivní účast. Se čtvrtým zařízením jsem byla v kontaktu pouze přes emailovou komunikaci, ovšem také jsem dostala kladnou odpověď na mou prosbu účasti ve výzkumném projektu.

7.4 Etika výzkumu

Etika kvantitativního výzkumu vycházela především ze zachování anonymity a bezpečí participantů tak, aby nedocházelo ke zkreslení jejich odpovědí v dotazníkovém šetření. Respondenti byli na počátku seznámeni se záměry výzkumu. Dotazníky byly zcela anonymní a byly vyplňovány na základě dobrovolnosti. Každý respondent měl dostatek času na prostudování dotazníku a bylo pouze na jeho vlastním uvážení, zdali jej vyplní. Následně dotazníky odevzdávali určené osobě, která je uschovala a předala výzkumníkovi.

Při analýze dat se se všemi daty pracovalo souhrnně, tedy tak, aby bylo zajištěno bezpečí respondentů jednotlivých zařízení, s cílem, aby nebylo možné určit, jaká konkrétní data vystoupila z organizací, které se výzkumu účastnily.

7.5 Dotazník

Ke zjištění zátěže multidisciplinárního týmu jsem zvolila kvantitativní dotazníkové šetření. K tomuto účelu byl vypracován strukturovaný dotazník, který obsahoval 16 otázek - 4 otázky byly uzavřené s možností výběru a 12 škálových otázek, a to pro svou jednoduchost a rychlost při vyplňování respondenty.

V počáteční části dotazníku se nacházely obecné otázky (týkající se věku, pohlaví, doby praxe s klienty se syndromem demence). Stěžejní část dotazníku se skládala z otázek, které mapovaly míru zátěže pracovníků při poskytování přímé péče klientům se syndromem demence a vycházely z koncepce Biografické péče (otázky 5–15). Tyto otázky byly hodnoceny na 4 stupňové škále, a to od žádné zátěže, přes mírnou, střední až po těžkou zátěž. Čtyřstupňového hodnocení bylo využito i u otázky číslo 16, která se týkala celkové zátěže a nevychází z koncepce Biografické péče.

7.6 Cíle a hypotézy

Na počátku kvantitativního dotazníkového šetření jsem stanovila tyto hypotézy:

- 1) CÍL: Zjistit v jakých oblastech ADŽ jsou osoby pečující o klienty s demencí nejvíce zatěžovány.

HYPOTÉZA: Domnívám se, že nejvíce zatěžující oblasti péče dle ADŽ jsou úkony spojené s hygienou a vylučováním.

- 2) CÍL: Zhodnotit celkovou zátěž pracovníků v závislosti na jejich věku.

HYPOTÉZA: Domnívám se, že nejvíce pracovníků, kteří uvedou své zatížení jako těžké bude ve věku rovném či vyšší než 55 let.

- 3) CÍL: Zhodnotit celkovou zátěž pracovníků v závislosti na délce jejich praxe s klienty se syndromem demence.

HYPOTÉZA: Domnívám se, že nejvíce pracovníků, kteří uvedou své zatížení jako těžké budou ti, kteří pracují s klienty s demencí po dobu deseti a více let.

7.7 Průběh sběru dat

Data byla sesbírána v období března až června 2019. Bylo rozdistribuováno 120 dotazníků, a to do čtyřech zařízení, která přislíbila svou účast na dotazníkovém šetření. Zřízení se nachází v různých krajích České republiky, a to v Moravskoslezském kraji, Plzeňském kraji, Praze a v kraji Olomouckém. V průběhu měsíce března jsem do třech zařízení dotazníky dopravila osobně kontaktním sociálním pracovníkům, kteří se dále postarali o jejich redistribuci respondentům. Do posledního zařízení jsem po domluvě se sociální pracovnící odeslala dotazníky v elektronické podobě. Na konci června 2019 jsem osobně navštívila kooperující domovy a vyzvedla si vyplněné dotazníky.

7.8 Analýza dat

Analýza dat probíhala od května do října 2019. Data z dotazníkových řetřen byla sesbírána, podrobn zanalyzována a rozdělena do jednotlivých oblastí tak, aby mohla být dále interpretována.

Z rozdistribuovanch 120 dotazníků do čtyřech zařízení, ve kterých pracují s klienty se syndromem demence dle Biografick koncepce péče, se zpět od respondentů vrtlo 100 dotazníků, 18 dotazníků bylo z analýzy vyřazeno z důvodu nedostatečnosti jejich vyplnn.

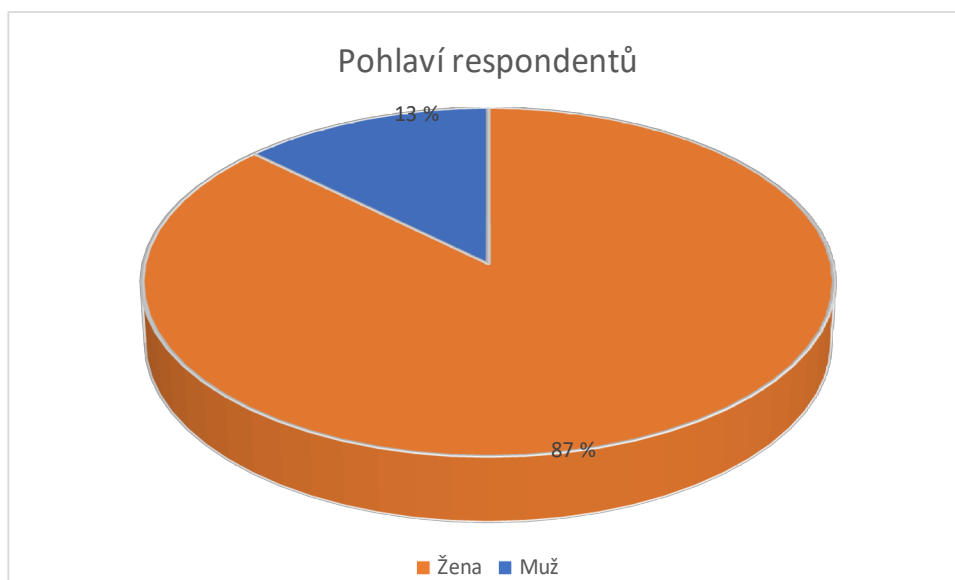
Analýza dat z dotazníkového řetřen proběhla souhrnn, tedy dotazníky byly vyhodnoceny společn, nedošlo k vyhodnocení dle jednotlivých zařízení.

7.9 Interpretace dat po jednotlivých oblastech

7.9.1 Pohlaví respondentů

Tato sociodemografick otázka zjiřovala zastoupen jednotlivých pohlaví v rámci analyzovaného souboru 82 dotazníků. Tedy z 82 respondentů, bylo 71 žen a 11 muř.

Graf č.1 – Pohlaví respondentů



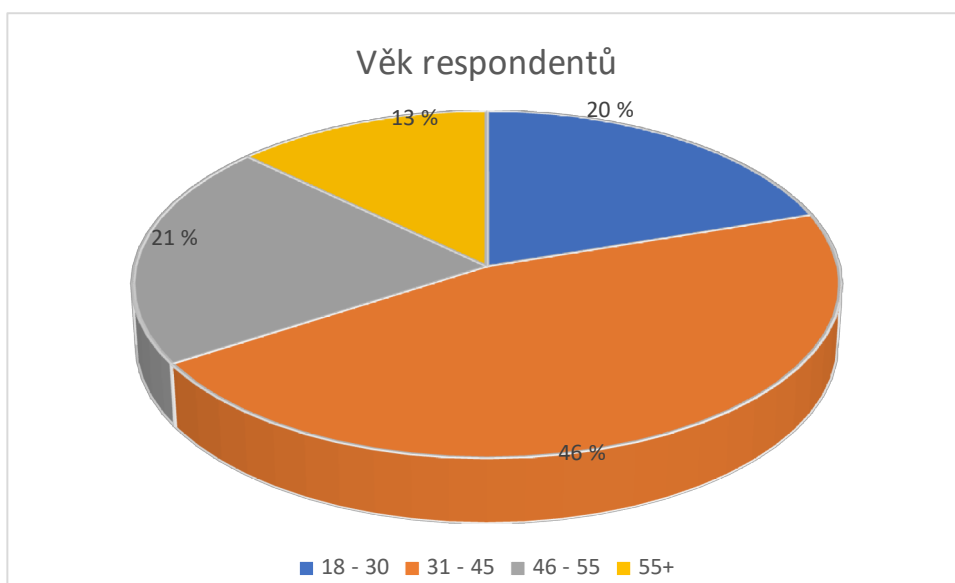
Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedeného je jasn zřejm, že vtřinov podl tj. 87% vřech dotazovaných (71 respondentů) jsou ženy a pouze 13% (11 dotazovaných) jsou muři.

7.9.2 Věk respondentů

Další otázka informativního charakteru zjišťovala věkové složení všech participantů výzkumu. Z celkového počtu 82 respondentů tvořili největší skupinu ti, jejichž věk je v rozmezí 31–45 let v zastoupení 38 participantů (tj. 46%), následováni skupinami definovanými věkovým rozpětím 46– 55 let se 17 respondenty (tj. 21%) a 18–30 let s 16 dotazovanými (tj. 20%). Nejméně zastoupenou skupinou bylo skupina ve věku 55+ s 11 početným zastoupením (tj. 13% z celkového počtu respondentů).

Graf č.2 – Věk respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.3 Pracovní zařazení respondentů

Cílem této otázky bylo zjistit na jaké pracovní pozici dotazovaní pracují a jaké je pracovní rozvrstvení respondentů výzkumu. Nejpočetněji zastoupenou skupinou byly pracovníci přímé obslužné péče v počtu 47 respondentů (tj. 57% z celkového vzorku). Následovaly dvě skoro vyrovnané skupiny, a to aktivizačních pracovníků (10 respondentů, tj. 12%) a zdravotnických pracovníků (12 respondentů, tj. 15%). Zastoupení skupiny sociálních pracovníků představovalo 6 dotazovaných (tj. 7%) a byli třetí nejmenší zformovanou skupinou ve výzkumu. Celkový počet všech dotazovaných doplňují vedoucí a metodičtí pracovníci v zastoupení 5 respondentů (tj. 6%) a psychologové/psychoterapeuti v počtu 2 participantů výzkumu (tj. 3%).

Graf č.3 – Pracovní zařazení

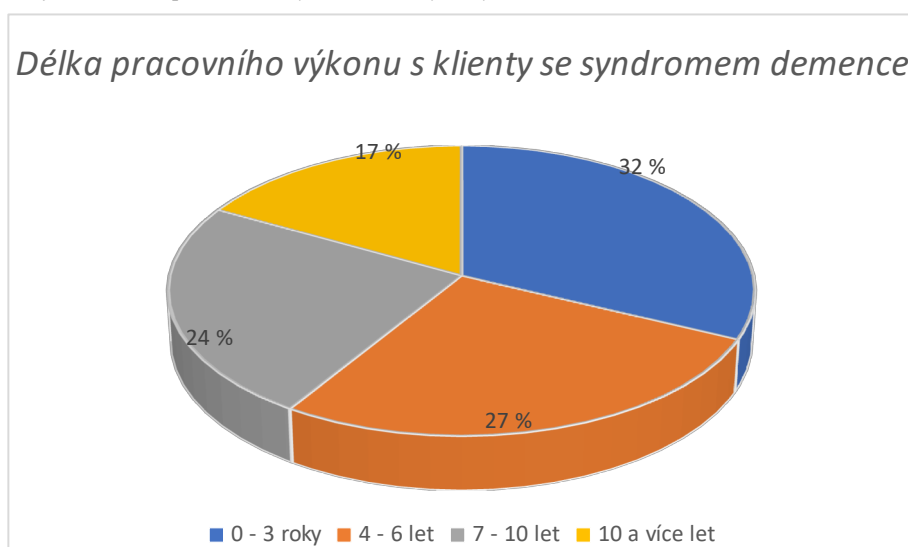


Zdroj: vlastní zpracování

7.9.4 Délka pracovního výkonu s klienty se syndromem demence

Tato otázka zjišťovala, kolik let z celkové praxe respondenti pracují s klienty se syndromem demence. Nejvíce respondentů uvedlo, že pracuje s klienty se syndromem demence nejkratší možnou dobu dle nabídky v dotazníkovém šetření a to do 3 let praxe. Tato skupina byla zastoupena 26 respondenty, což činilo 32% z celkového počtu dotazovaných. Následovaly skupiny s praxí od 4 do 6 let v počtu 22 respondentů (tj. 27%), s praxí od 7 do 10 let 24% z celkového počtu (tj. 20 respondentů) a nakonec respondenti s praxí větší než 10 let v počtu 14 respondentů (tj. 17%).

Graf č.4 – Délka pracovního výkonu s klienty se syndromem demence



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5 Vnímání zátěže multidisciplinárního týmu v závislosti na vykonávání úkonů péče v jednotlivých oblastech ADŽ

Po sociodemografických otázkách dotazníkového šetření následuje interpretace 11 otázek, které se týkaly subjektivního vnímání zátěže jednotlivých respondentů. Pro tuto část výzkumu bylo zapotřebí, aby participantí výzkumného šetření měli znalosti a dovednosti vyplývající z koncepce Biografické péče. Tedy, aby pracovali dle této koncepce a uměli používat skórovací mechanismus hodnocení zátěže.

Pro toto hodnocení byla využita metoda škálového hodnocení. Každý respondent hodnotil svou subjektivní zátěž při vykonávání úkonů péče spojenou s jednotlivými oblastmi aktivit denního života na čtyř stupňové škále, a to od žádné zátěže přes mírnou a střední zátěž, až k zátěži těžké. Pro prezentované dotazníkové šetření jsem zvolila hodnocení zátěže jednotlivými pečujícími, tedy jak vnímají svou vlastní zátěž při poskytování péče v jednotlivých oblastech aktivit denního života při péči poskytované klientům se syndromem demence v rámci celé skupiny klientů, se kterými respondenti pracovali.

Cílem těchto otázek, které se vztahovaly k subjektivnímu hodnocení zátěže jednotlivých členů multidisciplinárního týmu, bylo zjistit, jaké cítí zatížení v jednotlivých oblastech péče dle aktivit denního života při poskytování podpory a péče klientům se syndromem demence.

Pro přehlednost výstupů je u každé otázky shrnutí získaných dat vyobrazeno v tabulce.

7.9.5.1 Vnímaná zátěž při komunikaci s klienty

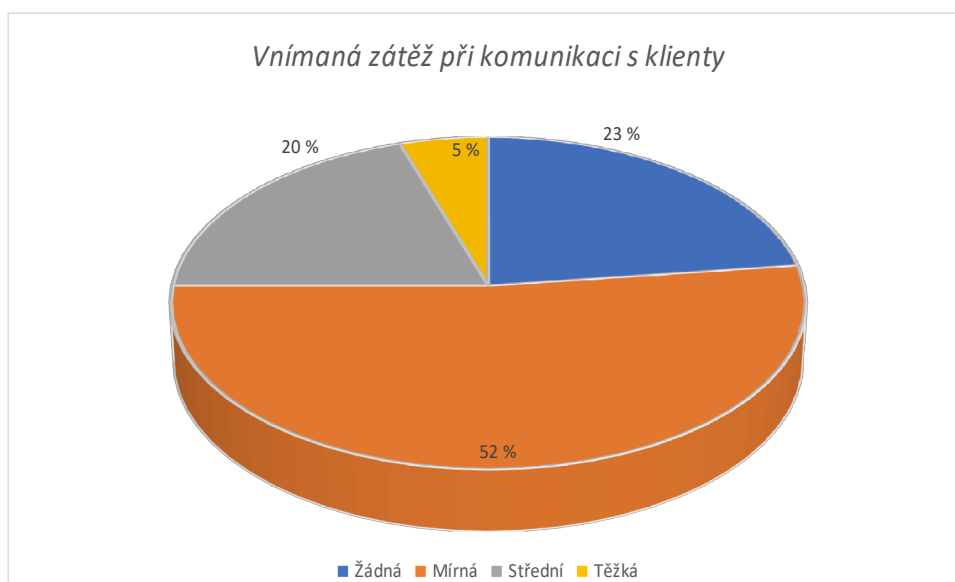
V oblasti komunikace toto hodnocení proběhlo následovně: 19 respondentů nepocíťovalo žádnou zátěž, 43 zátěž mírnou, 16 střední a 4 participanti vnímali těžkou zátěž.

Tabulka č.1 – Vnímání zátěže při komunikaci s klienty

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	19	23
Mírná zátěž	43	52
Střední zátěž	16	20
Těžká zátěž	4	5

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.5 – Vnímaná zátěž při komunikaci s klienty



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.2 Vnimaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s mobilitou

Zátěž v oblasti poskytování úkonů spojených s mobilitou byla rozložena následovně. Z celkového počtu 82 dotazovaných 7 respondentů uvedlo, že nepocítují žádnou zátěž; 29 označilo svou zátěž za mírnou, 32 střední a 14 těžkou.

Tabulka č.2 – Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených s mobilitou.

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	7	9
Mírná zátěž	29	35
Střední zátěž	32	39
Těžká zátěž	14	17

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.6 – Vnímání zátěže při poskytování úkonů spojených s mobilitou



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.3 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou zdraví

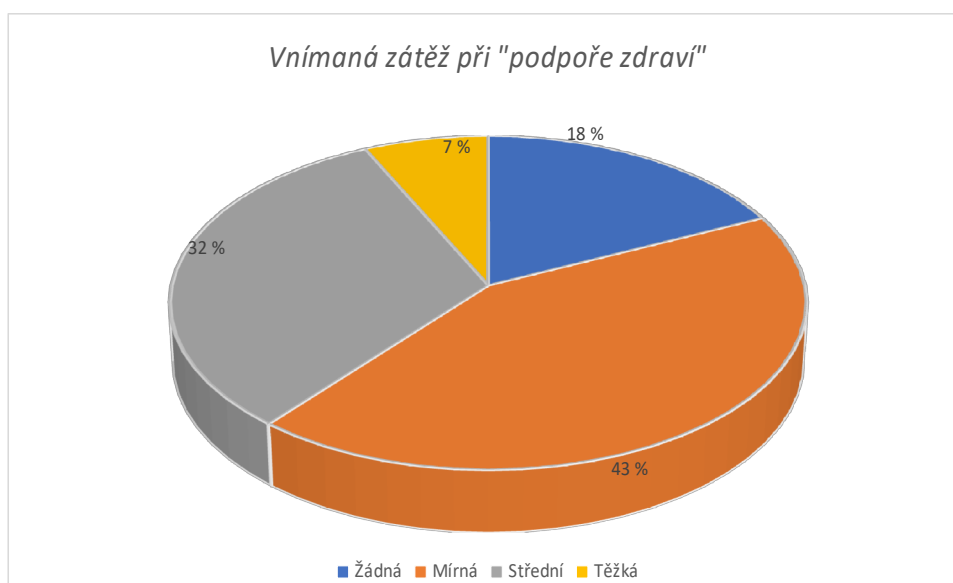
Zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou zdraví je rozložena následovně. Žádnou zátěž uvedlo 15 dotazovaných, mírnou 35, střední 26 a těžkou 6.

Tabulka č.3 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou zdraví

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	15	18
Mírná zátěž	35	43
Střední zátěž	26	32
Těžká zátěž	6	7

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.7 – Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou zdraví



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.4 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podáváním stravy a tekutin

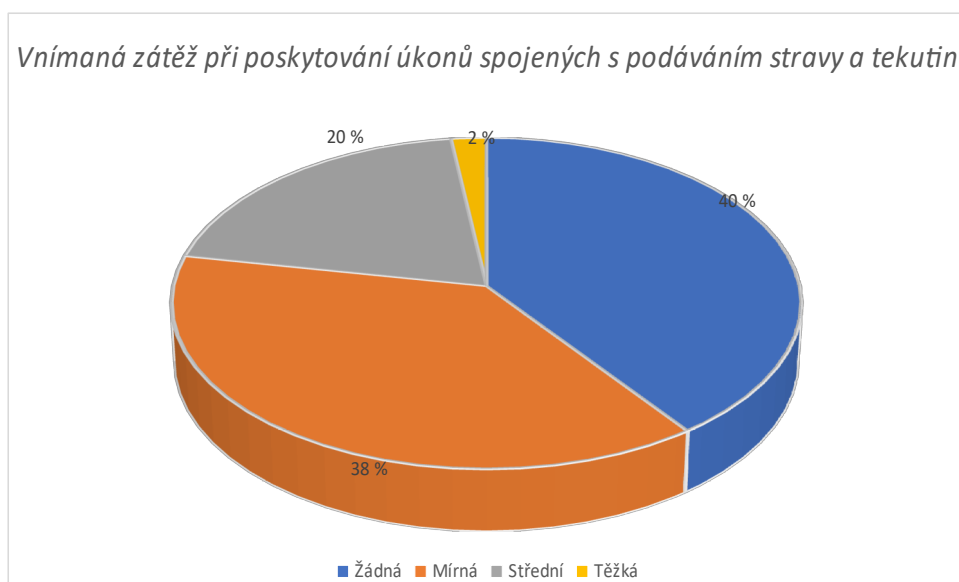
Uváděná zátěž vznikající při poskytování úkonů spojených s podáváním stravy a tekutin byla rozložena takto, 33 respondentů odpovědělo, že nepocítují žádnou zátěž; 31 vnímá tuto oblast jako mírně zatěžující, 16 středně zatěžující a 2 ji hodnotí těžkou zátěží.

Tabulka č.4 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podáváním stravy a tekutin

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	33	40
Mírná zátěž	31	38
Střední zátěž	16	20
Těžká zátěž	2	2

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.8 – Vnímaná zátěž při poskytování úkonů spojených s podáváním stravy a tekutin



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.5 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s hygienou

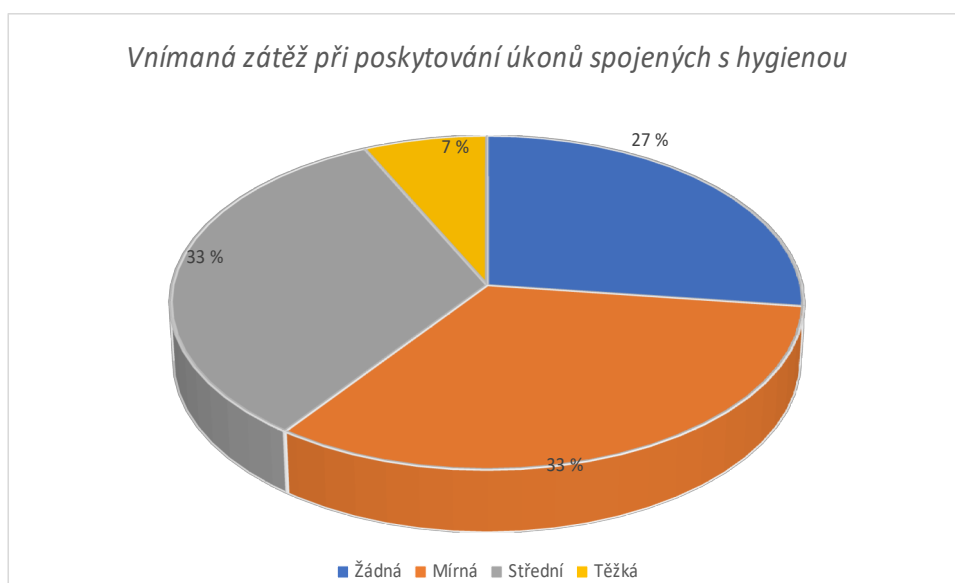
Participantů výzkumu uváděli rozvrstvení zátěže při poskytování úkonů péče spojených s hygienou takto, 22 bez zátěže, 27 mírná, 27 střední a 6 těžká zátěž.

Tabulka č.5 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s hygienou

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	22	27
Mírná zátěž	27	33
Střední zátěž	27	33
Těžká zátěž	6	7

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.9 – Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s hygienou



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.6 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s vylučováním

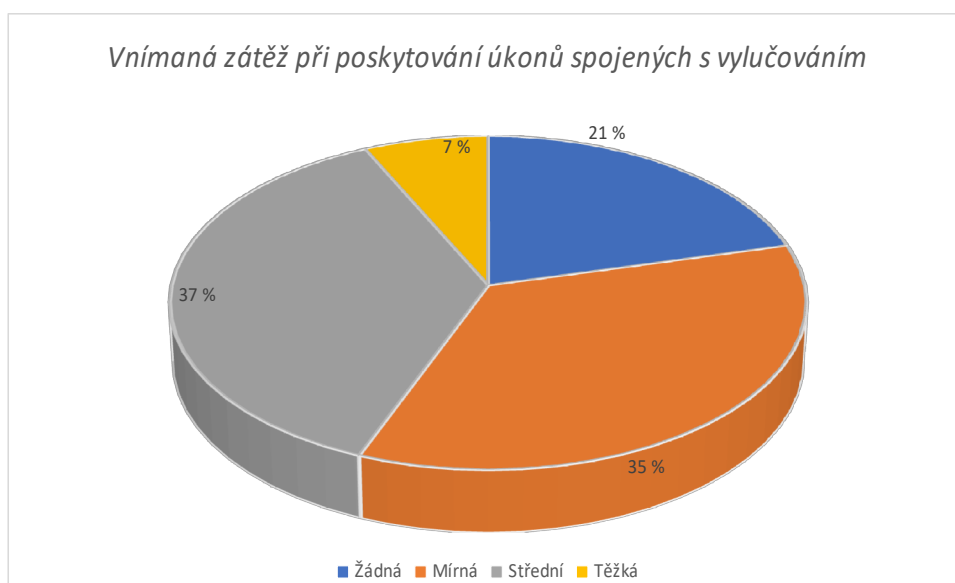
Oblast úkonů péče související s vylučováním byla v rámci vnímání zátěže hodnocena následovně. Žádná zátěž 17 respondentů, mírná 29, střední 30 a těžká 6.

Tabulka č.6 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s vylučováním

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	17	21
Mírná zátěž	29	35
Střední zátěž	30	37
Těžká zátěž	6	7

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.10 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s vylučováním



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.7 Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených s aktivizací/zaměstnáváním

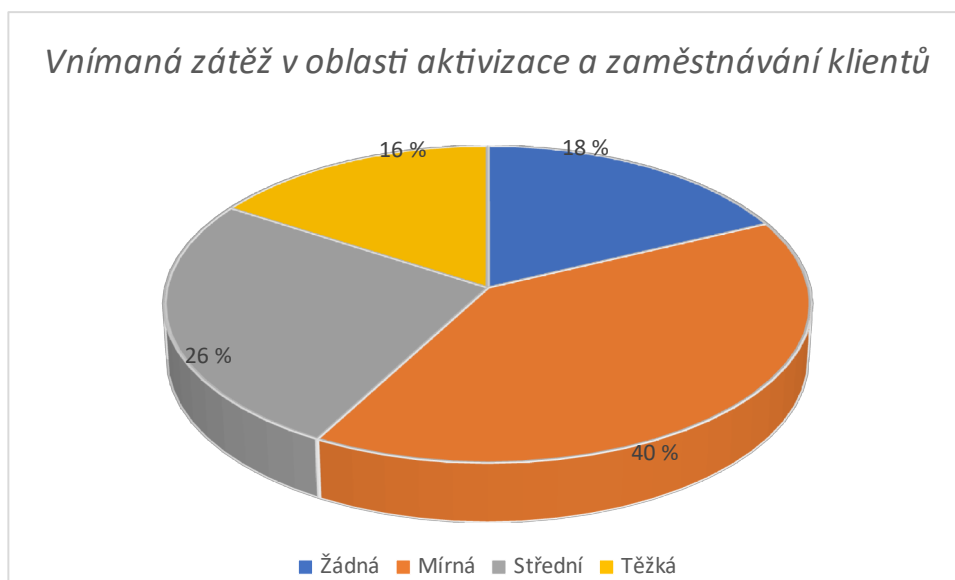
Odpovědi respondentů dotazníkového šetření na vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených s aktivizací/zaměstnáváním byly rozvrstveny do hodnotící škály zátěže v rozsahu – 15 bez zátěže, 33 mírná zátěž, 21 střední a 13 těžká.

Tabulka č.7 - Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených s aktivizací/zaměstnáváním

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	15	18
Mírná zátěž	33	40
Střední zátěž	21	26
Těžká zátěž	13	16

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.11 - Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených s aktivizací/zaměstnáváním



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.8 Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených se spánkem a klidem

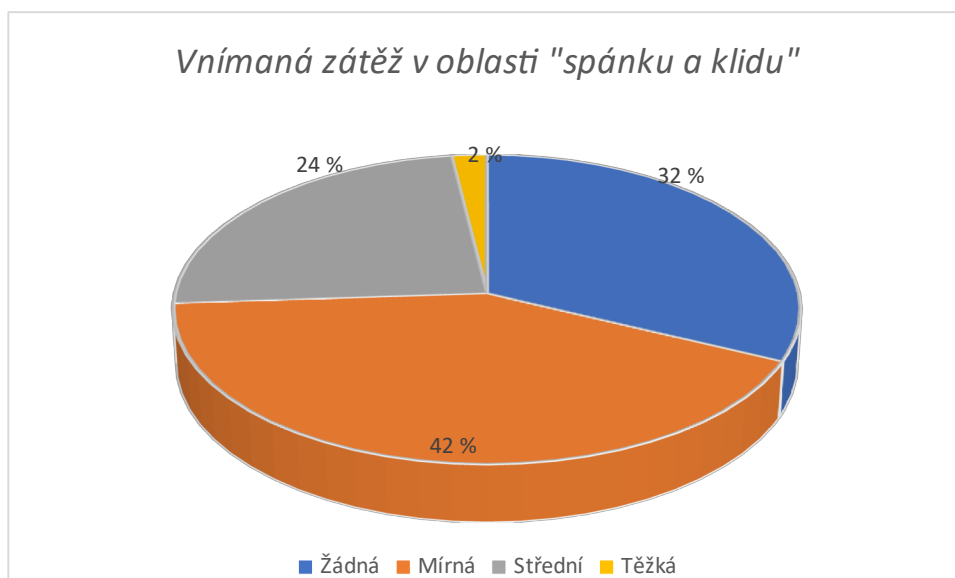
Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených se spánkem a klidem je rozvrstveno na hodnotící škále následovně: bez zátěže 26 respondentů, mírná zátěž 34, střední 20 a těžká zátěž 2.

Tabulka č.8 - Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených se spánkem a klidem

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	26	32
Mírná zátěž	34	42
Střední zátěž	20	24
Těžká zátěž	2	2

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.12 - Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených se spánkem a klidem



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.9 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou rolí a vztahů klienta

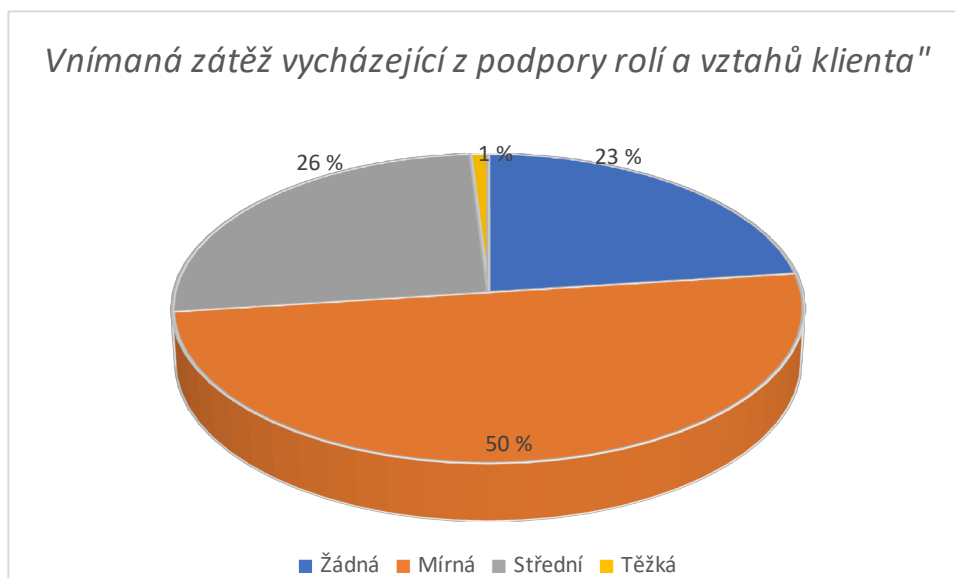
Při analýze dat v oblasti poskytování úkonů péče spojených s podporou rolí a vztahů byly zjiřtěny tyto výsledky. Zátěž není pociťována 19 dotazovanými, mírnou zátěž vnímalo 41, střední 21 a těžkou 1.

Tabulka č.9 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou rolí a vztahů klienta

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádné zátěž	19	23
Mrn zátěž	41	50
Střední zátěž	21	26
Těžk zátěž	1	1

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.13 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou rolí a vztahů klienta



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.10 Vnímaná zátěž při zvládnání a řešení zátěžových situací

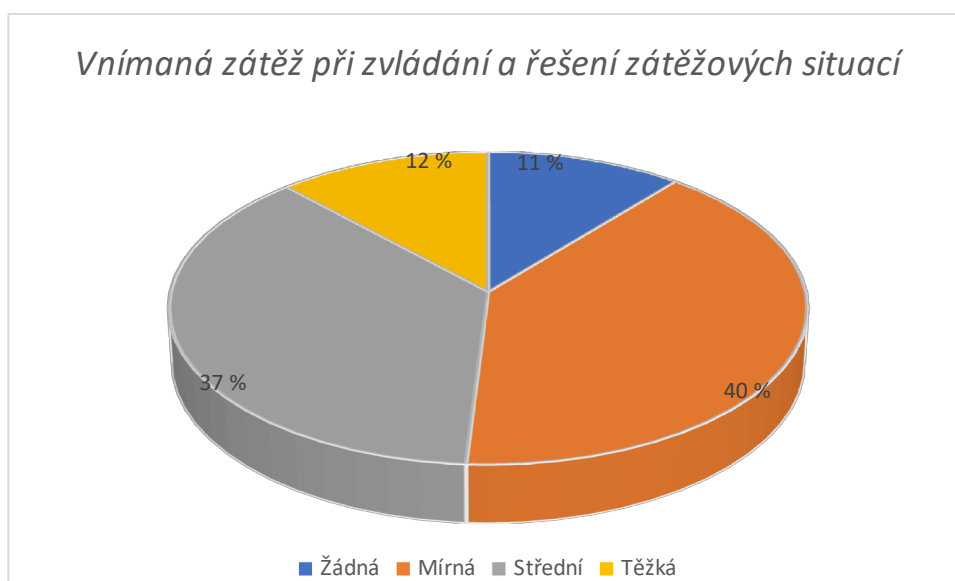
Oblast zvládnání a řešení zátěžových situací byla v rámci vnímání zátěže hodnocena následovně. Žádná zátěž 9 respondentů, mírná 33, střední 30 a těžká 10.

Tabulka č.10 - Vnímaná zátěž při zvládnání a řešení zátěžových situací

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	9	11
Mírná zátěž	33	40
Střední zátěž	30	37
Těžká zátěž	10	12

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.14 - Vnímaná zátěž při zvládnání a řešení zátěžových situací



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.5.11 Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou orientace – čas, místo, situace, osoba

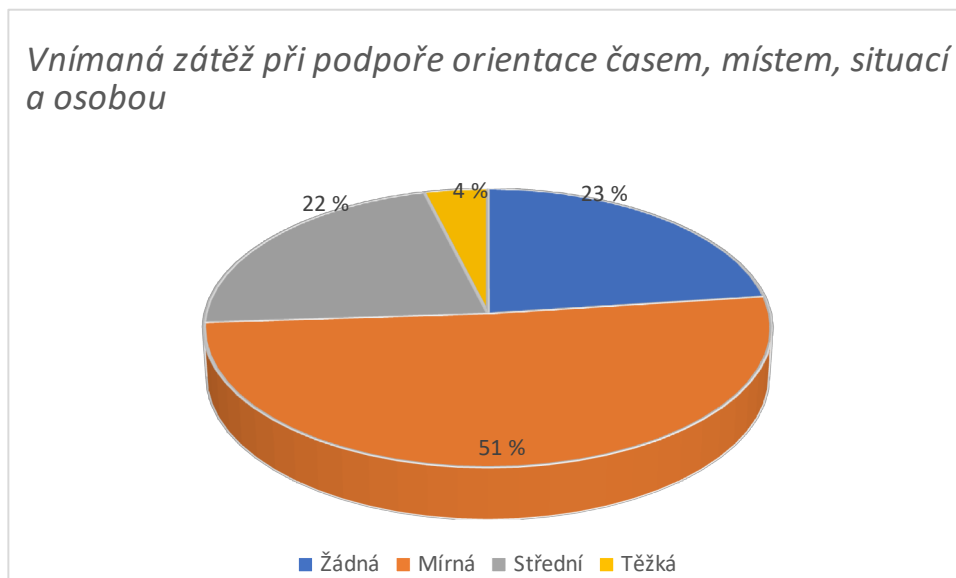
Vnímání zátěže spojené s poskytováním úkonů péče spojených s podporou orientace v čase, místě, situaci a osoby bylo rozvrstveno v rámci hodnotící škály následovně: bez zátěže 19 respondentů, mírná 42, střední 18, těžká 3.

Tabulka č.11 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou orientace – čas, místo, situace, osoba

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Žádná zátěž	19	23
Mírná zátěž	42	51
Střední zátěž	18	22
Těžká zátěž	3	4

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.15 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou orientace – čas, místo, situace, osoba



Zdroj: vlastní zpracování

7.9.6 Hodnocení celkov zátěže vyplývající z pracovní pozice

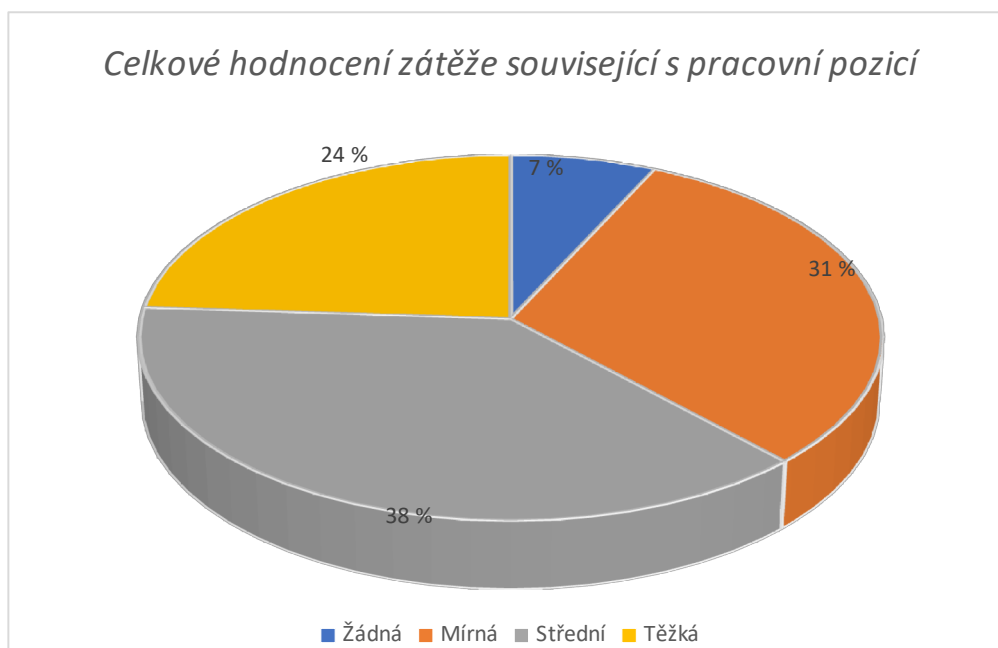
Poslední otázkou dotazníkového ťetření byla otázka zjiťtujc celkov zatıžen respondentů, kter souvisí s jejich pracovní pozicí. Tato otázka byla pro přehlednost také hodnocena na čtyřstupnov ťkle, jako otázky vztahující se k hodnocení zátěže v jednotlivých oblastech pce dle aktivit denního života. Celkov zhodnocení pracovní zátěže jednotlivých participant výzkumu je následující. Počet respondentů, kter nepocitovali řadnou zátěž spojenou s vykonem jejich pracovní pozice bylo 6; 25 participant uvedlo, že pocituj mírnou zátěž; 31 střední a 20 účastníků výzkumu hodnotilo svou celkovou zátěž jako těžkou..

Tabulka .12 – Hodnocení celkov zátěže vyplývající z pracovní pozice

	Počet respondentů	Počet respondentů v %
Řadn zátěž	6	7
Mrn zátěž	25	31
Střední zátěž	31	38
Těžk zátěž	20	24

Zdroj: vlastní zpracování

Graf .16 – Hodnocení celkov zátěže vyplývající z pracovní pozice



Zdroj: vlastní zpracování

7.10 Zhodnocení cílů a hypotéz výzkumu

Na počátku výzkumu byly stanoveny cíle a jejich hypotézy, na které se skrze dotazníkové šetření a následnou analýzu získaných dat stanovily odpovědi. Tato kapitola se podrobně zabývá zhodnocením hypotéz a cílů dotazníkového šetření.

7.10.1 Cíl výzkumu číslo 1

- CÍL č. 1: Zjistit v jakých oblastech ADL jsou osoby pečující o klienty s demencí nejvíce zatěžovány.
- HYPOTÉZA: Domnívám se, že nejvíce zatěžující oblasti péče dle ADŽ jsou úkony péče spojené s hygienou a vylučováním.

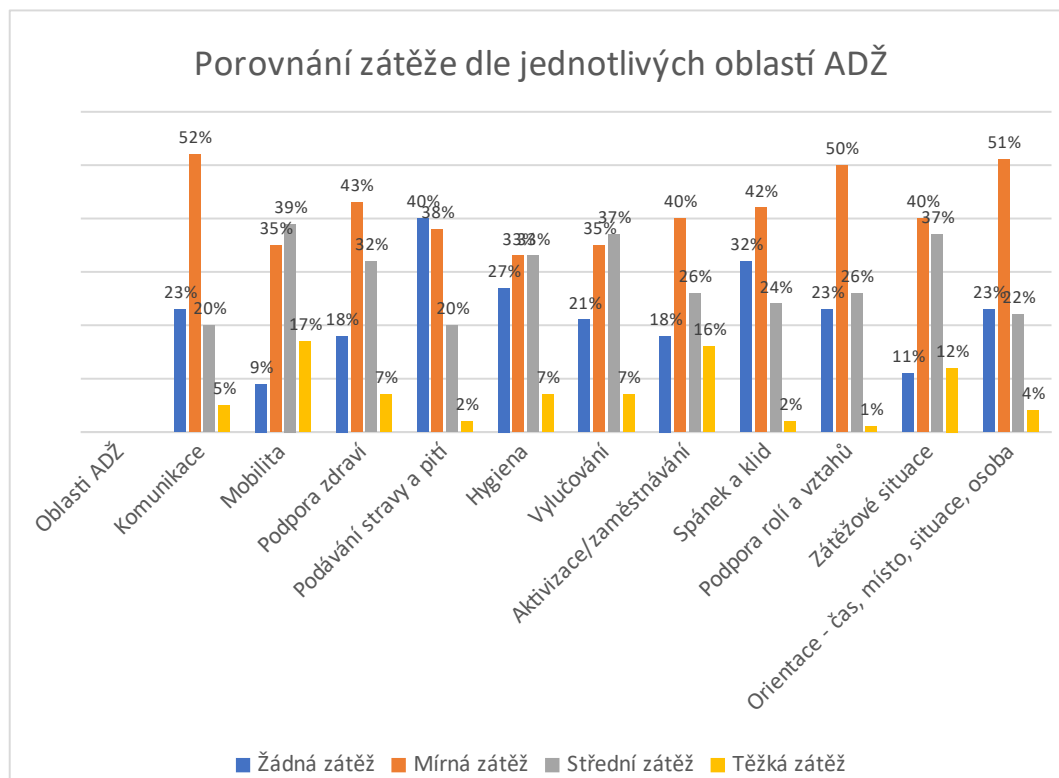
Na základě sebraných dat z dotazníkového šetření byla vyhodnocena otázka číslo 1 a k ní stanovená hypotéza. Tato otázka se týkala analýzy dat otázek číslo 5 až 15, respektive otázek uvedených v rámci kapitol 7.9.5.1 až 7.9.5.11. Tyto data byla souhrnně vyhodnocena v jednotlivých oblastech poskytování péče dle aktivit denního života. Výsledky jsou pro přehlednost uvedeny v tabulce č. 13 a následně přeneseny do grafu č. 19.

Tabulka č.13 – Jaká oblast péče je vnímána jako nejvíce zatěžová

Počet participantů Oblasti ADŽ	Žádná zátěž	Žádná zátěž v %	Mírná zátěž	Mírná zátěž v %	Střední zátěž	Střední zátěž v %	Těžká zátěž	Těžká zátěž v %
Komunikace	19	23	43	52	16	20	4	5
Mobilita	7	9	29	35	32	39	14	17
Podpora zdraví	15	18	35	43	26	32	6	7
Podávání stravy a tekutin	33	40	31	38	16	20	2	2
Hygiena	22	27	27	33	27	33	6	7
Vylučování	17	21	29	35	30	37	6	7
Aktivizace	15	18	33	40	21	26	13	16
Spánek a klid	26	32	34	42	20	24	2	2
Podpora rolí a vztahů	19	23	41	50	21	26	1	1
Zátěžové situace	9	11	33	40	30	37	10	12
Orientace	19	23	42	51	18	22	3	4

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.17 – Porovnání zátěže dle jednotlivých oblastí ADŽ



Zdroj: vlastní zpracování

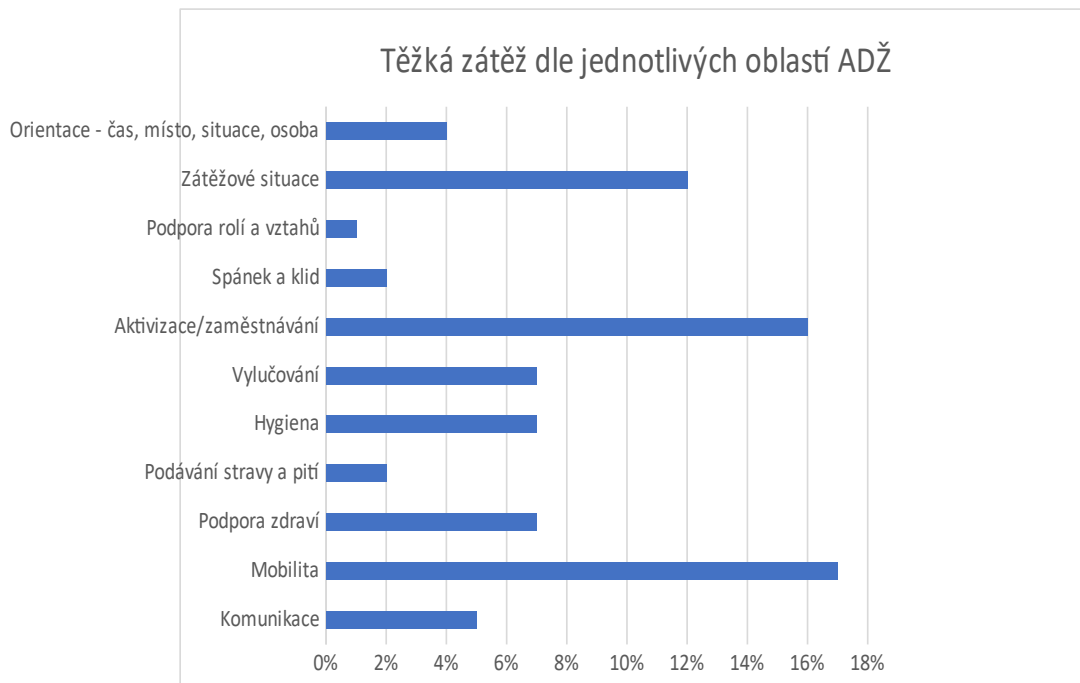
Cílem této analýzy dat z dotazníkového šetření bylo zjistit, v jakých oblastech péče poskytovaných dle aktivit denního života klientům se syndromem demence cítí respondenti největší zátěž. Tato analýza byla založena na vyhodnocení těžké zátěže v jednotlivých oblastech péče. Hypotéza č. 1 byla založena na domněnce, že největší zatížení vnímají účastníci výzkumu v oblastech péče spojených s hygienou a vylučováním.

Z výsledků podrobné analýzy dat, která je viditelná ve výše uvedené tabulce a grafu je zřejmé, že největší zátěž v oblasti těžké zátěže respondenti pocítují v oblasti péče, která se vztahuje k poskytování úkonů spojených s oblastí mobility. Oblast mobility uvedlo jako nejvíce zatěžující, tedy jako těžkou zátěž, 14 respondentů (tj. 17% z celkového počtu). Následovala oblast vztahující se k aktivizaci a zaměstnávání klientů (13 respondentů, tj. 16% z celkového počtu) a třetí nejvíce zatěžovou oblastí byla oblast péče spojená s řešením a zvládnutím zátěžových situací (10 respondentů, tj. 12% z celkového počtu).

Hypotéza č. 1, která byla stanovena k tomuto cíli, byla položena následovně: „Domnívám se, že nejvíce zatěžující oblasti péče dle ADŽ, jsou úkony péče spojené s hygienou a vylučováním.“. Tato hypotéza se ukázala jako mylná, tedy **nebyla potvrzena**, neboť nejvíce zatěžujícími oblastmi péče byly oblasti, které souvisí s mobilitou,

následované oblastmi aktivizace/zaměstnávání klientů a zvládnání/řešení zátěžových situací. Podrobné vyhodnocení oblastí dle pořadí v oblasti těžké zátěže je uvedeno v grafu č.20.

Graf č.18 – Zhodnocení těžké zátěže dle jednotlivých oblastí ADŽ



Zdroj: vlastní zpracování

7.10.2 Cíl výzkumu číslo 2

- CÍL č. 2: Zhodnocení celkové zátěže pracovníků v závislosti na jejich věku.
- HYPOTÉZA: Domnívám se, že nejvíce pracovníků, kteří uvedou své zatížení jako těžké, bude ve věku rovném či vyšší než 55 let.

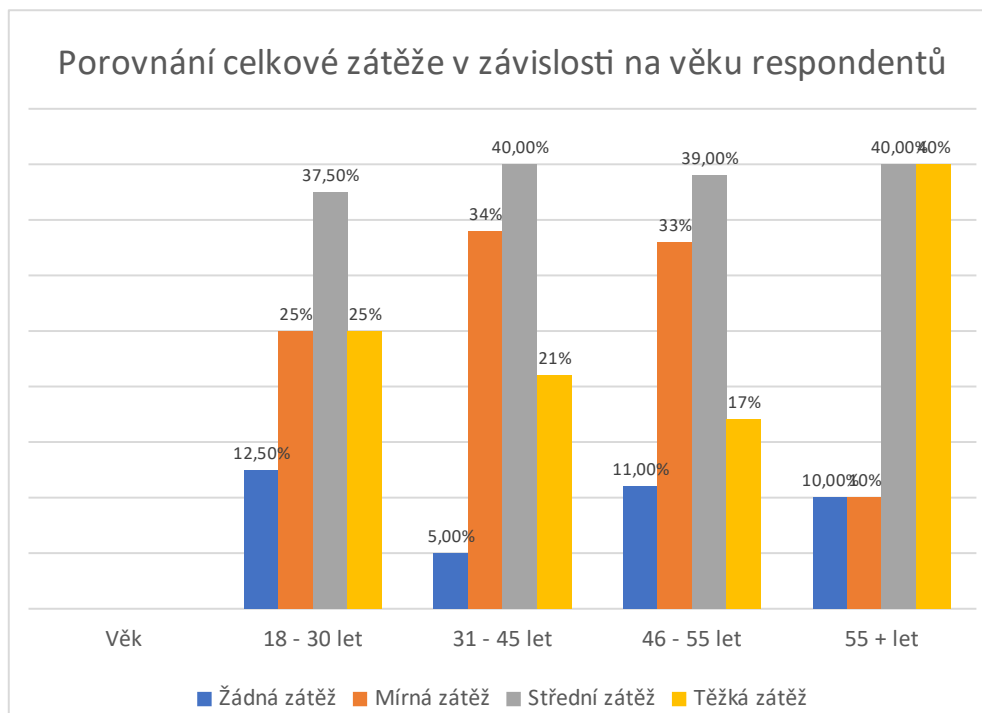
Při analýze dat, která se vztahovala k výzkumnému cíli číslo dvě, byla jednotlivá data z otázky číslo 2 konfrontována s daty z otázky číslo 16, a to vždy v rámci jednotlivých dotazníkových šetření. Vyhodnocení této analýzy je následující. Z celkového počtu 16 respondentů ve věku 18–30 let byly odpovědi následující: 2 respondenti uvedli, že nepocítují žádnou zátěž, 4 vnímají mírnou zátěž, 6 střední a 4 uvedli zátěž těžkou. V následující věkové skupině, která byla definována věkem 31–45 let a byla zastoupena 38 respondenty, byly tyto výsledky: bez zátěže 2 respondenti, mírná zátěž 13, střední zátěž 15 a 8 participantů uvedlo svou zátěž jako těžkou. Věková skupina 46–55 let s 18 zástupci rozvrstvila své vnímání zátěž takto: bez zátěže 2 respondenti, mírná zátěž 6, střední zátěž 7 a těžká zátěž 3 respondenti. Poslední hodnocenou skupinou čítající 10 členů byla skupina 55 a více let, zde byly výsledky následující: po jednom respondentovi uvedlo že nepocítují žádnou zátěž či mírnou. Střední a těžkou zátěž shodně uvedlo po 4 participantech výzkumu.

Tabulka č. 14 – Celková zátěž pracovníků v závislosti na jejich věku

Počet participantů	Žádná zátěž	Žádná zátěž v %	Mírná zátěž	Mírná zátěž v %	Střední zátěž	Střední zátěž v %	Těžká zátěž	Těžká zátěž v %
Věk								
18-30 let	2	12,5	4	25	6	37,5	4	25
31-45 let	2	5	13	34	15	40	8	21
46-55 let	2	11	6	33	7	39	3	17
55+ let	1	10	1	10	4	40	4	40

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.19– Porovnání celkové zátěže v závislosti na věku respondentů

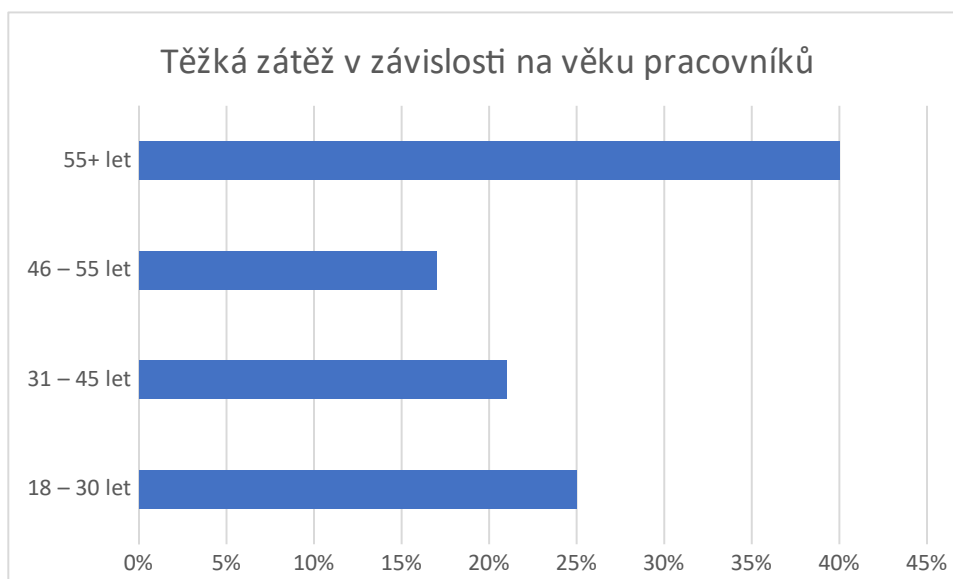


Zdroj: vlastní zpracování

Vyhodnocení výzkumné otázky číslo 2, respektive zhodnocení celkové zátěže pracovníků v závislosti na jejich věku, je následovné. Hypotéza číslo 2, která byla založena na domněnce, že nejvíce pracovníků, kteří uvedou své zatížení jako těžké, bude ve věku rovném či vyšší než 55 let, se dle výsledků analýzy dat **potvrzuje**. Respondenti z této věkové skupiny uvedli, že jejich zátěž se nachází ze 40% na škále těžké zátěže, oproti výsledkům dalších věkových skupin, které uvedly míru jejich těžké zátěže následovně. Věková skupina 18–30 let uvedla míru těžké zátěže v rozsahu 25% z celkového počtu respondentů této skupiny. Testovaní respondenti ve věku 31–45 let uvedli svou míru těžké zátěže hodnotou 21% a poslední skupina respondentů ve věku 46–55 let těžkou zátěž vyplývající z jejich věku stanovila na 17%.

Cílem tohoto výzkumného šetření bylo celkové zhodnocení zátěže pracovníků v závislosti na jejich věku. Z výše uvedeného grafu vyplývá, dle nejvíce zastoupených odpovědí v jednotlivých věkových skupinách, že věková skupina v rozsahu 18–30 let pociťuje celkovou střední zátěž. Respondenti ve věku 31–45 let uvedli také v největší míře střední zatížení, věková skupina 46–55let se vydefinovala také ve střední zátěži a věková skupina 55 a více let uvedla ve stejném poměru střední a těžkou zátěž.

Graf č.20 – Těžká zátěž v závislosti na věku pracovníků



Zdroj: vlastní zpracování

7.10.3 Cíl výzkumu číslo 3

- CÍL č. 3: Zhodnocení celkové zátěže pracovníků v závislosti na délce jejich praxe s klienty se syndromem demence.
- HYPOTÉZA: Domnívám se, že nejvíce pracovníků, kteří uvedou své zatížení jako těžké, budou ti, kteří pracují s klienty s demencí po dobu deseti a více let.

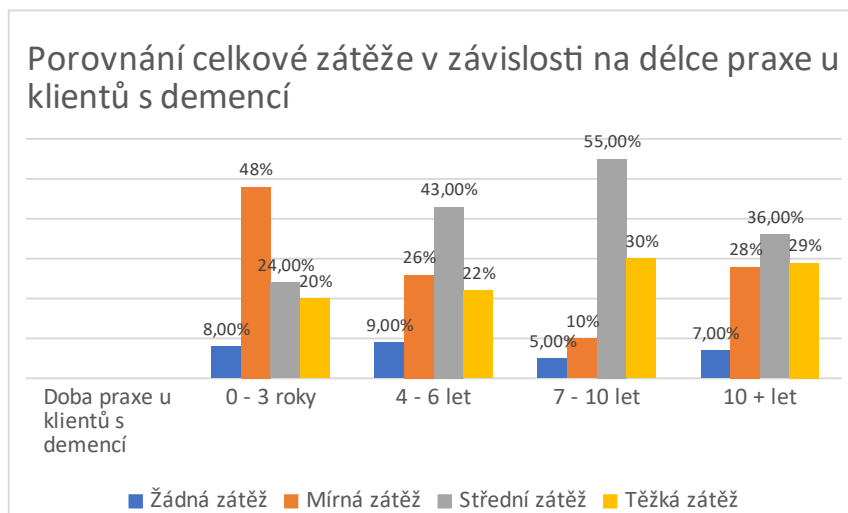
Sesbíraná dat pro zanalyzování tohoto výzkumného cíle se týkala otázky číslo 5 (otázka týkající se doby praxe s klienty se syndromem demence) a otázky 16, která zjišťovala celkově vnímanou zátěž vyplývající z pracovní pozice. Výstupy z těchto otázek byly dle jednotlivých dotazníků shromážděny a dále vyhodnoceny. Výstupy jsou následující. Respondenti, kteří uvedli praxi s klienty se syndromem demence v rozsahu 0–3 roky uvedli jejich míru zátěže takto: 2 z celkového počtu 25 participantů nepocítují žádnou zátěž, 12 uvedlo mírnou zátěž, 6 střední a 5 členů této věkové skupiny uvedlo svou zátěž jako těžkou. Ti, kteří uvedli svou praxi v délce 4–6 let (tj. 23 respondentů) odpovídali následovně: 2 bez zátěže, 6 mírná zátěž, 10 střední a 5 těžká zátěž. Respondenti s praxí 7–10 let (20 dotazovaných) odpovědělo takto: bez zátěže 1 dotazovaný, 2 uvedli mírnou zátěž, 11 střední a 6 participantů výzkumu těžkou zátěž. Poslední skupinou byli ti, kteří měli praxi v délce 10 a více let (tj. 14 respondentů), kteří odpovídali následovně: 1 bez zátěže, 4 mírná zátěž, 5 střední zátěž a 4 těžká zátěž.

Tabulka č.15 – Celková zátěž pracovníků v závislosti na délce praxe s klienty se syndromem demence

Počet participantů	Žádná zátěž	Žádná zátěž v %	Mírná zátěž	Mírná zátěž v %	Střední zátěž	Střední zátěž v %	Těžká zátěž	Těžká zátěž v %
Délka praxe								
0-3 roky	2	8	12	48	6	24	5	20
4-6 let	2	9	6	26	10	43	5	28
7-10 let	1	5	2	10	11	55	6	30
10 a více let	1	7	4	28	5	36	4	29

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č.21 – Porovnání celkové zátěže v závislosti na délce praxe u klientů s demencí

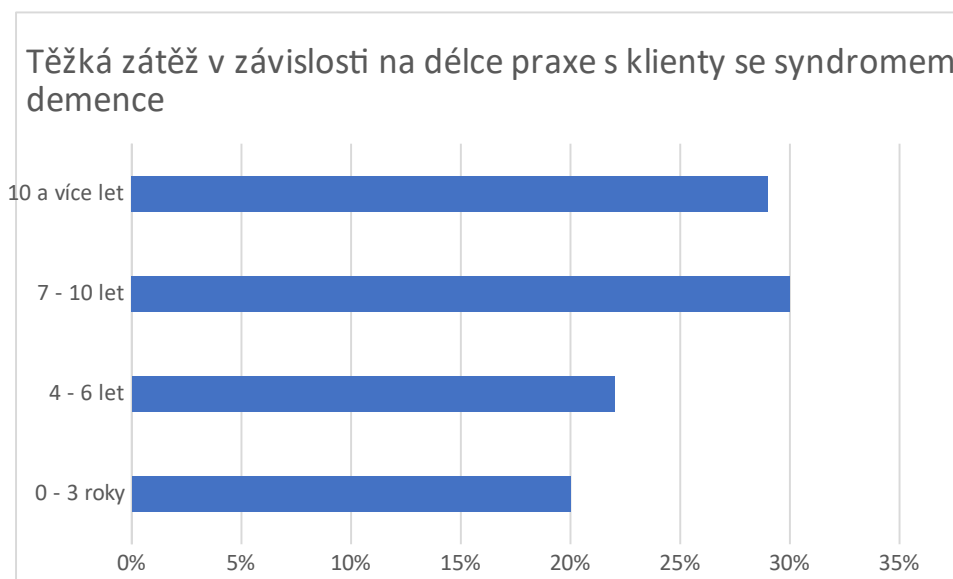


Zdroj: vlastní zpracování

Cílem výzkumu číslo 3 bylo zhodnocení celkové zátěže pracovníků v závislosti na délce jejich praxe s klienty se syndromem demence. Pro tento cíl byla stanovena hypotéza číslo 3, která byla postavena na domněnce, že nejvíce pracovníků, kteří uvedou své zatížení jako těžké, budou ti, kteří pracují s klienty se syndromem demence po dobu deseti a více let. Tato hypotéza **nebyla potvrzena** dle výstupů dotazníkového šetření. Neboť nejvíce respondentů, kteří označili těžkou zátěž jako odpověď na tuto otázku, byli respondenti s délkou praxe u klientů se syndromem demence v rozsahu 7–10 let, a to v míře 30% z celkového počtu respondentů této skupiny. Avšak byla velmi těsně následována skupinou dotazovaných s praxí 10 let a více s 29% mírou těžké zátěže účastníků této skupiny. Zbylé dvě skupiny respondentů, které spadaly do rozmezí praxe 4–6 let a 0–3 roky, byly vyhodnoceny následovně, první ze zmiňovaných skupin (tj. skupina s praxí 4–6 let) uvedla těžkou zátěž v 22% z celkového počtu a skupina 0–3 roky uvedla 20% míru těžké zátěže.

Celkové hodnocení zátěže pracovníků v závislosti na délce jejich praxe s klienty se syndromem demence bylo následující. Vyhodnoceno v závislosti na nejvíce zastoupených odpovědích v rámci jednotlivých skupin definovaných délkou praxe. Skupina respondentů s praxí 0–3 roky uvedla mírnou zátěž, skupina charakterizovaná praxí v délce 4–6 let vnímala svou zátěž jako střední. Dotazovaní, kteří pracují s klienty s demencí od 7 do 10 let a ti, kteří mají praxi v délce 10 a více let, pociťují svou zátěž shodně jako střední zátěž.

Graf .22 – Těžk zátěž v závislosti na délce praxe s klienty se syndromem demence



Zdroj: vlastní zpracování

7.11 Celkové shrnutí, limity a diskuse

7.11.1 Shrnutí výzkumu

Empirická část této práce se věnovala hodnocení zátěže multidisciplinárního týmu v domově pro seniory v kontextu Biografické koncepce péče. Toto hodnocení bylo postaveno na subjektivním vnímání zátěže vyplývající z procesu poskytování péče dle jednotlivých oblastí aktivit denního života klientům se syndromem demence žijících v pobytových zařizováních.

Pro zjištění míry zátěže byl využit kvantitativní výzkum, data byly sesbírána skrze dotazníkové šetření v pobytových zařizováních, která aktivně pracují s koncepcí Biografické péče. Dotazník obsahoval 16 uzavřených otázek, jež byly rozděleny na otázky sociodemografické a otázky zjišťující vlastní míru vnímání zátěže.

Prvním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, ve kterých oblastech péče dle ADŽ vnímají respondenti nejtěžší míru zátěže. Další cíle byly stanoveny takto, ve kterém věkovém rozpětí respondenti pocítují nejtěžší zátěž a jak vnímání těžké zátěže souvisí s délkou praxe s klienty se syndromem demence.

Z analýzy sociodemografických otázek vyplynulo, že formální pečovatelé, kteří poskytují péči klientům se syndromem demence, jsou převážně ženy, a to 87% z celkového počtu respondentů. Jejich věk byl z 46,9% zastoupen respondenty ve věkovém rozpětí 31–45 let, nejméně dotazovaných bylo ve věku 55 a více let. Zastoupení pracovních pozic, které se zúčastnily výzkumu, tvořila z více jak poloviny (tj. 57%) pozice pracovníka přímé obslužné péče, následovaná pozicemi středního zdravotnického personálu a aktivizačními pracovníky. Dalšími skupinami dle početního zastoupení byli sociální pracovníci, metodici a vedoucí pracovníci a nakonec psychologové/psychoterapeuti. Na otázku týkající se délky praxe s klienty se syndromem demence odpovědělo nejvíce respondentů, že jejich praxe není delší než 3 roky (tj. 32% z celkového počtu), těsně následovaná skupinou s praxí 4–6 let (tj. 27%) a s praxí 7–10 let (tj. 24%). Jen 17 respondentů (tj. 17%) uvedlo praxi delší než 10 let.

Následná část výzkumu se týkala přímo otázek zaměřených na subjektivní hodnocení zátěže jednotlivých respondentů při poskytování péče dle jednotlivých oblastí ADŽ. Tyto otázky byly hodnoceny na 4 stupňové škále a byla zde nutná znalost a dovednost respondentů aktivně pracovat se skórovacím mechanismem zátěže pečovatele v rámci koncepce Biografické péče. Analýza dat byla postavena na základě stanovených cílů výzkumu tak, aby bylo možné těchto cílů dosáhnout.

Poslední otázka dotazníkového šetřeni se týkala hodnocení celkov pracovní zátěže jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. Zjištnm bylo, že celch 20 z 82 respondentů pociťuje tězkou zátěž a pouze 6 dotazovaných uvedlo řádnou zátěž. Analýza této otázky byla pro výzkum podstatn, a to vzhledem ke stanovenm cílům, kdy konečn data vyplývající z odpovd respondentů byla konfrontována s vstupnmi daty jednotlivých částí výzkumu tak, aby bylo mořn verifikovat či falzifikovat vzkumn cíle.

Výstupem tohoto výzkumu bylo odpovědět na tři stanoven cíle týkající se zátěže těch, kteří poskytují pci klientům se syndromem demence v pobytových zařízeních a pracují v rámci multidisciplinárních týmů. Kařd z cílů byl podloženou svou hypotézou.

Prvním cílem bylo zjistit, v jakých oblastech ADŽ jsou osoby pečující o klienty se syndromem demence nejvíce zatěřovni. Hypotéza k tomuto cíli byla postavena takto, domnívám se, že nejvíce zatěřujc oblastí pce dle ADŽ jsou úkony spojen s hygienou a vylučováním. Tato hypotéza nebyla na základě analýzy dat z dotazníkového šetřeni verifikována, neboť respondenti v největším poctu označili míru zátěže jako tězkou zátěž v oblasti mobility, následovala oblast aktivizace a zaměštnvn klientů a zvládání a řešení ztěřovch situací.

Druh cíl hodnotil celkovou zátěž pracovníků v závislosti na jejich věku. Hypotéza k tomuto cíli byla stanovena takto, nejvíce pracovníků, kteří uvedou sv zatřen jako tězk bude ve věku rovnm či vyšším než 55 let. Tato hypotéza byla potvrzena, 40% všech respondentů ve věku 55 a více let uvedlo svou zátěž jakou tězkou oproti ostatním vkovm skupinám, kteří tuto zátěž označily v niřš míře. Zhodnocení celkov zátěže vyplývající z pracovní pozice dle věkového rozložen respondentů bylo následující (stanoveno dle nejpočetnějších odpovd v dan vkov skupině), respondenti ve věku 18–30 uvedli svou zátěž jako střední (tj. 37,5% z celkového poctu respondentů této vkov skupiny), vkov skupina 31–45 označila zátěž také jako střední (tj. 40%) a vkov skupina od 46 do 55 let uvedla míru sv celkov zátěže shodn jako dvě p ředchoz skupiny, tedy střední zátěž (39% z celkového poctu respondentů ve věku 46–55 let). Poslední věkovou skupinou byli respondenti ve věku 55 a více let, kteří uvedli sv zatřen v míře střední a tězk zátěže (vřdy po 40% z celkového poctu této vkov skupiny).

Posledním cílem bylo zhodnocení celkov zátěže v závislosti délky praxe s klienty se syndromem demence. Hypotéza k tomuto cíli byla následující, nejvíce pracovníků, kteří uvedou sv zatřen jako tězk, budou ti, kteří pracují s klienty s demencí po dobu deseti a více let. Tato hypotéza nebyla dle analýzy získaných dat verifikována, nejvíce

respondentů, kteří označili svou míru zátěže jakou těžkou, byli ze skupiny, která s klienty se syndromem demence pracuje od 7 do 10 let.

Celkové zhodnocení této výzkumné otázky je následující. Respondenti, kteří uvedli svou praxi v délce do 3 let označili svou zátěž jako mírnou (tj. 48% respondentů této skupiny), dotazovaní s délkou praxe 4–6 let uvedli zátěž střední (tj. 43% dotazovaných této skupiny) a participanti s praxí delší než 10 označili svou zátěž totožně jako předchozí skupina, tedy zátěží střední (tj. 36% respondentů).

7.11.2 Limity výzkumu

Prvotním a zásadním limitem tohoto výzkumu byla návaznost na koncepci Biografické péče, tedy bylo nutné nalézt zařízení, která s touto koncepcí aktivně pracují a používají skórovací mechanismus hodnocení zátěže pečovatele. Toto hodnocení zátěže dle koncepce Biografické péče není v současné době plně metodicky ukotvené a prochází procesem stabilizace. Proto bylo stěžejní tento výzkum provést v zařízeních, která s tímto mechanismem skórování umí pracovat a podílejí se na jeho metodickém testování.

Dalším limitním faktorem je také fakt, že toto zkoumání bylo pouze drobnou sondou do hodnocení zátěže formálních pečujících, neboť mapoval jen malou část pracovních kompetencí, které se zaměřovaly pouze na pokrytí základních potřeb klientů. Do výzkumu nebyly zahrnuty ostatní kompetence pečujících, jako je vedení dokumentace, každodenní administrativa a jiné povinnosti související s chodem domovů, tedy činnostmi, které mohou být pro pracovníky také zátěžové a výzkum se jimi nezabýval.

7.11.3 Diskuse

Empirická část této práce, která proběhla v rámci hodnocení zátěže multidisciplinárního týmu, přinesla odpovědi na stanovené cíle výzkumu, umožnila vhlédnout do subjektivně vnímané míry zátěže pečujících a otevřela další otázky, které se tohoto tématu týkají a především se týkají těch, kteří poskytují přímou péči klientům se syndromem demence v pobytových zařízeních. Tento výzkum byl veden skrze otázky týkající se základních sociodemografických údajů a otázky vztahující se k subjektivně vnímané zátěži vzhledem k jednotlivým oblastem poskytované péče v rámci aktivit denního života klientů se syndromem demence.

Je zde nutné podotknout, že tento výzkum byl prováděn v zařízeních, ve kterých se kontinuálně a aktivně pracuje s Biografickou koncepcí péče a kde všichni členové multidisciplinárních týmů se větší či menší měrou zapojují do všech činností spojených

s poskytováním péče klientům s demencí. Je tedy těžké odhadnout, zdali by tento výzkum bylo možné provést i v jiných zařizeních či by byl určen pouze pro skupinu pracovníků, kteří reálně vykonávají přímou obslužnou péči.

Dalším výrazným faktorem, který ovlivňuje pracovní nastavení a s tím související vnímání zátěže je sama o sobě osobnost formálního pečujícího, jeho charakterové vlastnosti, schopnost zvládnání a odolávání stresu, jeho flexibilita. Důležitým prvkem je také osobní život. A v neposlední řadě i pohlaví respondentů, kdy většina formálních pečujících jsou ženy, od kterých se automaticky očekává přijetí této role (Innes, 2009, s. 46-48).

V rámci organizací má vliv na vnímání a hodnocení zátěže také mnoho faktorů, například systémové nastavení organizace, odpovídající platové ohodnocení, dostatečný počet personálu, korektní vztahy na pracovišti, supervize a jiné nástroje, které působí preventivně proti přetěžování pečujících, respektive proti syndromu vyhoření (Blažková, 2008).

Závěrem by mělo být zřejmé, že oblasti péče, které byly uvedeny jako nejvíce zátěžové (oblast mobility, aktivizace/zaměstnávání, řešení a zvládnání zátěžových situací klientů), je nutné systémově ošetřit a poskytnout pečujícím adekvátní podporu, a to jak materiální, tak psychologickou a stejnou měrou ošetřit nejzatíženější skupiny pečujících vzhledem k věku a délce praxe s klienty se syndromem demence.

8 Závěr

Tato bakalárské práce se zabývala mapováním zátěže multidisciplinárního týmu v domov pro seniory se syndromem demence. Zátěž formálních pečujících byla hodnocena skrze hodnotící nástroj vycházející z Biografick koncepce pře, ve kterm se její hodnocení vztahovalo k jednotlivým oblastem poskytovan pře dle aktivit denního života.

Teoretick část obsahuje základní informace vztahující se k pobytovm zařazenm, ve kterých se pečuje o klienty se syndromem demence, složen a funkci multidisciplinárního týmu, Biografick koncepci pře a syndromu demence. Zabývá se zátěží a mořnostmi jejího mřen. Na základě mapování mořností hodnocení zátěže formálních pečujících proběhla rešerše dostupných odborných zahraničních i tuzemských zdrojů, z které vyplynulo, že nejpouřivanjší skórovací mechanismy zátěže, které jsou uren pro pečující jsou vytvořeny pro neformln pečující a nemapuj zátěž dle jednotlivých oblastí poskytovan pře v rámci aktivit denního života.

Empirick část se jíž přmo věnuje mapování zátěže formálních pečujících za pomoci dotazníkového nástroje, který vycházel z Biografick koncepce pře, s cílem vyhodnotit nejvíce zatěřujc oblasti přmo poskytovan pře formálními pečujícími. Tyto oblasti jsou v přmm souladu s oblastmi aktivit denního života. Další stanoven cíle výzkumu byly postaveny na vyhodnocení nejvíce poctvan subjektivn zátěži v závislosti na veku respondentů a délce trvání praxe s klienty se syndromem demence. Z výsledků empirick části vyplývá, že nejvíce ztěřov oblasti pře jsou úkony spojen s mobilitou, aktivizací a zaměstnáváním klientů a zvládáním a řešenm ztěřovch situací. Zátěž formálních pečujících hodnocení v závislosti na veku a délce jejich praxe s klienty se syndromem demence je v rámci veku nejvyš u respondentů ve vekov skupině 55 a více let. Vzhledem k délce praxe uvedlo těžkou zátěž nejvíce respondentů ze skupiny s praxí od 7 do 10 let.

Z výstupů a informací uvedených v teoretick a praktick části vzešly poznatky, které se týkají mapování a hodnocení zátěže formálních pečujících v pobytových zařazených pro klienty se syndromem demence. Prvním a zásadním poznatkem je absence universálního skórovacího mechanismu, který by byl přmo určen pro hodnocení zátěže formálních pečujících, kteří poskytují podporu a pei klientům se syndromem demence a mapoval by zátěž dle jednotlivých oblastí poskytovan pře, respektive poskytovan pře v rámci oblastí aktivit denního života. Dalším poznatkem je fakt, že hodnocení zátěže je

subjektivním hodnocením, a tedy je závislé na mnoha faktorech, které v daný moment ovlivňují nejen klienta, ale také pečujícího.

Závěrem bych ráda poznamenala, že tato práce je pouze prvotní sondou do dané problematiky, která má vést k otevření tohoto tématu, k upozornění, že zájem o formální pečující je nezbytný a měl by být přímou součástí procesu transformace péče v pobytových zařízeních. Ač jsou výstupy mého výzkumu relevantní v závislosti na jeho nastavených pravidlech, bude do budoucnosti potřeba se touto problematikou zabývat více do hloubky a využít sofistikovanějších metodik výzkumné práce. Což je mým cílem nejen v návazném studiu, ale také pracovním životě.

9 Seznam pouřit literatury

AUER, Stefanie, GRAESSEL, Elmar, VIERECKL, Carmen, KIENBERGER, Ursula, SPAN Edith a CUTTENBERGER Katharina. *Professional Care Team Burden (PCTB) scale – reliability, validity and factor analysis* [online]. Health Qual Life Outnigs, 2015. [citováno 2019-11-27]. Dostupn z: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-014-0199-8>.

BLAŽKOVÁ, Vlasta. *Psychick pracovní zteř*. In: Dokumenty SZ [online], 2008. [citováno 2019-11-19]. Dostupn z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>.

BOHM, Erwin. *Psychobiografický model pee podle Bohma*. Přelořil Petra SOCHOVÁ. Praha: Mladá fronta, 2015. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3197-4.

BRUŠTKOV, Radka. *Meřic nástroje pečovatele* [online]. Olomouc, 2017 [cit. 2019-11-29]. Dostupn z: <https://theses.cz/id/70bknl/>. Bakalrsk práce. Universita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotních věd. Vedoucí práce Mgr. Jana Konen.

DVOULET, Karla. *Biografie klienta v pei v pobytových zařizench sociálních sluřeb pro seniory*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2017, 85 s. Dostupn také z: <http://hdl.handle.net/10563/39611>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ustav zdravotnických věd. Vedoucí práce Vereřov, Jarmila.

FRIEDLOV, Karolína. *Bazální stimulace® pro peujic, terapeuty, logopedy a speciln pedagogy: praktick přiruka pro pracujic v sociálních sluřbách, dlouhodob pei a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatel sociálních sluřeb ČR, 2015. ISBN 978-80-904668-9-0.

GARLO, Katherine, O'LEARY, John, VAN NESS Peter a Terri FRIED. *Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness* [online]. Wiley: The Wiley online library, 2010, . 58. [citováno 2019-11-27]. Dostupn z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x>.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4, str. 48.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-890-5.

HOLASOVÁ, Lenka PhDr. 2019 *Mapování zátěže pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory*. Praha: Universita Karlova, 2019, 103 s. Dostupné také z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/105199>. Universita Karlova. Fakulta humanitních studií, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Vedoucí práce Mgr Ingrid Štegmánová, PhD.

HRDÁ, Karolína a Matěj LEJSAL. *Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě — zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder* [online]. Fórum sociální práce. 2017, č. 2, s. 75–80. [cit. 2019-11-10]. Dostupný z: https://forumsocialniprace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2017/12/Hrda_Lejsal_75-80.pdf.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHUNG-YING, Lin, JUNG-DER, Wang, MING-CHYI, Pai a Elizabeth Ku LI-JUNG.

Measuring burden in dementia caregivers: Confirmatory factor analysis for short forms of the Zarit Burden Interview [online]. Gerontology and geriatric, 2017, . 68. [citováno 2019-11-29]. Dostupn z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494316301418>.

INNES, Anthea. *Dementia studies: a social science perspective*. Los Angeles: SAGE, c2009. ISBN 1412921643.

JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinick obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenn pee*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Zdeněk. *Křehk pacient a primrn pee*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KOTRUSOVÁ, Miriam, Karolína DOBIŠOV a Jitka HOŠLKOV. *Role rodinných peovatel v systému sociální a zdravotn pee v ČR*. Fórum sociální politiky. 2013, . 6, s. 10-20. ISSN 1802-5854.

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v pei o nevyleiteln nemocn*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5707-0.

MALKOV, Eva. *Pee o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MÁTL, Ondřej, Martina MÁTLOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Zpráva o stavu demence 2016*. České alzheimerovsk společnost, o. p. s. 2016. ISBN 978-80-86541-50-1.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

NOVAK, Mark a Carol GUEST. *Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory* [online]. The Gerontologist. 1989 Volume 29, Issue 6, s. 798–803 [cit. 2019-11-29]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/29.6.798>.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Základy práce s biografií a plány péče*. Výuková skripta. Erwin Böhm institut.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-828-8.

STRMEŇ, Ladislav a Ján Ch RAISKUP. *Výkladový slovník odborných výrazov používaných v psychológii a v jej príbuzných a hraničných vedných odboroch*. Bratislava: Iris, c1998. ISBN 80-88778-69-7.

STROSSOVÁ, Ivana, PhDr. a Radka KURTINOV. *Metodika multidisciplinárního týmu* [online]. Opava: Fokus – Opava, z.s., 2016, 22 s. [cit. 2019-11-14]. Dostupn z: http://www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus_Metodika-MT.pdf.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinn přísluřníky: průvodce pro zdravotníky a profesionln pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. ISBN 80-238-8001-2.

VITALIANO, Peter, RUSSO, Joan, YOUNG, Heather, BECKER, Joseph a Roland MAIURO. *The Screen for Caregiver Burden* [online]. The Gerontologist, 1991, ř. 31. [citováno 2019-11-27]. Dostupn z: https://www.researchgate.net/publication/21147489_The_Screen_for_Caregiver_Burden.

VUBP, 2019. *Pracovní výkon a pracovní zátěž člověka*. [online] [citováno 2019-11-19]. Dostupn z: <https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/ergonomie/335-pracovni-vykon-a-pracovni-zatez-cloveka>.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence a zátěž pečovatele* [online]. Česk a slovensk psychiatrie. 2010, 106(5), s. 307-309 [cit. 2019-11-29]. Dostupn z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=652>

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Vliv Alzheimerovy demence na psychosociální zdraví pečující osoby* [online]. Česk a slovensk psychiatrie. 111(2), 59-63 [cit. 2019-11-29]. ISSN 1212-0383. Dostupn z: <http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. *Meisterův dotazník* [online]. 2013. [citováno 2019-11-27]. Dostupn z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>.

Registr poskytovatelů sociálních sluřeb. Dostupn z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1573202625360_1

10 Seznam grafů a tabulek

Graf .1 – Pohlaví respondentů

Graf .2 – Vek respondentů

Graf .3 – Pracovní zařazen

Graf .4 – Delka pracovního vykonu s klienty se syndromem demence

Graf .5 – Vnímaná zátěž při komunikaci s klienty

Graf .6 – Vnímaná zátěž při poskytování úkonů spojených s mobilitou

Graf .7 – Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou zdraví

Graf .8 – Vnímaná zátěž při poskytování úkonů spojených s podáváním stravy a tekutin

Graf .9 – Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s hygienou

Graf .10 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s vylučováním

Graf .11 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených

s aktivizací/zaměstnáváním

Graf .12 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených se spánkem a klidem

Graf .13 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou rolí a vztahů klienta

Graf .14 - Vnímaná zátěž při zvládání a řešení zátěžových situací

Graf .15 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou orientace – čas, místo, situace, osoba

Graf .16 – Hodnocení celkové zátěže vyplývající z pracovní pozice

Graf .17 – Porovnání zátěže dle jednotlivých oblastí ADŽ

Graf .18 – Zhodnocení tžk zátěž dle jednotlivých oblastí ADŽ

Graf .19 – Porovnání celkové zátěže v závislosti na veku respondentů

Graf .20 – Tžk zátěž v závislosti na veku pracovníků

Graf .21 – Porovnání celkové zátěže v závislosti na delce praxe u klientů s demencí

Graf .22 – Tžk zátěž v závislosti na delce praxe s klienty se syndromem demence

Tabulka .1 – Vnímání zátěže při komunikaci s klienty

Tabulka .2 – Vnímání zátěže při poskytování úkonů péče spojených s mobilitou.

Tabulka .3 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podporou zdraví

Tabulka .4 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s podáváním stravy a tekutin

Tabulka .5 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů péče spojených s hygienou

Tabulka .6 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů pee spojených s vylučováním

Tabulka .7 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů pee spojených
s aktivizací/zaměstnáváním

Tabulka .8 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů pee spojených se spánkem a klidem

Tabulka .9 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů pee spojených s podporou rolí a
vztahů klienta

Tabulka .10 - Vnímaná zátěž při zvládání a řešení zátěžových situací

Tabulka .11 - Vnímaná zátěž při poskytování úkonů pee spojených s podporou orientace
– as, místo, situace, osoba

Tabulka .12 – Hodnocení celkov zátěží vyplývající z pracovní pozice

Tabulka .13 – Jak oblast pee je vnímána jako nejvíce zátěžové

Tabulka .14 – Celkov zátěž pracovníků v závislosti na jejich věku

Tabulka .15 – Celkov zátěž pracovníků v závislosti na délce praxe s klienty se
syndromem demence

11 Seznam zkratk

ADŽ	Aktivity denního života
AJ.	A jiné
BKP	Biografická koncepce péče
TJ.	To je
WHO	World Health Organization (= Světová zdravotnická organizace)

12 Prlohy

12.1 Prloha 1 – Dotazník pro respondenty

Dobry den,

jmenuji se Kateřina Chlebov a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociln politika a sociální práce na UK. Chtěla bych Vás tmto pořádat o spolupráci na výzkumu k me bakalrřsk práci na téma „Zteř multidisciplinárního týmu v Domov pro seniory v kontextu Biografick koncepce pee“.

Dotazník je zcela anonymn a je pouze pro uely me bakalrřsk práce.

Za Věří čas a ochotu Vám velmi dekuji.

Kateřina Chlebov

DOTAZNÍK:

1) Pohlaví

- Žena
- Muř

2) Vek

- 18 – 30
- 31 – 45
- 46 – 55
- 55 a vice

3) Na jak pozici pracujete?

- Pracovník prme obsluřne pee
- Aktivizační pracovník
- Zdravotn sestra/bratr
- Jiny zdravotnicky pracovník (fyzioterapeut, nutrin trapeut, aj.)
- Sociln pracovník
- Psycholog/psychoterapeut
- Vedou pracovník/metodik
- Jine pracovní zařízení

4) Jak dlouho pracujete s klienty s demencí?

- 0 – 3 roky
- 4 – 6 let
- 7 – 10 let
- 10 a více let

Následující otázky 6) – 16), se týkají Va zátěž, kterou cítíte v závislosti na Vaší míře zapojení (tedy podoře či plnm převzetí pee) při přímé práci s klienty v oblastech aktivit denního řivota dle koncepce Biografick pee. Zátěž hodnotíte obecn, ne konkrtn k jednomu klientovi. Pokud některou z aktivit denního řivota nevykonvte, otázku nevyplnujte.

5) Jakou vnímáte zátěž při komunikaci s klienty?

- řádnou – nemám s komunikc pblmy
- Mrnou – objevují se pblmy, ale stále se necítím komunikc zatížený
- Střední – pblmy v komunikaci, kter m jř zatřuj
- Těžkou – komunikace je pro mě velmi zatřujc

6) Jakou vnímáte zátěž při poskytování úkonů spojených s mobilitou (kter se týká dopomoci či úplného převzetí pee v této oblasti – polohování, pouřvn kompenzacnch pomůcek, přesuny, vysazování, schopnost samostatn mobility, nadmrn potřeba pohybu či naopak, kdř klient není schopen pohybu či pohyb odmítá clen)?

- řádnou
- Mrnou
- Střední
- Těžkou

7) Jakou vnímáte zátěž v oblasti aktivity denního řivota vztahující se k „podpoře zdraví“ při řešení akutních změn či dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu klientů ve spolupráci se zdravotníky (sledování vylučování, podpora hydratace a stravování, polohování, sledování bolesti, aj.)?

- řádnou
- Mrnou
- Střední
- Těžkou

8) Jakou vnímáte zátěž při poskytování úkonů spojených s podáváním stravy a tekutin?

- Žádnou
- Mrnou
- Střední
- Těžkou

9) Jakou vnímáte zátěž při poskytování úkonů spojených s hygienou?

- Žádnou
- Mrnou
- Střední
- Těžkou

10) Jakou vnímáte zátěž při poskytování úkonů spojených s vylučováním?

- Žádnou
- Mrnou
- Střední
- Těžkou

11) Jakou vnímáte zátěž v oblasti aktivizace a zaměstnávání klientů (míra Vaší podpory – Vaše aktivn zapojení se do aktivizace klienta, pln převzetí aktivity či klient je schopen se zaměstnat samostatn)?

- Žádnou
- Mrnou
- Střední
- Těžkou

12) Jakou vnímáte zátěž v oblasti „spánku a klidu“ – míra Vašeho zapojení (rituály před spaním, ast probouzení v noci a potřeba Vaší intervence, noční bloudění, nespavost)?

- Žádnou
- Mrnou
- Střední
- Těžkou

13) Jakou vnímáte zátěž, která vychází z podpory rolí a vztahů klienta – zajištění sociální oblasti života, Vaše míra zapojení, aby se předcházelo riziku sociální izolace?

- Žádnou
- Mírnou
- Střední
- Těžkou

14) Jakou vnímáte zátěž při zvládnání a řešení zátěžových situací, které se týkají klientů?

- Žádnou
- Mírnou
- Střední
- Těžkou

15) Jakou vnímáte zátěž při podpoře orientace časem, místem, osobou a situací (jak mě zatěžuje tato podpora např. stálé opakování času)?

- Žádnou
- Mírnou
- Střední
- Těžkou

16) Jak hodnotíte Vaši celkovou zátěž související s Vaší pracovní pozicí?

- Žádnou
- Mírnou
- Střední
- Těžkou

Velmi děkuji.