

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Milada Houdková, 2010

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

MÍRA ZÁTĚŽE PEČUJÍCÍCH O NEMOCNÉ
S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: **Milada Houdková**
Vedoucí práce: **PhDr. Mariana Bažantová**

2010

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

RATE BURDEN EXPLORED THE SICK
WITH ALZHEIMER DISEASE

Bachelor's thesis

Author: Milada Houdková
Supervisor: PhDr. Mariana Bažantová

2010

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Milada Houdková

.....

V Hradci Králové 24. 4. 2010

Děkuji PhDr. Marianě Bažantové za odborné vedení bakalářské práce a poskytnutí cenných rad. Děkuji též Mgr. Daně Čechové za odborné konzultace, rady a psychickou oporu při zpracování práce.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 ZÁTĚŽ	8
1.1 Druhy zátěže	8
1.1.1 Fyzická - pracovní zátěž pohybového systému	8
1.1.2 Psychická - zátěž kladoucí nároky na psychické procesy	9
1.1.3 Sociální zátěž	10
1.2 Zátěž sester	10
1.3 Zátěž pečovatele	12
2 STRES U SESTER A PEČOVATELŮ	13
2.1 Zvládání stresu	14
2.2 Možnosti řešení stresové situace	15
3 SYNDROM VYHOŘENÍ - BURNOUT	15
3.1 Stadia vývoje syndromu vyhoření	17
3.2 Prevence syndromu vyhoření	18
3.2.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce	18
3.2.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace	20
4 ALZHEIMEROVA CHOROBA	21
4.1 Epidemiologie Alzheimerovy nemoci	21
4.2 Klinický obraz	22
4.3 Stadia Alzheimerovy nemoci	23
4.4 Diagnostika	24
4.5 Průběh a prognóza	25
4.6 Léčba Alzheimerovy nemoci	25
4.6.1 Farmakologická léčba	25
4.6.2 Nefarmakologická léčba	27
4.7 Ošetřovatelská péče	30
4.7.1 Ošetřovatelská péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení	32
4.7.2 Ošetřovatelská péče poskytovaná rodinným příslušníkem	33

EMPIRICKÁ ČÁST	36
5 CÍL VÝZKUMU	36
6 REALIZACE VÝZKUMU	36
6.1 Metody výzkumu	37
6.2 Výzkumný vzorek.....	37
7 VÝSLEDKY A INTERPRETACE.....	40
7.1 Shrnutí rozhovorů s pečovateli	41
7.2 Shrnutí rozhovorů se sestrami	43
7.3 Kategorizace výsledků.....	45
7.3.1 Kategorie 1 - Zvládání povinností.....	46
7.3.2 Kategorie 2 - Pocity, provázející péči	48
7.3.3 Kategorie 3 - Co nebo kdo pomáhá zvládat problémy	51
7.3.4 Kategorie 4 - Prolínání problematiky péče s osobním životem, čas na sebe.....	53
7.3.5 Kategorie 5 - Pohled na sebe sama.....	55
7.3.6 Kategorie 6 - Životní cíl, priority	57
7.3.7 Kategorie 7 - Syndrom vyhoření a možnosti jeho předcházení.....	59
7.3.8 Kategorie 8 - Povědomí o možnostech odborné pomoci.....	61
7.3.9 Kategorie 9 - Zdravotní problémy.....	62
DISKUZE.....	64
ZÁVĚR	69
ANOTACE.....	71
ANNOTATION	72
POUŽITÁ LITERATURA.....	73
SEZNAM TABULEK.....	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	77
PŘÍLOHA I.....	78
PŘÍLOHA II.....	79
PŘÍLOHA III	80

ÚVOD

V posledních letech se často hovoří o tom, že naše populace stárne. V důsledku prodlužování kvality a délky života seniorů přibývá. Zároveň s tím dochází i ke zvýšení počtu osob ohrožených Alzheimerovou chorobou.

Demence představují závažný problém pro zdravotně sociální systémy všech zemí. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba. Pacienti s touto nemocí žijí doma nejdříve samostatně, později potřebují stále intenzivnější pomoc a podporu rodiny a profesionálních služeb. Někteří pacienti s demencí zůstávají v domácím prostředí i v terminálních fázích tohoto onemocnění, někteří jsou ošetřováni ve zdravotnických či sociálních zařízeních. V České republice je v domácím prostředí ošetřováno asi 80% nesoběstačných seniorů, to znamená, že rodiny představují velmi důležitý systém péče o pacienty postižené demencí (Holmerová, 2010).

Mezi hlavní principy poskytování péče v rodinách patří princip solidarity, který jde napříč generacemi. V rodině je péče o staré rodiče a prarodiče založena na vděčnosti, lásce a vzájemném sdílení. Pečování je vysoce fyzicky i psychicky náročné, zejména je-li celodenní a dlouhodobé (Topinková, 2001).

Náročná je i práce nelékařských zdravotnických pracovníků, na které jsou kladeny velké nároky. Potřeba vysoké kvality péče je uplatňována jak ze strany pacientů a jejich blízkých, tak i ze strany zaměstnavatelů a zřizovatelů zařízení.

Během své praxe na gerontopsychiatrickém oddělení jsem se denně setkávala s nemocnými trpící Alzheimerovou nemocí. Starala jsem se o ně, sledovala, jak se jejich nemoc vyvíjí. Každému se pracuje lépe, pokud je výsledek jeho práce vidět, což je při péči o nemocné s Alzheimerovou nemocí přinejmenším obtížné. Velmi často jsem se cítila vyčerpaná, po příchodu z celodenní směny jsem již neměla sílu na svoji rodinu, na své děti.

Setkávala jsem se též s rodinnými příslušníky nemocných. Několikrát jsem byla svědkem situace, kdy byli na pokraji sil při péči o svého nemocného, a přesto jim umístění do léčebny činilo velké rozpaky. Měli pocit selhání, cítili se trapně. Za přijetí svých matek a otců se omlouvali, měli pocit, že sestřám musí vysvětlovat, proč už péči nezvládají. Nejednou jsem je ujišťovala o jejich správném rozhodnutí, snažila je povzbudit, projevit jim obdiv za péči a lásku, kterou svým nemocným doposud dávali. Na druhé straně zase příbuzní obdivovali nás, sestry, za obětavost, trpělivost, ochotu, což mě ujišťovalo, že má naše práce smysl.

V soukromém životě jsem byla oporou kamarádce, která zajišťovala péči své babičce s diagnózou Alzheimerovy nemoci. Byla jsem svědkem jejich problémů, starostí, jejich nálad, její bezmoci.

Díky tomu jsem si položila otázku, jak se cítí rodina při péči o svého blízkého s touto nemocí. Jak se cítí sestry? Lze porovnat zátěž sester a rodinných pečujících?

Tyto otázky se staly námětem pro tuto bakalářskou práci.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části je popsána obecně pracovní zátěž, zátěž sester, práce sestry a stres, zátěž pečovatele, syndrom vyhoření a onemocnění zvané Alzheimerova nemoc, její projevy, stadia, léčba, ošetřovatelská péče o nemocné trpící touto chorobou. Empirická část popisuje provedený výzkum, cíl práce, metodu výzkumu, popisuje výzkumný vzorek. Součástí práce jsou i doslovné přepisy provedených rozhovorů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zátěž

Je obecně chápána jako vnější faktor (stresor) působící na jedince. Pracovní zátěž může mít různý dopad, může docházet k tělesným změnám organismu, jako jsou např. bolesti pohybového aparátu, zažívací obtíže, potíže s dýcháním, změny srdeční frekvence, zvýšené pocení, časté močení. Důsledkem může být i psychické vyčerpání projevující se ztíženým usínáním nebo naopak ospalostí, nechutenstvím, podrážděností a dalšími příznaky. Reakce na zátěž je čistě individuální, rozhodující není její objektivní míra, ale subjektivní pocit námahy, který je ovlivněn např. typem osobnosti, individuálními potřebami, dostupností materiálních a sociálních zdrojů.

Dle Kebzy a Šolcové (1998) je vysoce stresogenní práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při nemožnosti rozhodovat o jejím tempu, povaze a podmínkách.

1.1 Druhy zátěže

Zátěž lze rozdělit na fyzikální a chemickou, fyzickou zátěž a psychosociální zátěž. Fyzikální a chemickou zátěží se v této práci nezabývám. Pro úplnost jen vyjmenuji některé faktory, které ovlivňují pracovní prostředí. Je to prach, chemické látky, hluk, vibrace, záření, abnormální barometrický tlak a tepelně vlhkostní (mikroklimatické) podmínky.

1.1.1 Fyzická - pracovní zátěž pohybového systému

Fyzická pracovní zátěž je pracovní zátěž pohybového, srdečně cévního a dýchacího systému s odrazem v látkové přeměně a termoregulaci. Míra fyzické námahy by neměla převyšovat fyziologické možnosti jedince a vyvolávat poškození zdraví. Negativní vliv působení fyzické zátěže na zdraví jedince se může projevit např. zvýšeným počtem pracovních úrazů nebo onemocněním pohybového aparátu, zejména páteře, svalů, kloubů a šlach v důsledku jednostranného přetěžování. Tento faktor významně ovlivňuje

výkonnost jedince a kvalitu jeho práce. Míru fyzické zátěže lze do jisté míry ovlivnit celou řadou technických, organizačních a náhradních opatření. Mezi nejdůležitější zásady patří: ergonomické uspořádání pracovního místa, omezit zaujímání nefyziologických pracovních poloh, zachovávat principy správné manipulace s břemeny, nepřekračovat individuální kapacitu fyzické zátěže, vhodně organizovat práci, věnovat se problematice režimu práce a odpočinku. Nezbytná je znalost kritérií pro správnou volbu pracovní polohy a správnou ruční manipulaci s břemeny: dostatečná stabilita těla pro všechny pracovní polohy, minimální statické zatížení, umožnění střídání poloh, poloha těla odpovídající požadavkům na vynakládané svalové síly, přednostní využití silových svalů dolních končetin, udržení rovné páteře, rovnoměrné rozložení hmotnosti břemene, volba co nejkratší dráhy břemene, přimknutí břemene co nejbliže k tělu pro zlepšení stability, využití pomocných technických prostředků.

Z fyziologického hlediska můžeme rozlišit dvě formy svalového pohybu. Svalová kontrakce se může projevit tím, že vyvíjí sílu nebo mění délku svalu buď samostatně, nebo v kombinaci. Rozlišujeme dva typy kontrakce, izometrickou a izokinetickou (izotonickou). Izometrická kontrakce znamená to, že sval vyvíjí sílu, aniž by se při tomto jevu zkracoval či prodlužoval. Izokinetickou kontrakci pak můžeme vyjádřit jako plynule se měnící délku svalu při nezměněné síle. V praxi se vyskytují kombinace obou kontrakcí, mění se délka i síla svalu. Pojem kontrakce izometrická a izokinetická je ve fyziologii práce nahrazen pojmy práce statická a dynamická. Pro dynamickou práci je typické střídání kontrakce svalových skupin a následovně uvolnění svalstva. Statická práce je kontrakce svalu, ve kterém se zvyšuje napětí. (Tuček a kol., 2007)

1.1.2 Psychická - zátěž kladoucí nároky na psychické procesy

Psychickou zátěž je možné definovat jako proces psychického zapracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Negativní vliv působení psychické pracovní zátěže se projevuje např. neurotickými příznaky, obtížemi svalově kosterního aparátu, zejména souvisejícími s funkcí páteře či psychosomatickými onemocněními v důsledku psychické zátěže, např. monotonie a vnuceného pracovního tempa, nevhodné rotace směn, narušeného sociálního klimatu či zvýšených nároků na mentální procesy (odpovědnost, spolehlivost). Rozlišují se tři formy psychické zátěže, podle vyplývajících požadavků na práci: senzorická - požadavky na činnost smyslových orgánů, mentální-

na psychické procesy jako je pozornost, paměť, myšlení, rozhodování, a emoční zátěž-vyvolávající afektivní odezvu. Dlouhodobá psychická zátěž může zapříčinit poruchy zdraví, zejména psychosomatická onemocnění (ischemická choroba srdeční, vředová choroba, hypertenze) i poruchy v oblasti mentálního zdraví (poruchy přizpůsobení, zneužívání látek či závislost na látkách, psychotické, neurotické poruchy). Důsledkem psychické zátěže může být tělesná i psychická únava, různé emoční a náladové stavy, rozlada, ale i pracovní nespokojenost či vyhasnutí (burnout) jako vystupňovaný afektivní stav. Negativně na psychiku působí i noční práce. Ta vede k posunu času práce a spánku oproti normální časové struktuře biologického rytmu těla a narušuje přirozené biorytmy fyziologických funkcí. Dochází k poruchám spánku, denní spánek po noční směně není jen zkrácen, ale i kvalitativně změněn (zkrácení REM fáze), což může vést k chronické únavě. Při domácí péči o nemocné je jedním z největších stresorů bezvýchodnost situace, zhoršování zdravotního stavu pečovaného i přes výborně poskytovanou péči, pocit viny za nemožnost oplatit svým nejbližším péči a oporu. Pečující rodinný příslušník nemůže od převzaté odpovědnosti utéct. (Tuček a kol., 2007)

1.1.3 Sociální zátěž

Ošetřování rodinného příslušníka stojí pečující osobu podstatnou část volného času, veškerý čas je ovlivněn potřebami ošetřovaného. Vlastní zájmy, společenský život, ale i kontakt s vlastní rodinou se tak na dobu neurčitou posouvá do pozadí, což vede k izolaci pečující osoby. Nemalým problémem bývá finanční situace. Náklady na živobytí, léky, pomůcky, vybavení bytu a služby často nepokryjí příjmy pečovaného. Na výdajích se pak často podílí i rodina, kde omezené finanční zdroje mnohdy zvyšují napětí uvnitř rodiny. (Tuček a kol., 2007)

1.2 Zátěž sester

Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, než tomu je u většiny jiných profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů,

psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč lékaři a sestry opouštějí zdravotnictví. (Nešpor, 1990)

Pracovní zátěž v péči o nemocné může mít různý dopad na pečující osobu i výsledek péče. V oblasti ošetřování ji lze do jisté míry snížit používáním zvedacích zařízení a jiných pomůcek a technik. (Tuček a kol., 2007)

Zátěže v práci sestry se dají opět rozdělit na fyzické, chemické, fyzikální, kam patří statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, vizity, u výkonů), dynamické zatížení, zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování), zatížení kloubního a svalového systému, setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, nehojící se rány, zápach, vyrážky), rizika infekce, narušení spánkového rytmu při směnování, nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu, a dodržování pitného režimu, kontakt s léky, desinfekčními prostředky, pomůckami (latexové rukavice), hluk, nesprávné osvětlení. (Bartošíková, 2006)

Další skupinou jsou zátěže psychické, emocionální, sociální, kde je sestra vyčerpávána neustálou pozorností, pečlivým sledováním, rychlým přepojováním mezi činnostmi. Musí pružně reagovat na různorodé požadavky a změny, jsou kladeny velké nároky na paměť, velká je i zodpovědnost za výsledky (následky) její práce. Sestra se musí samostatně a rychle rozhodovat a souběžně respektovat daná pravidla, nutné je umění improvizace při nárazovém charakteru práce. Opakovaně se sestry setkávají s lidmi v těžkých emočních stavech, jsou konfrontovány s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnání se s pocity bezmoci. Provádí řadu činností, které běžně vzbuzují odpor, působí bolest jiným lidem. Nelehká je komunikace s příbuznými pacientů, kladení otázek týkajících se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin. Její práci provází konflikt rolí, nízké ohodnocení náročné práce, nároky na neustálé učení se a vzdělávání. (Bartošíková, 2006)

Sestra je u pacienta přítomna většinu své pracovní doby, je u něj, když spí, vstává, provádí hygienu, jí. Při ošetřování zasahuje do oblasti intimní zóny. Je u pacienta, když trpí, nařiká, selhává, když je slabý, bezmocný. Právě toto dlouhodobé či opakované setkávání se s intimitou druhého člověka a intenzivní zabývání se lidmi, kteří jsou ve stresu, klade velké nároky na osobnost sestry. Od ní se očekává, že kromě odborné náplně práce bude také připravená a schopná pomáhat pacientovu zvládat jeho těžkou situaci, mírnit jeho utrpení. Při ošetřování pacienta v terminálním stádiu nemůže ani při nejlepší vůli zvítězit nad smrtí. Může se objevit pocit bezmoci, selhání. (Bartošíková, 2006)

Požadavky na práci přesčas a o víkendech mnohdy zasahují do rodinného života sester. Dostávají se do konfliktu rolí (konflikt mezi pečováním o vlastní a cizí). Náročný životní

styl sester bere čas a energii na koníčky. Sestry jsou naučeny zabývat se problémy pacientů, ale často se neumí zabývat samy sebou, svými potřebami, což může vést k narůstajícímu napětí a kupení nedořešených osobních problémů. (Bartošíková, 2006)

Zdravotník také bývá vnímán svým okolím přes svoji profesi, což může mít negativní účinek. Se žádostí o radu se na něj obracejí lidé i v situacích, kdy by se měl věnovat úplně jiným věcem. I v osobním životě zůstává zdravotníkem. (Nešpor, 1990) Jednou z nejvýznamnějších reakcí mimořádně zatěžující práci je „burnout syndrom“ - syndrom vyhoření. (Křivohlavý, 1994)

1.3 Zátěž pečovatele

Mezi neformální poskytovatele pomoci patří rodina, komunita, dobrovolníci, svépomocné skupiny, ti všichni pomáhají lidem, kteří potřebují pomoci. Tato pomoc směřuje mimo instituci, je poskytována neformálně, na bázi solidarity, pocitu sounáležitosti a lásky. Napomáhá tak zachovat přirozenou sociální vazbu člověka a jeho sociální prostředí a současně podporuje začlenění člověka ve společnosti. (Tošnerová, 2002)

Termínem pečovatel ve svém pojetí vnímám člověka, který z lásky, ze solidarity nebo z vděčnosti poskytuje podpůrnou, neosobní či osobní péči člověku, v tomto případě člověku s diagnózou Alzheimerova choroba.

Schopnost pečovat může být ovlivněna zátěží, která může vzniknout v souvislosti s poskytovanou péčí. Proces pečování má i nové prvky zátěže, se kterými se pečovatel musí vyrovnat. Mezinárodní Alzheimerovská společnost na svých stránkách uvádí pět typů zátěže, se kterými se pečovatelé setkávají, může to být zátěž tělesná, emocionální, sociální, finanční nebo zátěž vycházející z okolního prostředí. K pocitu tělesné zátěže mohou vést péče o domácnost, provádění osobní hygieny a přemísťování osob se sníženou pohyblivostí. Jestliže se pečovatel stará o nemocného 24 hodin denně, je s nemocným v neustálém kontaktu, je izolován od své rodiny, od přátel a společenského života, pak hovoříme o zátěži sociální. Také se může objevovat problém ohledně financí, ze kterých je péče poskytována – finanční zátěž. Bývá nutné přizpůsobit způsob života i každodenní rozvrh činností. Všechny tyto zátěže přispívají k prožívání velmi silné emocionální zátěže. Pečovatel nemůže svobodně hospodařit se svým časem, musí brát neustále ohled na nemocného, musí se vyrovnat s velkou zodpovědností, přijmout skutečnost, že je

na něm někdo závislý. Nelehké je přijímat proměny osobnosti nemocného, ke kterému ho váže osobní pouto. (Tošnerová, 2002)

K poskytování pomoci druhým je důležité, aby se sám pečovatel chránil před tělesným a psychickým vyčerpáním. Troufám si říci, že je nezbytné, aby pečoval o sebe stejně tak dobře jako o nemocného.

2 Stres u sester a pečovatelů

V moderní civilizaci představuje zdravotnictví oblast, která zajímá velkou část populace, ať už z hlediska léčení nemocí nebo z hlediska prevence zdraví. Zdravotnictví jako výsostně pomáhající profese klade vysoké požadavky na výkon, zodpovědnost, přináší zdravotníkům zátěže v podobě chronických stresů, tlaku na neustálé vzdělávání, očekává vysoké nasazení lékařů a sester. Z dob socialistického zdravotnictví si nese s sebou i požadavek veřejnosti na vždy dostupnou, vysoce odbornou a pokud možno bezplatnou pomoc. Role sestry prodělala složitý vývoj nejen v minulosti, ale podstatně se mění i dnes. Dosažení i udržení standardu péče vyžaduje od sester nové dovednosti. (Bartošíková, 2006)

Pojem stres se v angličtině objevuje od přelomu 14. a 15. století. Původně byl užíván v souvislosti s pojmy hardship (strasti, útrapy, těžkosti), strais (obtížná situace, tíseň) a adversity (protivenství, neštěstí, nepřízeň osudu). Později tento pojem částečně nabýval odlišný význam, objevoval se v kontextu vyjádření fyzikálního tlaku, síly, napětí. (Kebza, 2005)

Hans Selye ve své studii označuje stres souborem reakcí organismu na interní nebo externí procesy, které dosahují takových hodnot, že přetěžují fyziologické kapacity organismu. (Selye, 1966)

Dle Křivohlavého (1994) je stres považován za potenciálně významný faktor při vzniku a průběhu všech tělesných (somatických) chorob.

Pod pojmem stres také rozumíme reakci organismu na stresový podnět neboli stresor. Jiná definice stresu praví: Stres lze chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém časovém úseku déletrvající nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace. Somatické změny se týkají především vegetativních projevů, psychické se projevují jako vnitřní vzrušení, napětí, silné emoční prožívání, cílené i bezcílné činnosti. Tyto změny lze

obecně chápat jako zvládací způsoby a dovednosti. (Bartošíková, 2006)

Odpovědí na zátěž přicházející z různých zdrojů je dynamický proces zvaný adaptace. Jednotlivé adaptační mechanismy jsou zvláštními strategiemi poznávání a chování, které používáme, abychom vyhověli vnitřním nebo vnějším nárokům. Od pojmu stres rozlišujeme ještě pojem stresor, což je faktor, kterým je proces stresu vyvoláván nebo vytvářen. Pro relativně nižší než hraniční úroveň stresu (stresové reakce organismu) se v češtině používá termínu „zátěž“. (Křivohlavý, 1994)

Termín stresor je možno chápat jako negativně na člověka působící vliv. Selye hovoří o fyzikálních a emocionálních stresorech. Mezi fyzikální stresory řadí jedy a skoro-jedy (alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy), dále radiaci, znečištění vzduchu, viry, bakterie, katastrofy apod. Do skupiny emocionálních stresorů řadí úzkostnost, zármutek, obavy, strach, nenávisť, nevyspalost, přílišnou ustaranost apod. Různí lidé reagují na tentýž stresor odlišně. Jeden člověk se může dostat do stresu při působení jednoho stresoru, ale zůstat stresem nedotčen při působení jiného, zatímco u druhého tomu může být naopak. Uvnitř organismu probíhají reakce mající při různých stresech u všech lidí do značné míry stejný charakter (tzv. GAS - general adaptational syndrom – tj. obecný adaptační syndrom), i když reakce na podněty vyvolávající stres mohou být zcela rozdílné. (Křivohlavý, 1994)

2.1 Zvládání stresu

„Adaptabilita a coping (zvládání stresu) je pravděpodobně nejtypičtější charakteristika života. Je to právě to, co vyjadřujeme termínem život. Ztrátu této schopnosti označujeme termínem smrt.“ (H. Selye in Křivohlavý 1994)

Oba termíny, adaptace a coping, se vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci. Adaptací se rozumí vyrovnání se zátěží, která je relativně v normálních mezích, v obvyklé, běžně zvládnutelné toleranci. Slovo coping znamená boj člověka s nadlimitní zátěží. Výraz nadlimitní je třeba chápat jak mimořádně silný, tak mimořádně dlouhý. Coping je tedy vyšším stupněm adaptace (Křivohlavý 1994).

Strategie zvládání stresu je individuálního rázu, vychází z osobnostních předpokladů pro odolnost vůči stresu, které jsou zčásti vrozené a zčásti naučené. Strategie zvládání stresu je ovlivněna dalšími faktory – osobní motivací, kolektivní motivací (interpersonální vztahy), sociální podporou (rodina, přátelé), zdravotním stavem jedince a životním nastavením (racionální typ, optimista).

Mezi onemocnění považovaná za spolupodmíněná stresem patří vředová choroba gastroduodena, kardiovaskulární poruchy, migréna, vertebrogenní syndrom, herpetické infekce, autoimunní onemocnění, onkologická onemocnění (Kryl, 2004).

2.2 Možnosti řešení stresové situace

V podstatě je možné uvažovat o dvou druzích zásahů ke znovunastolení porušené rovnováhy:

- Možnost změny na straně zátěže – ubrat zátěž, něco zkrátit (přijít později, odejít dříve, mluvit krátce), delegovat (přeložit něco na druhého, na někoho jiného), kooperovat (spolupracovat).
- Možnost změny na straně zdrojů sil a možností obrany – zbavit se nesprávných a iluzotvorných představ, zlepšit informovanost, nácvik dovedností, změna životního stylu (Křivohlavý 1994).

Mezi doporučené postupy v zacházení se stresem a v jeho prevenci patří rozpoznání tělesného vědomí, nácvik relaxačních technik, racionálně emoční postupy (vyvracení iracionálních přesvědčení, nácvik asertivní komunikace, zvládání pracovního stresu (prevence syndromu vyhoření), péče o výživu, fyzická aktivita, sport. (Kryl, 2004)

3 Syndrom vyhoření - burnout

První zmínky o syndromu vyhoření byly publikovány v USA v letech 1974-1975, kdy tento pojem začal používat H. J. Freudenberger. Definoval ho jako „konečné stádium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci“. (Hosák, Hosáková, 2005)

Od těch dob byl tento fenomén různě definován. V současné psychologické literatuře převládá pojetí syndromu vyhoření ve smyslu psychického stavu vyčerpání, které je důsledkem chronických stresových pracovních podmínek. (Mlčák, 2002)

Syndrom vyhoření je výsledkem střetu určitých osobnostních (psychických) a fyzických dispozic, úrovně sociability a sociální opory, schopnosti čelit stresu a zvládat jej,

s působením stresu, a to především chronické povahy. (Bartošíková, 2006)

Syndrom vyhoření vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Objevuje se při práci s lidmi v tzv. pomáhajících profesích. Souvisí se zátěží a je důsledkem selhání osobních adaptačních mechanismů. Při jeho vzniku se kombinuje velké očekávání pracovníka a zátěže, které plynou z vysokých nároků. Opakování situací, kdy pracovník nemůže těmto nárokům dostát, vede k vyhoření. Syndrom vyhoření není pouhým vyčerpáním, i když to je při něm popisováno, není ani nemocí. Je to proces, který se objevuje v průběhu kariéry pomáhajícího. Vyhoření lze vidět i jako sociální problém, protože se vždy jedná o důsledek práce s lidmi a má dopad v sociální sféře. (Bartošíková, 2006)

Emocionální vyčerpání

Při emocionálním vyčerpání se člověk cítí „vysátý“, už nechce slyšet další trápení, starosti. Nemá chuť vžívat se do pocitů jiných lidí, ztrácí citlivost vůči ostatním, snaží se jim vyhýbat. Pokud se jim nemůže vyhnout, reaguje podrážděně, nepřátelsky, necitlivě, přestává být empatický. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi nejprve v práci, pak i v osobním životě. Rodinu a přátele přestává vnímat jako zdroje radosti a uspokojení, stávají se pro něj další přítěží. Vyhořelý jedinec není schopen reagovat ani na kladné emocionální podněty. (Bartošíková, 2006)

Psychické vyčerpání

Psychické vyčerpání se odráží v negativních postojích k sobě samému i k ostatním a změnou životních postojů. Takový jedinec bývá často cynický, negativistický, pesimistický. Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost, dochází k utlumení aktivity, snižuje se spontánnost, mizí tvořivost. Jeho činnost se redukuje jen na rutinní postupy, upadá do činnostního i myšlenkového stereotypu. Jeho život přestává mít smysl, mohou se objevit až sebevražedné myšlenky. Vyhoření by se dalo definovat jako postupná ztráta energie a idealismu. (Bartošíková, 2006)

Tělesné vyčerpání

Projevuje se chronickou únavou, nedostatkem energie, pocity tělesné slabosti, svalovými bolestmi. Jedinec se rychleji unaví, jedná se o odlišný prožitek únavy, než je ze sportu nebo z práce. Může se dostavit zvýšená potřeba spánku, který je mnohdy nekvalitní. Ráno se člověk cítí nevyspalý, neodpočatý. Bývá častěji nemocný, mohou nastat změny stravovacích návyků spojené se změnou tělesné hmotnosti. Zvyšuje se riziko zneužívání návykových látek. (Bartošíková, 2006)

3.1 Stadia vývoje syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nebývá popisován jako stav, ale jako neustále vyvíjející se proces. Toto pojetí vznikalo postupně na kurzech prevence vyhoření.

První fáze je nadšení, nováčci si přinášejí do své profese naděje, nerealistická očekávání, nadšení, energii, vnímavost. Začínající pracovník věří, že pomůže všem. V této fázi cítí uspokojení z práce, práce se stává nejdůležitější aktivitou v jeho životě. Ochtově bere práci přesčas, pracuje i nad rámec svých povinností. Nebezpečím tohoto stadia je, že pracovník neumí hospodařit se svými silami a přecení se. Tato fáze může trvat různě dlouhou dobu, v dobrém kolektivu a při dobré podpoře i dlouhodobě.

Následuje stadium vystřízlivění. Počáteční nadšení už dohasíná. Sestra získává zkušenosti, poznává, že se některé případy opakují a ne vždy se vynaložená práce zúročuje. Práce už jí zevšedněla, nestojí jí tolik energie, získává rutinu, která umožňuje šetřit síly. Začíná pomýšlet na to, že by mohla mít víc volného času, čas na koníčky, na přátele. Opět lze v této fázi přetrvat různě dlouho. Pokud se podaří pracovníkovi vytvořit dobré zázemí, žít i vlastní spokojený život, vyhoření nemusí přijít.

Další fází, která může nastat, je nespokojenost, někdy bývá popisována jako frustrace. V této fázi se sestra začíná kriticky vyjadřovat k věcem, se kterými nesouhlasí, někdy se pokouší o změnu. Pokud se jí změny nedaří realizovat, cítí se frustrovaná, ztrácí loajalitu k zařízení, pracovišti, ztrácí zájem. Mohou se objevit i úvahy, zda si správně vybrala své povolání. Nespokojenost je vždy odrazovým můstkem ke změně.

Pokud se pracovník o změnu ani nepokusí nebo se žádná změna nedaří, začne nastupovat další fáze - apatie, na jejímž konci hrozí rozvinutý syndrom vyhoření. Dochází k situaci, kdy je práce jen zdrojem obživy a ne uspokojení. Sestra začíná pracovat „jen do výše svého platu“. Drží se zaběhlých způsobů práce, které ji netěší, vyhýbá se novým úkolům, začíná se vyhýbat pacientům. Zvolí si raději práci, při které nemusí být s pacienty, později se začne vyhýbat spolupracovníkům. Ráda práci přenechává jiným. O pacientech mluví nelichotivě, urážlivě, zdůrazňuje rozdělení na „oni a my“, začíná pacienty vidět jako nárokujející, nevděčné. Fáze apatie je vlastně cestou do slepé uličky.

Jinou cestou může být aktivní přístup, kdy se pracovník rozhodne udělat změnu sám, vlastní intervencí. Nejlepší je, když se rozhodne ke změně ve fázi nespokojenosti na základě uvědomění si své situace a zvolí aktivní přístup ke hledání řešení. Někdy stačí delší dovolená, dočasná změna pracovního zařazení v organizaci, někdy si stačí

přeorganizovat osobní volno. Pozitivní změnou může být i další vzdělávání. Tuto fázi lze také nazvat obdobím nové mízy. V této fázi už ví, že je lepší pracovat v týmu, ve spolupráci s ostatními. Také ví, že vzájemná spolupráce vytváří i dobrou atmosféru na pracovišti a ta je důležitá pro pracovní pohodu. Tuto fázi je možno pojmenovat fází cílené specializace a týmové spolupráce. (Bartošíková, 2006)

V literatuře se obvykle cituje čtyřfázový model C. Maslach:

1. fáze - nadšení, kde jsou v popředí ideály, zaujetí a dochází k přetěžování se
2. fáze - vyčerpání, jak fyzické, tak psychické
3. fáze - dehumanizované vnímání sociálního okolí, odcizení, obranné postoje
4. fáze - vyčerpání, negativismus, lhostejnost. (Bartošíková, 2006)

3.2 Prevence syndromu vyhoření

Jak bylo již dříve uvedeno, syndrom vyhoření je důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a realitou. Prostor pro prevenci je tedy jak na straně jedince osvojením si základních postupů, tak na straně zaměstnavatele prostřednictvím změny jeho organizace a kultury.

3.2.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce

Prevence na osobní úrovni představuje vytváření si zdravého systému sebepodpory. To znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzický aktivní život mimo roli pomáhajícího (Bartošíková 2006).

Znamená to především mít v životě pořádek v žebříčku hodnot, vědět, co je nejdůležitější, co méně, až po to, co je nedůležité a je možné to s klidným svědomím ožet. Dalším momentem v prevenci vyhoření je trvalý zájem o rovnováhu mezi tím, co nás zatěžuje (stresory) a tím, co nám dodává zdraví a sílu (salutory). O stresy a stresory se starat nemusíme, ty nám dodává sám život. Naopak o to, co nám dodává sílu a radost ze života, je třeba usilovat, to nepřichází tak zcela samozřejmě. (Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Co by měl každý pečující pro sebe udělat?

- Pečovat o sebe, odpočívat, myslet i na své potřeby. Dle Kopřivy (1997) je pomáhající v jistém smyslu sobě samému nejdůležitějším klientem. Do pečování o sebe patří i udělat si radost, dopřát si koupel, masáž, kosmetiku nebo návštěvu kadeřníka.
- Požádat o pomoc tam, kde jeho síly nestačí. Pečující se nemůže zcela zprostit spoluprožívání a spoluúčasti, měl by však znát hranici svých možností.
- Udělat si čas na svůj život, své lidi, na své koníčky - každý žije kromě práce osobní život. Udržovat se v dobré fyzické kondici. Zdravá životospráva, tělesná aktivita, dostatek spánku jsou stále opakovaná doporučení, bez kterých se však nikdo neobejde. Neméně důležité je umění naslouchat potřebám svého těla, odpočívat, dopřát si spánek vždy, když si o to tělo řekne. Osvojit si zdravý životní styl, aktivní přístup k životu, aktivní zodpovědnost za vlastní zdraví, která je spojená s omezením škodlivých návyků jako je kouření, přejídání se, nadužívání alkoholu, léků.
- Odborná pomoc. Pokud už nestačíte řešit svoje problémy vlastními silami, je na místě pomoc psychoterapeuta. Psychoterapie je jedna z cest k lepšímu sebepoznání a úlevě (Bartošíková, 2006).

Co je nutné pohlídat si v práci?

- Časový stres. Jde-li o nárazovou práci, pak je nutné dopřát si po práci více odpočinku. Pokud se jedná o chronický časový stres, jsou na místě otázky: Co s tím mohu udělat? Jak si zorganizovat práci? Požádat o pomoc? Přeorganizovat povinnosti? Zapojit další lidi?
- Kontrola činnosti. Pokud není možné zcela ovlivnit chod událostí, je nutná změna vnitřního postoje, přijmout určité skutečnosti, akceptovat nevyhnutelnost řádu věcí.
- Odměna za práci. Čím je větší rozdíl mezi vynaloženým úsilím a odměnou za práci, tím větší může být frustrace. To je další bod k bilancování, zda tuto skutečnost přijmout, bojovat s ní či najít si osobní postoj, proč tuto práci vykonávám.
- Vztahy na pracovišti. Lépe se pracuje tam, kde jsou dobré vztahy, kde spolupráce převažuje nad rivalitou. Vztahy souvisejí s komunikací, proto je důležité umění komunikace, sdělovat vše, co mně vadí, s čím nesouhlasím, ale také umění ocenit, co mně těší, co se mi líbí, s čím jsem spokojený (Bartošíková, 2006).
- Dodržování hranic. Blízké setkávání se s lidmi v nouzi s sebou nese i určité nebezpečí splynutí. Kdy žijeme život nemocného, začínáme se trápit jeho problémy, zabývat se jím více než sama sebou. Jsme-li příliš vtaženi, ztrácíme odstup. Jak si zachovat citlivý

přístup a zároveň profesionální odstup? Zdravé je mít hranice vymezené a polopropustné oběma směry. Pomáhající by měl být obětavý, starat se o druhé s velkým nasazením, ale zároveň nesmí být druhými zneužívaný, manipulovaný či vysávaný. Práce s lidmi ho nesmí ničit či vyčerpávat, ale naopak se z ní má těšit. (Bartošíková 1998 in Bartošíková, 2006).

- Vyhýbání se rutině a stereotypu. Je přínosné obměňovat pracovní postupy, harmonogramy, zkoušet nové věci. Nebát se změn, učit se od jiných, průběžně se vzdělávat. Vzdělávat se znamená něčemu novému se učit, rozšířit si obzory.

3.2.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace

Vliv syndromu vyhoření lze vysledovat i v pracovním prostředí. Promítá se do postojů a způsobu chování, úzce souvisí s pracovním výkonem. Především se jedná o absence v práci, časté změny zaměstnání, snížené pracovní úsilí a pracovní spokojenost. Z toho vyplývá, že je v zájmu zaměstnavatele činit určitá preventivní opatření proti rozvoji syndromu vyhoření. (Kebza, Šolcová, 2003)

Prevence syndromu vyhoření je vyjádřením zájmu organizace o podřízené. Ti pak neztrácejí sebedůvěru, výkonnost, nejsou vyčerpaní, podráždění, nevrlí a citově okoralí. Vyšší je i kvalita péče o pacienty, která je vlídná, nepředstíraná.

Úkolem vedoucích pracovníků nejen v prevenci syndromu vyhoření je zaměřit se na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, podporu týmové práce. Týmová práce je jednou ze základních podmínek poskytování efektivní ošetrovatelské péče. Dobrá týmová práce vede k podstatně větším výkonům, přináší radost.

Charakteristika týmu:

- tým má společný cíl
- v týmu je podporována spolehlivost a smysl pro závazky
- v týmu panuje vzájemná důvěra a respekt
- v týmu panuje otevřená komunikace
- každý má v týmu svoje místo
- jasně jsou stanoveny pravomoci a zodpovědnosti
- tým má své vedení.

Týmová práce naplňuje pocit „někam patřím, jsem užitečný, něco znamenám“.

4 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je primární degenerativní onemocnění mozku. Je jednou z nejrozšířenějších forem demence. Demence je výsledkem postupně zhoršujícího, chronického onemocnění mozku, které ztěžuje a nakonec znemožňuje vykonávání běžných každodenních aktivit. (Alzheimerova nemoc v rodině, 1998)

Demence jsou skupina chorob, které vznikají až po vytvoření základů kognitivních funkcí, což je ve druhém až pátém roku života. (R. Jiráček 2004)

Pojem Alzheimerova nemoc se datuje od roku 1906, kdy německý lékař (psychiatr a neuropatolog) Alois Alzheimer poprvé uvedl přednášku o případu jednapadesátileté ženě s demencí, známé jako Augusta D. Popsal klinické příznaky demence. Alzheimer pozoroval atypický případ běžné senilní demence charakterizovaný časným začátkem a typickým klinickým průběhem. Pitval také její mozek a popsal typické neuropatologické změny. Pro Alzheimerovu demenci je typická tvorba nerozpustné bílkoviny amyloidu a její usazování v mezibuněčném prostoru mozkové tkáně - plaky. Dalším projevem je přítomnost tzv. nitrobuněčných neurálních klubek (tangles). Při Alzheimerově nemoci dochází k rychlé atrofii mozku, která je podmíněna zmenšováním velikosti neuronů a snižováním jejich počtu zejména ve spánkovém a čelním laloku. (J. Hosáková a kol., 2007, str. 18-20)

Biochemické změny postihují všechny neurotransmiterové systémy, především cholinergní systém, jehož správné fungování má zásadní význam pro paměťové funkce.

4.1 Epidemiologie Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence, často bývá kombinována s vaskulárním poškozením mozku. Ve věku 60 - 65 let bývá nemocí postiženo 1% populace. Každých pět let se četnost zdvojnásobuje. Po 90. roku věku je četnost nemoci kolem 50%. Nemoc se vyskytuje častěji u žen.

Přesná příčina nemoci není známa, jde o nemoc multifaktoriální. Velký vliv má dědičná dispozice a vliv prostředí. Nejčastěji se nemoc vyskytuje bez přímé jednoznačné dědičnosti, v relativně mladším věku se manifestuje málo častá familiární forma.

Hlavním rizikovým faktorem nemoci je věk, rodinný výskyt nemoci, genetická dispozice, úraz hlavy, nízká úroveň vzdělání, vaskulární a další rizikové faktory (hypertenze, diabetes mellitus, dyslipidémie, obezita, kouření, nadměrné pití alkoholu). Mezi projektivní (ochranné) faktory patří genetická dispozice, vysoký stupeň vzdělání, podle některých výzkumů i dlouhodobé užívání protizánětlivých léků, užívání hormonální substituční terapie u žen a v neposlední řadě zdravý životní styl. (Jirák, Koukolík, 2004)

4.2 Klinický obraz

Podstatou demence je úbytek kognitivních funkcí a druhotně i funkcí nekognitivních. Tento úbytek je tak výrazný, že znemožňuje profesní a později i běžné denní životní aktivity a vede k nesoběstačnosti nemocných. U demencí se vyskytují tři základní funkční okruhy postižení. Tyto okruhy jsou vzájemně propojené a vzájemně se ovlivňují. Alzheimerova nemoc začíná plíživě, pomalu, nenápadně. (Jirák, Koukolík, 2004)

Okruh kognitivních funkcí

Kognitivní funkce jsou u demencí postiženy primárně. Na počátku jsou poruchy paměti zejména krátkodobé - pacienti nejsou schopni najít své věci, špatně si zapamatovávají nové pojmy, jména, telefonní čísla apod. Postupně se porucha rozšiřuje na paměť dlouhodobou. Obtížně si vybavují, vzpomínky mohou být nepřesné, vyskytují se nesprávné časové lokalizace vzpomínek, neúmyslné plagiáty. Postupně dochází k deterioraci inteligence. Je to úpadek logického myšlení, abstrakce, objevuje se nesoustředěnost, roztržitost, ztráta motivace. Myšlení bývá zpomalené, někdy ulpívavé s automatismy. U demencí dochází velmi často k poruchám dalších vyšších korových funkcí - k poruchám fatickým, gnostickým a poruchám praktických funkcí. Ve stadiu těžké demence nemocný nepoznává své nejbližší příbuzné, není schopen si vybavit základní pojmy. (Jirák, Koukolík, 2004)

Behaviorální a psychologické příznaky demence

Mezi behaviorální a psychologické příznaky demence náleží především poruchy chování, přidružené psychotické symptomy, poruchy emotivity, poruchy cyklu spánků - bdění. Někdy jsou poruchy chování spojené s agresivitou, časté jsou potulky, útoky, upoutávání pozornosti na sebe, provádění neúčelných aktivit.

Psychotické příznaky bývají přidružené, objevují se pouze u některých pacientů, jen epizodicky. Bludy bývají paranoidně-perzekuční, nesystematické, simplexní (někdo jim krade šaty ze skříně, peří z peřin, peníze). Halucinace jsou nejčastěji zrakové (osoby či zvířata v bytě), někdy komplexní.

Poruchy emotivity se u Alzheimerovy choroby vyskytují v různé míře. Často bývají přítomny deprese, úzkost, neobvyklé nejsou ani nekontrolovatelné nezvládnuté afekty. Objevuje se agitovanost - neustálý neklid, mírný až poměrně silný, porucha rytmu spánku - bdění, někdy až plná inverze spánku. (Jirák, Koukolík, 2004)

Poruchy aktivit denního života

Jejich porucha patří mezi základní charakteristiky demence. Nejdříve zanikají profesní aktivity, s progresí demence ubývají i běžné denní aktivity, jako je schopnost ovládat telefon, manipulace s penězi, schopnost obléknout se, udržovat základní hygienu, samostatně se najíst. (Jirák, Koukolík, 2004)

4.3 Stadia Alzheimerovy nemoci

Ve vývoji nemoci se rozlišují tři stadia. Pro každé z nich jsou charakteristické jiné příznaky, přičemž se některé mohou vyskytnout v jakémkoli stadiu, jiné se nevyskytnou vůbec. Přejít mezi stadii může trvat i několik let. (Jirák, Koukolík, 2004)

První stadium – lehká demence

Na počátku onemocnění dochází k poruchám paměti, zejména pro zcela nové události či jména. Přibývají přechodné poruchy časoprostorové orientace, nemocný bloudí na známých místech (ve svém bytě, na obvyklých trasách, na své zahradě...), není schopen nalézt cestu domů. Neví, jaký je den v týdnu, jaké je datum. Dochází ke ztrátám iniciativy, průbojnosti, rozhodování je stále obtížnější. Klesá zájem o zaměstnání a koníčky. Za projevy nemoci se postižený stydí, bývá jimi zastrašen, uveden do rozpaků, deprimují ho. Může se rozvinout deprese, nemocný přestává vyhledávat společnost, stává se samotářský. (Pfizer, 1998)

Druhé stadium – střední demence

Pro druhé stadium jsou typické výraznější příznaky a problémy, které nemocnému znemožňují vykonávat řadu běžných každodenních aktivit. Výpadky paměti jsou již velmi významné, nemocný často zapomíná i jména členů rodiny. Často se ztrácí nebo zabloudí i na jindy známých místech. Schopnost postarat se sám o sebe je již snížena, nemocný je odkázán na pomoc jiné osoby, protože má problémy s dodržováním hygieny, neumí si denní činnost zorganizovat. Postupem se zhoršuje schopnost pojmenovat předměty, číst a počítat, bývá narušeno řečové centrum. V tomto stadiu se objevují deliria a stavy zmatenosti, poruchy myšlení a vnímání jako jsou bludy, halucinace, iluze. (Pfizer, 1998)

Třetí stadium – těžká demence

V posledním stadiu nemoci je přítomna úplná závislost, vyskytují se i fyzické problémy jako porucha chůze, obtíže s polykáním, inkontinence. Kognitivní poruchy ústí až ve významný rozklad celé osobnosti. Péče o nemocného je znesnadňována poruchami chování, agresivitou, stavy zmatenosti, které se typicky objevují ve večerních a nočních hodinách. Dochází ke spánkové inverzi. Při těžké demenci již nemocný nepoznává své přátele, rodinu. Svou dceru považuje za svoji matku apod. Typické je vracení se do mládí, nemocní mají často pocit, že musí do práce, do školy, domů k rodičům. (Pfizer, 1998)

4.4 Diagnostika

Pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci neexistuje žádný stoprocentně spolehlivý test. K diagnóze Alzheimerovy nemoci je zapotřebí nejdříve diagnostikovat demenci. Musí být přítomna porucha kognitivních funkcí a běžných životních aktivit. Pro nemoc má diagnostický význam klinický obraz. Typický je pomalý, nenápadný začátek, průběh je bez větších výkyvů v časových intervalech na rozdíl od demence vaskulární. Klinické psychiatrické vyšetření vede k podezření na organické poškození CNS. Neurologické vyšetření většinou potvrdí přítomnost extrapyramidového syndromu. Na očním pozadí není pozorovatelný žádný typický obraz, ovšem ve věku, ve kterém se nemoc velmi často vyskytuje, jsou již přítomny aterosklerotické změny. Psychologické vyšetření ověří úbytek paměťových a intelektových schopností. Z orientačních testových metod je nejčastější MMSE (Mini-Mental State Examination), jehož pomocí se zjišťuje časová a místní orientace, aktuální všípivost a vybavnost paměti, schopnost pojmenovat předložené

předměty, pochopení a realizace jednoduchých příkazů. Není specifický pro Alzheimerovu chorobu, výsledky testu jsou však dobrým ukazatelem postupujícího rozvoje onemocnění či efektu terapie. Biochemické vyšetření slouží spíše k vyloučení jiného typu demence, např. metabolické (při karenci vitamínů řady B, zejména B₁₂ a kyseliny listové), luetické demence, demence při AIDS. Zobrazovací metody jako je CT mozku nebo MRI vyloučí jinou organickou příčinu a spolehlivě potvrdí obraz kortikální a subkortikální atrofie šedé hmoty. Stanovená diagnóza je pouze diagnózou diferenciální. Definitivní diagnózu stanoví jen biopsie mozku. (Jirák, Koukolík, 2004)

4.5 Průběh a prognóza

Průběh nemoci je nezvratný, demence plynule progreduje, prognóza je vždy infaustní. Doba přežití se zpravidla uvádí 5 - 15 let, záleží na věku, v němž byla diagnóza stanovena. Častým projevem nemoci je výrazné hubnutí až kachektizace i přes dostatečný příjem stravy. Průběh nemoci zhoršují pády a zranění. Bezprostřední příčinou smrti bývá interkurentní onemocnění, nejčastěji pneumonie, embolie. (Jirák, Koukolík, 2004)

4.6 Léčba Alzheimerovy nemoci

Zatím neexistuje léčba, která by chorobný stav odstranila. Při léčbě Alzheimerovy nemoci se používají jak metody farmakologické i nefarmakologické.

4.6.1 Farmakologická léčba

Farmakoterapii Alzheimerovy nemoci lze rozdělit na terapii kognitivních poruch, která by měla ovlivňovat primárně postižené kognitivní funkce, a farmakoterapie nekognitivních poruch ovlivňující náladu, spánek, chování.

Farmakoterapie kognitivních poruch

Kognitiva jsou farmaka, která pozitivně ovlivňují acetylcholinergní systém. Ten je poškozen u většiny demencí, má velký význam pro udržení kognitivních funkcí a kvalitativní úroveň vědomí. Kognitiva lze rozdělit do několika skupin, nejdůležitější a nejčastěji používané jsou inhibitory acetylcholinesteráz. Inhibice může být reverzibilní, ireverzibilní nebo pseudoireverzibilní. Inhibicí je dosaženo větší nabídky acetylcholinu k vazbě na receptory muskarinové i nikotinové. Navíc je snižována tvorba i toxicita β - amyloidu.

K nežádoucím vedlejším účinkům patří gastrointestinální příznaky jako nechutenství, dyspepsie. Velmi závažným příznakem je zpomalení srdečního rytmu, změny na EKG. Mezi kognitiva se řadí i další látky zlepšující acetylcholinergní přenos – látky likvidující volné kyslíkové radikály, látky zvyšující metabolismus centrální nervové tkáně, tzv. nootropika, která zlepšují mozkový oxidativní metabolismus.

Zkoušeny jsou i protizánětlivé léky jako nesteroidní antirevmatika a hormonální substituční terapie u žen. (Jiráček, Koukolík, 2004)

Farmakoterapie nekognitivních poruch

Mezi nekognitivní funkce náleží především chování, emotivita, spánek, bdělost. Poruchy těchto funkcí se obecně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demence – BPSD. (Jiráček, Koukolík, 2004)

Farmakoterapie poruch chování

Hlavní skupinou farmak pro léčbu těchto poruch jsou antipsychotika, která mají být používána jen v nezbytných případech. Z antipsychotik 1. generace, od jejichž užívání se ustupuje pro řadu nežádoucích vedlejších účinků, jsou používány dvě látky. Haloperidol - dopaminový antagonist je používán u těžkých nezvladatelných neklidů a melperon, také antagonist D₂ receptorů, který je užíván při výskytu nočních delirií a nespavostí spojených s neklidem. Atypická antipsychotika (2. generace) nejsou kardiotoxická, nenarušují kognitivní funkce, nepůsobí nežádoucí sedaci. V gerontopsychiatrii je nejužívanější tiaprid a risperidon. V léčbě behaviorálních a psychologických příznaků se používá olanzapin a quetiapin (Jiráček, Koukolík, 2004).

Farmakoterapie emočních poruch chování

V léčbě depresí jsou užívána antidepresiva. Tricyklická antidepresiva jsou kontraindikována vzhledem k jejich anticholinergnímu působení, které mají ostatní podstatně menší. Široce je používána skupina inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (sertralin, citalopram), noradrenalinu a serotoninu (mirtazepin). Léčba antidepresivy demenčních pacientů s depresí je nezbytná a účinná součást terapie. K ovlivnění úzkosti se stále nejčastěji využívají benzodiazepinové přípravky. Je vhodné se vyhnout diazepam, užívá se oxazepam a lorazepam. (Jirák, Koukolík, 2004)

Farmakoterapie poruch spánku

U pacientů s demencí je nutné se vyhnout benzodiazepinovým přípravkům pro velkou návykovost a negativní působení na kognitivní funkce. Používají se moderní nebenzodiazepinová hypnotika 3. generace zolpidem a zopiclon. Při poruchách nočního spánku spojených s neklidy a delirií se používají antipsychotika. (Jirák, Koukolík, 2004)

4.6.2 Nefarmakologická léčba

K nefarmakologickým přístupům patří metody reedukační, aktivační, socioterapie, rehabilitace. Psychiatrická rehabilitace představuje významný léčebný přístup, zaměřený na nejzákladnější potřeby, zvládnutí nejběžnějších aktivit denního života. Důraz je kladen na posilování těch schopností a dovedností, které jsou u pacienta zachovalé. Je prováděn trénink paměti. Důležitá je tzv. realitní orientace, jejíž součástí jsou jednoduché nápisy, umožňující orientaci v bytě nebo odděleních nemocnice, pacienti mají mít na viditelném místě kalendáře ke snadnějšímu zapamatování data, hodiny pro časovou orientaci. Aktivizace pacienta je nesmírně významná, mezi pomocné terapie patří arteterapie, muzikoterapie, terapie pomocí her. Velmi důležitá je práce s pečovateli, rodinnými příslušníky pacientů. (Jirák, Koukolík, 2004)

Programované aktivity

Pacienti s rozvinutou demencí bývají ještě schopni určitých sebeobslužných úkonů, bývá zachována uspokojivá komunikace, mohou se podílet na určitých aktivitách. Pokud jim tyto činnosti nebývají nabídnuty, zpravidla dochází k nežádoucímu chování, poruchám chování. Pro tyto pacienty je důležité určité dodržování pravidelného režimu.

Přirozeným rytmem dne je doba jídel. Lidé nemocní demencí se mohou do určité míry podílet na jejich přípravě (v domácím prostředí), dále mohou být nápomocni při přípravě a prostření stolu, uklízení nádobí, popřípadě umytí hrnků na kávu. Počátek denního programu zahajuje ranní hygiena. Následuje snídaně, která spolu by společně s hygienou měla být příjemným zahájením dne. Po té by měla následovat dopolední aktivita, přerušena jen krátkou svačinou. Dalším důležitým mezníkem je oběd, na který by měla být vyčleněna dostatečně dlouhá doba, aby se všichni stihli v klidu najíst. Po jídle by měl být pacientům s demencí dopřán odpočinek, ale nemělo by se jednat o dlouhý spánek, aby nedošlo k narušení nočního spánku. Odpoledne je možné vystřídat několik aktivit, do kterých bychom neměli pacienty v žádném případě nutit, pokud to sami nechtějí. Pokud se aktivit neúčastní, je dobré aby dění kolem sebe sledovali společně s ostatními pacienty. (Jiráková a kol., 2009)

Individualizované aktivity

Individualizované aktivity jsou vhodné pro pacienty při progresi onemocnění, ti bývají více unaveni, potřebují více spánku a odpočinku. Nadále se však mohou účastnit některých aktivit, je třeba jim program přizpůsobit, individualizovat. Je vhodné těmto pacientům nabízet různě pestré, ale jednoduché činnosti, snažit se je vézt k sebeobsluze. (Jiráková a kol., 2009)

Reflektivní podpora

Reflektivní podporou rozumíme celostní multidisciplinární přístup, který vychází z poznatků moderní vědy a je založený na následujících principech:

- člověka postiženého demencí přijímáme jako důstojnou a jedinečnou lidskou bytost a tak se k němu chováme i v situaci, kdy není schopen poskytnout adekvátní odezvu
- soustavně a všemi úkony podporujeme důstojnost a autonomii člověka s demencí
- jednáme v souladu s přáním člověka s demencí, které vyjadřuje slovně či svým chováním, a pokud možno zohledňujeme přání, která byla předem vyslovena
- v léčbě a péči trvale reflektujeme momentální stav a potřeby pacienta
- poskytujeme, nabízíme a zprostředkováváme všechny možné podněty, pokud jsou pro pacienta příznivé nebo jsou mu příjemné a naopak se snažíme eliminovat šum a nepříjemné vjemy
- prostřednictvím komunikace přiměřené stavu pacienta, tedy komunikace verbální i nonverbální, poskytujeme podporu, pocit jistoty a bezpečí

- všichni ošetřující profesionálové i pečující rodinní příslušníci tvoří spolupracující tým, ve kterém jsou si všichni rovni, i když jsou jejich role rozličné. (Jiráková a kol., 2009)

Orientace realitou

Orientace s realitou je jedním z nejstarších přístupů k pacientům s demencí. Vznikla z reakce pečujících na dezorientaci pacientů a snahy najít řešení, jak usnadnit orientaci. Nejčastěji jsou používány hodiny a kalendář na viditelném místě, nástěnka, výzdoba připomínající, jaké je roční období, jasné nápisy, barevná označení. (Jiráková a kol., 2009)

Kognitivní trénink

Kognitivní trénink bývá užitečný lidem ve stadiu mírné a středně pokročilé demence. Náročnost tréninku je třeba přizpůsobit jednotlivým účastníkům, poskytnouti zpětnou vazbu, pochválili je za každý výkon. Kognitivní trénink u pacientů s demencí vede k procvičení, aktivizaci. Ve většině případů nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí, neboť nemoc postupně svým tempem progreduje. Ve fázi rozvinuté demence volíme zejména cvičení využívající dlouhodobou paměť, která je relativně dlouho zachována. (Jiráková a kol., 2009)

Reminiscence

Reminiscence je metoda, která využívá vzpomínek. Společně s nemocným postiženým demencí se rozpomíná na mezníky v jeho životě. Vhodná je spolupráce s rodinou, staré fotografie, předměty, evokující vzpomínky. Prostřednictvím těchto předmětů je možné hovořit o dávných věcech, které si člověk s demencí může překvapivě dobře pamatovat. Zdrojem reminiscence může být i promítání starých filmů, hudba. Reminiscence není v žádném případě psychoanalýza, měla by být především příjemným zážitkem a podporou lidské důstojnosti člověka s demencí (Jiráková a kol., 2009).

Naučený postup

Jedná se o přiblížení postupů, návodů, jakým způsobem provádět jednotlivé aktivity. Tento popis zahrnuje obvyklý denní rytmus, který je více než vhodné dodržovat a respektovat. Pokud nebývá respektován, může dojít k výraznému neklidu až agresii, bloudivosti a dalším situacím vedoucím ke zhoršení stavu (Jiráková a kol., 2009).

Prostředí pro nemocné demencí

Prostředí pro nemocné demencí má být vlné a domácí. Zařízení by mělo být projektováno tak, aby odpovídalo jejich potřebám. Prostor by měl být přehledný, příjemný, zbavený nástrah v podobě prahů, prodlužovacích šňůr, klouzavé podlahy, jedovatých rostlin. Je dobré pamatovat na zlepšení bezpečnosti v koupelnách, toaletách, ke zlepšení orientace pomocí barev, nápisů, označení. Nemocní by měli mít k dispozici svůj soukromý prostor, společný prostor určený k aktivitám, navazující prostor určený k procházení v případě potřeby, neklidu. Vchodové dveře mohou být co nejvíce kamuflvány, aby nelákaly k odchodům z oddělení. Prostor by měl být stabilní a co nejméně se měnit. Jen tak si na něj lidé s demencí zvyknou a budou se orientovat. (Jirák a kol., 2009)

Kinezioterapie

Kinezioterapie přispívá k udržení svalové síly a stability. Je vhodné zařazovat různá cvičení, zejména vsedě na židlích, vycházky. Jednotlivá cvičení musí odpovídat možnostem nemocných, měla by být řádně předvedena a doprovázena slovním komentářem. (Jirák a kol., 2009)

4.7 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče o pacienty s demencí si klade vysoké nároky na osobu pečujícího. Na jeho profesionalitu, ochotu, lidskost, přemáhání vyčerpání a schopnost stále vlného a trpělivého jednání s nemocným i s příbuznými. V péči o nemocné demencí je preferován holistický přístup a týmová práce. Mezi obecné zásady v přístupu k pacientovi s demencí patří:

- Dobré přijetí - pacienti s demencí potřebují být ujišťováni o tom, že jim člověk přichází pomoci.
- Respektování osobnosti nemocného - cílem péče je dobrá kvalita života, aby se pacient cítil dobře fyzicky, psychicky, sociálně i duchovně. Zdrojem informací o pacientovi poskytuje především rodina.
- Ocenění - člověk s demencí potřebuje být oceněn, mít stále svoji hodnotu. Všichni lidé s demencí chtějí být považováni za ty, kterými kdysi byli.

- Fyzický kontakt- potřeba fyzického kontaktu je velmi individuální, u většiny pacientů je tento kontakt nedostatečný. Prvním kontaktem může být podržení ruky.
- Podpora důstojnosti a úcty k nemocnému - nemocný je člověk, který stále cítí a dobře vnímá, jak se k němu přistupuje. Nevhodné chování může provokovat neklid, agresi. Tito lidé reagují na náladu pečovatele, na jeho emoční projev. Pokud se usmívá, usmívá se i pacient.
- Dost času - nikdy není dost času nazbyt, ale spěchat v péči o pacienta, obzvláště s demencí, se nevyplácí. Potřebují více času, když vycítí, že se na ně spěchá, zneklidní je to.
- Mírnění agitovanosti - pokud je nemocný naléhavý, agitovaný, je třeba jeho názor přijímat, ujistovat, že je respektován. Kladením odporu se většinou stav pacienta zhoršuje, přehází k agresivitě. Dobrou zásadou je „nikdy neodporovat, ale vždy uklidňovat“.
- Respektování zvláštní logiky demence - pacienti s demencí vyhodnocují situace jinak, neobvykle. Pokud nemocný nenajde svou věc na obvyklém místě a zapomene, že ji dal jinam, domnívá se, že mu ji někdo vzal.

Zásady komunikace:

- Komunikovat jednoduše, věcně, v krátkých větách - je třeba hovořit v jednoduchých oznamovacích větách nebo jasně formulovaných a jednoznačných otázkách. Nedorozumění často plynou z neschopnosti porozumět a zapamatovat si mnoho informací najednou.
- Odstranit šum - běžné, normální množství stimulů, se kterými se dokáže zdravý člověk vyrovnat, může vyvolávat u pacientů s demencí strach a neklid. Proto je vhodné, aby byl člověk s demencí ve svém prostředí od přemíry stimulů chráněn.
- Dbát, aby nám pacient při rozhovoru viděl do obličeje, mluvit zřetelně, pomalu a přiměřeně hlasitě. To, že mluvenému slovu nerozumí, neznamená, že je neslyší. Je důležité, abychom znali reakci pacienta, jestli porozuměl, či je v jeho tváři zmatek.
- Nonverbální komunikace - demence postihuje schopnost vyjadřovat se a porozumět mluvené řeči, schopnost komunikace však přetrvává až do pozdního stadia, proto má velký význam komunikace nonverbální, která by měla být přiměřená, nikoli přehnaná až dětinská.
- Být názorný - ukázat předmět, o kterém se hovoří, jídlo, které se nabízí. (Jirák a kol., 2009)

4.7.1 Ošetrovatelská péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení

Sestra pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Pečlivě a podrobně vypracuje ošetrovatelskou anamnézu. Využije všech hodnotících škál, zjistí úroveň kognitivních funkcí, úroveň soběstačnosti, stanoví možná rizika. Rozhovorem mapuje jeho životní cestu, styl, zvyky, názory, zkušenosti, stav uspokojování základních biologických potřeb, poruchy chování, vnímání, myšlení, orientaci časem, místem, osobou, situací, poruchy spánku, schopnost komunikace, sociální a ekonomickou situaci, vztahy a role rodiny.

Sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy, reálné cíle vzhledem k očekávané progresi onemocnění. Ošetrovatelská péče se zaměřuje na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta. Plán se v zásadě orientuje na dva cíle - udržení maximální možné úrovně soběstačnosti a zajištění nejvyššího možného komfortu pro pacienta a jeho rodinu. (Babiaková a kol., 2006)

Sestra průběžně hodnotí dosaženou úroveň stanovených cílů, přehodnocuje plán péče, přizpůsobuje cíle aktuálnímu stavu pacienta. V počátcích choroby by měla být péče zaměřena:

- na uvědomění si problému s pamětí,
- vytvoření metod na pomoc zapamatování si nejdůležitějších údajů,
- zavedení vhodných technik k trénování paměti,
- zavedení způsobu komunikace, který umožňuje nemocnému vyjádřit své potřeby,
- uvědomění si a popsání pocitů úzkosti,
- aktivní zapojování pacienta do úkonů sebekpěče na úrovni jeho schopností,
- zachování zdraví a bezpečnosti pacienta,
- účasti na aktivitách k posílení sebeúcty,
- pochopení nemoci a její prognózy pacientem, rodinou,
- zapojení pacienta do sociálních aktivit dle jeho přání a schopností.

Při progresi onemocnění je cílem činnosti sestry:

- zajistit uspokojení základních biologických potřeb, sestra postupně přebírá úkony sebekpěče,
- zachovat kožní integritu a funkční stav bez kontraktur,
- zvládnout inkontinenci tak, aby nedošlo ke vzniku komplikací,
- zmírnit, zvládnout bolest,

- plánování v této etapě také zahrnuje přípravu důstojného umírání. (Hosáková a kol., 2007)

Je důležité si uvědomit, že pacient může po přijetí do zdravotnického zařízení prožívat velký stres, který souvisí se změnou prostředí. Ocítá se v neznámém prostředí, mezi neznámými lidmi, není dostatečně připraven na změnu, není ochoten se přizpůsobit změnám. Je tělesně i smyslově deprivovaný, uzavírá se před okolním světem. Výrazněji se projevuje dezorientace v čase, místě, osobách, může se projevit porucha spánku, porucha trávení. Cítí se ohrožen, výrazněji se projeví zmatenost. Tyto projevy konzultujeme s rodinnými příslušníky a porovnáváme s dřívějšími projevy. Rodinu nemocného se snažíme využít jako zdroj pomoci a podpory. Návštěvy rodinných příslušníků mohou pomoci nemocnému s adaptací na hospitalizaci. (Babiaková a kol., 2006)

Pro pečovatele profesionály je správná komunikace s rodinnými pečujícími velmi důležitá. Pomůže získávat informace o pacientovi potřebné pro správnou diagnostiku, léčení a péči. Neméně důležité jsou informace o sociálním zázemí, životě pacienta, o vztahu mezi pacientem a rodinným příslušníkem. Zásadní je vyměňovat si informace o problematice onemocnění navzájem, nejen ku prospěchu profesionálního pečovatele a rodinného příslušníka, především pak ku prospěchu nemocného. (Jiráček a kol., 2009)

4.7.2 Ošetřovatelská péče poskytovaná rodinným příslušníkem

Alzheimerova nemoc bývá označována za nemoc dvou lidí. Druhou osobou je míněn pečovatel pacienta. Ten trpí jednak samotným faktem nemoci blízkého jedince, ale také nutností pečovat o něj. (Martínek a spol., 2009)

Nespornou výhodou péče v rodině je, že vychází z plně individuálního přístupu. Nemocný nemusí měnit své zvyklosti, může dodržovat své rituály. U pacienta, který zůstává v domácím, pro něj známém prostředí se snižuje míra dezorientace, vznik deprese a případné agresivity. Snadněji se udržuje komunikace, vyvolávají se vzpomínky, společné zážitky, čímž se může zpomalovat úbytek kognitivních funkcí. Naopak se v domácím prostředí může stát problémem zajištění bezpečnosti (schodiště, ostré předměty, bloudění, útky). Dalším problémem může být nadměrná zátěž pečujícího rodinného příslušníka. Rodina pacienta se ocítá kvůli nemoci svého člena ve velmi těžké situaci. Nemoc se postupně zhoršuje, člen rodiny se stává méně soběstačným v běžných denních činnostech,

žije-li v bytě sám, může si způsobit řadu úrazů, také se mění jeho chování. Dochází k častým vzájemným nedorozuměním, péče o něj se stává stále náročnější. (Babiaková a kol., 2006)

Rodina se musí adaptovat na změny, které s sebou nese chronické, ireverzibilní onemocnění. Potřebuje odbornou pomoc, aby se co nejméně narušily její funkce, vztahy a role jejích členů. Pro nemocného je vhodnější, když může zůstat v domácím prostředí, obklopen svou rodinou. Hospitalizace znamená vždy adaptační problémy, vede ke zhoršení až rozpadu rozumových schopností, vegetativních funkcí, sociálních návyků. (Babiaková a kol., 2006)

Je potřeba v maximální míře podporovat rodiny, které jsou ochotny vzít na sebe břímě péče o svého nemocného člena. Rodina by se měla naučit, jak o něj pečovat, jak se vyrovnat s negativními pocity, napětím, zlostí a jak je ventilovat.

Z pohledu rodiny, jejich členů a vzájemných vztahů může být péče o nemocného demencí velmi rozmanitá. Závisí na osobnosti pečujícího, potřebách, podmínkách péče, její délce, intenzitě. Pomoc se soustřeďuje zejména na šest okruhů činnosti: základní péče, ošetrovatelská péče, vedení domácnosti, potřeba přítomnosti a dohledu, psychosociální podpora, udržování styku s okolím.

Tyto činnosti lze také rozdělit z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb na péči:

podpůrnou - finanční podpora, zajištění potřeb v domácnosti; nevyžaduje společné bydlení,

neosobní - péče o domácnost, zajištění stravy, úklidu, praní prádla; je více časově náročná, musí být poskytována pravidelně,

osobní - nejnáročnější typ péče, vyžadující trvalou přítomnost pečující osoby a zahrnuje i provádění osobní hygieny. (Babiaková a kol., 2006)

Pro rodinného pečujícího je velmi důležité, aby pochopil nejen nemoc, ale i své pocity.

Pečující se musí vyrovnat s těmito problémy:

- **Smutek** - je normální, že pečující prožívá smutek nad tím, že milovaná osoba již není tím, čím bývala. Je důležité se od vzpomínek oprostit, nemocný potřebuje pomoc více než kdy jindy.
- **Výměna rolí** - s nástupem a rozvojem choroby dochází k výměně rolí. Dítě bylo kdysi závislé na svých rodičích, nyní jsou rodiče závislí na dětech. Tento koloběh je přirozený. Je obtížné se vyrovnat se situací, kdy nemocný rodič vzhlíží ke své dceři jako k matce.

- Zlost - je přirozenou reakcí, občas dosáhne takového stupně, že se pečující přestane ovládat, začne se chovat nevhodně. V této situaci obvykle pomůže podělit se o své pocity s druhými lidmi.
- Rozpaky a stud - pečující může pociťovat rozpaky, někdy i stud za určité chování nemocného, přestává si zvat návštěvy, brání se vycházkám s nemocným. Není vhodné se takto izolovat, pak je obtížnější se vypořádat s každodenními starostmi. Je třeba se obrnit trpělivostí, péče o nemocného je obdivuhodná a není třeba se za ni stydět.
- Pocity viny - k pocitům viny je vždy spousta důvodů, je důležité si uvědomit, že za vypuknutí choroby rodina nemůže.

Pečující by měl znát, jak se starat o sebe, jak zůstat fit:

- Podělit se o své pocity, nezůstávat se svými starostmi sám.
- Dopřát si dostatek odpočinku. Pokud se staráte o nemocného 24 hodin, požádejte někoho z rodiny nebo ze svých přátel, aby vás vystřídal.
- Je důležité jíst vyváženou stravu, dbejte na její vyváženost a pravidelnost.
- Zachovat si duševní zdraví. Udělat si čas na věci a aktivity, které přinášejí odpočinek a potěšení.
- Omezit stres, najít si způsob relaxace. (Alzheimerova nemoc v rodině, 1998)

Úlohou pečovatelů je neustálé poskytování péče a ta u lidí s demencí může být velmi náročná. Žít s nimi, stejně jako je opustit, je velmi těžké. Mnoho pečovatelů je v kontaktu s příbuznými a přáteli, ovšem mnoho z nich nemá nikoho, kdo by byl schopný a ochotný navštívit nemocného člověka na několik hodin během dne.

Rodina by měla být informována o všech možnostech péče o svého nemocného. Měla by vědět, kam se obrátit o pomoc. O možnostech péče v regionu rodinu informuje sociální odbor města. Každá obec, město má mít vytvořený vlastní komunitní plán, kde je ucelený přehled poskytovaných služeb.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Cíl výzkumu

Cílem této práce je zmapování vybraných aspektů zátěže sester a rodinných pečujících při péči o nemocné s Alzheimerovou nemocí. Chceme zjistit, jaké mají pocity při péči, jak dokážou skloubit péči o nemocné se svým osobním životem, a porovnat shody a rozdíly v subjektivním prožívání zátěže u profesionálních a laických pečujících.

Dále chceme zjistit, jaké mají povědomí o syndromu vyhoření a jak se mu sami snaží předcházet.

6 Realizace výzkumu

Pro realizaci práce byl upřednostněn kvalitativní výzkum. V sociálních vědách pojem kvalitativní výzkum označuje výzkum, který se zaměřuje na to, jak jednotlivci a skupiny nahlízejí, chápou a interpretují svět. Podle jiných kritérií může být jako kvalitativní výzkum označován takový výzkum, který neutilizuje statistických metod a technik. V tomto pojetí je v opozici k výzkumu kvantitativnímu, v praxi psychologického a sociologického výzkumu jsou oba přístupy nejčastěji doplňkem jeden druhého.

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup, který umožňuje poznání širšího kontextu jevů a poznání v přirozených podmínkách. (Kutnohorská, 2009)

Cílem kvalitativního výzkumu je porozumění, pomáhá nám porozumět pozorované realitě. (Disman, 2000)

Kvalitativní výzkum byl zvolen proto, že není cílem této práce určit počty pečujících a procenty vyjádřit jejich pocity, ale blíže poznat jejich problémy, pocity, jejich běžný život.

6.1 Metody výzkumu

Jako hlavní výzkumná technika pro sběr dat byl použit rozhovor, metoda individuálního polostrukturovaného interview. Jedná se o rozhovor „face to face“ (tváří v tvář), ve kterém jsou použity otevřené otázky. Polostrukturovaný rozhovor většinou probíhá mezi jedním tazatelem a jedním účastníkem, bývá založen na přímém dotazování. Zajišťuje tematickou shodnost údajů, získávaných od všech dotazovaných účastníků, nabízí možnost prozkoumat hodnoty, motivace a postoje respondentů. Díky této metodě nebyla opomenuta žádná z připravených otázek a zároveň byl umožněn dostatečný prostor k vyjádření.

Rozhovory probíhaly v klidném prostředí, časový prostor na jeden rozhovor se pohyboval kolem třiceti minut. Nejprve jsem představila sebe a záměr této práce, poté seznámila respondenty se zněním otázek, ubezpečila se, zda souhlasí s poskytnutím rozhovoru a jeho nahrávkou. Seznámila jsem je zároveň s tím, že doslovný přepis rozhovoru bude součástí této práce. Pokusila jsem se úvodním rozhovorem navodit příjemnou a nenucenou atmosféru.

Pro zhodnocení výsledků bylo pracováno metodou otevřeného kódování. Otevřené kódování lze definovat jako „první průchod daty.“ (Hendl, 2005)

Dle Strausse a Corbinové (1999) je tato etapa „...součástí analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů, pomocí pečlivého studia údajů... Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány. Porovnáním jsou zjišťovány podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údajů reprezentovaných“.

V průběhu šetření a shromažďování dat byly vytyčeny základní kategorie s ohledem na výzkumný záměr.

6.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří devět respondentů, z toho pět laických pečujících a čtyři sestry. Podklady pro výzkum jsou získány pomocí rozhovorů s pečovateli, kteří se starají o svého příbuzného s diagnózou Alzheimerovy nemoci a sestrami, které pracují na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích (PLHoB). Psychiatrická léčebna v Horních Beřkovicích v současné době slouží jako zdravotnické

zařízení pro více než pět stovek pacientů a nese statut státní příspěvkové organizace přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví České republiky. V roce 2008 jí byla udělena akreditace specializačního vzdělávání v oboru psychiatrie a v roce 2009, jako vůbec první psychiatrické léčebně v ČR, akreditace Spojené akreditační komise (SAK) pro řízení a zvyšování kvality.

Spádová oblast léčebny je zhruba 1,5 milionu obyvatel a zahrnuje Ústecký kraj, část Libereckého a ze Středočeského kraje okresy Mělník, Kladno. Po dohodě je možno na specializovaná oddělení přijímat i pacienty z jiných oblastí. Gerontopsychiatrické oddělení poskytuje odbornou, vysoce specializovanou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Je to uzavřené příjmové koedukované oddělení s kapacitou 30 lůžek, určené pro pacienty s těžším kognitivním deficitem spojeným s vážnými poruchami chování, dále pro pacienty se závažnými poruchami nálad, myšlení či vnímání. Program oddělení klade důraz, mimo lékových strategií, na ergoterapii, intenzivní fyzioterapii a psychorehabilitační cvičení.

Výběr respondentů byl účelový. Disman (2000) o takovém výběru říká, že je založen na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno a co je možné pozorovat. Oslovila jsem pět rodinných pečujících, kteří se o svého nemocného starají v domácím prostředí alespoň půl roku. Pečující jsem oslovila během praxe v Agentuře domácí péče Anežka. Rozhovor mi přislíbili zpočátku všichni, s pátou respondentkou jsem z důvodu zaneprázdněnosti komunikovala pouze prostřednictvím e-mailu.

Pro sestry bylo určeno kritérium praxe na gerontopsychiatrickém oddělení PLHoB delší než tři roky. Elektronickou formou, pomocí intranetu, byly osloveny všechny sestry, pracující v PLHoB. Na tuto výzvu se ozvala jen jedna sestra, proto jsem osobně oslovila dalších deset sester z gerontopsychiatrických oddělení splňujících původní podmínku, s poskytnutím rozhovoru souhlasily nakonec jen čtyři sestry. Charakteristiky obou skupin jsou uvedeny v tabulce 1 a 2.

Tabulka 1 Charakteristiky souboru-Sestry

Sestra	Pracovní zařazení	Věk	Délka praxe celkem/ na gerontopsychiatrii	Délka směny	Počet pacientů	Počet pracovníků ve směně	Rozsah péče
1	Sestra specialista	34	16 let/16 let	12hodin	30	3-6	Komplexní
2	Zdravotnický asistent	27	8 let/ 4 roky	12hodin	30	3	Komplexní
3	Ošetřovatelka	36	8let/ 6 let	12hodin	30	3	Komplexní
4	Všeobecná sestra	35	15let/ 6 let	12hodin	30	3-6	Komplexní

Tabulka 2 Charakteristiky souboru-Pečovatelé (P)

P	Pohlaví	Věk	Doba poskytované péče	Čas, po který denně pečuje	Povolání	Vztah k pečovanému	Kdo s péčí pomáhá	Typ poskytované péče
1	Žena	35	8 měsíců	3-4 hodiny	Ekonom	Vnučka	Pečovatelka dovážka obědů	Neosobní
2	Žena	30	2 roky	5-6 hodin	Účetní	Vnučka	Pečovatelka maminka, dovážka obědů	Osobní
3	Žena	46	2 roky	Celodenně	Bez zaměstnání	Snacha	Manžel, rodina	Osobní
4	Žena	54	4 roky	Celodenně, kromě své pracovní doby	Pracovník v čistírně	Snacha	Dcera	Osobní
5	Žena	50	4roky	Celodenně, kromě své pracovní doby	Účetní	Dcera	Denní stacionář, rodina	Osobní

Mezi dotazovanými jsou samé ženy, s mužským pečujícím jsem se nesetkala. Mezi příjemci péče je jen jeden muž. Všechny pečovatelky jsou vdané, jsou ve věku od 30 do 54 let. Doba, po kterou je péče poskytována, se pohybuje od osmi měsíců do čtyř let. Denně potom od 3 hodin po celodenní péči. Jedna z pečovatelek poskytuje péči neosobní, zbylé čtyři péči osobní. Sestry, které mi byly ochotny poskytnout rozhovor, pracují ve směnném provozu na gerontopsychiatrickém oddělení. Každá z nich má různé pracovní zařazení, od ošetřovatelky po sestru specialistku. Délka praxe se pohybuje v rozmezí od osmi do šestnácti let, z toho na gerontopsychiatrii od čtyř do šestnácti let. Všechny poskytují komplexní ošetřovatelskou péči.

7 VÝSLEDKY A INTERPRETACE

7.1 Shrnutí rozhovorů s pečovateli

Uskutečněné rozhovory jsem shrnula do následujících statí.

Pečovatel 1

Prvním dotazujícím je žena, je vdaná, má dvě děti. Je jí 35 let, pracuje jako ekonomka, t. č. je na mateřské dovolené s roční dcerou. Pečuje o svou babičku, které je 88 let, její zdravotní stav hodnotí jako středně těžký. Péči provádí 3–4 hodiny denně po 8 měsíců. Nebydlí ve společné domácnosti, ale v jednom městě, ve stejné ulici 50 metrů od sebe. Sama by péči o babičku nezvládla, stará se o ni společně s najatou pečovatelkou. Největší problém vidí ve skloubení péče o babičku a malou dcerku. Cítí se unavená, má pocit, že práce, kterou odvádí, není kvalitní. Má oporu ve svém manželovi, který ji poskytuje nejen sociální, ale i materiální oporu. Se svými problémy se svěřuje kamarádce. Péče o babičku se zcela určitě prolíná s jejím osobním životem, babička je na prvním místě, vše se podřizuje jejím potřebám. Říká, že se umí od problémů oprostit, zároveň však uvádí, že její náladu hodně ovlivní momentální nálada babičky. Hodně relaxuje, sportuje, najde si čas na přátele. Sama sebe vidí jako patologického optimistu, chtěla by být více realistou. Svůj životní cíl vidí v umění se radovat přítomností, v jejím životě je na prvním místě rodina. Na otázku týkající se znalosti syndromu vyhoření odpověděla správně a aktivně se mu snaží předcházet. Péči si zorganizovala, řeší problémy pomocí dosažitelných služeb. Má zdravotní problémy s páteří a trpí na migrény.

Pečovatel 2

Druhou respondentkou je také žena, je vdaná, je jí 30 let. Pracuje z domova jako účetní, má společně s maminkou rodinnou firmu. Také společně s maminkou se starají o babičku, které je 78 let. Její stav hodnotí jako středně těžký až těžký. Pečují o ní druhým rokem, denně 5-6 hodin. Péči o babičku bere jako povinnost, něco, co jí vrací. Sama sebe vidí jako „takového pečujícího tvora“, který ke svému životu potřebuje kontakt s lidmi. Jak uvádí, v žádném případě by nemohla být ženou ve vysokém postavení jen s kariérou, bez dětí, bez manžela. Na péči se podílí kromě ní a matky celá rodina, díky tomu péči o babičku zvládají. Při péči vnímá svoji potřebnost, zároveň cítí únavu a strach. Často se dostává do časového presu, pracuje po nocích. Rodina jí poskytuje oporu, díky rodině má dostatek

prostoru pro koníčky i přátele i přesto, že péče o babičku ovlivňuje její současný život. Jejím životním přáním, cílem je, aby byla rodina vždy pohromadě, aby se mohli jeden na druhého spolehnout v takových situacích, jako je tato. Myslí si, že se jí syndrom vyhoření netýká. Udává bolesti zad a migrény.

Pečovatel 3

Třetí pečující je 46-letá žena, je vdaná, stará se celodenně o svého tchána, kterému je 83 let. Stará se o něj dva roky, jeho zdravotní stav hodnotí jako těžký. Díky celodenní péči nemá jiné zaměstnání, s manželem mají statek, stará s o dobytek a pole. Před rokem je potkala tragická událost, tragicky jim zemřel syn.

O tchána pečuje sama, provádí komplexní ošetrovatelskou péči. Péče o něj a statek je nad lidské síly. Nejvíce pociťuje bezmoc, vynaložená péče ji někdy přijde zbytečná, zdravotní stav pečovaného se zhoršuje. Cítí se vyčerpaná, často má pocit, že už nemůže, že to nezvládne. Péče o nemocného ji velmi ovlivňuje její život, často řeší s manželem možnost péče o nemocného v nějakém zařízení. S péčí jí pomáhá manžel a o víkendu i manželova sestra. Na jiné činnosti kromě péče a práce na statku nemá čas, nemá žádného koníčka. S přáteli se vídá zřídka, jen když přijdou k nim domů, nemají moc času, mají hodně práce. Více kouří, ztratila i zábranu kouřit před svými rodiči. Sama sebe vidí jako tvrdého člověka, vše musí zvládnout, myslí, že je obětavá. Chtěla by, aby byla rodina vždy pohromadě, synové měli práci a byli slušní. Na otázku, co jí říká syndrom vyhoření, odpovídá slovy: „No asi ho mám“. Nijak se mu nebrání, o nabízených službách má povědomí, ale odmítá je. Udává zdravotní problémy se štítnou žlázou, s menopauzou, je obézní.

Pečovatel 4

Pečovatel 4 je 54-letá žena, pracuje ve směnném provozu jako pracovnice čistírny. Pečuje o matku svého manžela, její stav hodnotí jako těžký. Pečovaná je nemocná AN čtyři roky, nyní je o ni pečováno celodenně. Péči poskytuje střídavě s dcerou, která je na mateřské dovolené, bydlí společně. Péči poskytují komplexní, nemocná je chodící, vyžaduje nepřetržitý dohled. Zdravotní stav nemocné se nyní zhoršil natolik, že rodina požádala sociální odbor o pomoc s umístěním do domova důchodců, na oddělení vážka.

Péči o maminku se již nedaří časově stíhat, nedaří se jí skloubit péči společně s prací a s vedením domácnosti. Několik let nebyla na dovolené, nemá čas na své zájmy, nedaří se jí stýkat se s přáteli. Jediným únikem je zaměstnání a kolegyně. Situaci jí pomáhá zvládat manžel, dcera s vnoučaty. Při péči o maminku manžela pociťuje zoufalství, prázdnotu, beznaděj. Nevidí žádnou perspektivu do budoucna. Nad životním cílem dlouho přemýšlela,

je jí zdraví a rodina. Sebe samu neumí popsat „asi musím všechno zvládnout“. Poskytování péči jí velmi zasahuje do osobního života. Po čtyři roky péče nezná pojem soukromí, domácí pohoda. S manželem jsou podráždění, často se hádají kvůli maličkostem. Pojem syndrom vyhoření slyšela ode mne poprvé, neumí se mu bránit. Zdravotní problémy neudává, snad jen bolesti hlavy a zad. Nakonec by chtěla dodat, že jí tato nemoc děsí, má z této nemoci strach.

Pečovatel 5

Pečovatel 5 je 50-letá žena, je vdaná, zaměstnaná jako účetní. Pečuje o svoji 84-letou matku po čtyři roky. Péči poskytuje přes týden odpoledne a večer, o víkendech a svátcích celodenně. Po dobu své pracovní doby využívá možnosti denního stacionáře. S maminkou bydlí společně v domku, i když má svůj pokoj, veškerý čas tráví spolu. Poskytuje komplexní péči, s péčí jí pomáhá celá rodina. Cítí se velmi unavená, vyčerpaná. Na přátele jí nezbyvá čas ani chuť. Pokud má zabezpečenou maminku, tak se snaží odreagovat při sportu, při hudbě a spánkem. Péči už nezvládá, s manželem se odcizují, cítí se na pokraji vyhoření, proto se rozhodla o umístění maminky v Domě pro seniory. Životním cílem je být spokojená v manželství, být slušná a ve stejném duchu vychovat i své děti. Sama sebe se popisuje jako unavenou a vyčerpanou, na konci sil. Pojem syndrom vyhoření zná, sama si uvědomila, že se jí velmi týká, cítí se těsně před zhroucením. To bylo také důvodem situaci řešit, a proto se nakonec rozhodla celodenní péči ukončit.

Léčí se s hypertenzí, je po operaci štítné žlázy, dělohy a křečových žil. Péči v tomto rozsahu a o takto nemocného člověka nikomu nedoporučuje, je velmi náročná a vyčerpávající, nelze skloubit s pracovními povinnostmi.

7.2 Shrnutí rozhovorů se sestrami

Sestra 1

Pracuje na gerontopsychiatrickém oddělení patnáct let. Poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči třiceti pacientům, ve směně jsou tři. Pracovní povinnosti se jí daří obvykle zvládat dobře, vše záleží na momentální skladbě pacientů a na individuální výkonnosti kolegyň. K nemocným má velmi pěkný vztah, jsou jí blízcí. Pokud se dostává do časové tísně nebo se zvýší počet směn, pacienti i „překáží“, pociťuje psychickou únavu, nechut', což se prý blíží k syndromu vyhoření. Sama mu nijak nepředchází, potká ji jednou za rok, pomůže jí dovolená, spánek, ticho, klid. Oporou jí jsou kolegyně, kamarádky,

rodina. Nemá problém najít si prostor pro zájmy a kontakt s přáteli. Sebe samu popsala jako náladovou, tvrdohlavou, vzteklou, spoléhá sama na sebe. Životní cíl nemá, je spokojená, že má svoji rodinu, manžela, který se o ni postará. Pracovní problémy si nosí domů, trpí občasnou nespavostí.

Sestra 2

Je zdravotnický asistent, na gerontopsychiatrickém oddělení pracuje čtyři roky. Na oddělení pečuje o třicet nemocných, poskytuje jim komplexní ošetrovatelskou péči. Pracovní povinnosti si zorganizuje a nemá problém je časově stíhat. Péče o nemocné s AN ji uspokojuje, „každý zdravotník potřebuje určitou dávku altruismu“, uspokojovat svoji potřebu o někoho pečovat. Svoji práci koná s láskou. Někdy pocituje lítost, kterou se snaží vytěsnit. Cítí únavu z přesčasových služeb. Problémy jí pomáhá zvládat manuální práce, uvádí i občasné užití Diazepamu. Styk s přáteli se jí daří udržovat nejvíce po telefonu, čas na přečtení knížky si najde. Chtěla by ještě studovat, žít podle nejlepšího vědomí a svědomí, nikomu neubližovat. Má velké problémy s hodnocením sebe sama, má velmi nízké sebevědomí. Nad prací přemýšlí i ve svém volnu. V předchozím zaměstnání zažila syndrom vyhoření, dle jejího názoru mu nelze předejít. Odbornou pomoc by vyhledala jen u svého známého, ke kterému by měla důvěru. Před rokem prodělala embolii.

Sestra 3

Pracuje na gerontopsychiatrickém oddělení jako ošetrovatelka pět let. Má zkušenosti s péčí o nemocné s Alzheimerovou nemocí ze Švýcarska. Práci hodnotí jako nárazovou, někdy ji lze stihnout „v pohodě, jindy je to fofr“. Při práci zažívá střídavě únavu, radost, zklamání, pokud se cítí vyčerpaná, ujímá se „vlády sestry s největším množstvím energie“. Problémy jí pomáhá zvládat pracovní kolektiv, kamarádi, děti, pes a rum. Prostor pro děti, přátele a zájmy upřednostňuje před domácností. Má pocit, že žije ze dne na den, nemá cíl, ale chtěla by se ještě něco naučit. Sama sebe vidí jako upovídanou, kamarádkou, ale i jako „nerváka a lempla, kterému stačí to, co má“. Její osobní život práce hodně ovlivňuje, neumí za ní zavřít dveře, má problémy s hlídáním dětí, noční směny narušují přirozené biorytmy. Syndromem vyhoření prý trpí všichni, kdo pracují s lidmi. Pro prevenci syndromu vyhoření vidí jako nejdůležitější dobré pracovní zázemí a dobrý kolektiv, kvalitně si naplnit čas, který netráví v práci. Kdyby bylo nejhůř, určitě by vyhledala pomoc psychologa nebo psychiatra. Zdravotní problémy prý nemá, jen se léčí u psychiatra s depresí. Tato práce se jí moc líbí, nedovede si představit, že by ji nedělala.

Sestra 4

Pracuje jako sestra na gerontopsychiatrii šest let. Na oddělení poskytuje společně se dvěma sanitárkami komplexní ošetrovatelskou péči třiceti pacientům. Pracovní povinnosti se jí daří stíhat dle situace, někdy se může pacientům věnovat více, jindy méně. Pocity při práci ovlivňuje nálada, množství práce, cítí svoji potřebnost, někdy pocit vysátí, zoufalství. Oporou jí jsou kolegyně, rodina, náladu ji zvedne cvičení a nakupování. Prostor pro styk s přáteli a pro zájmy má díky práci na směny dostatečný. Jejím cílem je být šťastná, spokojená, být více s rodinou. Sebe samu vidí jako optimistu, který spoléhá jen sám na sebe. Práce na směny zcela určitě ovlivňuje její osobní život, bývá podrážděná. Má problémy s krční páteří, trpí bolestmi hlavy, má nadváhu. Ví, jak předcházet syndromu vyhoření, problémy by řešila s psychologem. I přes uvedené problémy ji práce naplňuje a přináší radost.

7.3 Kategorizace výsledků

Ve své práci jsem nejdříve prováděla otevřené kódování získaných dat. Pro větší přehlednost jsem kategorie, které jsem v datech analyzovala, vložila do tabulky 3.

Tabulka 1 Přehled vytvořených kategorií

	KATEGORIE
1	Zvládání povinností spojených s péčí / Co ovlivňuje zvládání pracovních povinností
2	Pocity provázející péči
3	Co nebo kdo pomáhá zvládat problém
4	Prolínání problematiky péče s osobním životem, čas na sebe
5	Pohled na sebe sama
6	Životní cíl, priority
7	Syndrom vyhoření a možnosti jeho předcházení
8	Povědomí o možnostech odborné pomoci
9	Zdravotní problémy

Vytvořené kategorie více popisují v následujícím textu. V citacích uvádím pro identifikaci zdroje jen zkratky respondentů.

Pečovatelé 1 – 5 (P1-5), Sestry 1 – 4 (S1-4).

7.3.1 Kategorie 1 - Zvládání povinností

Pečovatelé, starající se o své nemocné musí zvládat vedle péče ještě řadu dalších povinností, především rodinu a zaměstnání. Vytvořené kategorie jsou přehledně shrnuty v tabulce 4.

Tabulka 2 Přehled kategorie 1

KATEGORIE		PEČOVATELÉ	SESTRY
1	Zvládání povinností spojených s péčí / Co ovlivňuje zvládání pracovních povinností	Nedostatek času na péči o nemocného	Skladba pacientů
		Nezvládání svých povinností	Spolupráce s kolegyněmi
		Nedostatek času na rodinu	Mimořádné události (pády, úmrtí, příjmy)
		Přesouvání pracovních povinností	Dobrá organizace práce
		Je to nad lidské síly	Práce se musí dělat s láskou
		Nedostatek poskytované péče	
		Nedostatek času na sebe	
		Nemožnost strávit dovolenou	

Pečovatelé, starající se o své nemocné, musí zvládat vedle péče ještě řadu dalších povinností, především rodinu a zaměstnání. Nejčastějším problémem byl nedostatek času a to nejen na péči o nemocného, na rodinu, domácnost, ale i na sebe. S tímto souvisí přesouvání pracovních povinností na pozdější dobu a nemožnost odjet na dovolenou. Jeden z respondentů uvádí, že zvládnutí všech povinností je nad lidské síly. Zvládání povinností ovlivňuje počet pečovatелů a stav nemocného.

„...nestíhám ani péči o babičku, ani o dítě“ (pečovatel 1).

„Pracovní povinnosti řešíme buď ráno než jedeme, nebo až po nocích doháníme“ (P2).

„Časově? Nad lidské síly...“ (P3).

„...nestíhám se starat o babičku, domácnost, práce...Nemáme na sebe žádný čas...

...Tím, že na to nejsem sama...tak to dosud nějak šlo...její zdravotní stav je horší...

„Nevím, co je dovolená“ (P4).

„...Vše bylo na úkor mého volného času a mé relaxace...“ (P5).

Sestry uvádí, že se vcelku daří plnit své povinnosti, je to však ovlivněno několika faktory.

Důležitý je stav pacientů, pracovní schopnosti kolegyně, umění organizace práce. Největším problémem je výskyt mimořádných událostí, jako jsou pády pacientů, zranění, zhoršení stavu popř. úmrtí nebo nahromadění příjmů. Nejčastější byla odpověď „Jak kdy“.

„...jak kdy, ...záleží to na skladbě pacientů, ...koho má člověk ve směně, ...s někým se to zvládnout moc nedá, s někým se to zvládá dobře...řikam, záleží na tom, jaký má člověk kolegyně“ (S1)

„...jak kdy, většinou v pohodě,...záleží, když se někdo zhorší, když ulehne, ...když někdo spadne, musí se jet na výjezd, ...tak to bývá fojr“ (S3).

„...jak kdy, někdy to jde...jindy nestíháme vůbec nic. Když se naválí příjmy, zhoršení stavu, nebo pády, pak je to mazec“ (S4).

Jen jedna sestra kladla důraz na dobrou organizaci práce, a pracovní povinnosti se jí daří stíhat.

„...dejme tomu, že si to člověk musí nějak zorganizovat, ...musí si udělat nějaké schéma, pak se daří“ (S2).

Při porovnání obou skupin, je patrná odlišnost zvládání povinností. Pečovatelé mají kromě péče i jiné povinnosti, které díky péči nestíhají a zanedbávají. Oproti tomu sestřám se daří péče o nemocné stíhat. Společným znakem, který ovlivňuje zvládání péče, je stav pacienta.

7.3.2 Kategorie 2 - Pocity, provázející péči

Tato kategorie je velmi obsáhlá. Výsledky jsou obsahem tabulky 5.

Tabulka 3 Přehled kategorie 2

KATEGORIE	PEČOVATELÉ	SESTRY
2 Pocity provázející péči	Nutnost „odstříhnout“ vlastní emoce	Kladný vztah ke starým lidem
	Strach o pečovaného	Patříčná dávka altruismu
	Strach z této nemoci	Uspokojení, naplnění
	Strach z budoucnosti	Ráda rozdávám radost
	Bezmoc, beznaděj	Radost i z drobných úspěchů pacientů
	Zoufalost, prázdnota	Empatie
	Lítost, že nemůže na vycházku, že si neužije vnučku	Nutnost potlačit lítost
	Sebelítost	Nezájem příbuzných
	Soucit	Práce je pořád dokolečka, nikde není vidět
	Nechuť k zábavě	Víc dávám, než dostávám
	Pocit, že je práce zbytečná	Únava z přesčasových služeb
	Pocit, že sama potřebuji pomoc a ne pomáhat	Psychická únava
	Pocit, že už nemůžu, už to nezvládnu	Vyčerpání, vysátí
	Pocit, že poskytovaná péče nestačí	Narušený biorytmus
	Vzteky vycházející z toho, že se často mění nálada nemocného	Ráda rozdávám radost
	Fyzická únava	

Tato kategorie je velmi obsáhlá. Ze všech pocitů uváděli dva pečovatelé na prvním místě bezmoc, beznaděj, zoufalost, prázdnotu. Jeden pečující dokonce uvádí, že poskytovaná péče je zbytečná, další, že to nikam nevede.

„Pocity? Bezmoc, mám pocit, že péče, kterou mu dávám, je zbytečná...“ (P3)

„...beznaděj, zoufalost, prázdnotu...nevidím žádnou budoucnost...fakt zoufalost... zoufalost, prázdnota, beznaděj...“ (P4).

Tyto pečující se starají o své nemocné celodenně a zdravotní stav nemocného hodnotí jako vážný. Předpokládám, že kvůli těžkému zdravotnímu stavu, dva z pečovatelů uvádí i pocit, že péči nezvládne, že už nemůže.

„...Mám pocit, že už nemůžu, že to nezvládnou...Zemřel nám syn, dává mi to za vinu. Sami máme s manželem velké trápení, sami bysme potřebovali pomoc a ne pomáhat dědovi...“ (P3).

„...Cítím se dost unaveně, vyčerpaně a těsně před vyhořením...“ (P5).

Další projevenou emocií byla lítost.

„... je mně líto, že babička nemůže jít na vycházku, na výlet, neužije si moji dceru...“ (P2).

„...Střídá se u mne soucit, lítost mamky ale i mne, bezmocnost, ale i vztek ...“ (P5).

Dva pečující shledávají, že nemocný již potřebuje více péče, než se mu dostává.

„...už potřebuje mnohem víc péče...práce není pořádně odvedená, protože tý péče potřebuje mnohem víc...“ (P1).

„...ted' babička potřebuje více péče, její zdravotní stav se horší...“ (P4).

Dalším opakujícím se pocitem je strach, a to strach o pečovanou osobu, z budoucnosti a strach z této vážné nemoci.

„...člověk má i strach, jestli babička neupadla, ...čekat, co se stalo, jestli to není vážný. Když zazvoní telefon, tak člověk čeká s hrůzou, co bude“ (P2).

„...Tato nemoc mě děsí...a mám celkem strach, abych toho Alzheimerera neměla“ (P4).

„...a také strach z další budoucnosti. ...“ (P5).

Dalším společným pocitem byla únava. Pečující udávali únavu psychickou i fyzickou.

„...Potom únava, určitě únava a to psychická i fyzická...“ (P1).

„...Cítím se unavená, únava je velká. Nejen fyzická...“ (P2).

„...večer padnu do postele a ležím, koukám do stropu, ...relaxuju...už nemůžu...“ (P3).

„...Jsem unavená, hotová...“ (P4).

„...kromě fyzického vyčerpání, je mnohem horší vyčerpání po psychické stránce...“ (P5).

S únavou souvisí i nechut' se bavit.

„...když je člověk unavený, nemá ani chuť se bavit...“ (P2).

„...nemám náladu na nic...“ (P4).

„...Pokud nějaký čas zbyde, pak je člověk tak unavený, že snad nemá ani náladu se bavit...“ (P5).

Pocity ovlivňuje nálada nemocného, i když se pečující snaží od nemocného emoce nepřebírat.

„...někdy, podle nálady babičky je to veselý, někdy mám vztek, protože se její nálady často mění...není to příjemný...musela jsem se naučit tyto věci odstínit, nepřebírat emoce...“ (P1).

Dvě z pečovatelek vyslovily morální povinnost postarat se o svého příbuzného. *„...prostě nemůžu se na ni vyprdnout, to nejde...mám pocit, že to chci tomu člověku i vrátit, tím, že se o ni postarám...“ (P2).*

„...Domluvili jsme se, že zůstanu doma, postarám se o něj. Manžel je jeho jediný syn...jsem původně dětská sestra, ...takže vím, jak o nemocného pečovat...“ (P3).

Sestry často zmiňovaly osobní potřebu péče, to, že mají zdravotníci jistou dávku altruismu, kladný vztah ke starým lidem. S potřebou pečovat o někoho zcela jistě souvisí pocit naplnění a uspokojení či radosti při péči o nemocné. Tento pocit zmiňovaly v rozhovoru všechny sestry.

„...už na zdrávce...mě ti geronti byli jakoby bližší, mám je ráda...“ (S1).

„...každý zdravotník musí mít určitou dávku altruismu..., aby jsme si uspokojovali nějakou tu svoji potřebu péče o ty druhý. ...Člověk, který pracuje ve zdravotnictví, musí tu práci dělat s láskou...“ (S2).

„...někdy mám radost..., když si někdo vzpomene na něco... V práci se mi líbí...Fakt jsem ráda, že jsem mezi těma Alzheimerama, fakt jo“ (S3).

„...Moje práce mě naplňuje, ráda lidem pomáhám, přináším jim radost.“ (S4).

Všechny sestry také zmiňovaly únavu, po prostudování rozhovorů jsem shledala, že sestry si více ztěžují na únavu psychickou.

„...tak člověk cítí únavu...Vždycky psychickou, necítla jsem se nikdy vyčerpaná fyzicky, to ne...“ (S1).

„...Cítím se unaveně, mám moc služeb...“ (S2).

„...od vyčerpání,...to mně někdy úplně bere šťávu...Ta práce je pořád dokolečka, nikde není vidět...“ (S3).

„...Někdy mám pocit, že víc dávám, než dostávám, cítím se úplně vysátá...“ (S4).

Další ze zmíněných pocitů byla empatie a nutnost potlačit lítost.

„..., že ti je těch lidí líto, ...což musíš ve zdravotnictví trošku odkopávat zapotřebí je patriční dávka empatie, ale ta lítost musí jít trošku stranou...“ (S2).

„... a vadí mi hrozně, když za nimi nikdo nejezdí, ...nikoho už nemají, nebo se k nim děti nehlásí, nikdo za nimi nepřijde, nevzpomene si...“ (S3).

Mezi podněty, které ovlivňují emocionální stav sester, patří množství práce, množství směn, pracovní pohoda ale i spokojenost pacientů.

„...záleží na rozložení služeb,...záleží to právě na tom, kolik má člověk práce...“ (S1).

„...podle nálady, množství práce...Důležité jsou kolegyně...“ (S4).

Pouze jedna sestra si postěžovala na narušení biorytmu při směnném provozu.

„...Někdy to mám takový otočený...ráno bych šla spát a ožiju po obědě a hlavně večer...“ (S3).

Po porovnání skupiny pečovatelů a skupiny sester je patrné, že u pečovatelů se často opakuje bezmoc a zoufalství, kdežto sestry uváděly „pouze“ vyčerpání. Společným pocitem sester byla uvedena potřeba pečovat, kladný vztah ke starým lidem, pocit uspokojení z práce, dva z pečovatelů to cítí jako morální povinnost. Pečovatelé uváděli na rozdíl od sester zátěž fyzickou, prožívají strach, lítost, sebelítost, vztek, mají pocit, že poskytovaná péče je nedostatečná, nezvládají ji, nemocný potřebuje více péče.

7.3.3 Kategorie 3 - Co nebo kdo pomáhá zvládat problémy

Pro zvládání náročné péče, je velmi důležité mít někoho nebo něco, jež pomáhá problémy lépe snášet, čelit jim. Přehled je uveden v tabulce 6.

Tabulka 4 Přehled kategorie 3

KATEGORIE		PEČOVATELÉ	SESTRY
3	Co nebo kdo pomáhá zvládat problémy	Manžel	Rodina
		Děti	Přátelé
		Rodina	Dobré vztahy s kolegyněmi
		Kamarádky, přátelé	Pes
		Kolegyně v zaměstnání	Koníčky
		Zaměstnání	Manuální práce (např. na zahrádce)
		Koníčky	Četba
		Procházka	Dovolená, volno
		Sport	Pravidelný pohyb, cvičení
		Návykové látky	Léky, alkohol

Pro zvládnání náročné péče je velmi důležité mít někoho nebo něco, jež pomáhá problémy lépe snášet, čelit jim. Při pečlivém prozkoumání rozhovorů jsem objevila zajímavou skutečnost. Pečovatelé nejdříve odpověděli na otázku kdo? U všech pečovatelů se objevovala na předním místě odpověď manžel, dále zbytek rodiny, kamarádka, přátelé. Zjištění, že mají všichni dotazovaní pečovatelé oporu v rodině, je velmi pozitivní.

„ ...mám úžasnou rodinu... , díky mému tolerantnímu manželovi a celé mojí rodině.... snažím se odreagovat se pohybem na kole, lyžích, jógou... “ (P5).

Až v druhé řadě odpovídali na otázku co? Mezi činnostmi, které pomáhají zvládat problémy, byly zmíněny koníčky, procházka, sport, ale i zaměstnání a návykové látky. Pečovatelkám, které poskytují péči celodenně, volný čas nezbyvá, jedna se dokonce odreagovává jen v práci, druhá více kouří.

„ ...Na nic jiného není čas...ted' s dědou kouřím více... “ (P3).

„ ...Jsem ráda, když jdu do práce, mezi jiné lidi, tam si odpočinu... “ (P4).

Většina sester, kromě jedné, nejdříve zodpověděly otázku co? Dvě z nich v odpovědi se smíchem upřednostnily návykovou látku, jedna alkohol, druhá léky, jedné zvedne náladu nakupování, další pomůže odpočinek a spánek. Toto zjištění již pozitivní není. Kromě návykových látek a bažení z nakupování si sestry pomáhají manuální prací, sportem, procházkou do přírody. Při odpovědi na otázku kdo, jsou na prvním místě kolegyně, pak kamarádka, na třetím místě rodina, dále pes a dokonce nikdo. Jedna ze sester uvedla, že s kolegyněmi v práci tráví více času než s rodinou, není toto důvodem upřednostnění kolegyně před rodinou? Sestry poskytují péči v práci, hledají proto i v práci pomoc?

„ ...10mg Diazepamu...(smích)...ne, 2,5mg na noc, občas...Kdo? To mi nepomáhá nikdo zvládat...manuální práce... “(S2)

„ ...Rum...(smích)...ne, tak určitě kolektiv..., mimo práci pes, děti, kamarádi“ (S3).

„ ...musím si je vyřešit sama, pomůžou kolegyně, ty musí být oporou, vždyť s nimi strávím více času než s manželem a s dětmi...manžel, děti...chodím cvičit, vyrazím si s kamarádkami, jo a nakupování mi vždycky zvedne náladu... “(S4).

„ ...co? ...volno, spánek, ticho, klid, dovolená...kdo? ...kolegyně, kamarádka, rodina taky... “ (S1).

7.3.4 Kategorie 4 - Prolínání problematiky péče s osobním životem, čas na sebe

Jak lze skloubit péči o nemocného s osobním životem? Odpovědi na tuto otázku jsou v tabulce 7.

Tabulka 5 Přehled kategorie 4

KATEGORIE	PEČOVATELÉ	SESTRY
4 Prolínání problematiky péče s osobním životem, čas na sebe	Tyto záležitosti nelze oddělit	Někdy přemýšlím o pracovních problémech i doma
	Zasáhne celý život	Po práci jsem podrážděná
	Ztráta soukromí	Lze si najít čas třeba na úkor domácích prací
	Hádky kvůli maličkostem	Jen telefonický kontakt s přáteli
	Podrážděnost, nervozita, domácí napětí	Nemám žádné koníčky
	Na úkor jiných povinností	Omezení směnným provozem
	Po domluvě a vystřídání s druhým pečovatelem	Čas na dopolední siestu
	Nikam nechodíme, není čas	Není problém
	Jen když nás někdo navštíví	
	Pouze kontakt s kolegyněmi v zaměstnání	

Jak lze skloubit péči o nemocného s osobním životem? Dle pečovatelů to nelze vůbec oddělit, v žádném okamžiku, zasáhne to celý život. Dle jednoho názoru a zkušeností toto není možné zcela skloubit. Pečovaná osoba se stává prioritou, podle níž se podřizují ostatní činnosti. Více času stráveného u nemocného zasahuje více do osobního života. Pečovatelky 4 a 5, které poskytují péči celodenně, uvádí problémy v osobním životě. Nedostává se jim žádný čas na sebe, ztrácí soukromí. Čas na sebe je podmíněn možností vystřídání se při péči.

„... když mám problémy s babičkou, všechno musí jít stranou...všechno se musí řešit hned...“ (P1).

„...určitě, tam ti to zasáhne, práce, celý život...musí se to přizpůsobit té babičce,...je dobré to, že se vystřídáme...(P2).

„...žádný soukromí nemáme, hádáme se kvůli maličkostem, jsme oba hrozně podráždění...doma je hrozné napětí, řveme na sebe...“ (P4).

„...nám zmizelo veškeré soukromí. S manželem nás to dosti poznamenalo, denně si povídáme příběhy o mamce a o jejím zhoršeném zdravotním stavu...

... s manželem jsme se začali odcizovat, ale hodně situaci rozebíráme a povídáme si o vzniklých problémech a to je pro nás hodně důležité...“ (P5).

...čas na sebe

„...Nikam nechodíme, na nic není čas...občas známí přijdou k nám, ale není čas...(P3).

„...nedaří, jen když jdu do práce, tak se vidím s kolegyněma,...nikam nechodím, občas někdo přijde k nám...nic se nedaří, nestíhám, nemám náladu na nic. To nejde...“ (P4).

„...Prostor pro moje zájmy si hledám jen těžko, ale přesto, jak to jen trochu jde...“ (P5).

Pečovatelky 1 a 2, nepečují celodenně, jedna se při péči střídá s maminkou, druhá nechodí do práce a pro možnost vystřídání s péčí objednala pečovatelku. Díky tomu, se jim daří najít čas na sebe.

„...To se mi daří docela dobře, protože nechodím do práce...ale je to na úkor něčeho jiného, třeba péče o domácnost...chodím sportovat, když je babička zabezpečená...zase je to na úkor něčeho jiného...“ (P1).

„...daří,...s mamkou se domluví, vždycky se vystřídáme...kdyby byl na to člověk sám, tak to by byla určitě větší zátěž...“ (P2).

U sester je situace jiná, všechny si „nosí práci domů“, neumějí „za sebou v práci zavřít dveře“. Do osobního života se promítá únava a směny. Jedna sestra se cítí omezena směnným provozem, ale na druhou stranu má díky směnám více času na sebe. Prostor pro sebe a přátele sestry najdou, většinou na úkor domácnosti. Jen jedna sestra, díky přesčasovým směnám udržuje pouze telefonní kontakt s přáteli, prostor pro zájmy nehledá, žádné nemá, a to i přes to, že je svobodná a bezdětná.

„...Když nějaký zájem mám a chci ho udržovat, tak si ten čas vždycky udělám...tak budu doma míň uklízet...“ (S1).

„...taky v pohodě, ten čas si musím umět udělat...no na úkor mé domácnosti...“ (S3).

„...daří, pracuji na směny, takže dopoledne...mám čas jenom sama na sebe...na druhou stranu mě ty směny omezují...vše plánuji podle služeb...“ (S4).

„...Díky službám navíc...telefonicky pouze...nemám zájmy, tak si ten prostor ani nemusím hledat...čtu...to si čas najdu...“ (S2).

7.3.5 Kategorie 5 - Pohled na sebe sama

Přehled této kategorie je v tabulce 8.

Tabulka 6 Přehled kategorie 5

KATEGORIE		PEČOVATELÉ	SESTRY
5	Pohled na sebe sama	Optimista	Náladovost
		Idealista, ale přeje si být realistou	Optimista
		Pečující tvor	Cholerická povaha
		Obětavá	Chci, aby bylo po mém
		Tvrdá k sobě, musím vše zvládnout	Řeším vše sama, spoléhám jen na sebe
		Upřednostňování rodiny před sebou	Sebevědomí na bodu mrazu
		Potřeba kontaktu s lidmi	Mám ráda lidi
		Uzavírání se do sebe	Lempl
		Unaveně, těsně před vyčerpáním	Kamarádká, upovídána
			Je se mnou sranda

V této kategorii jsem dlouho nemohla najít žádný společný znak. Potřebu pečovat zmínila jedna z pečovatelek, další se vidí jako obětavá, jiná zase upřednostňuje rodinu před sebou, musí všechno zvládnout. Svým způsobem vztah k péči o jiné zmínilly tři pečovatelky.

Jedna z pečovatelek se vidí jako optimista, idealista, což ji je někdy na obtíž, chtěla by být více realistou. Žádná z pečujících o sobě moc mluvit nechtěla.

„...jsem tvrdá...myslím, že jsem obětavá...“ (P3).

„...Já nevím...asi musím všechno zvládnout...rodina je přednější...“ (P4).

„...jsem takovej pečující tvor...mám potřebu se o někoho starat...musím mít kontakt s lidma...“ (P2).

Jedna z pečovatelek říká, že ji péče změnila, jiná o změnu usiluje, jedna se uzavřela do sebe a cítí se na pokraji vyčerpání.

„...hodně jsem se změnila...“ (P3).

„...dívám se na věci z lepší stránky...překvapí mě to, chtěla bych být více realista a ne idealista ...“ (P1).

„...Člověk se uzavírá hodně do sebe...cítím se dost unaveně, vyčerpaně a těsně před vyhořením...“ (P5).

Sestry mají více společných znaků, dvě alespoň jednou zdůraznily, že spoléhají na sebe, mají i problém přijmout pomoc od někoho jiného, některé jsou rády dominantní. Jednu ze sester tato otázka zaskočila, přiznala, že má velký problém se sebevědomím.

„...To se ptáš, mě? ...s mým sebevědomím pod bodem mrazu? ...“ (S2).

„...musím vyřešit sama...spoléhám jen sama na sebe...zatím jsem si poradila sama...“ (S4).

„...jsem ráda, když je po mém, raději si vše vyřeším sama... (S1).

Dále jsou náladové až cholerické.

„...jsem teda náladová...odmalička vzteklá...“ (S1).

„...jako nerváka...umím být i nerv, jako vystartovat...“ (S3).

„...podle nálady...Maminka je nervózní...“ (S4).

7.3.6 Kategorie 6 - Životní cíl, priority

Uvedené životní cíle a priority jsou shrnuty v tabulce 9.

Tabulka 7 Přehled kategorie 6

KATEGORIE		PEČOVATELÉ	SESTRY
6	Životní cíl, priority	Být vzorem pro své děti	Fungující rodina
		Dobře vychovat své děti	Být více s rodinou
		Péče o rodinu	Zdravá rodina
		Soudržnost rodiny	Studovat, získat nové dovednosti
		Rodina	Dělat vše podle nejlepšího vědomí a svědomí
		Spokojené manželství	Žiju ze dne na den, nemám plány
		Zdraví	Alespoň si udržet současný životní standard
		Dobrá práce	Zdraví
		Být slušným člověkem	Mít práci

Životní cíl, který se často opakoval u všech dotazovaných, je rodina, aby byla rodina zdravá, držela vždy pohromadě. Pokud péče o nemocného zasahuje do rodinného života až příliš, prioritou se stává spokojené manželství. Přejí si, aby se jejich péče o nemocného příbuzného stala vzorem i pro děti, být slušným člověkem a vychovat ve stejném duchu i své děti. Dalším důležitým cílem nebo prioritou je zdraví.

V pozadí těchto cílů je ještě dobrá práce a umění se radovat z toho co je teď.

„...hlavně zdravou rodinu, dobře vychované děti...myslím, že když vidí, jak se staráme o dědu, tak se i o nás postarají...“ (P3).

„...když děti vidí, že se starám o nemocnou babičku...budou to brát jako samozřejmost ... budou se starat jednak o sebe, jednak o svoje blízký...Prioritou je určitě rodina ... Chtěla bych mít dobrou práci...umět se radovat v přítomnosti...“ (P1).

„...Asi žádný nemám...Rodina? ...Zdraví? ...“ (P4).

*„...Mít rodinu, abychom byli všichni dohromady...mohli spolehnout jeden na druhého ...“
(P2).*

„...Mít spokojené manželství, být slušným člověkem, s čistým štítem, a v tomto duchu vychovat i děti a připravit je do života...“ (P).

Sestry uváděly, že životní cíl nemají, uvádějí podobné hodnoty jako pečující, rodina, zdraví, práce. Dvě sestry by chtěly studovat, něčemu novému se naučit. Jedna sestra dopředu neplánuje, žije ze dne na den, cílem je alespoň udržet si současný životní standard. Dalším uvedeným cílem je spokojenost, štěstí, konat podle nejlepšího vědomí a svědomí, nikomu neublížit, nikoho neodstrkovat, nepodceňovat.

„Nemám životní cíl, jsem ráda, že mám práci...zdravé dítě...manžela...“ (S1).

„...dělat vše podle nejlepšího vědomí a svědomí...neublížit...nepodceňovat, neodstrkovat...Chci studovat...“ (S2).

„...Nemám životní cíl...žiju jen ze dne na den...chtěla bych se něco naučit...Přání, aby byly děti zdravé, aby se nic „neposralo“, aby to bylo alespoň jako teď...“ (S3).

„...Být spokojená, šťastná, zdravá, mít zdravou rodinu, být více s rodinou...“ (S4).

7.3.7 Kategorie 7 - Syndrom vyhoření a možnosti jeho předcházení

Metody jakými předcházejí oslovení respondenti syndromu vyhoření, jsou uvedeny v tabulce 10.

Tabulka 8 Přehled kategorie 7

KATEGORIE		PEČOVATELÉ	SESTRY
7	Syndrom vyhoření a možnosti jeho předcházení	Nezanedbávat sám sebe	Dovolená, volno
		Zájmy a koníčky	Koníčky
		Relaxace, odreagování	Přátelé
		Vypovídat se	Rodina
		Dostatečný počet pečovatелů	Dobré vztahy s kolegyněmi
		Na nic není čas, nepředcházím mu	Manuální práce (např. na zahrádce)
		Brát problémy s nadhledem	Pravidelný pohyb, cvičení
		Neznalost pojmu	Na všem špatném najít něco dobré
			Nelze mu předejít
			Aktivní osobní život

Jak bylo uvedeno v teoretické části, syndromem vyhoření jsou ohroženy sestry i pečovatelé. Jedním z cílů této práce bylo zjistit, jaké povědomí o syndromu mají respondenti a jak mu sami předcházejí. Ze všech dotazovaných pouze jedna respondentka o syndromu vyhoření nikdy neslyšela, dvě si jsou vědomy, že jím prochází, ostatní prokázaly alespoň částečnou znalost pojmu.

Dvě pečovatelky, které se o nemocného starají celodenně, se syndromu vyhoření nijak nesnaží předcházet, a to z důvodu neznalosti nebo nedostatku času na jiné aktivity.

„...Nic nejde, na nic není čas. Jedině brát vše s nadhledem...“ (P3).

„...Nikdy jsem o tom neslyšela...“ (P4).

Pátá pečovatelka si již uvědomila, že péči o nemocnou zvládá jen na úkor svého zdraví, svých zájmů a rodiny. Přestože se mu snažila předejít, nelze zvládnout péči o domácnost, své zaměstnání a celodenní péči o nemocnou.

„...Syndromu úplného vyhoření jsem předešla tím, že jsem skutečně pro mamku našla

po čtyřech letech péče Domov pro seniory, kam příští týden nastupuje, ale jinak mi hodně pomáhá, pokud si mohu alespoň částečně ulevit u mých přátel, hodně mi i pomáhá v tomto pohybu, muzika a spánek.

Zbylé dvě se od péče snaží odreagovávat, pečovatelka 1 má o tomto syndromu a jeho prevenci nejen velmi dobré znalosti, ale i prakticky, mu předchází.

„...snažím se o sebe dobře starat, sama se nešidit, co se týká koníčků, relaxace, kultury, dobrého jídla...“(P1).

„...snažím se nějak odreagovávat, jdu s kámoškama ven...se vypovídám, i s tou rodinou...“(P2).

Skupina sester měla o syndromu vyhoření nejen teoretické znalosti. Dvě sestry uvedly, že mají s tímto syndromem praktickou zkušenost. Tři sestry mu aktivně předcházejí, i když dle dvou sester mu předejít nelze, spouštěcím faktorem je prý nedostatek volna, přesčasové služby.

„...nemám třeba tři měsíce volný víkend...pak se to blíží syndromu vyhoření...prakticky se mu nebráním nijak, vždycky to nějak samo odeznělo, stačil třeba týden dovolený... víc sluníčka...“(S1).

„...já si myslím, že tomu člověk nepředejde, to není něco, s čím by si poradil, můžeš se naučit svými aktivitami...život vyplnit, ale myslím, že tomu nepředejdeš...na tomhle oddělení určitě ne...“(S2).

Dvě sestry mu sami aktivně předcházejí.

„...setkáváním s přáteli, ...čas si musím umět udělat...ráda čtu, chodím na procházky se psem, s dětma na výlety, s kamarády, hospoda, kino, v létě brusle, kolo. No na úkor domácnosti...“(S3).

„...Snažím se na všem špatném najít něco dobré. Vídám se s přáteli, chodím cvičit, jezdíme na výlety. Odpočinkem...“(S4).

7.3.8 Kategorie 8 - Povědomí o možnostech odborné pomoci

Jaké mají dotazovaní povědomí o možnostech odborné pomoci je uvedeno v tabulce 11.

Tabulka 9 Přehled kategorie 8

KATEGORIE		PEČOVATELÉ	SESTRY
8	Povědomí o možnostech odborné pomoci	Odbor sociální péče (příspěvek na péči)	Zatím jsem si poradila sama
		Pečovatelská služba	Psychologové, psychiatři
		Domov důchodců	Odmítání odborné pomoci
		Denní stacionáře	
		Domácí péče	
		Odlehčovací služba pro seniory	

Otázku: „Víš, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?“, pojaly obě skupiny po svém. Pojetí, jakou pomoc mám na mysli, jsem nechala pouze na nich samých. Skupina pečovatelů vyjmenovala různé instituce, které pomáhají s péčí o nemocné. Všichni pečovatelé znají organizace, kam se mohou o pomoc obrátit. Tuto pomoc využívají tři respondentky. Přehled využití pomoci je uveden v tabulce 1 na str. 41. Využití pomoci sociálních služeb je dle zjištěných výsledků ovlivněno i osobností nemocného.

„...Jo znám, to je ta Anežka v Roudnici, máme, teda měli jsme půjčené od nich chodítka, když to vypadalo, že bude děda ještě chodit. Ta domácí péče, ale děda je složitější, nikoho jiného nepřijme...“ (P3).

„...je ta pečovatelka, domácí péče, od výboru něco, vím, že jsou taky denní stacionáře, ale to pro babičku není, babička nikam nechce...“ (P2).

„...„Ano, ...odbor sociální péče, požádala jsem o státní příspěvek na péči o babičku, a platíme z toho pečovatelku, ...zajišťuje pečovatelskou službu. Mám taky zažádáno o Domov důchodců ...“ (P1).

„...„Ano, jednáme se sociálkou, rozhodujeme se, do jakého domova babču umístit...Máme nějaká doporučení...“ (P4).

„...„Na deset dnů jsme využili odlehčovací službu pro seniory ve Štětí, spadající pod Město Štětí, dále využíváme denní stacionář v Roudnici nad Labem...“ (P5).

Sestry měly na mysli odbornou pomoc v případě syndromu vyhoření. Jejich odpovědi byly překvapivé. Jen jedna sestra by se obrátila na pomoc k psychologovi nebo k psychiatrovi. Jedna sestra pomoc psychologa brala alespoň jako možnost, zbylé dvě tuto pomoc odmítají, raději si pomohou sami.

„...Nerada se obracím o pomoc, raději si vše vyřeším sama, to je ta moje povaha...“ (S1).

„.....já jsem se na odbornou pomoc neobrátila...“ (S2).

„...Když bude nejhůř, já nějakého psychologa nebo psychiatra určitě vyhledám, s tím žádný problémy nemám, myslím si, že je to ještě dobrý...“ (S3).

„...Máme v práci psychology, zatím jsem si poradila sama...“ (S4).

7.3.9 Kategorie 9 - Zdravotní problémy

Poslední otázkou jsem se respondentů ptala na jejich případné zdravotní problémy. Záměrně jsem je nespojovala s poskytovanou péčí, někteří mě však upozorňovali, že jejich zdravotní problémy s péčí nesouvisí. Přehled je v tabulce 12.

Tabulka 10 Přehled kategorie 9

KATEGORIE		PEČOVATELÉ	SESTRY
9	Zdravotní problémy	Problémy s páteří	Občasné problémy se spánkem
		Migréna, bolest hlavy	Stav po embolii
		Hypertenze	Deprese (po tragickém úmrtí otce)
		Obezita	Problém s krční páteří
		Problémy se štítnou žlázou	Migréna
		Stav po operaci varixů	Obezita

Poslední otázkou jsem se respondentů ptala na jejich případné zdravotní problémy. Záměrně jsem je nespojovala s poskytovanou péčí, někteří mě však upozorňovali, že jejich zdravotní problémy s péčí nesouvisí. Nejčastějším zdravotním problémem byly bolesti páteře, bolesti hlavy, ve dvou případech hypertenze. Dále byly uvedeny potíže se spánkem, obezita a deprese. Jedna sestra prodělala embolii ve 26 letech, jedna z pečovatelek je po operaci varixů.

„...Občas záda, ale ty bolí normálně, trpěla jsem migrénama, ale to s babičkou nesouvisí...“ (P2).

- „...Nic hrozného, někdy bolí hlava, někdy záda...žádný prášky neberu...“ (P4).
- „...Mám problémy s páteří, krční páteří...z toho pramení mé migrény...“ (P1).
- „...No mám vysoký tlak, štítnou žlázu, menopauzu, obezitu...“ (P3).
- „...Mám problémy s krční páteří, mívám migrény, mám nadváhu...“ (S4).
- „...Jsem čtrnáct měsíců po embolce...“ (S2).
- „...mám občasnou nespavost, to mám psychický...“ (S1).
- „...Kromě toho, že se léčím u psychiatra s depresí, tak ani ne...“ (S3).

DISKUZE

Diskusní část jsem zaměřila na zhodnocení výsledků výzkumu a jeho porovnání s použitou literaturou. Pro výzkum zátěže pečujících o nemocné s Alzheimerovou nemocí jsem upřednostnila kvalitativní výzkum, protože cílem mé práce bylo zmapovat aspekty zátěže sester a pečujících, blíže poznat jejich problémy, pocity, jejich běžný život.

Zdrojem informací o respondentech byly rozhovory. Výběr respondentů byl účelový. Během praxe v agentuře domácí péče jsem oslovila pět pečovatelů, kteří se starají o nemocné s touto chorobou. Při výběru pečovatelů jsem chtěla zajistit dostatečnou variabilitu, proto jsem oslovila i pečující, kteří nepečují celodenně a nebydlí spolu s pečovanou osobou ve společné domácnosti. Výběr byl omezen minimální dobou péče půl roku a bydlištěm v okolí Roudnice nad Labem. Výzkum zátěže sester jsem omezila pouze na gerontopsychiatrické oddělení v Psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích. Pomocí intranetu jsem oslovila všechny sestry, které v Psychiatrické léčebně pracují, jedinou podmínkou byla praxe na gerontopsychiatrickém oddělení delší než tři roky. Zájem o spolupráci byl ze strany sester minimální, přestože jsem zaručovala anonymitu. Na tuto výzvu se mi ozvala pouze jedna sestra, která nesplňovala jediné kritérium. Proto jsem na gerontopsychiatrickém oddělení osobně oslovila deset sester, nakonec s poskytnutím rozhovoru souhlasily čtyři sestry. Se všemi sestrami se osobně znám, proto jsme si během rozhovoru tykaly. Osobní vztah tazatele a respondenta může odpovědi respondenta ovlivnit, sestry by pravděpodobně před cizím tazatelem odpovídaly jinak, ale v tomto případě se ukázalo, že vliv byl spíše pozitivní, sestry byly během rozhovoru velmi otevřené.

Otázky k rozhovoru jsem sestavila na základě poznatků o dané problematice uváděných v literatuře a na základě osobní zkušenosti při péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Použité otázky zajisté nemohly obsáhnout celou problematiku péče o nemocné, to nicméně nebylo cílem tohoto výzkumu.

V další části jsem se věnovala zhodnocení zjištěných skutečností a jejich porovnání s literaturou.

Zvládání povinností spojených s péčí / Co ovlivňuje zvládání pracovních povinností

Nejčastějším problémem pečovatelek byl nedostatek času a to nejen na péči o nemocného, ale i na sebe, na rodinu, na domácnost. Permanentně prožívaný časový tlak je dle Kebzy

a Šolcové (2003) rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření. Pečovatelé musí zvládat vedle péče o nemocného ještě řadu dalších povinností, především rodinu a zaměstnání. Jeden z respondentů uvádí, že zvládnutí všech povinností je nad lidské síly nebo zvládnání povinností jen na úkor svého volna a relaxace. Odpovědi se rozcházejí dle míry poskytované péče a zdravotního stavu nemocného. Shodné výsledky uvádí i Tošnerová (2001) ve své studii, kde statisticky významnou zátěží pro pečující je mimo jiné větší počet hodin strávených s pečující osobou, bydlení ve společné domácnosti, potřeba pravidelné péče a zhoršený stav pečující osoby.

Sestry v rozhovorech uvedly, že své pracovní povinnosti zvládají, je to však ovlivněno mnoha faktory. Zcela určitě zdravotním stavem pacientů, ale i schopnostmi kolegyň a schopností si práci dobře zorganizovat. Podobná zjištění najdeme i v literatuře, Bartošíková (2006) uvádí, jak důležité, pro prevenci syndromu vyhoření, jsou dobré vztahy na pracovišti. Lépe se pracuje tam, kde jsou dobré vztahy a spolupráce. Další nutností je předejít časovému stresu a umět si přeorganizovat povinnosti.

Pocity provázející péči

Pečovatelky, které o nemocného pečují déle než tři roky a zdravotní stav jejich blízkého je vážný, uváděly bezmoc a beznaděj, které jsou považovány za významné příznaky emocionální zátěže.

Dalším společným pocitem byla únava, pečující udávali únavu psychickou i fyzickou. Fyzická únava plynula z nedostatku odpočinku, zvládnání péče o nemocného při zaměstnání, a vedení domácnosti. S únavou souvisela i nechut' se bavit. Závažnost vlivu únavy je popsána i v literatuře. Tělesná a psychická únava, různé emoční a náladové stavy mohou být důsledkem psychické zátěže (Tuček, 2007). Pocit únavy až vyčerpání je příznačný i pro syndrom vyhoření (Honzák, 2005).

Dalšími subjektivně prožívanými emocemi v rozhovorech byly strach, lítost a sebelítost, které patří mezi časté emocionální stresory. Pečovatelé uváděli i pocit, že péči nezvládnou a že nemocný již potřebuje více péče, než se mu dostává. Opět to bylo v závislosti na zdravotním stavu nemocného a času s ním stráveným. Také Bartošíková (2006) uvádí, že opakování situací, kdy nemůže pracovník dostát nárokům péče, vede k vyhoření.

Sestry často zmiňovaly kladný vztah ke starým lidem a osobní potřebu péče, s touto potřebou zcela jistě souvisí pocit naplnění a uspokojení či radosti při péči o nemocné. Osobní motivace je dle Kryla (2004) jedním z předpokladů pro zvládnání stresu. Dle zjištěných výsledků, fyzickou únavu u sester převyšuje únava psychická, emocionální.

Mezi podněty, které ovlivňují emocionální stav sester, patří množství práce, množství směn, pracovní pohoda, ale i spokojenost pacientů. Negativně působí pocit, že je práce zbytečná, stereotypní a nikde není vidět. Zmíněné pocity zažívaly sestry i pečovatelky. Po porovnání skupiny pečovatelů a skupiny sester je patrné, že u pečovatelů se často opakuje bezmoc a zoufalství, kdežto sestry uváděly hlavně vyčerpání.

Co nebo kdo pomáhá zvládat problémy

Při pečlivém prozkoumání rozhovorů jsem zjistila, že všichni dotazovaní pečovatelé mají oporu v rodině, což je velmi pozitivní. Objevila jsem také zajímavou skutečnost, že pečovatelé nejdříve odpověděli na otázku kdo a sestry na otázku co?

U všech pečovatelů se objevovala na předním místě odpověď manžel, dále zbytek rodiny, kamarádky, přátelé. Podobně dle výsledků výzkumu Tošnerové (2001) je zátěž pečovatele výraznější při chybění podpory nejbližší rodiny a širšího příbuzenstva.

Pro sestry jsou na prvním místě při zvládání problémů kolegyně, pak kamarádky, na rozdíl od pečujících uvedly rodinu až na třetím místě. V práci tráví více času než s rodinou, což může být důvodem upřednostnění kolegyně před rodinou. Možným vysvětlením je i fakt, že každý hledá pomoc tam, kde ji potřebuje, pečující v rodině, sestra v zaměstnání.

Mezi faktory, které pomáhají zvládat problémy, byly zmíněny koníčky, procházka, sport, ale i zaměstnání a návykové látky (sedativa, nikotin, alkohol). I jiné výzkumy, například Jedlinská, Hlúbik a Levová, (2009), uvádějí jako nejčastější salutor volný čas, který pečujícím přinášel nejvíce pozitivních pocitů. Pozitivně byly pečujícími hodnoceny i zážitky související se zlepšením stavu osoby závislé, spokojeností osoby závislé, oporou rodiny a spokojeností rodiny a v neposlední řadě i finanční. Stejný výzkum poukazuje na následky v podobě změny životního stylu a zdravotního stavu pečujících při přítomnosti nadměrné psychické zátěže, kde u nad poloviny respondentů došlo ke zvýšení spotřeby kávy, cigaret a alkoholu. Pečující i sestry užívají návykové látky jako pomocníka při zvládání problémů, přestože je známo, že jejich působení je destruktivní. Žádoucím směrem působí jen dočasně, z dlouhodobého hlediska naopak samy způsobují problémy. Dle Bartošíkové (2006) je důležitým faktorem

Prolínání problematiky péče s osobním životem, čas na sebe

Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že pro pečovatele je péče o nemocného spjata s osobním životem a zasáhne celý jejich život. Pečovaná osoba se stává prioritou, podle níž se podřizují ostatní činnosti a díky tomu se objevují problémy v osobním životě. Tyto faktory

jsou pro všechny zúčastněné stresující. Podobná zjištění se objevují i v ostatních výzkumech. Např. Tošnerová (2002) uvádí, že pro pečovatele je velmi stresující podřídit svůj život potřebám nemocného.

U sester není prolínání tak výrazné, je pro ně snazší oddělit svůj osobní život od péče o nemocné, protože je to jejich zaměstnání. Přesto pocítují určitá omezení díky směnnému provozu.

Pohled na sebe sama, životní cíl, priority

Péče o nemocné ovlivňuje i pohled na sebe sama. Z výsledků je patrné, že někoho péče změnila, jiný o změnu usiluje a při péči o nemocného člověka často dochází k přehodnocení priorit.

Dle Křivohlavého a Pečenkové (2004), je přehodnocení priorit a změna postoje dalším důležitým momentem v prevenci syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření a možnosti jeho předcházení

Jak jsem uvedla v teoretické části, syndromem vyhoření jsou ohroženy sestry i pečovatelé. Jedním z cílů této práce bylo zjistit, jaké povědomí o syndromu mají respondenti a jak mu sami předcházejí. Ze všech dotazovaných pouze jeden z respondentů o syndromu vyhoření nikdy neslyšel, ostatní prokázali alespoň částečnou znalost pojmu.

Ve většině případů pečovatelé uvedli, že se syndromu vyhoření nijak nesnaží předcházet, myslí si, že to nelze. Hlavním důvodem je nedostatek času na jiné aktivity, velký vliv na to mají již několikrát zmíněné okolnosti (doba péče, zhoršený stav nemocného, společné bydlení). Ze zkušeností oslovených pečovatelů vyplynulo, že úplnému vyhoření lze předejít předáním nemocného do péče odborníků.

Podobnou zkušenost jako pečovatelé mají i sestry, také si myslí, že se syndromu vyhoření nelze, při dlouhodobé péči o nemocné s touto diagnózou, ubránit. K oddálení a zmírnění projevů syndromu vyhoření se snaží udělat si čas na sebe a své zájmy. Pomoc odborníka však odmítají, raději si pomohou sami.

Povědomí o možnostech odborné pomoci

Všichni dotazovaní pečovatelé znají organizace, kam se mohou o pomoc obrátit, ale ne vždy mohou této pomoci využít, což je ovlivněno odmítáním pomoci cizích lidí ze strany nemocného.

Zdravotní problémy

Nadměrná zátěž může způsobit různé zdravotní problémy, mezi onemocněními spolupodmíněná stresem patří: vředová choroba gastroduodena, kardiovaskulární poruchy, migréna, vertebrogenní syndrom, herpetické infekce, autoimunní onemocnění, onkologická onemocnění (Kryl, 2004). Také v mém výzkumu dotazovaní uváděli různé zdravotní obtíže (migrény, bolesti zad, kardiovaskulární onemocnění, obezitu, potíže se spánkem a deprese), ale většinou byli přesvědčeni, že nesouvisí se zátěží spojenou s péčí o nemocné.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala zátěží sester a rodinných pečujících o nemocné s Alzheimerovou nemocí. Zaměřila jsem se na pocity sester a rodinných pečujících při péči, jak dokážou skloubit péči o nemocné se svým osobním životem. Cílem bylo porovnat shody a rozdíly v subjektivním prožívání zátěže u profesionálních a laických pečujících. Je všeobecně známo, že sestry a pečující jsou ohroženy syndromem vyhoření, proto jsem zjišťovala, jaké mají povědomí o syndromu vyhoření a jak se mu sami snaží předcházet. Z osobní zkušenosti vím, jak je tato práce náročná, ale jaké zátěži jsou vystavení rodinní pečující?

V teoretické části jsem popisovala, co je to vlastně zátěž, jak se nadměrná zátěž může projevit. Rovněž jsem se zabývala stresem, jaký stres mohou prožívat pečující a sestry, jak můžeme se stresem bojovat. S nadměrnou a dlouhodobou zátěží souvisí syndrom vyhoření, který je důsledkem selhání osobních adaptačních mechanismů. Součástí těchto kapitol jsou i návody, jak se syndromu vyhoření bránit. Následující kapitolu jsem věnovala onemocnění zvané Alzheimerova choroba. Její klinický obraz, stadia, diagnostika, léčba a ošetrovatelská péče poskytovaná v ústavním zařízení a v domácím prostředí.

V empirické části jsem popsala metodiku výzkumu. Ve své práci jsem upřednostnila kvalitativní výzkum, data jsem od respondentů získala pomocí rozhovorů, které jsem s jejich svolením nahrávala na diktafon. Výsledky jsem analyzovala pomocí kategorizace a otevřeného kódování.

Z výzkumu vyplynulo, že nejčastějším problémem pečovatelek je nedostatek času a to nejen na péči o nemocného, ale i na sebe, na rodinu, na domácnost. Pečovatelé musí zvládat vedle péče o nemocného ještě řadu dalších povinností, především rodinu a zaměstnání. Sestry v rozhovorech uvedly, že své pracovní povinnosti zvládají, je to však ovlivněno mnoha faktory. Zcela určitě zdravotním stavem pacientů, ale i schopnostmi kolegyň a schopností si práci dobře zorganizovat. Pečovatelky, které o nemocného pečují déle než tři roky a zdravotní stav jejich blízkého je vážný, uváděly bezmoc a beznaděj, které jsou považovány za významné příznaky emocionální zátěže. Dalšími subjektivně prožívanými emocemi byly strach, lítost a sebelítost, které patří mezi časté emocionální stresory. Společným pocitem sester a pečovatelek byla únava. Pečující udávali únavu psychickou i fyzickou, u sester převyšuje únava psychická, emocionální.

Při pečlivém prozkoumání rozhovorů jsem zjistila, že všichni dotazovaní pečovatelé mají oporu v rodině, což je velmi pozitivní. Objevila jsem také zajímavou skutečnost, že pro sestry jsou na prvním místě při zvládání problémů kolegyně, pak kamarádky, na rozdíl od pečujících uvedly rodinu až na třetím místě.

Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že pro pečovatele je péče o nemocného spjata s osobním životem a zasáhne celý jejich život. Pečovaná osoba se stává prioritou, podle níž se podřizují ostatní činnosti a díky tomu se objevují problémy v osobním životě. U sester není prolínání tak výrazné, je pro ně snazší oddělit svůj osobní život od péče o nemocné, protože je to jejich zaměstnání. Přesto pocítují určitá omezení díky směnnému provozu.

Jak jsem uvedla v teoretické části, sestry i pečovatelé jsou ohroženy syndromem vyhoření. Ve většině případů pečovatelé uvedli, že se syndromu vyhoření nijak nesnaží předcházet, myslí si, že to nelze. Hlavním důvodem je nedostatek času na jiné aktivity, velký vliv na to má doba péče a zhoršený stav nemocného. Nadměrná zátěž může způsobit různé zdravotní problémy, která mezi onemocnění spolu podmíněná stresem patří.

Myslím si, že moje práce bude vodítkem pro sestry i pečující, jak v péči o nemocné s Alzheimerovou chorobou, tak i v samotném přístupu ke zvládání a organizaci času při péči nejen o nemocného, ale i o sebe, o svůj osobní život, při odbourávání stresorů a při snaze o předcházení syndromu vyhoření. Zároveň by mohl sloužit jako podnět pro zaměstnavatele při systematické prevenci syndromu vyhoření svých zaměstnanců, protože v této oblasti byl mým výzkumem odhalen prostor pro zlepšování kvality o péči zaměstnanců, neboť spokojenost zaměstnanců přímo souvisí s kvalitou péče o pacienty.

ANOTACE

Autor:	Milada Houdková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Míra zátěže pečujících o nemocné s Alzheimerovou nemocí
Vedoucí práce:	PhDr. Mariana Bažantová
Počet stran:	101
Počet příloh:	3
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	zátěž, stres, syndrom vyhoření, pečovatel, Alzheimerova nemoc

Bakalářská práce popisuje, co je to zátěž, pojednává o zátěži sester a pečovatelů při péči o nemocné s Alzheimerovou nemocí. Teoretická část je zaměřena na Alzheimerovu chorobu, její stádia, projevy, léčbu a ošetřovatelskou péči o nemocné touto nemocí. Popisuje zátěž, se kterou úzce souvisí stres a syndrom vyhoření. Součástí práce jsou i návody, jak mu předcházet. V empirické části je popsána metodika práce a výzkumný soubor. Výzkumná část byla realizována metodou kvalitativního výzkumu, sběr dat byl uskutečněn formou polostandardizovaných rozhovorů, při vyhodnocení výsledků bylo použito otevřené kódování. Práce pojednává o subjektivně vnímané zátěži sester a pečovatelů. Je zaměřena na prožívané emoce, běžný život pečovatelů a sester, možnosti skloubení péče a soukromého života, povědomí o syndromu vyhoření a možnostech jeho předcházení.

ANNOTATION

Author:	Milada Houdková
Institution:	Institute for social medicine LF UK in Hradec Králové Department of nursing,
Title of the work:	The intensity of the burden of providing care for the sick with Alzheimerovou diseases
Head of work:	PhDr. Mariana Bažantová
Number of pages:	101
Numer of enclosures:	3
Year of vindication:	2010
Key words:	strain, stress, Burnout, caregivers, Alzheimer's disease

The thesis describes and discusses the physical and emotional strain experienced by nurses and caregivers caring for Alzheimer's patients. The theoretical part focuses on Alzheimer's disease, its stages, symptoms, treatment and nursing care for Alzheimer's patients. It also describes the strain experienced by nurses and caregivers, and provides several suggestions for preventing related stress and burnout. The empirical section describes the work methodology and presents relevant research. The research was conducted using qualitative methods, the data collection was carried out by semi-standartized interviews, and the results were evaluated using open coding. The thesis analyzes the strain subjectively perceived by nurses and caregivers, focusing on emotions, everyday life of nurses and caregivers, possibilities in combining professional and personal lives, and awareness of the burnout syndrome and its prevention.

POUŽITÁ LITERATURA

Alzheimerova nemoc v rodině. Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují. Pfizer Praha: Maxdorf, 1998

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.* Brno: NCO NZO, 2006, ISBN 80-7013-439-9

BEUTLER, L. E., MOOS, R. H., LANE G. *Coping, treatment planning, and treatment outcome: Discussion.* Journal of Clinical Psychology, 2003, 59, 1151-1167.

BRHEL, P., MANOUŠKOVÁ, M., HRNČÍŘ, E. *Pracovní lékařství.* Brno: NCO NZO, 2005, ISBN 80-7013-414-3

DISMAN, M.. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Karolinum. 2000, ISBN 80-246-0139-7

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha: Portál. 2005, ISBN 80-7367-040-2

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, H., *Alzheimerova nemoc v rodině.* Praha: Grafit, 2004, ISBN 80-86541-03-7

HONZÁK, R. Burn-out syndrom – nebezpečí pro nás všechny. *Diagnóza v ošetrovatelství.* 2005, roč. 1, č. 1, ISSN 1801-1349

HOSÁK, L., HOSÁKOVÁ, J. *Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků.* Psychiatrie pro praxi, roč. 6, č. 4, 2005. ISSN 1213-0508

HOSÁKOVÁ, J. A KOL. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii,* Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2007 ISBN 978-80-7248-442-3

JIRÁK, R., KOUKOLÍK F. *Demence.* Praha: Galén, 2004 ISBN 80-7262-268-4

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ C. A KOL, *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009 ISBN 974-80-247-2454-6

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., *Burnout syndrom; teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. Československá psychologie, roč. 42, č. 5, 1998. ISSN 0009-062-X.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření. Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. Praha: SZÚ, 2003, ISBN 80-7071-231-7.

KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005, ISBN 80-200-1307-5

KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*, Praha: Portál 1997, ISBN 80-7178-150-9

KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994 ISBN: 80-7169-121-6

KUTNOHORSKÁ, J., *VÝZKUM V OŠETŘOVATELSTVÍ*. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2713-4

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006 ISBN 80-247-1151-6

MARTÍNEK, P., *Aktivity denního života pacientů s Alzheimerovou nemocí očima jejich pečujících*, Česká geriatrická revue, 2008; 6(3)

MLČÁK, Z., *Psychologie zdraví a nemoci*, Ostrava: Ostravská univerzita, 2005, ISBN 80-7368-035-1

NEŠPOR, K., *Profesionální zátěž u zdravotníků a její prevence*. Časopis lékařů českých 1990. 31, 961-964.

SELYE, H., *Život a stres*. Bratislava: Obzor., 1966.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., *Základy kvalitativního výzkumu*. 1.vyd., Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. 1999. *Burn-Out syndrom (Syndrom vyhoření)* In: Řízení lidských zdrojů. Praha: AGNES

TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujícího o starší rodinné příslušníky*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Lékařská fakulta UK 2001, ISBN 80-238-8001-2

TOŠNEROVÁ, T., *Příručka pečovatele*. Praha: Ústav lékařské etiky 3.LFUK, 2002, ISBN 80-238-8541-3

TUČEK, M., CIKRT, M., PELCLOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada, 2007, ISBN: 80-247-0927-9

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1262-8

INTERNETOVÉ ZDROJE:

Alzheimer's Disease International 24.5.2004. *Earle symptoms of dementia* [online]. [citováno 2009-03-15] < <http://www.alz.co.uk/alzheimers/symptoms.html> >.

KUBALČÍKOVÁ, K. [online]. [citováno 2009-12-15]
< http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/expertiza_kubackova_senioridoc >

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristiky souboru-Sestry

Tabulka 2 Charakteristiky souboru-Pečovatelé (P)

Tabulka 3 Přehled vytvořených kategorií

Tabulka 4 Přehled kategorie 1

Tabulka 5 Přehled kategorie 2

Tabulka 6 Přehled kategorie 3

Tabulka 7 Přehled kategorie 4

Tabulka 8 Přehled kategorie 5

Tabulka 9 Přehled kategorie 6

Tabulka 10 Přehled kategorie 7

Tabulka 11 Přehled kategorie 8

Tabulka 12 Přehled kategorie 9

SEZNAM PŘÍLOH

- I. Žádost o provedení výzkumného šetření
- II. Otázky k rozhovoru
- III. Doslovný přepis rozhovorů

PŘÍLOHA I

ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Anna Jilichová

hlavní sestra

Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice

1. 4. 2010

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená hlavní sestro,

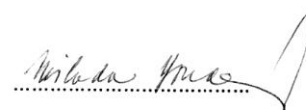
chtěla bych Vás touto formou požádat o souhlas k provedení výzkumu na gerontopsychiatrickém oddělení PLHoB. Výzkum je součástí mé bakalářské práce na téma „Míra zátěže pečujících o nemocné s Alzheimerovou nemocí“.

Chtěla bych zjistit, jakou formu zátěže pociťují sestry pečující o tyto nemocné, jak dokážou tuto profesi skloubit se svým osobním životem, jaké mají povědomí o syndromu vyhoření a jak se mu sami snaží předcházet.

Mám zájem oslovit sestry, které pracují na gerontopsychiatrickém oddělení déle než pět let. Jako techniku výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor. Jeho znění je přílohou této žádosti.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit.

Děkuji.



Milada Houdková

Kontaktní adresa:

Milada Houdková

Na Rybníčku 732

413 01 Roudnice nad Labem



PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
HLAVNÍ SESTRA
111 85 HORNÍ BEŘKOVICE
7/4 2010

PŘÍLOHA II

OTÁZKY K ROZHOVORU

hlavička:

věk, pohlaví, povolání, vzdělání, rodinný stav, vztah k pečované osobě, věk pečované osoby, jak hodnotíte jeho/její zdravotní stav, doba, po kterou pečuje/délka praxe, kolik hodin se péčí zabývá/kolika hodinové směny

1. Pečujete o nemocného sám/ o kolik nemocných se v práci staráte?
2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?
3. Můžete mi popsat váš běžný/pracovní den?
4. Jak se vám daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho?
5. Jaké máte pocity, týkající se péče o nemocné/ho?
6. Co nebo kdo vám pomáhá zvládat vaše problémy?
7. Jak se vám daří udržovat kontakty s přáteli?
8. Jak se vám daří najít prostor pro vaše zájmy?
9. Jaký máte životní cíl, čeho byste chtěl/la v životě dosáhnout?
10. Jak vidíte sebe samu?
11. Prolínají se problémy ohledně péče s vaším osobním životem?
12. Co vám říká pojem syndrom vyhoření?
13. Jak se mu sama snažíte předcházet?
14. Víte, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc? / Znáte nějakou organizaci, zabývající se péčí o nemocné demencí?
15. Máte nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?
16. Chcete něco dodat?

PŘÍLOHA III

DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORŮ

rozhovor č. 1

hlavička: žena, 35let, vdaná, USO, ekonom t.č. na MD

pečuje o svoji babičku, 88letou více než půl roku, celkem asi 3hodiny denně. Její stav hodnotí jako středně těžký.

1. Pečujete o nemocného sám/ o kolik nemocných se v práci staráte?

„Ne, o babičku nepečuju sama, pomáhá mi v tom pečovatelka azajistili jsme si obědy ve vývařovně.“

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Babičce pomáhám s hygienou, s nákupama, navštěvuji ji třikrát denně.“

3. Můžete mi popsat váš běžný/pracovní den?

„Ráno jdu k babičce zeptat se, co potřebuje nakoupit, zkontrolovat ji, potom zkontrolovat dům, jestli je všechno v pořádku, jestli nezapomněla vypnout plyn nebo elektriku někde apotom babičku vidám podruhé po obědě, to tam jdu zkontrolovat, jestli snědla oběd, jestli si ho převzala a odpoledne nebo v podvečer babička navštěvuje mě a já ji pak jdu vyprovodit domu“.

4. Jak se vám daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocného?

„Nestíhám všechny povinnosti, myslím, že už potřebuje mnohem víc péče a ještě mám problém s tím, že mám malý dítě, malou holčičku, takže si ji musím dát ještě hlídat. Takže nestíhám ani péči o babičku ani péči o dítě.“

5. Jaké máte pocity, týkající se péče o nemocného?

„Pocity, týkající se péče o nemocného...No, jako že ta práce není pořádně odvedená, protože tý péče potřebuje mnohem víc, a přijde mi to takový polovičatý. Někdy, podle nálady babičky je to veselý, někdy horší, někdy mám vztek, protože se její nálady často mění, někdy je protivná a zlá. Tak to není příjemný. Potom únava, určitě únava a to psychická i fyzická. No, myslím si, že jsem se musela naučit jako ty věci jako odstínit nepřebírat její emoce, nebrat si to, spíš jsem se naučila na tu situaci koukat jako na film, někdy, takže mi to něco i dalo“.

6. Co, nebo kdo vám pomáhá zvládat vaše problémy?

„Moje problémy...moji oporou je můj muž, ten mě zabezpečuje materiálně, nemusím řešit materiální záležitosti, ten je oporou velkou, dále je to kamarádka, které se můžu svěřit, která je odborník na péči o seniory a nemocné s demencí, různě mi to může vysvětlit.“

Je ještě něco, co vám pomáhá?

Pomáhá mi vyjít si s kamarádkami...a sport mi pomáhá a... moje koníčky. Práce na zahrádce, kytky kolem baráku, hlavně sport. Děti mi dělají radost, takže se to dá celkem zvládnout“.

7. Jak se vám daří udržovat kontakt s přáteli?

„To se mi daří s mi to docela dobře, protože nechodím do práce, takže si udělám čas na svoje kamarády, hlavně večer.. ale je to na úkor něčeho jiného, třeba péče o domácnost“.

8. Jak se vám daří najít prostor pro vaše zájmy?

„Hmm, Daří se mi to docela pravidelně, dvakrát v týdnu chodím sportovat, chodím, když je babička zabezpečená, když je doma a o děti se stará manžel. Zase je to na úkor něčeho jiného, prostě neudělám něco jinýho, ale čas na sebe si stihnu udělat“.

9. Jaký máte životní cíl, čeho byste chtěli ve svém životě dosáhnout?

„No tak nad tím teda přemýšlím a vlastně to nevím....Myslím, že když děti vidí, že se starám o nemocnou babičku, že to budou brát jako samozřejmost, že se potom budou starat jednak o sebe , jednak o svoje blízký, nebo o lidi kolem nich nemocný, že budou brát, že je to prostě norma. Že viděj, že lidi nejsou jenom veselí a zdraví a mladý a že uvidí, že to taky patří k životu, že to tak vlastně je.

A co je vaší prioritou?

Prioritou je určitě rodina. Ale chtěla bych se více věnovat svým dětem a ne pečovat jen o starou babičku, protože si myslím, že ty děti vlastně šidim, že vlastně v rodině chybí jedna generace, moje maminka, která by měla o babičku pečovat a ne já, nemůžu skloubit péči o malé děti a přestárlou babičku, to nejde.

A jaký máte cíl, čeho chcete dosáhnout?

Chtěla bych mít práci, dobrou práci, a mám takový cíl, spíše filozofický, umět se radovat v přítomnosti a ne plánovat až něco, tak bude dobře, chtěla bych se radovat tím co je teď“.

10. Jak vidíte sebe samu?

„No tak jako optimistu, to je někdy na škodu, že nevidím věci reálně, spíš se jako dívám se na věci z lepší stránky, to není někdy reálný, překvapí mě to, chtěla bych být více realista a ne idealista“.

11. Prolínají se vaše pracovní problémy v osobním životě?

„Problémy ohledně péče s osobním životem? To rozhodně, to se vůbec neodděluje v žádném okamžiku. Ani ráno, ani odpoledne, ani večer. Když mám problémy s babičkou, tak všechno musí jít stranou, když babička potřebuje k lékaři, tak musí hned. Její problémy

jsou na prvním místě, ona si sama nepomůže, neporadí. Všechno se musí řešit hned, jak potřebuje babička.“

12. Co vám říká pojem syndrom vyhoření?

„Myslím si, že je to stav, kdy člověk nemá chuť pokračovat ve své činnosti, nevidí v ní smysl, nemá ani chuť, ani sílu, přijde mu to zbytečné a myslím si, že existuje určitě spousta praktik jak mu předcházet tomu syndromu“

13. A co děláte konkrétně vy? Jak se mu sama snažíte předcházet?

„Já se snažím o sebe dobře starat, sama se nešidit, co se týká koníčků, relaxace nebo kultury, dobrého jídla“.

14. Víte, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?

„Ano, obrátila jsem se na odbor sociální péče, požádala jsem o státní příspěvek na péči o babičku, a platíme z toho pečovatelku, tady v Roudnici je organizace, která se jmenuje opora a ta zajišťuje pečovatelskou službu. Mám taky zažádáno o Domov důchodců pro babičku a vypadá to dobře“.

15. Jaké máte zdravotní problémy?

„Mám problémy s páteří, zejména s krční páteří, často ji mám zablokovanou a z toho pramení mé migrény.“

16. Chcete něco dodat?

„Ne“.

Děkuji vám za poskytnutí rozhovoru.

Pečovatel 2

hlavička: žena, 30let, OSVČ-účetní, vdaná, pečuje o babičku, které je 78 let, její zdravotní stav hodnotí jako středně těžký. Pečuje o ni druhý rok, asi pět hodin denně.

1. Pečujete o nemocného sám/ o kolik nemocných se v práci staráte?

„Ne, s maminkou, takže ve dvou, vlastně od obce k ní chodí ráno pečovatelka, ta obstará nákup a v poledne ji dovezou oběd.“

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Takže vlastně, osobní hygiena, příprava prostě jídla, že jo, že vlastně, aby měla třikrát denně jídlo, takže večeri aby měla, protože oběd vlastně přinese od výboru ta pečovatelka, že jo, ráno nákup přinese a housku ji namaže, uvaří čaj. No a jinak my vlastně koupání, převlékneme postel, uklidíme, všechno.“

3. Můžete mi popsat váš běžný/pracovní den?

„Takže, když ráno nám nezavolá pani, že babička nemůže vstát z postele, nebo že upadla,

tak tam jedeme ve dvanáct hodin a jsme tam řekněme tak do pěti, šesti, no záleží jak je babička v pohodě no a tam vlastně si povídáme, dáme do pořádku, třeba když něco rozleje nebo prostě, tadyto..... osobní hygienu, vykoupeme ji. Připravíme něco k večeři, protože vlastně oběd má a snídani ji ta pani namaže.

O sobotách a o nedělích to není, takže tam jedeme, aby měla ve dvanáct obě dno, takže ráno vaříme.“

4. Jak se vám daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho?

„Je to celkem náročný, no, společenský život jako takovej nemáme, výlety jo, prostě to jde stranou. Pracovní povinnosti řešíme buď ráno než jedeme, nebo až po nocích, doháníme.“

5. Jaké máte pocity, týkající se péče o nemocné/ho?

„Je to myšlený, jestli to zvládneme? Jestli dobře nebo jak?“

Ano, všechno, co teď cítíte, jestli máš pocit, že dobrý, že to zvládáš, nebo nějaký vztek, nebo naopak pocit uspokojení? Co cítíš?

„Cítím, vím, že mě ten člověk potřebuje, prostě nemůžu se na ni vyprdnout, to nejde. A navíc u nás to bylo tak, že ona dřív pomáhala našim, že jo, když my jsme byli malí, jezdili jsme k ní na prázdniny a tak a měli jsme to i dobrý vztahy, mám pocit, že to chci tomu člověku i vrátit, tím že se o ni postarám. Co se týče třeba vzteku, musím říct, že mně vadí třeba, že mě je líto, že nemůže, jít na vycházku, na výlet, neuzije si moji dceru. Cítím se unavená, únava je veliká. Nejen fyzická, ale člověk má i strach, jestli babička neupadla, když se nestalo nic vážného, tak jet na zašití, tak prostě, třeba když upadne, ji zvednout, čekat co se stalo, jestli to není vážný. Když zazvoní telefon, tak člověk s hrůzou čeká, co bude. Vlastně jsme pět hodin u babičky, ráno v práci, do noci pracujeme, když upadne nebo něco jedeme tam hned.“

6. Co nebo kdo vám pomáhá zvládat vaše problémy?

„Jak říkám, od toho výboru, od obce máme tu pani, ta pečovatelka chodí ráno na tu snídani, na nákup. Popřípadě namazala tu housku a uvařila čaj“.

Máte nějakou činnost, která vám pomáhá, nebo nějakou oporu v rodině?

„Zbytek rodiny, manžel, tatka, že jo, brácha, no všichni pomáhají.

Odreagování...procházka...popřípadě posezení s přáteli a probrání té situace“.

7. Jak se vám daří udržovat kontakty s přáteli?

„No, poměrně se daří, že prostě oni přijdou k nám, s mamkou se vždycky domluví, jsme na to dvě, takže to jde. Vždycky se vystřídáme, jde to, tím že je v tom ta rodina celá.“

8. Jak se vám daří najít prostor pro vaše zájmy?

„Tím že prostě jsme dvě, takže když prostě jedna odejde a druhá je na telefonu, vystřídáme

se. Kdyby byl na to člověk sám tak by to byla určitě větší zátěž. Horší je, že když je člověk unavený a nemá ani chuť se bavit.“

9. Jaký máte životní cíl, čeho byste chtěl/la v životě dosáhnout?

„Ohledně čeho?“

Všeho, sebe, nejenom péče.

„Mít rodinu, aby jsme byly všichni dohromady, když se třeba něco stane jako teď, aby jsme se mohli spolehnout jeden na druhého.“

10. Jak vidíte sebe samu?

„Jsem takovej pečující tvor, já mám potřebu se o někoho jako starat, nemohla bych dělat jenom kariéru, kdybych byla sama, v nějakým vysokým postavení, tak to by mě vadilo, to ne, to bych nebyla šťastná, musím mít kontakt s lidma, pořád o někoho pečovat, to jsem já.“

11. Prolínají se problémy ohledně péče s vaším osobním životem?

„Určitě, tam ti to zasáhne jak práce, všude, celý život, pracovní jednání, to se musí odložit, nebo to, vždycky se to nějak vyřešilo, vždycky je to na dohodě, ale všechno se musí přizpůsobit té babičce, musí se to vyřešit, je dobré to, že se vystřídáme.“

12. Co vám říká pojem syndrom vyhoření?

„No, už jsem o tom slyšela, a jako myslím si, že to zatím nemám.“

A co to tedy je?

„To je to, když je člověk úplně psychicky a duševně vyčerpaný ne, když už prostě nemůže sedět, koukám do blba a je mi všechno jedno.“

13. Jak se mu sama snažíte předcházet?

„No tak, snažím se prostě se nějak odreagovávat, jdu s kámoškama ven, s kočárama, jak holky vždycky povídaj, děti seděj na kočárku, tak se vypovídám, i s tou rodinou, jak říkám, je nás na to víc, tak to vždycky řešíme... takže asi takhle.“

14. Víte, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?

„No tak to je ta pečovatelka, domácí péče, od výboru něco, vím, že jsou taky denní stacionáře, ale to pro babičku není, babička nikam nechce, její kamarádky ji už poumírali, nechce jít vůbec mezi lidi. Bojíme si ji i převézt, nechce ani k nám, chce být doma.“

15. Máte nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?

„Ani ne, občas záda, ale ty bolí normálně, trpěla jsem migrénama, ale to s babičkou nesouvisí.“

16. Chcete něco dodat?

„Ani ne.“

Děkuji za poskytnutý rozhovor.**Pečovatel 3**

hlavička: žena, 46let, nyní bez zaměstnání, vdaná, pečuje o tchána, kterému je 83 let, jeho zdravotní stav hodnotí jako těžký. Pečuje o něj druhý rok, celodenně.

1. Pečujete o nemocného sám/ o kolik nemocných se v práci staráte?

„S manželem. Domluvili jsme se, že zůstanu doma, postarám se o něj. Manžel je jeho jediný syn, s dědou je to těžké, je paličatý, nikoho cizího nepřijme. Pracuju v zemědělství, máme pole, dobytek, takže do žádné, tedy v uvozovkách, práce nechodím. Jsem původně dětská sestra, pracovala jsem v lázních, takže vím jak o nemocného pečovat.“

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Osobní hygiena, příprava jídla, vlastně komplexní péče. Děda nechodí, teda, jenom když chce tak se postaví, aby upadl. Bydlí přes dvorek, má u sebe zvonek, tak můžeme kdykoliv přijít. Pěkně nás někdy cvičí.“

3. Můžete mi popsat váš běžný/pracovní den?

„Ráno osobní hygiena, snídaně, pak ho dám do lůžka a jdu vařit oběd, pak zase najíst, předělat ho, je na plenách a na velkou ho nosíme na záchod, ten vždycky zmaže stolici, protože si manuálně stolici vybavuje. Ale on to nedělá, to my.

No a tak je to do večera, večer padnu do postele a ležím, koukám do stropu, vypnutá televize a relaxuju. Potom práce na poli, nakrmit dobytek, dvě děti...“

4. Jak se vám daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho?

„Časově? Nad lidské síly, statek, děda, to je složité.“

5. Jaké máte pocity, týkající se péče o nemocné/ho?

„Pocity? Bezmoc, mám pocit, že péče, kterou mu dávám je zbytečná, děda je paličatej, někdy zlej, ví kam uhodit. Zemřel nám syn, dává mi to za vinu. Sami máme s manželem velké trápení, sami bysme potřebovali pomoc a ne pomáhat dědovi.“

6. Co nebo kdo vám pomáhá zvládat vaše problémy?

„ Manžel, o víkendech manželova sestra, ta je z jiného manželství. Na nic jiného není čas. Po smrti syna jsem začala kouřit, teď s dědou, kouřím i před rodičema, je mi to jedno, že to vědí.“

7. Jak se vám daří udržovat kontakty s přáteli?

„Nikam nechodíme, není čas, a děda by byl sám, klukům ještě není 18, nemůžou nás

zastoupit, kdyby se něco stalo s dědou. Občas ale známí přijdou k nám, ale statek, děda, není čas.“

8. Jak se vám daří najít prostor pro vaše zájmy?

„Zájmy? Při práci v zemědělství?“

9. Jaký máte životní cíl, čeho byste chtěl/la v životě dosáhnout?

„Životní cíl? Hlavně zdravou rodinu, dobře vychované děti, aby měli práci, byli slušní. Myslím si, že když vidí, jak se staráme o dědu, tak se i o nás postarají, i když jsem jim několikrát řekla, že než jim být takhle neobtěž, ať mě radši dají do domova důchodců.“

10. Jak vidíte sebe samu?

„Asi jsem tvrdá, k sobě i doma, hodně jsem se změnila, myslím, že jsem obětavá.“

11. Prolínají se problémy ohledně péče s vaším osobním životem?

„Někdy jo, mám pocit, že už nemůžu, že to nezvládnou, vždycky mám období, kdy už mám všeho dost a manželovi říkám, že děda bude muset jít jinam, ale pak to nějak překonáme a zase dobrý.“

12. Co vám říká pojem syndrom vyhoření?

„Říká, no asi už jsem vyhořelá. Člověk je takovej laxní k práci, nemá zájem něco měnit a zdokonalovat se v práci, práce mu nedělá radost. Všechno je stereotyp.“

13. Jak se mu sama snažíte předcházet?

„Nic nejde, na nic není čas. Jedině to brát všechno s nadhledem.“

14. Víte, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?

„Jo znám, to je ta Anežka v Roudnici, máme, teda měli jsme půjčené od nich chodítka, když to vypadalo, že bude děda ještě chodit. Ta domácí péče, ale děda je složitější, nikoho jiného nepřijme.“

15. Máte nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?

„No mám, vysoký tlak, štítnou žlázu, menopauzu, obezitu...“

16. Chcete něco dodat?

Ne.

Děkuji za rozhovor.

Pečovatel 4

hlavička: žena, 54 let, vdaná, pracuje na směny v čistírně, stará se o maminku svého manžela, bydlí s nimi ve společné domácnosti. Maminka je nemocná čtyři roky, pečuje o ni celý den. Nyní její stav hodnotí jako těžký.

1. Pečujete o nemocného sám/ o kolik nemocných se v práci staráte?

„Ne střídám se svou dcerou, která je momentálně na mateřský. To by nešlo, to by nešlo, jako jeden člověk, aby se staral. Střídáme se. Od snídaně, po večeři, jednou já, jednou dcera.“

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Vod ranní hygieny, umyju ji, snídaní připravím, po snídaní se jdu s babičkou projít, dříve to zvládala sama, ale pak začla bloudit, občas nám někdo zavolal, že někde bloudí nebo nepřišla na oběd, tak jsme ji hledali. Dokonce začala i vybírat popelnice Taková dáma to byla, no hrůza. Tak musím s ní. Pak zase oběd a pořád dokola. Všechno ji děláme. Všechno, úklid, jídlo, hygienu.“

3. Můžete mi popsat váš běžný/pracovní den?

„Ráno vstanu, jdu ji umýt, ustelu postel, uklidím, udělám snídaní, pak zase oběd, uklidit a večeře, všechno sklidit. Večer zase umýt, dohlídnout, aby šla spát. Teda když mám volno, když jdu do práce, tak se stará dcera. Musím se postarat o všechno.“

4. Jak se vám daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho?

„No tím že na to nejsem sama, střídáme se s dcerou, tak to nějak dosud šlo, ale teď babička potřebuje více péče, její zdravotní stav se horší, někdy v noci nespí, dožaduje se jít na procházku třeba i v noci. Nejde to, nic nestíhám starat se o babičku, domácnost, práce. Nevím co je dovolená. Nemáme na sebe žádný čas, trvá to dlouho, a je to čím dál tím horší.“

5. Jaké máte pocity, týkající se péče o nemocné/ho?

„Pocity, jako co cítím? Beznaděj, zoufalost, prázdnotu. Jsem unavená, hotová, všechno je na nic, nikam to nevede, babička je horší a nevidím žádnou budoucnost perspektivu do budoucna. Fakt zoufalost, babička zapomíná, nic si nepamatuje, je to s ní furt horší, zoufalost, prázdnota, beznaděj.“

6. Co nebo kdo vám pomáhá zvládat vaše problémy?

„Na to nedokážu odpovědět.“

Myslím rodina, nějaký sport, relax, přátelé...

„Jo, no, jo, jo, dcera, manžel, vnoučata. Jsem ráda, když jdu do práce, mezi jiné lidi, tam si odpočinu.“

7. Jak se vám daří udržovat kontakty s přáteli?

„Nedaří, jen když jdu do práce, tak se vidím s kolegyněma. Snažím se, aby si dcera něco užila, aby si vyšla ven, tak fakt ne, nikam nechodím. Občas někdo přijde k nám, ale babička je horší.“

8. Jak se vám daří najít prostor pro vaše zájmy?

„To je taky stejný, nic se nedaří, nestíhám, nemám náladu na nic. To nejde.“

9. Jaký máte životní cíl, čeho byste chtěl/la v životě dosáhnout?

„No to je dobrý, to teda fakt nevím. Asi žádný nemám, Rodina... Být zdraví?“

10. Jak vidíte sebe samu?

„Ještě lepší, tak si tam něco napište, já nevím. Asi musím všechno zvládnout. Rodina je pro mě přednější.“

11. Prolínají se problémy ohledně péče s vaším osobním životem?

„Ano, to se prolínají, protože... jak se babča horší, ona hrozně blbne, zapíná sporák, místo plechový konvice mi dá na sporák rychlovarku, když si potřebuju něco udělat, tak ji u ní doma zamykám, ona buší na dveře, křičí. Žádný soukromí nemáme. Hádáme se s mužem kvůli maličkostem. Jsme oba hrozně podráždění. Babičku musíme zamykat, je doma hrozné napětí, řveme na sebe.“

Není spokojený, jakou péči ji poskytujete?

„Ne to ne, ale oba jsme z toho nervózní a hádáme se kvůli maličkostem.“

12. Co vám říká pojem syndrom vyhoření?

„No, nic, nevím, nikdy jsem o tom neslyšela.“

13. Jak se mu sama snažíte předcházet?

„No nijak.“

14. Víte, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?

„Ano, jednáme se sociálkou, rozhodujeme se, do jakého domova babču umístit. Už to nejde zvládnout. Máme nějaká doporučení, to je další důvod k hádkám, ale doma už to fakt nejde, nemáme čas ani sami na sebe.“

15. Máte nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?

„No s ničím se neléčím, žádné prášky neberu. Nic hroznýho, někdy bolí hlava, někdy záda, to už je taky k věku.“

16. Chcete něco dodat?

„Tato nemoc mě hrozně děsí, když vidím, jaká byla babička dáma a jak vypadá teď, tak to mě děsí. Taky občas něco zapomínám a mám z té nemoci celkem strach.“

Děkuji za rozhovor.

Pečovatel 5

Hlavička: žena, vdaná 50 let, povoláním mzdová účetní. Pečuje o 83letou matku po dobu čtyř let, která trpí stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou. Jedná se o celodenní péči v sobotu a v neděli celodenní, ve všední dny o péči odpolední a později i noční.

1. Pečujete o nemocného sám?

„O mamku pečuju většinou sama, ale pomáhají mi i ostatní členové rodiny (manžel, 2 synové a někdy i dcera, ale ta s námi již nebydlí).“

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Hygienické potřeby nejprve zvládala pod dohledem sama, ale teď jí musím koupat denně, někdy i 2x, Pečuju o ní po zaměstnání, po celý zbytek dne. I když zpočátku nebyla nutná celodenní péče, teď jí musím připravovat veškeré jídlo doslova "pod nos".

Další úkony...mytí hlavy, stříhání nehtů, neustálá kontrola umytí rukou po každém použití WC jsou denním rituálem. Vymýšlím pro mamku nějaké vhodné činnosti, kterými by se zabavila.“

3. Můžete mi popsat váš běžný/pracovní den?

„Všední den se odlišuje od sobot a nedělí, neboť ve všední dny chodím do práce a mamku jsme přihlásili do denního stacionáře, to je úžasná služba pro staroušky a pro pečující osoby. Zpočátku, jsem ji ráno chodila vzbudit, připravit oblečení a dohlédnout nad hygienou, ale teď musím mamku vypravit a počkat až si pro ni přijedou, už schopná za sebou zamknout, vzít si na sebe kabát, boty apod.

Odpoledne po příchodu z práce je mamka již doma čeká na jídlo, procházku, koupání. O víkendech kromě těchto činností vymýšlím pro mamku nějaké výlety, neboť ráda cestuje, musím ale předem uvařit, vyprat, vyžehlit, uklidit a to je o to náročnější, že prádla i úklidu přibývá, neboť mamka ztrácí schopnost udržet stolici i moč.“

4. Jak se vám daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho?

„Vše je na úkor mého volného času a mé relaxace. Mamka ztratila pojem o čase, takže s tím je spojené i noční buzení a procházky po bytě a tím buzení nás Všech.“

5. Jaké máte pocity, týkající se péče o nemocné/ho?

„Střídá se u mne soucit, lítost mamky ale i mne, bezmocnost, ale i vztek a také strach z další budoucnosti. Rozum mi říká, že to musím nějak radikálně řešit, ale cit říká zase něco jiného.“

6. Co nebo kdo vám pomáhá zvládat vaše problémy?

„Jak už jsem uvedla v začátku, mám úžasnou rodinu, která mi pomáhá i tak, že jsem mohla

jet 1 týden v létě a 1 týden v zimě na dovolenou. Byl to pro mne úžasný nepopsatelný odpočinek.“

7. Jak se vám daří udržovat kontakty s přáteli?

„Člověk se uzavírá hodně do sebe. Na přátele je málo času. Pokud nějaký čas zbyde, pak je člověk tak unavený, že snad nemá ani náladu se bavit. Myslím, že mne a moje pocity, nálady, dovede pochopit pouze člověk, který toto prožil....“

8. Jak se vám daří najít prostor pro vaše zájmy?

„Prostor pro moje zájmy si hledám jen těžko, ale přesto jak to jen trochu jde, snažím se odreagovat se pohybem na kole, lyžích, jógou, ale vždy, když mám za sebe náhradu, nebo pokud je mamka již večer v posteli. Takže opět díky mému tolerantnímu manželovi a celé mojí rodině.“

9. Jaký máte životní cíl, čeho byste chtěl/la v životě dosáhnout?

„Životní cíl? Mít spokojené manželství, být slušným člověkem, s čistým štítem, a v tomto duchu vychovat i děti a připravit je do života.“

10. Jak vidíte sebe samu?

„Dost unaveně, vyčerpaně a těsně před vyhořením.“

11. Prolínají se problémy ohledně péče s vaším osobním životem?

„Samozřejmě. Mamka s námi tráví všechn její volný čas. Ačkoliv má svůj pokojíček, tam chodí pouze spát. Ačkoliv je hrozně hodná bezkonfliktní babička, nic to nemění na tom, že nám zmizelo veškeré soukromí. S manželem nás to dosti poznamenalo, denně si povídáme příběhy o mamce a o jejím zhoršeném zdravotním stavu. Cítím, že jsme se s manželem začali odcizovat, ale hodně situaci rozebíráme a povídáme si o vzniklých problémech a to je pro nás hodně důležité.“

12. Co vám říká pojem syndrom vyhoření?

„Naštěstí jsem rozpoznala, že už mi moc času nezbyvá do úplného zhroucení. Člověk se špatně soustředí, nemá žádný elán a připadalo mi, že mamka jen kvete a já jsem před kolapsem. Proto jsem začala situaci vážně řešit a sháněla jsem pro mamku kvalitní zařízení, do kterého bych ji umístila.

Nerozhodla jsem se napoprvé, trvalo mi to asi 3/4 roku, než jsem tento krok učinila. Manžel měl pro moji nerozhodnost pochopení a nijak na mne netlačil, ale viděl na mně, že už je toho na mne moc.“

13. Jak se mu sama snažíte předcházet?

„Syndromu úplného vyhoření jsem předešla tím, že jsem skutečně pro mamku našla po čtyřech letech péče Domov pro seniory, kam příští týden nastupuje, ale jinak mi hodně

pomáhá, pokud si mohu alespoň částečně ulevit u mých přátel, hodně mi i pomáhá v tomto pohybu, muzika a spánek. “

14. Víte, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?

„Na 10 dnů jsme využili odlehčovací službu pro seniory ve Štětí, spadající pod Město Štětí. Dále využíváme denní stacionář v Roudnici nad Labem. “

15. Máte nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?

„Jsem po operaci štítné žlázy, dělohy, křečových žil, kýly. Léčím se na vysoký krevní tlak. “

16. Chcete něco dodat?

„Dodat chci pouze to, že péče o osobu, která vyžaduje takovouto neustálou péči, není vůbec jednoduchou záležitostí a nikomu dalšímu bych toto nedoporučovala, neboť kromě fyzického vyčerpání, je mnohem horší vyčerpání po psychické stránce a pokud je člověk ještě v pracovním procesu, kde jeho činnost vyžaduje naprostou soustředěnost, pak toto není možné dle mého názoru a zkušeností zcela skloubit. “

Sestra 1

hlavička: všeobecná sestra s psychiatrickou specializací, která pracuje na gerontopsychiatrickém oddělení 15let ve směnném provozu. Je jí 35let, je vdaná.

1. O kolik nemocných se v práci staráš, kolik Vás je na směně?

„Starám se o 30 nemocných, ve směně jsme tři. “

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Poskytujeme komplexní ošetrovatelskou péči. “

3. Můžeš mi popsat tvůj pracovní den?

„Ráno přebírám směnu od noční, potom je celý dopoledne velký nápor práce, celková koupel, příprava snídaně, tady je takovej blbej systém, že každému musíme snídani nandat a namazat, musíme je krmit, dokrmovat, potom zase převlíkat, uklízet, o víkendech nemáme uklízečku tak jedna sanitárka za ní uklízí a stlát postele, ošetření, vitální funkce, ordinace lékaře, pak oběd už většinou, zase převlíknout, léky, je já zapoměla ráno na léky, potom je chvilku čas, tak to se s pacientka dělá nějaká aktivita nebo se jde s nimi ven, když je hezký počasí, pak je svačina, pak sanitárky zase prováděj aktivitu náhou a já zasednu k počítači a píšu, píšu a píšu až do večera, pak je večere, a po večeri zase převlíknout pacienty a připravit se na předávání služby a pak se předává služba. Na noční je zase jinej harmonogram, tak dávaj se pacientům léky, večení toalety, ošetření, pacienti se uložež do lůžek, plní se harmonogram a já zase zasednu k počítači a píšu, píšu dlouho,

vyplňují různé tabulky, připravuju na druhý den, pak se většinou pacienti kontrolují, sleduje se spánek, převlíkají se.“

Když přijdeš z práce, co doma děláš po směně?

„No, já jsem rozjetá, jak jsem rozjetá, tak jsem schopná, takže já klidně uvařím, vyžehlím, uklidím, protože vím, že třeba mám druhý den noční a budu mít jako lážo plážo. Někdy, někdy zas nejsem schopna vůbec nic. To potřebuju třeba 30 minut, aby na mě ani nikdo nepromluvil, aby pes nezaštěkal, jenom prostě si sednout a nic, jako.“

4. Jak se ti daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho?

„Povinnosti rodinný?“

Pracovní.

„To je jak kdy, že jo někdy, záleží to i na skladbě pacientů, záleží to, koho má člověk ve směně, protože někdy se ty lidi se střídají, a s někým se to zvládnout moc nedá, s někým se to zvládá dobře, a má člověk čas si sednout s těma pacientama. To co by se mělo dělat nejvíc, na to moc času není. Sika, záleží na tom, jaký má člověk kolegyně.“

Stává se ti někdy, že máš pocit, že to stihnout nemůžeš, nebo to vždycky jde dobře?

„Takovej pocit mám někdy, stalo se to, když přišel příjem, a do toho někdo umřel a na stole takhle rozhozený papíry a vidím ty sanitárky, jak mi s těma papírma nepomůžou, a říkám si, to nemůžu zvládnout, ale vždycky to ten člověk zvládne.“

5. Jaké máš pocity, týkající se péče o nemocné/ho?

„No, já mám docela hodně, takhle, už na zdrávce jsem radši chodila na internu než na chirurgii, na interně byli starší lidi, mě ti geronti byly jakoby bližší, mám je ráda, ale záleží to právě na tom, kolik má člověk práce, když má člověk práce moc, to mu pak ty lidi jako překážej, když za mnou desetkrát přijdou a chtěj zapálit cigaretu, nebo zapnout televizi nebo říkají „nedávejte mi dneska jídlo“ a tak.“

Můžeš mi více popsat emoce?

„No záleží taky na tom jaký má člověk rozložení služeb, pak když dvě kolegyně onemocní, člověk má služby navíc, dvě noční a den volna, pak dva celý dny, tak člověk cítí únavu.“

Jakou více, psychickou nebo fyzickou?

„Vždycky psychickou, necítla jsem se nikdy vyčerpaná fyzicky, to ne. Je blbý, když pak nemám třeba tři měsíce volný víkend, nějaká nemoc, dovolený, pak to jako blíží syndromu vyhoření, že jo to je už pak takový, že ho to v tý práci nebaví, a není tam, nenajdeš tam nic, co by tě těšilo. Stává se mi to třeba jednou za rok, že jo.“

6. Jak se mu sama snažíš předcházet?

„Prakticky se mu nebráním nijak, jako vždycky to tak nějak samo odeznělo, stačil třeba

tejden dovolený nebo často se mi to stává v zimě, pak začne jaro, víc sluníčka, to sluníčko člověka nabíjí. “

7. Co nebo kdo Ti pomáhá zvládat tvoje problémy?

„Takže... co? ... tak volno, spánek, ticho, klid, ta dovolená pomůže, i koníčky nějaký pomůžou, já třeba ráda jezdím na kole, nebo vůbec příroda, vyjít ven.

Potom ... kdo? v práci kolegyně, kamarádky, rodina taky. “

8. Jak se Ti daří udržovat kontakty s přáteli?

„Tak asi normálně, není problém. “

9. Jak se Ti daří najít prostor pro vaše zájmy?

„Když nějaký zájem mám a chci ho udržovat, tak si ten čas vždycky udělám, já nevím, tak budu doma míň uklízet a na tom kole se projedu. “

10. Jaký máš životní cíl, čeho bys chtěla v životě dosáhnout?

„Nemám žádný životní cíl, jsem ráda, že mám práci, že mám zdravý dítě, že mám manžela, který se o mě a o dítě postará, to mi stačí. “

11. Jak vidíš sebe samu?

„Já se nerada popisuju, jsem bliženec a docela to na mě sedí, hodně. Jsem teda náladová, jsem od malička vzteklá, a jsem ráda, když je po mém, určitě. “

12. Prolínají se problémy ohledně péče s tvým osobním životem?

„No, hodně si práci nosím domu, dřív ne, to jsem všechno hodila za hlavu. “

13. Víš, kam se můžeš se svými problémy obrátit o pomoc?

„Nerada se obracím o pomoc, raději si vše vyřeším sama, to je ta moje povaha. “

14. Máš nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?

„Teď mám občasnou nespavost, to mám psychický, když je nějaký problém v práci, tak nemůžu spát. “

15. Chceš něco dodat?

„ Ne. “

Děkuji za rozhovor.

Sestra2

hlavička: zdravotnický asistent, střední školu absolvovala dálkově před dvěma lety, dříve pracovala šest let jako ošetřovatelka, z toho dva roky na LDN. V PLHoB pracuje šestým rokem. Je jí 27 let, je svobodná.

1. O kolik nemocných se v práci staráš, kolik Vás je na směně?

„O 30. “

Trochu mi to přiblíž.

„Takže tři turnusky, čtyři, pět, sedm na dopoledne, potom na zbytek dne tři.“

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Komplexní ošetrovatelskou a hygienickou péči.“

3. Můžeš mi popsat váš běžný/pracovní den?

„Běžný pracovní den, hygiena, rozdání snídaně, rozdání léků, dopolední zápisy, oběd, léky, odpolední zápisy, večere... a plus ještě takový ty ordinace lékaře do toho.“

A když přijdeš domů?

„Dám si kávu, dám si cigáro a nohy nahoru.“

4. Jak se ti daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho

„Pracovní? Daří.“

Popiš mi to trošku.

„Dejme tomu, že si to člověk musí nějak zorganizovat, nějakým způsobem, musí si udělat nějaké schéma, Pak se daří.“

5. Jaké máš pocity, týkající se péče o nemocné?

„Uspokojující.“

Zase mi to trošku rozeber...všechny, jak se kdy v práci cítíš, pozitivní i negativní.

„Dle mého názoru, každý zdravotník musí mít určitou dávku altruismu, nebo asi to máme, aby jsme si uspokojovali nějakou tu svoji potřebu péče o ty druhý

Tak když já se starám o takto nemocného člověka, čím víc je ten člověk imobilnější, pro mě je ideální pacient na lůžku, protože jakoby to mám ráda, tuhle práci o takového člověka, a pochopitelně se tam setkáváš s tím, že ti je těch lidí líto, někdy, což je takovej ten, taková ta emoce, kterou musíš ve zdravotnictví trošku odkopávat. Zapotřebí je patřičná dávka empatie, ale ta lítost musí jít trošku stranou.....nevím.“

Jak se cítíš teď?

„Unaveně, mám moc služeb.“

6. Co nebo kdo Ti pomáhá zvládat tvoje problémy.....spojené s prací?

„10mg Diazepamu...(smích) ne, 2.5 mg na noc, občas....ne....to mi nepomáhá nikdo zvládat.“

A když nikdo, co třeba nějaká činnost?

„Práce, jakákoliv manuální práce, činnost, na zahrádce...doma.“

7. Jak se Ti daří udržovat kontakty s přáteli?

„Díky službám navíc...No tak, telefonicky pouze.“

8. Jak se Ti daří najít prostor pro zájmy?

„Já nemám zájmy, tak si ten prostor ani nemusím hledat, nemám.“

A co děláš ve volném čase?

„Chci studovat...(smích)....čtu..., na to mám prostor, vzhledem k tomu, že jsem svobodná, bezdětná, tak mám.“

9. Jaký máš životní cíl, čeho bys chtěla v životě dosáhnout?

„Obecně, nebo ve zdravotnictví?“

Jak chceš, jak to vidíš.

„Teď to bude moc, asi ono to bude možná působit moc pateticky...dělat všechno podle nejlepšího vědomí a svědomí?“

A to byl zdravotnický nebo osobní?

„Oba...nikomu neubližovat, nikoho neodstrkovat, nepodceňovat.“

10. Jak vidíš sebe samu?

„To se ptáš mě, mě jo, s mým sebevědomím pod bodem mrazu. To jsem asi přehlédla tuhle otázku, kdybych věděla, že se mě na tohle budeš ptát, tak jsem ti žádné rozhovor nedávala.“

Dobře, i to byla odpověď?**11. Prolínají se problémy ohledně péče o nemocné lidi s tvým osobním životem?**

„To určitě, bohužel to nedokážu ze sebe tady shodit a přijít domů a nepřemýšlet o tom.“

12. Co ti říká pojem syndrom vyhoření?

„Jednou jsem to zažila, docela dost mi to říká. V bývalém zaměstnání. Jsem ráda, že se tady na psychiatrii k tomu dost přihlíží. Jsou momenty, kdy si myslíš, že jsi vyhořelá, můžeš požádat a nechat se přeložit někam jinam. Mě se tu zatím pořád ještě líbí.“

13. Jak se mu sama snažíš předcházet?

„Já si myslím, že tomu člověk nepředejde, to jako, to není něco, s čím by si... Můžeš se jako učit, naučit dejme tomu svými aktivitami, svým aktivním osobním životem, ten život vyplnit ale myslím, že tomu nepředejdeš, na tomhle oddělení určitě ne.“

14. Víš, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?

„No tak, myslíš, odbornou pomoc? Když to беру podle svého předchozího...já, jsem se na odbornou pomoc neobrátila.“

Ani tady v léčebně? Máme tu spoustu psychologů, nechtěla bys o tom si promluvit?

„No, kdyby to byl někdo známý, měla bych k němu důvěru, tak jo, ale vzhledem k tomu, že nikoho neznám osobně, tak ne.“

Nebo požádat o pomoc třeba staniční sestru?

„Jo tak to jo, to jsem řešila i v předchozím zaměstnání, řekla jsem jednoho dne „a dost, potřebuju náhradní volno.“

15. Máš nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?

„Jsem rok, čtrnáct měsíců po embolce.“

16. Chcete něco dodat?

„Já si myslím, že člověk, který pracuje ve zdravotnictví, musí tu práci dělat s láskou, pro prachy se to dělat nedá.“

To je všechno, děkuji ti za rozhovor.

Sestra 3

hlavička: ošetřovatelka, před patnácti lety pracovala dva roky s nemocnými s Alzheimerovou chorobou ve Švýcarsku. Po návratu do Čech založila rodinu, nyní je rozvedená, má dvě děti. V PLHoB pracuje na gerontopsychiatrickém oddělení šest let.

1. kolik nemocných se v práci staráš, kolik Vás je na směně?

„No jak kdy, většinou máme plno, tak o třicet lidí.“

Sama?

„Ne, určitě jsme ve třech vždycky, dopoledne pět, šest.“

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Od ranní hygieny, krmení, stlaní, terapie různý, všechno.“

3. Můžeš mi popsat váš běžný/pracovní den?

„Ráno vstanu, připravím dětem svačiny, vzbudím děti, jedu do práce, a ráno si předáme službu, zjistíme, co je na oddělení nového, a jdeme koupat, to zabere tak hodinu a půl, dvě hodiny, vykoupeme, namažeme, pokud je nějaký ležák tak předělat, taky umejt, všechno a to. Pak rozdat snídani, všem ji namazat, nakrmit nebo dohlédnout. Nikdo si sám nic nemaže. Pak umýt postele, ustlat, harmonogram, děláme terapie, podle harmonogramu, pitný režim oběd, odpoledne zase terapie, muzikoterapie, nebo malujeme, hodně mi vadí, když pacienti kouří, vodíme je ven kouřit, ale jsou na to zvyklí. Pak svačina, zase rozdat, nakrmit, umýt nádobí a večeře, večerní hygiena a předat službu. Doma čekají děti, pes, úkoly, hladoví děti, pětky v žákovských...“

4. Jak se ti daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho?

„No, tak jak kdy, většinou v pohodě, no, když záleží, když se někdo zhorší, když ulehne, nebo v zimě bylo hodně chřipek, no je to v pohodě, pak se takhle něco semele, nebo když někdo spadne, musí se jet na výjezd, nějaké šití, nějaká chirurgie, tak jako to bývá fojr, když jsme ve třech, s ním musíme jet dvě, tak jako, sháníme někoho, aby přišel na pomoc.“

5. Jaké máš pocity, týkající se péče o nemocné/ho?

„Jak kdy, od vyčerpání, někdy mám radost, když vidíš, že si někdo vzpomene na něco, říkám si to je hrozný, že všechno zapomněli, na děti, celej svůj život, a vadí mi hrozně, když za nimi nikdo nejezdí, třeba nikoho už nemají nebo se k nim děti nehlásí, nikdo za nimi nepřijde, nevzpomene si, to je hrozné jako ty Alzheimerovy ukočírovat, opravdu, pořád za tebou chodí, ptají se co mají dělat, drží nějaké věci a nevědí, co s nimi, mluvíš na ně a oni nereagují, nebo ty lepší to hned zapomenou, pořád stojí u dveří, chtějí odejít domů, musí za dětmi, na nákupy nebo do práce to mě někdy úplně jako bere šťávu, ale zase jsme tam tři, tak ta, která má ten den nejvíc energie, tak se ujme vlády. Ta práce je pořád dokolečka, nikde není vidět.“

6. Co nebo kdo Ti pomáhá zvládat tvoje problémy.....spojené s prací?

„Rum...(smích)“

V práci?

„Ne, v práci ne. Tak určitě kolektiv, musím se těšit na holky do práce, já nevím, jdeme si s holkama sednout. Těším se na holky, že si popovídáme u práce a mimo práci určitě pes, děti, kamarádi, vždycky mám komu zavolat.“

7. Jak se Ti daří udržovat kontakty s přáteli?

„Jo, v pohodě, myslím. Ten čas, si vždycky najdu.“

8. Jak se Ti daří najít prostor pro zájmy?

„Taky, v pohodě, ten čas si musím umět udělat. Hodně ráda čtu, novýho psa máme, procházky se psem, hodně s dětma na výlety, s kamarády, hospoda, kino, v létě brusle, kolo. Vždycky si něco najdu. No na úkor své domácnosti, mě je úplně jedno co doma mám.“

9. Jaký máš životní cíl, čeho bys chtěla v životě dosáhnout?

„Nemám životní cíl, prostě, ale mám někdy pocit že žiju jen ze dne na den, teď jsem přemýšlela, že bych se chtěla ještě něco naučit, neměla bych změnit práci? Ale teď jsem momentálně spokojená s tím, jak to je. A žádný životní cíl, přání. Přání aby byly děti zdraví, aby se nic „neposralo“ a bylo to alespoň tak, jak to je teď.“

10. Jak vidíš sebe samu?

„Horší otázka už tam není?“

Ne horší už ne.

„Jak já sebe samu vidím? Jako nerváka, a jako lempla, že prostě to už musí být, když už se k něčemu vyhecuju, říkám si furt, že by to mohlo být lepší a vzápětí zase a proč, vždyť je to takhle docela v pohodě. Myslím si, že jsem upovídáná, kamarádká, mám ráda lidi,

myslím, že i mají rádi lidi mě, a umím být i paličatá, umím se nafouknout, umím být i nerv, jako vystartovat a myslím, že je se mnou sranda.“

11. Prolínají se problémy ohledně péče o nemocné lidi s tvým osobním životem?

„To jako, jestli si nosím ta problémy z práce domů?. To určitě, jako, určitě myslím na to, co bylo v práci, ale jako snažím se, aby to tak nebylo, abych tam zavřela dveře a nemyslela na to. Jsem ráda, že pracuju na směny, po noční mám dva dny volna, mám více času na ty děti, sice je to komplikovaný s hlídáním v noci, děti furt někam strkám.

Někdy to mám takový otočený, děti ráno odvedu a šla bych spát a ožiju po obědě a hlavně večer.“

12. Co ti říká pojem syndrom vyhoření?

„No, nevím, mám ho?“

Popiš, co to je?

„To je, že člověka nic nebaví, má pocit, že ta práce nemá smysl, já si myslím, že to má každý, kdo pracuje s lidma. Zase je důležitější ten kolektiv a jak si sama umíš vyplnit ten čas, kdy nejsi v práci.“

13. Jak se mu sama snažíš předcházet?

„Setkáváním se s přáteli, jak jsem už před tím říkala.“

14. Víš, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?

„Když bude nejhůř, já nějakého psychologa nebo psychiatra určitě vyhledám, s tím žádný problémy v práci, myslím si, že je to ještě dobrý. Vždyť na tom gerontu dělám chvíli, no chvíli s porovnáním s těma, kdo dělali na gerontu čtyřicet let, nezbláznit se z toho.“

15. Máš nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?

„Kromě toho, že se léčím s depresí u psychiatra, když jsem byla v šestinedělí, tak mi tragicky zemřel táta, tak ani ne.“

16. Chceš něco dodat?

„Já si myslím, že to je všechno. V práci se mi líbí a nedovedu si představit, že bych dělala nějakou jinou práci než se starýma lidma, ta práce se mi líbí, ačkoliv jsem chtěla být dětskou sestrou, protože mi moje dvě děti doma stačí. Fakt jsem ráda, že jsem s těma Alzheimerama, fakt jo.“

Děkuji ti.

Sestra 4

hlavička: zdravotní sestra na gerontopsychiatrickém oddělení v Psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích. Na tomto oddělení pracuje šestým rokem. Je vdaná, je jí 35 let.

1. Pečujete o nemocného sám/ o kolik nemocných se v práci staráte?

„Oddělení má kapacitu třicet lůžek. Většina pacientů má demenci, má riziko pádu, riziko vzniku dekubitu a je nesoběstačná. Ve směně mám ještě dvě sanitárky, přes ranní směnu je nás tu celkem šest.“

2. V jakém rozsahu péči provádíte/ jaké úkony provádíte?

„Provádíme komplexní ošetrovatelskou péči.“

3. Můžete mi popsat váš běžný/pracovní den?

„Na začátku směny si převezmu oddělení, následuje ranní hygiena, ta nám zabere alespoň 90 minut, pak následuje snídaneň, snídani musíme všem namazat, přibližně deset lidí nakrmíme, na ostatní dohlížíme. Pak podáváme léky, podle nových standardů musíme léky připravovat bezprostředně před podáním a před pacientem. Po lékách hydratace, rehabilitace, dopolední program, to je buď muzikoterapie, nebo pohybová terapie, někdy nějaké kreslení. Pak je oběd, takže znovu nakrmit, převléknout, umýt, a zase léky. Pak polední klid. Odpoledne zase nějaká činnost s pacienty, svačina, večere, večerní hygiena. Mezitím dokumentace, psaní zápisů, hodnocení škál, plánování oš. péče, její hodnocení, měření vitálních funkcí. Pak předat oddělení a domů. Doma čekají děti, napsat úkoly, vykoupat a spát.“

4. Jak se vám daří časově stíhat všechny povinnosti spojené s péčí o nemocné/ho?

„Jak kdy. Někdy to jde a můžeme se pacientům více věnovat, jindy nestíháme vůbec nic. Když se naválí příjmy, zhoršení stavu, nebo pády, pak je to mazec.“

5. Jaké máte pocity, týkající se péče o nemocné/ho?

Pocity? Jak kdy, podle nálady, množství práce. Někdy mám pocit, že víc dávám, než dostávám, cítím se úplně vysátá. Člověku to ale nedá, ti lidé jsou na mě zcela odkázáni. Důležité jsou kolegyně. Někdy je to dobré, jindy zoufalé.

6. Co nebo kdo vám pomáhá zvládat vaše problémy?

„Asi si je musím vyřešit sama. Důležité jsou kolegyně, ty mi musí být oporou, vždyť s nimi strávím více času než s manželem a s dětmi. Potom určitě „chápající manžel“, děti, to jsou radosti i starosti. Potom chodím cvičit, vyrazím s kamarádkami, jo a nakupování, to mě vždycky zvedne náladu.“

7. Jak se vám daří udržovat kontakty s přáteli?

„Poměrně se daří, pracuji na směny, takže dopoledne, když jsou manžel a děti v práci, tak mám čas jenom sama na sebe. Dojdeme si s kamarádkami na kávu, na návštěvu. Na druhou stranu mě ty směny omezují, když je naplánované kino, nebo divadlo, výlet, většinou sloužím.“

8. Jak se vám daří najít prostor pro vaše zájmy?

„To je taky stejný, dopoledne čas mám, vše plánuji podle služeb.“

9. Jaký máte životní cíl, čeho byste chtěl/la v životě dosáhnout?

„Cíl? Být spokojená? Šťastná? Být zdravá, mít zdravou rodinu, být více s rodinou.“

10. Jak vidíte sebe samu?

„Asi jsem optimista, typický býk, v životě se spoléhám jen sama na sebe. Když někdo pomůže, je to bonus, který potěší.“

11. Prolínají se problémy ohledně péče s vaším osobním životem?

„Určitě ano, nejen už zmíněné služby, únava z práce, manžel už dětem říká: „Á pozor, maminka je po noční, musíme být zticha, je celá nervózní“.

Často už nemám z čeho dávat, jsem zbytečně na děti podrážděná.“

12. Co vám říká pojem syndrom vyhoření?

„Je to stav, nebo proces, který často potkává lidi, kteří s lidmi pracují. Ztráta nadšení, vyčerpání, je jim vše za těžko, často jsou na lidi nepřijemní.“

13. Jak se mu sama snažíte předcházet?

„Snažím se na všem špatném najít něco dobré. Vidám se s přáteli, chodím cvičit, jezdíme na výlety. Odpočinkem.“

14. Víte, kam se můžete se svými problémy obrátit o pomoc?

„Máme v práci psychology, zatím jsem si poradila sama.“

15. Máte nějaké zdravotní problémy, pokud ano, jaké?

„Mám problémy s krční páteří, mívám migrény, mám nadváhu, obezitu.“

16. Chcete něco dodat?

„Moje práce mě i přes uvedené problémy naplňuje, ráda lidem pomáhám, přináším jim radost.“

Děkuji za rozhovor