

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociální práce
Obor sociální práce



Disertační práce

PhDr. Lenka Monschizadeh-Tehrany

Měření zátěže formálních pečovatелů v domovech pro seniory

Measuring burden of formal caregivers in nursing homes

Školitelka: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

2023

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 26. 8. 2023

PhDr. Lenka Monschizadeh-Tehrany

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala své školitelce PhDr. Haně Janečkové, Ph.D., za její vstřícnost při odborném vedení a za mnoho podnětných rad. Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu. Obrovské díky patří také PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D., a Bc. Matyáši Svitákovi za nenahraditelné statistické konzultace, dále PhDr. Monice Dvořákové za psychickou podporu během celého doktorského studia a mému manželovi Shahinovi, bez jehož podpory by tato disertační práce vůbec nevznikla.

Abstrakt

Disertační práce přináší deskripci konceptu zátěže formálního pečovatele (pro účely této disertace se jedná o profesi pracovníka v sociálních službách v přímé obslužné péči v pobytové službě domov pro seniory) a jejich možné měření prostřednictvím zvolených teoreticko-metodologických nástrojů. Jedním z výzkumných cílů je prozkoumat charakteristiky cílové skupiny formálních pečovatelů v domovech pro seniory v České republice, které mohou poukázat na možnou zátěž, stres a další faktory ovlivňující kvalitu pracovního života.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou nejdříve definovány a charakterizovány základní pojmy, jako je formální pečovatel a zátěž formálních pečovatelů, které zasazují zvolené téma do teoreticko-konceptního rámce. Následuje podrobný popis použitých měřicích nástrojů Perceived Stress Scale, Areas of Worklife Survey a Professional Care Team Burden (dále jen PCTB), které tvoří stěžejní prvek použité metodologie. Empirická část popisuje kvantitativní výzkum, jenž proběhl na začátku roku 2022. Daného výzkumu se zúčastnilo 424 respondentů, přesněji pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory.

Analýza dat přinesla ověření platnosti a spolehlivosti PCTB škály, což bylo jedním z dílčích cílů disertace, jako vhodného měřicího nástroje pro hodnocení zátěže formálních pečovatelů v České republice. Implikace tohoto nástroje má přesah zvláště v jeho praktickém přínosu, kdy může sloužit jako první krok k dialogu pro zlepšení pracovního prostředí, ať už jako primární podklad při manažerské intervizi, tak i jako měřicí nástroj pro srovnání mezi českými i zahraničními organizacemi a poskytovateli dlouhodobé péče. Z analýzy dat byly zároveň zodpovězeny výzkumné otázky. Tyto otázky byly zkoumány skrze položené pracovní hypotézy, které poukázaly na určité proměnné, díky nimž lze přiblížit vnímání zátěže profesionálních pečovatelů.

V závěrečné části práce jsou shrnuty a diskutovány výsledky výzkumu. Získané výsledky tak předkládají nové poznatky o dosud neprozkoumané oblasti zátěže formálních pečovatelů a mohou mimo jiné přispět k potřebnému zvýšení povědomí o této nepostradatelné profesi v oboru sociální práce.

Klíčová slova

PCTB škála, formální pečovatel, pracovník v sociálních službách, domov pro seniory, zátěž, pracovní zátěž, stres, kvalita pracovního života

Abstract

This dissertation presents a description of the concept of the formal caregiver's burden (for the purposes of this thesis it is the profession of a professional caregiver in direct care in a nursing home) and their possible measurement through the chosen theoretical and methodological tools. One of the research aims is to explore the characteristics of the formal caregiver in nursing homes in the Czech Republic, which may entail potential burden, stress and other attributes affecting the quality of work life.

The dissertation is divided into a theoretical and empirical part. In the theoretical part, the basic terms such as formal caregiver and formal caregiver burden are first defined and characterised, which sets the chosen subject in a theoretical-conceptual framework. It is followed by a detailed description of the Perceived Stress Scale (PSS), the Areas of Worklife Survey (AWLS) and the Professional Care Team Burden (PCTB) measuring instruments, which form the core element of the used methodology. The empirical part describes the quantitative research that was conducted in the beginning of 2022. 424 respondents, professional caregivers in nursing homes, participated in the given research.

Data analysis yielded validation and reliability of the PCTB scale, which was one of partial goals of the dissertation, as a suitable measurement tool for assessing the formal caregiver burden in the Czech Republic. The implications of this tool have overlap especially in its practical benefits, where they can serve as a first step towards a dialogue for improving the working environment, both as a primary basis for management intervention and as a measurement tool for comparison between Czech and international long-term care providers. The data analysis has also answered the research questions. These questions were explored through the proposed operational hypotheses, which pointed to certain variables that may approximate the perceptions of formal caregiver burden.

The final part of the thesis summarises and discusses the research findings. Thus, the results obtained present new insights into a not yet explored area of the burden of formal caregivers and may, among other things, contribute to raising awareness of this indispensable profession in the field of social work.

Key words

PCTB Scale, formal caregiver, professional caregiver, nursing home, burden, workload, stress, quality of work life

Obsah

Abstrakt.....	4
Klíčová slova	4
Abstract.....	5
Key words	5
ÚVOD	8
TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	11
1. Formální (profesionální) pečovatelé – teoretická konceptualizace pojmu	11
1.1. Péče o seniory v současné společnosti.....	11
1.2. Teoretické vymezení pojmu formální pečovatel.....	13
1.3. Legislativní ukotvení profese formální pečovatel.....	15
1.4. Kvalifikace a vzdělávání pracovníka v sociálních službách pro oblast přímé obslužné péče	17
1.5. Kompetence a požadavky na pracovníka v sociálních službách v přímé obslužné péči	19
1.6. Koncepce reformy odborné způsobilosti a vzdělávání pracovníků v sociálních službách.....	23
1.7. Finanční ohodnocení pracovníků v sociálních službách.....	28
2. Konceptuální pojetí zátěže a stresu u formálních (profesionálních) pečovatelů	31
2.1. Definice zátěže formálního pečovatele	34
2.2. Druhy zátěže formálního pečovatele.....	39
2.2.1. Psychická zátěž	39
2.2.2. Fyzická zátěž.....	42
2.2.3. Sociální zátěž plynoucí ze vztahů na pracovišti.....	45
2.2.4. Pečovatelská zátěž spojená s behaviorálními a psychologickými příznaky demence ..	50
2.2.5. Shrnutí druhů zátěže.....	55
3. Měřicí škály.....	59
3.1. Areas of Worklife Survey (AWLS)	59
3.2. Professional Care Team Burden Scale (PCTB)	62

3.2.1.	Vznik PCTB	62
3.2.2.	Výzkumy směřující k validizaci škály PCTB	65
3.3.	Perceived Stress Scale (PSS)	69
4.	Shrnutí teoretických východisek	71
EMPIRICKÁ ČÁST		74
5.	Výzkumná část – metodologie výzkumu	74
5.1.	Hlavní výzkumné cíle	75
5.2.	Hlavní výzkumný problém a pracovní hypotézy	76
5.3.	Základní charakteristika a metodologie výzkumu	78
5.3.1.	Návaznost na předchozí výzkum	80
5.3.2.	Konstrukce dotazníku – operacionalizace konceptů a pilotní studie	81
5.3.3.	Sběr dat a charakteristiky výzkumného souboru	83
5.4.	Etické zásady	89
6.	Výzkumná část – Výsledky	90
6.1.	Psychometrické vlastnosti škály PCTB	90
6.2.	Výsledky použitých měřicích nástrojů na výzkumném souboru	96
6.3.	Vztahy mezi instrumenty PCTB, PSS a AWLS	100
6.4.	Vliv sociodemografických charakteristik formálních pečovatелů na míru zjištěné zátěže a stresu	103
6.5.	Prediktory použitých měřicích nástrojů PCTB, PSS a AWLS	109
6.6.	Shrnutí výsledků	112
7.	Limity výzkumu	117
8.	Diskuse	121
Závěr		128
Použitá literatura		131
Seznam použitých zkratk		166
Seznam použitých tabulek		167
Příloha – Dotazník: Zátěž formálních pečovatелů v domovech pro seniory		169

ÚVOD

Stárnutí populace a změny v demografické struktuře jsou již velmi dobře známým globálním jevem i celospolečenskou výzvou. Podle odhadů Českého statistického úřadu bude u nás v roce 2060 o milion více seniorů než dnes (ze současných 2,2 milionu stoupne počet na 3,2 milionu) (ČSÚ, 2018). Seniori budou tedy tvořit třetinu populace. Ve věkové skupině nad 80 let lze očekávat nárůst o více než 500 tisíc osob na téměř 1 milion osob (APSS ČR, 2021).

Očekává se také nárůst počtu osob žijících s určitou formou demence. Dnes se tato nemoc týká téměř 161 tisíc lidí, v roce 2050 to může být až 280 tisíc lidí (Mátlová, 2022; Alzheimer Europe, 2019).

Vlivem změny věkového složení obyvatelstva se bude snižovat počet osob v produktivním věku, tj. potenciálních neformálních pečujících, kteří budou schopni se o své rodinné příslušníky starat doma. Zvyšující se věk odchodu do důchodu, vysoká rozvodovost a finanční nestabilita snižují možnosti rodinných příslušníků postarat se o své seniory.

Tento demografický vývoj spolu se stoupajícím výskytem demence bude mít dopad jak na stát (především zvýšená zátěž pro rozpočet), tak na poskytovatele sociálních služeb (nedostatek personálu), na seniory (nejistota ohledně toho, jak a kde stráví konec života) i na jejich rodiny (při nedostatku dostupných sociálních služeb bude hlavní zátěž péče ležet na nich, péče o seniory bez podpory veřejného sektoru je přitom velmi těžká).

Výše uvedené trendy vyvolávají tlak na fiskální a institucionální udržitelnost systému dlouhodobé péče a lze očekávat růst poptávky především po formální péči. Řada zemí reagovala tím, že umožnila vyšší zapojení a motivaci soukromého sektoru vstoupit do daného odvětví umožněním přímých soukromých plateb klientů či privátního pojištění dlouhodobé péče (Belgie, Izrael, Německo, Japonsko) (APSS ČR, 2021). V České republice je však tato možnost pojištění zatím na počátku¹.

Česká republika je mimo jiné spolu s Polskem zemí s nejvyšším podílem neformální péče v Evropě. V roce 2010 většinu péče o seniory (až 80 %) zajišťovali podle získaných zdrojů převážně rodinní příslušníci. Každodenní péči zajišťují zpravidla ženy ve věku 50 až 70 let (Dudová, 2015). Možnost zůstat doma ve svém přirozeném prostředí si přeje 8 z 10 seniorů

¹Od roku 2019 nabízí Česká asociace pojišťoven připojištění pro dlouhodobou péči, např. pojišťovna NN (Nationale Nederlanden) poskytuje připojištění s názvem „NN Care“. Toto připojištění má zajistit výplatu měsíční penze v případě ztráty soběstačnosti od II. stupně. Renta se vyplácí po dobu 10 let (až do 95 let věku) bez ohledu na to, zda je klient doma nebo v zařízení.

(ISP, 2020). Přesto zde vždy bude určitá část lidí ve vyšším věku, kteří budou vyhledávat a potřebovat pobytové služby.

S tím dále souvisí, že sektor sociálních služeb je dlouhodobě pod tlakem změny a s tím spojenými rostoucími náklady. Navíc potřeba pobytových služeb pro seniory se bude nadále zvyšovat, což povede mimo jiné k poptávce po kvalifikovaných odborných pečujících profesích, kterých je již nyní nedostatek v celosvětovém měřítku.

V České republice pracuje v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem téměř 25 000 pracovníků v sociálních službách, tj. 59 % všech pracovníků v pobytových sociálních službách (Dvořáková, 2022). Se stoupající incidencí klientů s nějakým typem demence a s jejich rostoucím průměrným věkem (včetně zhoršující se soběstačnosti a zvyšující se potřeby komplexnější péče) se budou neustále zvyšovat požadavky na dovednosti a kapacitu profesionálních pečovatелů.

Kromě určených legislativních požadavků na kompetence pracovníků v přímé obslužné péči je tato profese vystavena požadavkům klientů nebo jejich rodinných příslušníků i požadavkům ze strany zaměstnavatele. Je proto nezbytné zvýšit prestiž profesionální pečovatelské profese a zlepšit podmínky pro její výkon, aby bylo možné pozvednout a udržet kvalitu poskytovaných služeb, zabránit fluktuaci pracovníků v sociálních službách a předcházet u nich syndromu vyhoření. Jednou z možností, jak na tuto problematiku upozornit a zlepšit pracovní podmínky formálních pečovatелů, je zjistit a objektivizovat míru jejich zátěže.

V zahraniční literatuře se již ukazují výzkumy, které mapují zátěž či stres profesionálních pečovatелů. Tuto profesi však obvykle označují pojmem formální pečovatелé. Z tohoto důvodu (i z jiných zmíněných v teoretické části této práce) je daná disertace zaměřena na profesi formálních pečovatелů, s důrazem na pracovníky v sociálních službách, kteří tvoří převážnou většinu profesionálních pečujících pracujících jako zaměstnanci institucí poskytujících sociální službu.

V České republice chybí systematický přístup k posuzování zátěže formálních pečovatелů. Dosavadní výzkumy byly zaměřeny převážně na měření pečovatelské zátěže rodinných příslušníků neboli neformálních pečujících. Aby bylo možné měřit zátěž formálních pečovatелů, je třeba tuto zátěž nejprve definovat a popsat kritéria, podle kterých ji lze identifikovat, což je jedním z cílů předkládané disertace. Hodnoticí nástroje by měly umět identifikovat fyzickou i psychickou zátěž a určit faktory, které ji ovlivňují. Určení faktorů zátěže pečujícího personálu může přispět k prevenci zdravotních komplikací, které přímá obslužná péče o druhou osobu obnáší.

Jedním z cílů této práce je ověření komplexního měřicího nástroje mapujícího zátěž formálních pečovatelů v domovech pro seniory, který je užíván v Rakousku, tzv. Professional Care Team Burden Scale (dále jen škála PCTB). Bude ověřena validita tohoto nástroje a jeho využitelnost pro měření zátěže pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory v České republice.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Teoretická východiska disertační práce jsou vymezena ve třech kapitolách, které zasazují zvolené téma do teoretického rámce. V první kapitole bude představen a definován pojem formální pečovatel, jenž je obsažen v názvu disertační práce. Podrobněji pak bude rozebrán význam daného pojmu a jeho ukotvení v české legislativě se zaměřením na pracovníka v sociálních službách. Dále bude věnován prostor k uvedení potřebného vzdělání, pracovních kompetencí a dalších požadavků kladených na pozici pracovníka v sociálních službách. Následuje část popisu koncepce zátěže a stresu pracovní zátěží pečovatele. Třetí kapitola teoretické části podrobně představuje měřicí nástroje hodnotící fyzickou i psychickou zátěž profesionálních pečujících, a určuje faktory, které ji ovlivňují. Mezi tyto nástroje patří také Professional Care Team Burden (PCTB), který tvoří stěžejní prvek aplikované metodologie. Po jeho definování a popisu jsou dále v kapitole uvedeny příklady výzkumů, které se zabývaly validizací tohoto nástroje a byly zároveň inspirací pro vlastní šetření disertační práce, které je podrobně popsáno v empirické části této práce.

1. Formální (profesionální) pečovatelé – teoretická konceptualizace pojmu

Cílovou skupinou neboli výzkumným souborem, na kterou je zaměřena disertační práce, jsou tzv. formální pečovatelé. Pro využití tohoto pojmu je podstatné si předem definovat celkový společenský kontext péče o seniory a roli formálních pečovatelů v něm.

1.1. Péče o seniory v současné společnosti

Slovo péče je obvykle u seniorské populace spojeno se specifickými přívlastky, které je blíže určují (např. sociální péče, dlouhodobá péče, ošetrovatelská péče, domácí péče). Tento způsob použití je často navázán na institucionalizované či nějak formalizované chápání péče. Dané termíny jsou součástí legislativy a jejich vymezení také definuje související práva či povinnosti jednotlivých aktérů².

V odborné literatuře se o péči mluví nejčastěji v kontextu dlouhodobé péče. Podle definice WHO (2022) je cílem dlouhodobé péče „zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a s co nejvyšší mírou nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti“. Dlouhodobá péče jako taková představuje „soubor služeb určených osobám se sníženou mírou funkční, fyzické nebo kognitivní kapacity,

² např.: Občanský zákoník č. 89/2012, Zákon o zdravotních službách č. 372/2011, Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních 96/2004, Zákon o sociálních službách č. 108/2006

kteře jsou po delší časové období závislé na pomoci se základními činnostmi každodenního života“ (Horecký et al., 2021, s. 7).

Cílem všech sociálně-zdravotních služeb pro seniory by měla být podpora soběstačnosti, integrace seniorů ve společnosti a při zhoršení zdravotního stavu co nejdélejší setrvání v rodinném a domácím prostředí. Výše uvedené cíle předpokládají takový systém služeb, které na sebe plynule navazují i přes hranice sociálního a zdravotního rezortu a jsou vytvářeny dle potřeb seniorů v komunitě, okrese či regionu se zřetelem na subsidiaritu (Holmerová et al., 2007).

Optimálním modelem je tzv. sdílená péče, kdy senior zůstává ve svém domácím prostředí a na pečování se podílí rodina spolu s formálními institucemi. Péče laická i odborná se tak prolíná, doplňuje a vzájemně podporuje (Kalvach et al., 2004). Dalším možným modelem, který však dosud není v České republice příliš rozšířen, je tzv. „*cohousing*“, což představuje jeden z modelů komunitního bydlení. Do češtiny lze tento termín přeložit jako „společné bydlení“ nebo „blízké sousedské bydlení“ (Mojžíšová, 2020).³

Nicméně stoupá počet seniorů, o které se jejich rodiny nemohou nebo nechtějí starat, takže péči o ně pak často přebírají různí poskytovatelé sociálních služeb (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Proto je potřeba neustále rozvíjet a inovovat zdravotně-sociální služby pro 21. století. Již řada organizací poskytujících péči o seniory klade velký důraz na propojení s místní komunitou, s rodinou a na mezigenerační soužití (Železná, 2018). Jedná se např. o spolupráci s dobrovolníky, mezigenerační setkávání s dětmi a studenty z různých typů škol, ale i o propojování s rodinnými příslušníky a dalšími subjekty v komunitě (např. v knihovnách, v zahradnictví, v cukrárnách). Dochází tak k přirozenému mezigeneračnímu propojení, což může působit preventivně vůči sociálnímu vyloučení seniorů (Dvořáčková a Mojžíšová, 2019).

Zároveň současné trendy péče o seniory v pobytových sociálních službách zahrnují různé metody a techniky péče, které jsou zaměřeny na individuální přístup zohledňující biografii a osobnost seniora. Tyto trendy kladou mimo jiné důraz na prostředí, ve kterém senior prožil svůj život, a instituce se snaží tomuto prostředí co nejvíce přizpůsobit. Současně s tím je potřeba myslet i na vhodné prostředí pro ty, kteří péči o seniory v pobytových službách poskytují. Proto bude dále pozornost věnována cílové skupině této disertace, tedy profesionálním pečujícím v domovech pro seniory.

³ Jedná se o seskupení několika bytových jednotek ve společné zástavbě, kde je kladen velký důraz na vzájemné interakce mezi obyvateli cohousingového bydlení.

1.2. Teoretické vymezení pojmu formální pečovatel

Pečovatel nebo pečující osoba je v obecném významu ten, kdo podporuje druhé a pomáhá (poskytuje přímou péči) těm, kteří z důvodu svého zdravotního nebo psychického stavu nemohou nebo nedovedou vykonávat běžné denní činnosti vedoucí k vlastní samostatnosti a soběstačnosti.

Při zaměření na péči o seniory se lze v odborné literatuře obvykle setkat s rozdělením pečovatelů na dva základní typy – formální a neformální pečovatele, přesto je možné nalézt nesoulad i v tomto rozdělení (Lai, 2020).

Neformální pečovatel je definován jako osoba, jež poskytuje primární pomoc při činnostech denního života částečně nebo zcela závislé osobě a jejímu bezprostřednímu okolí (Kurucová, 2016). Obvykle se považuje za pečovatele rodinný příslušník, který pečuje o svého blízkého bezplatně neboli poskytuje péči jako „práci z lásky“ (Jeřábek, 2009).

V zahraniční literatuře se pro tyto typy pečovatelů nejčastěji používají pojmy „*formal/paid/professional caregiver*“ (Kalanlar a Kuru Alici, 2020b; Isaksson et al., 2013; Batista et al., 2014; Thompson, 2015) a „*informal/family caregiver*“ (Bentwich et al., 2018; Honea et al., 2008; Lou et al., 2015; Bom et al., 2019) nebo také „*former caregiver*“ – pečovatel, který přestal pečovat o svého rodinného příslušníka z důvodu úmrtí či přijetí do domova pro seniory (Åkerman et al., 2021).

Podle odborné literatury se pojem formální pečovatel týká profesí, které se zabývají poskytováním přímé péče o klienty a jejichž vykonavatelé jsou za tyto služby placeni (Czuba, 2015; Gitlin a Hodgson, 2018). Evropské výzkumy jsou nejčastěji prováděny mezi zdravotnickými pracovníky. Například ve Švédsku se za formálního pečovatele považuje zdravotní sestra, registrovaná sestra a asistent sestry (From et al., 2015; Wimo et al., 2017), ve Finsku se navíc hovoří o praktických sestrách (Elovainio et al., 2015) a v Rakousku jsou za formální pečovatele považovány registrované zdravotní sestry a ošetřovatelé (Auer et al., 2015). V japonské studii (Miyamoto et al., 2010) se píše o zdravotních sestrách a pracovnících v přímé péči. Kunkle (2020) ve své literární rešerši definuje formálního pečovatele obecně jako ošetřující personál. V Izraeli se v současném výzkumu nachází definice formálního pečovatele jako označení pro pečovatele v terénu (Karni-Efrati et al., 2022), stejně je tomu i na Slovensku (Katreniakova et al., 2022).

Je tedy zřejmé, že pojem formální pečovatel nelze definovat v rámci jedné odbornosti ani v rámci jedné sociální služby. Objevuje se však nejčastěji v souvislosti se službami

pro cílovou skupinu seniorů. Záleží obvykle na národní zdravotní a sociální politice a legislativě, tedy jinými slovy na tom, kdo nejčastěji v daném státě poskytuje přímou péči seniorské populaci v běžných denních činnostech – ošetřovatel, zdravotní personál nebo pracovník v sociálních službách. Odbornost se může lišit také typem poskytované sociální i zdravotní služby. Formální pečovatelé pracují jako zaměstnanci instituce, ale objevují se i fyzické osoby poskytující péči na základě dohody s rodinou. Zde však nelze ukotvit regulaci a kontrolu dané poskytované péče, a proto nejsou tyto osoby zahrnuty do konceptu formálního pečovatele.

Pojem formální pečovatel byl ještě více diskutován během pandemie covidu-19, kdy se zjišťoval zvýšený stres a další atributy u pomáhajících profesí v první linii u nejohroženější skupiny. Toto bude více rozepsáno dále v předkládané práci, přesněji v podkapitolách 2.1 a 2.2.

V české literatuře, legislativě i v odborné praxi se používá několik pojmů, které lze vnímat jako synonyma ke konceptu formálního pečovatele – pracovník v sociálních službách, pracovník přímé péče, profesionální pečovatel, či ojedinele ošetřovatel (Holasová, 2020; Bruščíková, 2017; Nováková, 2008).

Pro účely této disertační práce se pracuje s pojmem formální pečovatel jako s teoretickým konstrukt⁴, který pomůže překonat různorodost pojmů užívaných v české legislativě pro oblast profesionální péče.

Vlastní výzkum je pak zaměřen na segment formálních pečovatelů v rámci sociálních služeb, kterými jsou pracovníci v sociálních službách v přímé obslužné péči, tedy pracovníci, kteří poskytují pomoc druhé osobě s běžnými denními činnostmi a sebedpěčí (např. pomoc při hygieně a oblékání, podání stravy či tekutin). Dalším zúžením okruhu formálních pečovatelů, kterým bude věnován výzkum, jsou pečovatelé poskytující přímou obslužnou péči v domovech pro seniory.

⁴ Teoretický konstrukt je abstraktní koncept nebo pojem vytvořený na základě teoretického myšlení a výzkumu, který slouží k uspořádání a vysvětlení souvislostí mezi různými faktory a pojmy ve specifické oblasti studia (Bryman, 2012, s. 20).

1.3. Legislativní ukotvení profese formální pečovatel

Legislativní ukotvení (regulace) profese formálních pečovatelů současné zákony nedefinují. Teoretický pojem „formální pečovatel“ lze pro účely této práce odvodit ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, popřípadě ze zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických pracovnících. Tyto zákony definují profese, které by mohly být podřazeny pod obecný pojem „formální pečovatel“. Pojem „formální pečovatel“ lze pak využít pro označení všech profesí, které se zabývají přímou obslužnou péčí o nesoběstačnou osobu, ať je zaměstnána ve zdravotních, nebo v sociálních službách.

Tento pojem bude tedy chápán jako teoretický konstrukt, který může být použit pro zmapování společných rysů různých pečujících povolání, jejich charakteristik, podmínek jejich výkonu, nároků na kvalifikaci, rizik spojených s jejich výkonem, společenského ohodnocení, prestiže a jiné.

Pojem formální pečovatel označuje např. pracovníky v domovech pro seniory, kteří vykonávají práci pracovníků v přímé obslužné péči (dále jen PvSS). Může jít také o terénní pečovatelky nebo osobní asistenty. Dále to však mohou být i zdravotničtí pracovníci vymezení v zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, kteří vykonávají např. profesi ošetřovatele (§36), nebo případně sanitáře (§42), tedy nejméně kvalifikované pracovní pozice ve zdravotnictví. Profesionálními pečujícími jsou v širokém slova smyslu i kvalifikovaní nelékařští zdravotničtí pracovníci, např. všeobecné sestry, u kterých je součástí výkonu jejich práce též péče o pacienta. Tomuto okruhu formálních pečovatelů se již však tato práce věnovat nebude, neboť přesahuje její zaměření a rozsah.

K definování pracovníka v sociálních službách jako jedné z profesí, která je zahrnuta mezi formální pečovatele, jsou podstatné podmínky vymezené zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách, za kterých je možné toto povolání vykonávat. Mezi ně patří způsobilost k právním úkonům, trestní bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Zákon rovněž stanovuje, jak budou tyto skutečnosti prokázány.

V zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v § 116 1 písm. a) je definováno, že pracovník v sociálních službách je ten, kdo vykonává „*přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviu jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, v manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, v udržování čistoty a osobní hygieny, v podpoře soběstačnosti (...)*“.

Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. lze odvodit, že pracovník v přímé obslužné péči zajišťuje základní činnosti v rozsahu těchto úkonů:

c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu – pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, při změně poloh, pomoc při podávání jídla a pití a pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu – pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty a pomoc při použití WC.

Další úkony (např. aktivizační činnosti, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností) provádějí také pracovníci v sociálních službách. V praxi má jejich pozice odlišný název jako např. aktivizační pracovník, rehabilitační pracovník, asistent aktivizace, asistent rehabilitace, asistent ergoterapie.

Níže je uvedena přehledná tabulka růstu počtu pracovníků v sociálních službách a uvedený počet těch, kteří pracují v sociálních službách domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem.

Rok statistické ročenky MPSV	Počet PvSS	Počet PvSS v domovech pro seniory	Počet PvSS v domovech se zvláštním režimem
2017	37 127	12 851	8 292
2018	39 013	13 454	9 007
2019	39 971	13 730	9 458
2020	42 044	14 383	10 267
2021	42 986	14 410	10 466

Tabulka č. 1 Počet PvSS dle statistických ročenek MPSV (vlastní zpracování)

Během pěti let vzrostl tento počet o více než 5 000 PvSS. V roce 2021 počet pracovníků v sociálních službách pracujících v pobytových službách pro seniory tvořil téměř 58 % všech PvSS pracujících v sociálních službách. Bohužel však neexistuje statistická ročenka, kolik z nich prošlo rekvalifikačním kurzem či jaké mají jiné povinné vzdělání. Tato situace by se však měla změnit metodickým pokynem MPSV, který je v procesu tvorby.

1.4. Kvalifikace a vzdělávání pracovníka v sociálních službách pro oblast přímé obslužné péče

Kvalifikaci formálního pečovatele neboli odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách k výkonu přímé obslužné péče definuje zákon č. 108/2006 Sb. v § 116 v bodě 5 takto:

„(...) základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu (§ 36 zákona č. 96/2004 Sb.) způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem.“

Podmínku absolvování kvalifikačního kurzu je dle zákona č. 108/2006 Sb. v § 116 v bodě 7 potřeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách. Dohled odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách by měl být zajištěn tak, aby při výkonu dohlížené práce byla dosažitelná rada nebo pomoc od odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

Obsah kvalifikačního kurzu (obecná a zvláštní část kurzu) a jeho minimální rozsah (celkem 150 výukových hodin) stanovuje v § 37 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška v příloze č. 4 obsahuje i přehled oborů vzdělání, po jejichž vystudování se nevyžaduje absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách – např. obory oblasti sociální péče – pečovatelská činnost, sociální činnost, sociální pečovatelsví, sociální činnost v prostředí etnických minorit, vychovatelství, práce ve zdravotnických a sociálních zařízeních – pečovatelské práce.

Takto nastavený rozsah a obsah základního kvalifikačního kurzu je dnes již považován za neadekvátní a připravuje se jeho úprava. Tomu se bude věnovat podkapitola 1.6 Koncepce reformy odborné způsobilosti.

Podle ustanovení § 40 vyhlášky č. 505/2006 Sb. se za kvalifikační kurz považuje i kurz uskutečněný před dnem 1. 1. 2007 vzdělávací institucí akreditovanou podle předpisů o zaměstnanosti, pokud byl obsah a rozsah tohoto kurzu srovnatelný s kvalifikačním kurzem podle § 37 vyhlášky.

Při práci v některých sociálních službách je třeba dále absolvovat očkování proti žloutence. Podle § 46 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, jsou vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, stanovené fyzické osoby, které mají být zařazeny na pracoviště s vyšším rizikem vzniku infekčních onemocnění, povinny podrobit se ve stanoveném rozsahu určenému druhu zvláštního očkování. Z § 9 vyplývá povinnost očkování proti virové hepatitidě B. Tato podmínka se vztahuje i na formální pečovatele v domovech pro seniory.

Kromě již zmíněné odborné způsobilosti a očkování musí být každý pracovník v sociálních službách svéprávný, bezúhonný a zdravotně způsobilý, což mu ukládá § 116 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Po splnění odborné způsobilosti každý pracovník v sociálních službách prochází dalším vzděláváním, které musí každý rok splnit do výše 24 hodin (z toho 16 akreditovaných hodin vzdělávání). Avšak i tento rozsah dalšího vzdělávání je dnes již považován za neadekvátní a připravuje se jeho úprava.

1.5. Kompetence a požadavky na pracovníka v sociálních službách v přímé obslužné péči

Profese formálních pečovatелů vyžaduje potřebné dovednosti (kompetence), které jsou částečně popsány vyhláškou č. 505/2006 Sb., částečně jsou obsaženy ve standardech kvality (tamtéž), dále jsou marginálně ukotveny v metodikách zaměstnavatele a částečně jsou součástí organizační kultury.

Tyto kompetence uvedla ještě před vznikem zákona o sociálních službách Havrdová (1999) ve své publikaci *Kompetence v praxi sociální práce*. Zde je sice implicitně formulovala pro osoby pracující v oblasti sociální práce, dají se však použít rovněž pro pracovníka v sociálních službách v přímé obslužné péči.

Tyto kompetence rozdělila do šesti skupin. První skupinou jsou kompetence spojené se schopností rozvíjet účinnou komunikaci, tj. umět naslouchat a vytvářet podmínky pro otevřenou komunikaci, iniciovat spolupráci a motivovat pro změnu v zájmu klienta. Druhá skupina obsahuje schopnosti orientovat se v potřebách (i zdrojích) klienta a společně plánovat postup k naplňování těchto potřeb. Třetí skupina zahrnuje kompetence podporovat a pomáhat k soběstačnosti (a umět poskytnout emoční podporu). Čtvrtá skupina se zabývá poskytováním nebo zajištěním přiměřené úrovně podpory, péče, ochrany a kontroly. Pátá skupina se věnuje kompetenci pracovat jako odpovědný člen organizace, přesněji přispívat k hodnocení a zlepšování její práce a účinnosti služeb pro klienty a efektivně využívat všech zdrojů, včetně podstatné spolupráce s kolegy. Poslední skupina se zabývá odborným růstem. Jedná se přesněji o schopnost reflektovat osobní stresy, jejich příčiny a projevy a emočně se vylad'ovat, využívat kontaktů a výměny zkušeností na seminářích a vzdělávacích akcích, sdílet s kolegy profesionální nejistoty, ve spolupráci s druhými kriticky hodnotit vlastní rozvoj a dále se učit, umět si zorganizovat práci.

Nováková (2008) vymezuje kompetence formálního pečovatele, kterými by měly disponovat všechny typy formálních pečovatелů. Níže jsou uvedeny kompetence formálního pečovatele, které jsou podle Novákové nezbytné pro výkon práce v domovech pro seniory:

- Odborné – vykonávat úkony zajišťující osobní a životní potřeby klienta; znát metody práce s jednotlivcem i se skupinou; odborně vést dokumentaci o klientovi; znát pracovněprávní předpisy; dodržovat BOZP; jednat eticky.
- Organizační a řídicí kompetence – vyhodnotit situaci; plánovat a projektovat; být flexibilní; rozhodovat.

- Komunikativní kompetence – ovládat pravidla verbální a neverbální komunikace; aktivně naslouchat; správně komunikovat s klienty, jejich rodinami a spolupracovníky.
- Reflexe vlastní činnosti – supervize; dodržovat duševní hygienu, relaxovat; prevence syndromu vyhoření; modifikovat své přístupy a použité metody.

Kromě odborných znalostí a dovedností je nutné, aby pracovník v sociálních službách byl sociálně zralou osobností, identifikoval se s rolí pečovatele a byl schopen svědomitě a odpovědně vykovávat tuto činnost (Mlýnková, 2016). Michalík (2011) tentýž požadavek na vlastnosti pracovníka řadí mezi socio-psychické předpoklady dovedností, kam řadí stabilitu osobnosti, trpělivost, empatii, ochotu a toleranci.

Nováková (2008) dále definovala důležité vlastnosti, jež by měl správný pracovník mít – vnímavost, pozornost, vytrvalost, samostatnost, odpovědnost, spravedlnost, laskavost, ctižádostivost, tvořivost, optimismus, zdvořilost a vzdělanost. Zároveň uvádí, že je od pracovníka vyžadována určitá manuální a pohybová obratnost, intelektová úroveň k samostatnému řešení problémů, schopnost se soustředit, předpoklady sociální a autoregulační jako například schopnost soucitu, úcty a respektu (Mlýnková, 2016; Nováková, 2008). Řezníček (1994) zmiňuje také emocionální rovnováhu a výdrž, které jsou základem osobního přístupu a neutrality, nezbytných pro výkon pomáhající profese.

V současné době se může pracovník v sociálních službách setkat i s požadavkem ovládnutí počítače pro nutnou digitální administrativní práci – individuální plány, vykazování péče, záznamy o poskytované péči v sociálních programech (např. Cygnus, Zajíc, VeruApp, Orion, Chytrá organizace) či jiné úkoly spojené s poskytováním přímé péče (Holasová, 2019).

Kromě definovaných kompetencí samotného pracovníka v sociálních službách je podstatné pro poskytnutí kvalitní péče znalost vnitřních předpisů zařízení (směrnice, metodiky, pracovní postupy, etický kodex ad.) a dodržování standardů kvality sociální služby dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. Kromě 15. standardu s názvem „Zvyšování kvality sociální služby“ je z níže zmíněných standardů podstatné dodržovat (a nejlépe i vnitřně sdílet) následující kritéria pro kvalitní výkon péče: 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, 2. Ochrana práv osob, 5. Individuální plánování průběhu sociální služby, 9. Personální a organizační zajištění sociální služby, 10. Profesionální rozvoj zaměstnanců.

Z výčtu kompetencí a požadavků je patrné, že nároky na formálního pečovatele lze považovat za opravdu vysoké. Kromě výše vyjmenovaných kompetencí a znalostí je navíc nutné zahrnout požadavky organizace, představy nadřízených, přání a nároky jak klienta, tak i rodinných příslušníků (Auer et al., 2015).

Tyto všechny požadavky by měl pečovatel splnit, a přitom zvládat svoji práci kvalitně a bezchybně. Není tedy divu, že v praxi dochází k zátěži u pracovníků v sociálních službách. Z těchto důvodů je jednoznačné, že práce v oboru sociální práce není pro každého jedince. To na druhou stranu může být motivační prvek pro určité osoby, které však o této možnosti třeba ani neví. Proto je potřeba o této profesi více hovořit na veřejnosti a zvýšit tak její prestiž a výjimečnost (Dvořáková, 2022). Přesto se o této profesi (tedy sociálního pracovníka i pracovníka v sociálních službách) mluví ve společnosti výjimečně, čehož si všímají zvláště formální pečovatelé.

Ve výzkumu organizace Jsme MILA, z. s., bylo zjištěno, že ze 169 odpovědí 79 % respondentů (pečovatelé v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem) vnímá svou práci jako nedoceněnou a 40 % někdy pomyslelo na změnu práce (Dvořáková, 2022). Bylo by tedy vhodné využít již zavedených aktivit pro veřejnost, jako jsou dny otevřených dveří, Týden sociálních služeb, veletrhy pro studenty, a v rámci těchto akcí informovat laickou i odbornou veřejnost o tom, kdo v sociálních službách pracuje, jaké pozice zaměstnanci zastávají a jaká je náplň jejich práce.

Kromě již výše zmíněných možností medializace je velice přínosné, že Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) začalo přemýšlet v nové koncepci vzdělávání PvSS o možnostech větší propagace a informovanosti společnosti o této profesi, a to ve všech sférách.

„Doporučujeme zaměřit se na medializaci v pozitivním slova smyslu na osvětu povolání pracovníka v sociálních službách. Seznámit veřejnost s tím, co práce PvSS obnáší, kde probíhá a jakému spektru klientů jsou pomoc a podpora poskytovány. (...) V médiích (nejen v odborných periodikách) by měly být systematicky prezentovány příklady dobré praxe s důrazem na prezentaci práce PvSS a spolupráci s dalšími pracovníky. V těchto případech je dále ideální příležitost vysvětlit rozdíly mezi povoláním pracovníka v sociálních službách a profesí sociálního pracovníka.“ (MPSV, 2021a, s. 4)

Jedním z návrhů MPSV pro lepší prezentaci je nastavení spolupráce MPSV s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) skrze realizaci povinně zařazených exkurzí, praktických seminářů či besed na základních a středních školách (tzn. společně nastavit témata/okruhy informací, které by měli získat žáci a studenti během exkurze, seminářů či besed). Je však zásadní stanovit, které druhy služeb a které cílové skupiny klientů jsou vhodné pro jednotlivé ročníky žáků.

Dalším z návrhů pro zajištění co největšího spektra zájemců o danou profesi je zrušit podmínku čistého trestního rejstříku pro výkon této profese (Dvořáková, 2022). „*Je potřeba otevřít téma zaměstnávání osob s trestní minulostí nebo po léčbě závislosti jako cesty, jak přivést do oboru více lidí a zároveň tak dát druhou šanci těm, kteří v životě udělali chybu.*“ (Bagarová, 2023). K tomuto návrhu však nebylo nalezeno stanovisko MPSV ani jiných vládních orgánů.

Mezi další zmíněná doporučení organizace Jsme MILA, z. s., patří:

- zajištění adekvátního finančního ohodnocení pečovatelů alespoň na úrovni průměrné mzdy;
- nastavení dotačního systému domovů tak, aby kromě péče o klienty zohledňoval i nutnost péče o zaměstnance a vzdělávání středního managementu;
- zavedení celoživotního vzdělávání pečovatelů s možností individuálního nastavení a kariérního růstu;
- zavedení benefitů kompenzujících fyzickou a psychickou zátěž (Dvořáková, 2022).

Výše uvedená doporučení jsou výstupem z osmi focus group s téměř osmdesáti odborníky. Zavedení těchto opatření je jedním z možných způsobů, jak zvýšit prestiž pečovatelské profese a zlepšit její podmínky, a také cestou, jak ji zatraktivnit pro nové zájemce. Je zde i přesvědčení, že uvedená opatření mohou přispět ke snižování fluktuace zaměstnanců a pomoci předcházet jejich vyhoření (Bagarová, 2023).

1.6. Koncepce reformy odborné způsobilosti a vzdělávání pracovníků v sociálních službách

Jak již bylo popsáno v kapitole o kvalifikaci PvSS, odborná veřejnost již několik let diskutuje o potřebné reformě současného vzdělávacího systému. Na tuto potřebu reagovalo MPSV projektem „*Zvyšování kvality systému sociálních služeb prostřednictvím vytvoření kvalitního systému dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách*“, při kterém vznikla Koncepce vzdělávání pracovníků v sociálních službách (MPSV, 2021a). Jedná se o reformní návrh, který má být komplexním řešením reagujícím na problémy zjištěné v oblasti kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách (dále jen PvSS) a v oblasti dalšího vzdělávání, s přesahem k systémové podpoře prestiže povolání pracovníka v sociálních službách.

Řešení současných problematických míst kvalifikačního kurzu lze realizovat dle této koncepce rozdělením kvalifikačního kurzu pro PvSS do dvou částí, které na sebe navazují, a to na „*Základní kvalifikační kurz*“ (dále jen ZKK) a „*Specializační kvalifikační kurz*“ (dále jen SKK).

ZKK je společný pro všechny a absolvují ho „před nástupem do zaměstnání“ na pozici pracovníka v sociálních službách u poskytovatele sociálních služeb. Úspěšné absolvování základní části umožní nástup do zaměstnání na danou pozici. Kurz je pojat jako „praktická teorie“, kdy absolventi sice získají znalosti, ale pomocí vhodných praktických metod výuky na rozdíl od současné převažující frontální výuky.

Pro zahájení specializační části je stanovena lhůta do 12 měsíců od nástupu na pozici PvSS a dokončení do 18 měsíců. Úspěšné absolvování specializační části umožní setrvání na pozici po stanovené lhůtě. Kurz je pojat jako rozvinutí praktické teorie obohacené o plnění odborných praktických cvičení zadaných poskytovatelem a kontrolovaných vzdělavatelem.

SKK se absolvuje v jednom ze 4 modulů při zaměstnání u registrovaného poskytovatele sociálních služeb – práce se seniory a lidmi s demencí, práce s lidmi s tělesným a smyslovým postižením a s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním, práce s lidmi s mentálním a kombinovaným postižením či s poruchami autistického spektra a práce s dospělými, dětmi, rodinami v krizi nebo s ohroženými sociálním vyloučením anebo s rizikovým způsobem života.

Zde je znát významný rozdíl v nutném absolvování ZKK před nástupem na pracoviště. V praxi se často objevují PvSS, které zaměstnavatel vysílá na rekvalifikační kurz po 10 až 15 měsících od nástupu, nebo dokonce nemají splněné kvalifikační vzdělání ani po uplynutí

doby 18 měsíců ode dne nástupu do zařízení. Obvykle je to důvodem ukončení pracovního poměru před uplynutím dané doby a nástupem do dalšího poměru s možností nových 18 měsíců.

Neexistuje statistika PvSS bez dokončeného rekvalifikačního kurzu, nicméně dle zkušeností autorky jejich počet nebude zanedbatelný. Z důvodu nedostatku personálu a doporučeného uvolnění pracovníka z pracovních směn pro absolvování kurzu v praxi dochází k přeřazení pracovníka na jinou pozici bez nutnosti daného kurzu (či primární přijetí pracovníka na tuto pozici, např. pomocná síla). Daná pozice však má velice podobnou pracovní náplň PvSS, ale jiné finanční ohodnocení, což může být pro pracovníka odrazujícím faktorem na tuto pozici nastoupit či vůbec přijmout své přeřazení.

Na druhou stranu je to možnost pro nekvalifikované pracovníky, aby si mohli pozici formálního pečovatele vyzkoušet předtím, než si potřebné vzdělání dodělají. V praxi se obvykle objevují případy, kdy pomocná síla v kuchyni či uklízečka v domovech pro seniory na své pozici poznají, co vše obnáší práce pracovníka v sociálních službách, a mohou posoudit, zda by je tato práce naplňovala.

Oproti stávajícímu kvalifikačnímu kurzu v rozsahu minimálně 150 hodin, včetně odborné praxe obvykle v rozsahu 40 hodin, je celkový rozsah kvalifikačního kurzu navýšen na 160 hodin. Dané rozložení hodin bylo výrazně upraveno na 40 hodin ZKK (8 h x 5 dní) a 120 hodin SKK (8 h x 15 dní). Tato koncepce přináší zároveň nově stanovené kompetence pracovníků v sociálních službách.

Dle nového rozdělení rekvalifikačního kurzu (MPSV, 2021b) by měli PvSS být orientovaní v právním rámci sociálních služeb a práce PvSS, vyznat se v sociálních službách a potřebách klientů (vč. specifik cílových skupin a práce s nimi). Dále se seznámit s teorií přímé práce PvSS s klienty, se způsobem komunikace a interakce s klienty (tj. správná identifikace způsobů komunikace s cílovými skupinami), zároveň si osvojit přístupy a metody práce s cílovými skupinami a orientovat se v dokumentaci. A jako poslední požadavek musí PvSS splňovat spolupráci v týmu a návaznosti služeb – vnímání týmové a mezioborové spolupráce.

Zmíněná koncepce dále přináší obměnu praktické části (v návrhu nově specializační část kurzu). Výuka v této části neprobíhá v kuse ani pouze na praxi u zaměstnavatele či u zvoleného poskytovatele sociální služby, ale probíhá v blocích jako teoretická a praktická skupinová výuka v učebně. Jednotlivé dny/bloky jsou propojeny povinným plněním praktických úkolů u poskytovatele sociálních služeb, kde bude účastník zaměstnán.

Do praktické výuky by měly být využity metody pro zapojení účastníků, např. hraní rolí, nácvik modelových situací, rozbor kazuistik, reflexe vlastních zkušeností účastníků a další způsoby, které účastníkům vhodně doplňují teoretický výklad lektora.

Jak již bylo zmíněno výše, v rámci SKK jsou zadána odborná praktická cvičení, která se vždy vztahují k cílovým kompetencím daného modulu. V návrhu je uvedeno, že by mělo být ověřeno minimálně 12 cílových kompetencí vztahujících se alespoň ke třem okruhům cílových kompetencí. Plněním povinných odborných praktických cvičení získávají účastníci zkušenosti v přímé práci s klienty a propojí si tak získávané kompetence a teoretický rámec s vlastní praxí. Zpětná reflexe odborných praktických cvičení na učebně může sloužit celé skupině účastníků jako předávání příkladů dobré a špatné praxe v rámci konkrétních zařízení.

Tato koncepce dále přinesla i více pozornosti podmínkám zahájení kvalifikace i podmínkám ukončení kvalifikačního kurzu. Hlavním důvodem je pozvednutí povolání PvSS na skutečně odborné povolání a posílení jeho prestiže (MPSV, 2021a).

V koncepčním návrhu je také zmíněno, že vstupním kritériem pro ZKK je motivační dopis, který zájemce povinně zpracuje před nástupem na ZKK. Motivační dopis by měl shrnovat vlastní motivaci vedoucí ke zvolení profese PvSS a také zamyšlení nad vlastními očekáváními od tohoto povolání. Jeho obsah nebude rozhodujícím kritériem pro přijetí, bude však podkladem pro následnou diskusi a individuální práci v rámci kompetenčního okruhu „*Pochopení osobního a lidského rozměru práce PvSS*“.

Kritéria ukončení kurzů budou kromě legislativního ukotvení vyplývat zejména z metodického doporučení k akreditaci kurzů ZKK a SKK. Aktualizace těchto materiálů spadá do kompetence sekretariátu akreditační komise MPSV.

ZKK musí být ukončen měřitelným způsobem ověření nabytých cílových kompetencí, včetně stanovení vhodných opravných prostředků. Úspěšné absolvování umožňuje nástup na pozici PvSS u konkrétního poskytovatele sociálních služeb.

SKK musí být ukončen měřitelným způsobem ověření nabytých cílových kompetencí, včetně stanovení vhodných opravných prostředků. Úspěšné absolvování umožňuje setrvání na pozici PvSS i po zákonem stanovené lhůtě pro doplnění kvalifikace. Takto nabytá kvalifikace je trvalá a přenositelná napříč sociálními službami.

Navrhované změny kvalifikačního vzdělávání si vyžádají některé legislativní úpravy. Úprava kvalifikačního vzdělávání je podmíněna změnami v § 116 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a v jeho prováděcím předpise, § 37 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Konkrétní

legislativní řešení souvisejících změn zákona o sociálních službách a jeho prováděcího předpisu jsou uvedena v příloze č. 1 Koncepce (MPSV, 2021a).

Na závěr je potřeba dodat, že 20. dubna 2023 Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen APSS ČR) uspořádala pod záštitou PhDr. Olgy Richterové, Ph.D., místopředsdkyně Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky, kulatý stůl na téma „*Proti násilí v sociálních službách*“, na kterém APSS ČR představila vlastní návrh koncepce reformy kvalifikačních kritérií pro pracovníky v sociálních službách. Finální verze byla dále konzultována konzultována s místopředsdkyní Poslanecké sněmovny, Olgou Richterovou, a zástupci společně s APSS ČR a MPSV (APSS ČR, 2023).

Zásadní změna se týká základní části kurzu, která nebude absolvována před nástupem do zařízení, ale je rozdělena do tří částí a počet hodin byl navýšen ze 160 hodin na 192 hodin. Z interních zdrojů pracovní skupiny vyšlo najevo, že úprava absolvování ZKK před nástupem souvisí se strachem z podstavu pracovníků v sociálních službách, ohrožení průběhu poskytování sociálních služeb a z nelibostí členů APSS ČR se zpřísněním kvalifikačních kritérií.

Nakonec se tito činitelé shodli na úpravě reformy na tři části kurzu. Základní kurz (24 hodin do 3 měsíců po nástupu do sociální služby), univerzální kurz (120 hodin do 12 měsíců po nástupu do sociální služby) a specializační kurz (48 hodin do 18 měsíců po nástupu do sociální služby).

Specializační kurz obsahuje možnost výběru specializačního modelu dle sestavených cílových skupin:

- MODUL 1 – senioři a osoby s demencí;
- MODUL 2 – osoby s tělesným, smyslovým postižením a duševním onemocněním;
- MODUL 3 – osoby s mentálním a kombinovaným postižením nebo s poruchami autistického spektra;
- MODUL 4 – dospělí, děti, rodiny v krizi nebo ohrožené sociálním vyloučením nebo s rizikovým způsobem života a osoby ohrožené závislostním chováním;
- MODUL 5 – práce s lidmi v komunitních službách.

Výběr specializačních modulů bude závislý na rozhodnutí managementu daného zařízení dle převažující cílové skupiny v zařízení sociálních služeb.

Cílem této změny je urychlit proces celoživotního vzdělávání a stanovit minimální úroveň vzdělávání. Dále také udělat revizi obsahu současného kvalifikačního kurzu a v jeho úvodní části přidat problematiku násilí a syndromu EAN.

Kromě již zmiňované reformy kvalifikačního kurzu byl připraven návrh dalšího vzdělávání. Koncepce pracuje s prodloužením sledovaného období na dva roky a s povinností splnit minimálně 48 hodin dalšího vzdělávání v rozmezí 2 let, a to zejména z důvodu snadnějšího absolvování kurzů s vyšší časovou dotací. Reálný rozsah může být i vyšší dle potřeb a možností konkrétních poskytovatelů sociálních služeb a jejich pracovníků.

Další profesní vzdělávání je důležitou součástí průběžného zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb a z odborných diskusí vyplynulo, že vícedenní kurzy přinášejí absolventům větší rozsah dovedností a znalostí potřebných pro jejich práci, jež jsou skutečně využitelné v praxi (MPSV, 2021c).

Zároveň koncepce přináší návrhy nových forem dalšího vzdělávání. Jedná se například o publikační, lektorskou či mentorskou činnost, vedení stáží, ale i o rozlišení pasivní a aktivní účasti na konferencích. Rozšíření se tak mimo jiné věnuje zvyšování profesionality pracovníků v sociálních službách a podporuje jejich kariérní růst, například prostřednictvím lektorské činnosti.

Snahou všech již zmíněných činitelů (MPSV, APSS ČR) je uskutečnit celý legislativní proces projednávání návrhů zákona do konce roku 2023, s účinností novely zákona od 1. 1. 2024. Zda však bude schválen návrh APSS ČR v plném rozsahu, či bude upraven, není dosud známé. Jakákoliv reforma kvalifikačního kurzu a dalšího vzdělávání, která povede ke zpřísnění kritérií, má však hlavně přinést větší kompetence a vyšší kvalitu pracovníků v sociálních službách a sekundárně přinést i vyšší prestiž této profese.

1.7. Finanční ohodnocení pracovníků v sociálních službách

Finanční ohodnocení pracovníka v sociálních službách (dále jen PvSS) se odvíjí podle typu právnické či fyzické osoby organizace poskytující sociální službu a může se lišit i druhem zřizovatele.

Ve státním sektoru je pozice pracovníka v sociálních službách zařazena do platových tříd podle druhu práce sjednané v pracovní smlouvě a podle nejnáročnějších činností, které jsou pro danou práci požadovány.

Podle Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů, se PvSS poskytuje plat podle zařazení práce od 3. po 9. platovou třídu. Odměňování definuje platový tarif, který je od 1. 1. 2018 podle Nařízení č. 341/2017 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů stanoven na stupnici platových tarifů. Vše je odstupňováno podle praxe a podle nejtěžších úkolů, které vykonává v rámci výkonu své práce.

Pro představu, v roce 2020 se PvSS průměrně pohybovali na úrovni 5.–6. platové třídy, která odpovídala platovému tarifu zhruba 18 370 Kč.⁵ Průměrný plat (na přepočtené počty zaměstnanců) s příplatky, přesčasy, odměnami a náhradami činil 32 199 Kč (MPSV, 2021c), což bylo pod úrovní celorepublikové průměrné hrubé měsíční mzdy (35 525 Kč) v daném roce (ČSÚ, 2021). Zde se však jedná o celorepublikový průměr.

V nestátních organizacích PvSS získává mzdu, která se může od platu ve státním sektoru výrazně lišit. Na problematiku nesouladu finančního ohodnocení upozorňuje kampaň Stejná odměna sdružení Platformy 10. Její zástupci se jednoznačně shodují v tom, že za stejnou práci má být stejná odměna. Zajedno jsou i v tom, že je zapotřebí systémová změna financování sociálních služeb, aby se zásadní bariéra pro rovnocenné odměňování lidí v sociálních službách odstranila. Kromě nesouladu finančního ohodnocení upozorňuje již zmíněná kampaň Stejná odměna na netransparentní systém financování sociálních služeb v jednotlivých regionech České republiky. V různých regionech totiž platí při rozdělování dotací různá pravidla.

Neziskové organizace jsou z velké míry závislé na různých dotačních a grantových programech, které mívají pravidla pro odměňování zaměstnanců nastavená obdobně jako platové tabulky. Neziskové organizace však bojují také se způsobem, jakým jim stát posílá finance na provoz a mzdy. Finance totiž pocházejí z dotací, o které musí ředitelé organizací

⁵ Dle nařízení vlády č. 465/2022 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 567/2006 Sb. byla pro rok 2020 byla minimální mzda 14 600 Kč, což je pouze o 4000 Kč méně než průměrný plat PvSS.

požádat obvykle v posledním kvartálu (nejčastěji v říjnu nebo v listopadu) pro období následujícího roku. Pokud s žádostí o dotaci uspějí, dostanou přidělené finance na daný kalendářní rok o půl roku později.

Dochází tak každoročně k situaci, kdy organizace poskytující sociální služby vyplácí své mzdy „na dluh“ s nejistotou, zda a kolik prostředků na jejich vyplacení od státu dostanou.⁶

Měsíční mzdy pracovníků v sociálních službách v pobytových službách v neziskových organizacích jsou o více než 5 000 Kč menší než platy jejich kolegů ve státním sektoru. Přesněji v roce 2022 PvSS v pobytové službě v neziskovém sektoru dostával hrubou mzdu 31 845 Kč, oproti tomu PvSS ve státním sektoru získal plat 36 972 Kč (Báštěcká, 2022).⁷

Právě nedostatečné finanční ohodnocení pracovníků v sociálních službách vede obvykle k finančním obtížím, které ovlivňují pracovní spokojenost pracovníků, ale hlavně kvalitu jejich pracovního (i soukromého) života, a může vést k zásadní nejistotě pro udržení jeho dosavadního životního standardu. To potvrzuje aktuální výzkum neziskové organizace Jsme MILA, z. s., (Dvořáková, 2022). Například více než třetina respondentů z výzkumu (37 %) vyjde s výplatou jenom pro pokrytí nákladů. Téměř polovina respondentů (46 %) by nečekaný výdaj 20 000 Kč musela částečně nebo zcela pokrýt půjčkou. V určitých výpovědích z focus group se dle daného výzkumu také ukázalo, že průměrná hodinová mzda pečovatele se pohybuje okolo 52 Kč/h, což je dvakrát méně než hodinová mzda pokladní.

K velkým rozdílům v odměnách může docházet zároveň u soukromých poskytovatelů, kteří si mohou dovolit vyšší odměny pro své zaměstnance díky donátorům a vyšším platbám klientů (MPSV, 2021a).

V rámci projektu Vzdělávání PvSS zainteresovaní poskytovatelé sociálních služeb uvedli, že se snaží zajistit pečovatelům nejen dostatečnou finanční odměnu, ale také jim s cílem profesního rozvoje a obrany proti syndromu vyhoření zajišťují pravidelné supervize a různé formy dalšího vzdělávání (i nad rámec povinného). Dále nabízejí výhodné stravování či stravenky, možnost dovolené navíc nebo neplaceného volna. Poměrně častý je služební telefon, poukázky na sport či kulturu, nevýznamné nejsou ani možnosti práce na zkrácený

⁶ Např.: Diakonie ČCE vyplácí mzdy z rezerv, které se vytvořily v průběhu předchozího roku (včetně výnosů z vlastní činnosti). Menší organizace, které nemají z čeho rezervy vytvořit, musí žádat stát (například krajské úřady) o bezúročnou půjčku, tzv. návratní finanční výpomoc, kterou následně splatí, až dostanou dotaci. Aby půjčku dostaly, musí si o ni zažádat prakticky ve stejném termínu, kdy podávají žádost o dotaci (Báštěcká, 2022).

⁷ Nejvíce se však lišily výplaty zdravotních sester bez specializace zaměstnaných v sociálních službách. Ty, které pracují pro nestátní organizace, si za měsíc vydělaly průměrně o 16 381 Kč méně.

úvazek či pružná pracovní doba (i když pro pečovatele mohou být nastaveny pevné pravidelné směny) (MPSV, 2021a).

Mezi další benefity, které se osvědčily v praxi sociálních služeb, patří například podpora kulturních a sportovních akcí, zajištění pitného režimu, teambuilding, flexipasy na volnočasové aktivity, příspěvky na ubytování nebo cestovné, soutěže v rámci organizace, bankovní účty zdarma, mobilní tarify pro zaměstnance, věrnostní a jubilejní odměny, podpora zdravého životního stylu, ekologická podpora nebo také půjčovna kol (López, 2023).

2. Konceptuální pojetí zátěže a stresu u formálních (profesionálních) pečovatelů

Slovo zátěž má v odborné literatuře několik podob. Nejčastěji používaná synonyma jsou nápor, nátlak, a dokonce i stres. Kurucová definuje ve své knize věnované zátěži pečovatelů v péči o nevyлéčitelně nemocné pojem zátěž jako „*nadřazený pojem pro různé psychické stavy, projevy zátěžových faktorů v oblasti somatických a psychických funkcí a ve změnách struktury a dynamiky činností, které vyvolávají zátěžové situace*“. (Kurucová, 2016, s. 20)

Konceptuální pojetí zátěže profesionálních pečovatelů vychází ze sociálně-ekologické perspektivy sociální práce. Cílem sociální práce z hlediska ekologické perspektivy je podporovat růst a rozvoj lidí, posilovat jejich adaptivní kapacity, odstraňovat bariéry v prostředí a zlepšovat podmínky prostředí, které mají odpovídat potřebám lidí (Navrátil, 2001). Ekologická perspektiva upozorňuje na to, že lidé své prostředí nejen utvářejí, ale také jsou jím současně formováni. Mnoho problémů v sociálním fungování vzniká právě ve vztahu člověk – prostředí a nelze je připisovat jen jedné z dimenzí (člověku, nebo prostředí). Zátěž vzniká na jedné straně v důsledku nesouladu mezi těmito požadavky a podmínkami prostředí a na straně druhé mezi vlastnostmi a stavem člověka (Hoskovec et al., 2003).

Dle interakčního principu lze zátěž chápat jako vztah mezi úrovní požadavků prostředí na jedné straně a osobních zdrojů, tedy koncepčního modelu lidského organismu jako bio-psycho-sociální jednoty, na straně druhé (Hoskovec et al., 2003).

Zátěžové situace nejsou čímsi v principu nežádoucím. Naopak se dá říci, že mobilizují organismus, podněcují člověka k učení a k hledání nových cest, vedou ho k vyšším výkonům, zároveň však za určitých okolností (při nepřiměřeném stupňování náročnosti situace vzhledem k možnostem jedince) se stávají zdrojem nežádoucích stavů a reakcí (Sigmund et al., 2014).

Pojem zátěž je často v psychologii zaměňován s pojmem stres. Podle Mlčáka (2005) se stres obvykle užívá jako univerzální pojem, kterým se označuje jakákoli zátěž a také kterákoliv část stresové reakce. Někteří autoři však nepovažují tato slova za synonyma a nacházejí mezi nimi podstatné rozdíly. Například Hladký a Žídková (1999) vysvětlovali pojem stres jako nepřiměřenou úroveň zátěže, která není člověkem zvládnána. Pojem stres vymezuje krajní formy zátěžových stavů, v nichž ohrožení života nebo integrity jednotlivce vyžaduje mimořádnou aktivaci autoregulačních, někdy i externích záchranných systémů.

Psychologickou koncepci stresu nejvýstižněji vyjádřili Lazarus a Folkmanová (1984, s. 19) jako „*specifický vztah mezi osobou a prostředím, který podle hodnocení osoby klade*

příliš náročné požadavky překračující její možnosti a ohrožující její zdraví“. Tato definice zdůrazňuje vztah osoby a prostředí ve stresové situaci a zahrnuje náročné požadavky prostředí.

Negativní psychologické a fyziologické reakce na stres související s pracovním prostředím mohou vést k absencím pracovníka, pracovní nespokojenosti, nízké morálce nebo ke zvýšeným nákladům na péči (Cohen-Mansfield, 1995). Zároveň pracovní stres způsobený nedostatečnou přípravou na práci souvisí se zvýšenou predispozicí člověka k emočnímu vyčerpání (Dhaini et al., 2016).

Kromě zmíněné nedostatečné přípravy na straně pracovníka jsou tyto situace v pracovním prostředí zdrojem stresu, který pokud není včas ventilován, může vést až ke zdravotním obtížím:

- tělesným (migrény, nespavost, únava);
- psychickým (nesoustředěnost, obavy, paranoidní myšlenky);
- emočním (úzkost, zvraty v pocitech) (Hawkins a Shohet, 2007).

Pokud jsou příznaky stresu příliš dlouho přehlíženy a jedinec není schopen se s nimi vypořádat, mohou vést až do stavu vyhoření. Matoušek a Hartl (2013) uvádějí, že syndrom vyhoření je soubor typických příznaků, jež vznikají u pracovníků v pomáhajících profesích v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Syndrom vyhoření je také definován jako psychologický syndrom emocionálního vyčerpání, odosobnění a sníženého osobního úspěchu, jenž může nastat u jednotlivců, kteří pracují s lidmi (Loera et al., 2014).

Podle WHO (2019) má syndrom vyhoření tři dimenze – vyčerpání, cynismus a sníženou efektivnost na pracovišti. Tento syndrom často zažívá zdravotnický personál – zdravotní sestry, ošetrovatelé, formální pečovatelé (Ermak, 2014).

Zároveň je definován jako „pracovní fenomén“, který je důsledkem nevyřešeného pracovního stresu. Tím se liší od osobního stresu, protože zaměstnanci mají možnost volby opustit zaměstnání. Což naznačuje, že fluktuace zaměstnanců je citlivým ukazatelem pracovního stresu (Cohen-Mansfield, 1995). Například z výzkumu prováděného v Moravskoslezském kraji (N=452 respondentů) vyplývá, že 6,5 % pracovníků v přímé péči v domovech pro seniory trpí syndromem vyhoření a u 28,5 % je tento stav alarmující (Lukšová a Kuzníková, 2017). Dle jejich výsledků jsou pracovníci v domovech pro seniory ohroženi syndromem vyhoření, protože nejnáročnější je práce s klienty, kteří nejsou dostatečně motivovaní pro účast na aktivitách v domově. Příkladem může být práce s klienty s demencí, kteří přijímají aktivity pasivně (Matoušek a Hartl, 2013).

Existuje mnoho modelů a teorií pracovního stresu – některé se zaměřují na nesoulad mezi požadavky práce a kapacitou člověka (Hoskovec et al., 2003), jiné (především ty současné) chápou zaměstnance jako aktivní participanty v procesu stresu, kteří vnímají svou situaci a požadavky na ně kladené. Jiné se zaměřují na to, jak lidé zvládají problémy a jaké copingové strategie volí. V zásadě se však teoretické koncepce pracovního stresu rozdělují do dvou skupin, a to na strukturální a transakční přístup (Woods a West, 2019).

Strukturální přístup se zaměřuje na ty aspekty práce (neboli psychosociální pracovní podmínky), které přispívají ke vzniku pracovního stresu a ohrožují well-being zaměstnanců. Transakční přístup zdůrazňuje participaci a aktivitu člověka. Popisuje psychologické mechanismy stresového procesu (jak zaměstnanci kognitivně zhodnocují pracovní podmínky, jak na ně emočně reagují, jaké copingové mechanismy volí) (Arnold et al., 2016).

V zahraničních studiích se uvádí, že model Effort-Reward Imbalance (ERI) patří spolu s modelem Job Demand-Control (JD-C), vyvinutým americkým výzkumníkem Robertem Karaskem v roce 1979, ke dvěma nejvlivnějším teoretickým modelům pracovního stresu, které popisují vztah mezi zdravotními a psychosociálními aspekty práce a zdravím zaměstnanců (Kalanlar a Kuru Alici, 2020b; Pelissier et al., 2015; Siegrist et al., 2009; Griffiths et al., 2018; Elovainio et al., 2015).

Koncepty zátěže a stresu nelze tedy od sebe důrazně rozdělit, ale lze je chápat jako na sebe navazující či navzájem propojené koncepty, které obsahují pracovní psychosociální stresory. To potvrzuje i zahraničí studie (Kunkle et al., 2023), která definuje zátěž formálního pečovatele jako samostatný koncept ve spektru stresu, nezávislého na konceptu syndromu vyhoření. To lze doplnit i tvrzením Kebzy (2005), že za stres je velice často považována jakákoliv zátěž, ať už prospěšná, nebo škodlivá, přičemž samotného pojmu stres se užívá jako univerzálního pojmu, sloužícího jednak k označení jakéhokoliv požadavku, jemuž je třeba vyhovět, jednak kterékoli části stresové reakce.

2.1. Definice zátěže formálního pečovatele

V zahraniční i v tuzemské literatuře je zátěž pečovatelů definována pojmem „*caregiver burden*“, který je nejčastěji spojen s neformálními pečovateli (Song a Oh, 2015; Kršíková a Zeleníková, 2018), avšak v posledním desetiletí se začíná objevovat opakovaně ve výzkumech formálních pečovatelů (Auer et al., 2015; Kunkle et al., 2021; Miyamoto et al., 2010; Liang et al., 2017; Kalanlar a Kuru Alici, 2020a). Tento pojem je používán pro popis toho, co se stane, jestliže je psychické i fyzické zdraví pečovatele ohroženo, jestliže požadavky péče převýší možnosti pečovatele (Honea et al., 2008).

Druhý pojem, který lze vnímat jako synonymum k českému pojmu zátěž formálních pečovatelů, je „*caregiver workload*“ (Hodgkin et al., 2017; Hunter a Levett-Jones, 2010; Havig et al., 2011; Leiter a Maslach, 2003). Význam tohoto pojmu je však specificky zaměřen na pečovatelskou zátěž, která je nejčastěji způsobena nedostatkem personálu a která má dopad na bezpečnost pečovatele a kvalitu poskytované péče (Miyaji et al., 2022).

Spojením obou pojmů „*formal caregiver burden/workload*“ lze docílit definování a popisu komplexní zátěže formálního pečovatele jako reakce na kompetence pečovatele a nároky spojené s poskytováním péče. Tento multidimenzionální proces ovlivňuje biologické, psychologické, sociologické, etnické, kulturní a náboženské aspekty života formálních pečovatelů (Lucchetti et al., 2014; Zarit, 2008).

Propojení těchto pojmů se však v zahraniční literatuře objevuje pouze výjimečně. Jedna z nejznámějších definic zátěže pečovatelů ji popisuje jako „*změny v emocionálním a fyzickém zdraví pečujících osob, které mohou nastat, když požadavky na péči převyšují dostupné zdroje*“ (Given et al., 1992). Avšak nedávná americká výzkumná analýza definovala přímo zátěž formálního pečovatele v domovech pro seniory jako „*nároky/požadavky na přímou péči o nesoběstačné seniory spojené s potřebnou úrovní kompetencí a zodpovědnosti pracovníka v kontextu vnímaného stresu*⁸“ (Kunkle et al., 2020). V této výzkumné analýze je zároveň definováno pět zásadních atributů zátěže formálního pečovatele – vnímaný stres, zátěž spojená s poskytováním péče o druhého člověka, vliv závislosti seniora na pečujícím, zodpovědnost a kompetence formálního pečovatele.

⁸ „*Formal caregiver burden was defined as the demands of caring for dependent older adults with a level of competency and responsibility within the context of perceived stress.*“

Dle americké koncepční analýzy (Kunkle et al., 2020) existuje několik předpokladů pro vznik formální zátěže pečovatele. Nejčastěji se jedná o polymorbiditu klientů v domově pro seniory, délku směn (nejčastěji 12hodinové směny) a přijímání více směn v měsíci. Dále se také jedná o nedostatek personálu v domově, požadavky na roli pečovatele představující množství požadovaných úkonů péče, které jsou diktovány předpisy, potřebami starších osob a organizační kulturou. Mezi další předpoklady patří úroveň zodpovědnosti pečovatele v přímé péči, ale také předpisy a organizační zásady versus potřeby a požadavky obyvatel na péči.

Důsledky těchto předpokladů byly spojeny se změnami fyzického a psychického zdravotního stavu. Zároveň následujícím americkým výzkumem Kunkle (2021) upozorňuje na potřebné prozkoumání koncepce zátěže se zaměřením na:

- prozkoumání atributů na úrovni sociálního systému, jako jsou počty a poměry zaměstnanců v domovech pro seniory a jejich vliv na zátěž formálních pečovatelů;
- prozkoumání vlivu rasy/ethnicity formálních pečovatelů a klientů;
- prozkoumání vlivu organizační kultury spojené s očekávanými požadavky a standardy na pečovatele (kteří zároveň mají více pracovních úvazků);
- popsání role nepřímé podpory formálních pečovatelů;
- prozkoumání vlivu vzdělávání pečovatelů na kvalitu poskytované péče dle modelu péče zaměřeného na člověka;
- prozkoumání dopadu kvality vzdělávání formálních pečovatelů na osvědčené postupy pro poskytování kvalitní péče se zaměřením na osoby trpící demencí a jinými chorobami.

Problematika zátěže formálních pečovatelů se v české literatuře nachází pouze ojediněle. Pozornost je spíše zaměřena na neformální pečující (Tabaková a Václaviková, 2008; Kurucová, 2016; Dragomirecká, 2020) než na pečující personál v sociálních službách. Určité výzkumy se zaměřily na formální pečující ať už v sociálních službách (Tajanovská, 2011; Dvořáková, 2022; Jirkovská a Janečková, 2019), nebo ve zdravotnictví (Židková et al., 2001; Kebza, 2012). Nicméně dá se shrnout, že zmíněné výzkumy se zaměřily jen na určitou problematiku, jako např. stres, pracovní spokojenost a work-life balance.

Problematika je obecně směřována spíše na zdravotnický personál (všeobecné sestry, lékaře apod.) a byl nalezen pouze jeden výzkum na pracovní podmínky pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory od neziskové organizace Jsme MILA, z. s., z loňského roku (Dvořáková, 2022). Proto se při popisu této problematiky vychází i ze zahraniční literatury.

Obecně lze konstatovat, že zátěž v pomáhajících profesích ovlivňuje pracovníka v celém holistickém pohledu – tedy ve všech oblastech bio-psycho-socio-spirituální struktury (Kurucová, 2016). Přesto lze zaměření práce na formální pečovatele jako pracovníky v sociálních službách v domovech pro seniory vnímat také obecně jako mapování zátěže zaměstnanců v daných zařízeních.

Zátěž zaměstnance je možné dle českého pracovního práva zařadit do péče o zaměstnance. Tuto problematiku upravuje zákoník práce č. 262/2006 Sb. v desáté části Péče o zaměstnance, kde jsou uvedeny Hlava I: Pracovní podmínky zaměstnanců (§224-226) a Hlava II: Odborný rozvoj zaměstnanců (§227-235). Tyto právní normy mají však spíše doporučující charakter. Lze je chápat jako obecné určení činnosti zaměstnavatele, která musí být konkretizována zejména v kolektivních smlouvách, a pokud u zaměstnavatele nepůsobí odbory, pak i ve vnitřních předpisech (Foot a Hook, 2002).

Zároveň podle rámcové směrnice č. 89/391/EHS, která se věnuje ochraně zdraví a bezpečnosti práce v EU, jsou zaměstnavatelé povinni řešit zátěž a stres související s výkonem práce. Každý zaměstnavatel má uvedeným zákonem stanovenou povinnost postarat se o bezpečnost a ochranu zdraví při práci včetně ochrany před účinky stresu. Zaměstnavatel by měl identifikovat příčiny fyzické zátěže a pracovního stresu, posoudit rizika a přijmout preventivní opatření na jejich eliminaci.

Zátěž formálního pečovatele ovlivňuje celý výkon v zaměstnání, proto by mělo být pro zaměstnavatele podstatné zátěž pracovníků co nejvíce snižovat či jí nejlépe rovnou předcházet. V současné době je pozornost věnována především nemocnému, ne jeho pečovateli (Tabaková a Václavíková, 2008), avšak zachování zdraví a spokojenosti pečovatelů je nezbytné pro maximální pohodu obou stran (Shilling et al., 2016).

To potvrzuje i portugalský výzkum (Chambel a António, 2016), kde výsledky naznačují, že povaha práce se staršími lidmi může být nezávislou proměnnou v korelaci k úrovni zátěže formálních pečovatelů. V budoucnu je třeba provést studie, které by identifikovaly možné vztahy mezi subjektivní zátěží a specifickými charakteristikami formální pečovatelské péče.

Snížení pečovatelské zátěže by mělo být nedílnou součástí práce profesionálního ošetrovatelství, které usiluje o zlepšení kvality života nejen pacienta, ale i pečovatele a dále usiluje o podporu léčby u pacienta (Honea et al., 2008).

Jedním z možných způsobů predikce a identifikace zátěže může být používání měřicích škál k hodnocení zátěže pečovatele, jež pak vedou k dalším následujícím intervencím dle výsledků měřicích nástrojů (Martinez-Martin et al., 2012).

Role formálního pečovatele však nepřináší pouze negativní aspekty. Mezi pozitivní aspekty patří například uspokojení z vlastní (smysluplné) práce, sebepotvrzení nebo sounáležitosti a získání sebevědomí ve své profesi (Tulloch et al., 2022; Lou et al., 2015; Cheng, 2022; Hu et al., 2022). Bohužel větší pozornost se klade na negativní aspekty, přestože by se mělo zaměřit na prevenci a včasné odhalení rizik této náročné profese.

Nicméně právě negativní aspekty profese otevřely možnost lepší propagace a větší diskuse ve společnosti. V roce 2020 celosvětová pandemie způsobená covidem-19 osobně i profesionálně ovlivnila fyzické a duševní zdraví formálních pečovatelů (Adams a Walls, 2020; McMichael et al., 2020; Hoedl et al., 2022). Formální pečovatelé v domovech pro seniory se potýkali s častými úmrtími, zvýšeným rizikem pozitivních případů, proměnlivými předpisy a standardy péče. Současně se snažili co nejlépe udržovat pocit normality pro klienty, kteří byli izolováni od svých blízkých (Beynon et al., 2020). Zároveň se zaměstnanci domovů pro seniory často necítili být zapojeni do rozhodovacích procesů a nebyli vyslyšeni vedením svých domovů pro seniory. Nedostatečná komunikace mezi vedením a personálem způsobovala nejistotu a obavy ohledně zvládnutí pandemie a provádění vhodných opatření k prevenci infekcí (Hering et al., 2022).

Na druhou stranu výsledky španělského výzkumu (Blanco-Donoso et al., 2022) ukázaly, že pracovníci domovů pro seniory vykazovali během pandemie covidu-19 vysokou míru spokojenosti, a to navzdory vysokým pracovním nárokům, nedostatku pracovních zdrojů, strachu z nákazy a vyčerpání. Hlavním praktickým výsledkem, který tato studie chtěla přinést, byla důležitost zajištění optimálních pracovních podmínek v sektoru domovů pro seniory s cílem zaručit profesní spokojenost, předcházet vyhoření, snižovat fluktuaci a podporovat odolnost proti krizi.

Otevřela se tak možnost věnovat se důkladně zátěži, pojmenovat ji a využít společenského zájmu k této profesi. Právě upozornění na zátěž formálních pečovatelů a nastavení optimální podpory může ovlivnit sociální práci a pracovní podmínky pro pomáhající profese v zařízeních dlouhodobé péče. Pochopení formální zátěže pečovatelů je tak zásadní pro přímou péči o populaci žijící v domovech pro seniory, zejména s přidanými znalostmi a výzvami pandemie (Kunkle et al., 2020).

Zároveň na reakci covidové pandémie vznikla v roce 2020 organizace ALICE – první odborová organizace zaměstnankyň a zaměstnanců v sociálních službách, která sdružuje lidi pracující napříč sociálními službami (péče, prevence i poradenství), typy zařízení i regiony České republiky. Ještě před touto pandemií vznikla jedna zásadní organizace, a to nezisková organizace Jsme MILA, z. s. Ta od roku 2018 pracuje na zvyšování prestiže pečovatelské profese a zlepšování pracovních podmínek. Vychází z přesvědčení, že jedině tam, kde jsou spokojení formální pečující, mohou být spokojeni i klienti.

2.2. Druhy zátěže formálního pečovatele

U zátěže formálních pečovatelů je zásadní pro jeho komplexní pochopení rozdělit si tuto problematiku do shrnujících druhů.

Pro účely disertace bylo využito již proběhlé literární analýzy, která skrze validizované a používané měřicí nástroje definovala možné druhy zátěže formálních pečovatelů (Holasová, 2019). Je však potřeba zmínit, že ne všechny druhy jsou samostatné, spíše na sebe navazují, či jsou navzájem propojené. Dle této literární analýzy lze však rozdělit základní druhy zátěže formálních pečovatelů na psychickou, fyzickou, pečovatelskou a sociální. Ty jsou přiblíženy níže v podkapitolách.

2.2.1. Psychická zátěž

Psychickou zátěž lze definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky, vlivy životního a pracovního prostředí, přičemž prostředím se rozumí vše, co člověka obklopuje včetně společenských vazeb, událostí a požadavků na chování (Hoskovec et al., 2003). Zátěž může být často spojena se stresem založeným na nadměrných požadavcích na výkon, s nízkou autonomií pracovní činnosti v časové tísní a v konfliktních situacích (Kebza, 2005).

Autoři publikace *Psychologie ve světě práce* (Hoskovec et al., 2003) rozlišují tři formy psychické zátěže:

1. senzorká zátěž – z požadavků na činnost smyslových orgánů a jim odpovídajících struktur centrálního neurologického systému;
2. mentální zátěž – z požadavků na zpracování informací kladoucích nároky na takové psychické procesy, jakými jsou zejména pozornost, paměť, představivost, myšlení, rozhodování;
3. emoční zátěž: ze situací a požadavků vyvolávajících emoční odezvu. Jinak se mluví o psychosociálních stresorech.

Autoři Hladký a Židková (1999), kteří se u nás v 90. letech zabývali psychosociální pracovní zátěží, uváděli psychosociální stresory, mezi které řadili intenzitu práce a časový tlak, směnovou práci, vnucené pracovní tempo a monotonii. Dalšími stresory jsou dle autorů také vlivy narušující soustředění (např. hluk, přerušování práce návštěvami), sociální interakce a obecně pracovní prostředí. Jako další stresory uvádějí osobní rizika, fyzický diskomfort, riziko ohrožení zdraví sebe nebo druhých a jiné zdroje nepřiměřené zátěže –

psychofyzilogické, psychologické, sociálně-psychologické vedoucí ke stresovým situacím (Hladký a Židková, 1999).

Mezi psychosociální faktory zatěžující profesionální pečovatele v pobytových službách uvádí Mlýnková (2017) ve své druhé učebnici Pečovatelství následující situace:

- péče o těžce nemocné nebo umírající klienty;
- žádosti klientů, které bývají opakované a neadekvátní;
- klient s depresemi;
- komunikace s nespolupracujícím a agresivním klientem;
- komunikace s příbuznými klientů;
- nespokojenost na pracovišti (špatné vztahy);
- špatná sociální podpora (více kritiky než chvály);
- nároky na vysokou odpovědnost;
- nedostatek času na klienty;
- vysoké požadavky na pracovníky;
- nízká prestiž pečovatelské profese;
- nízká mzda;
- pečovatel zneužíván klientem v ústavní péči.

Dvořáčková (2013) přináší další stresory, které jsou spojené s fyzickou náročností, zhoršením zdravotního stavu klienta, s utrpením a bolestí klientů, nespokojeností klientů, nezájmem rodiny, nedostatečným oceněním práce a nedostatečnou podporou ze strany zaměstnavatele.

Mlýnková (2017) však upozorňuje, že v práci formálního pečovatele může každý faktor působit stresogenně a může vyvolat stresové reakce organismu.

Je zajímavé, že problematice psychosociální zátěže se věnuje i česká legislativa. Nařízení vlády, kterým se stanovují podmínky ochrany zdraví při práci č. 361/2007 Sb. v aktuálním znění, v ustanovení § 31 uvádí, že psychickou zátěží se rozumí práce spojená s monotonií, ve vnuceném pracovním tempu, ve třísměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu či práce vykonávaná pouze v noční době.

Dandová (2019) však upozorňuje, že oproti původní úpravě v nařízení vlády č. 178/2001 Sb., které bylo zrušeno v roce 2008, se dnes nepovažuje za psychickou zátěž:

- práce pod časovým tlakem spojená s vysokým pracovním tempem a omezenými možnostmi přestávek a odpočinku, což je příčinou rychlého nástupu únavy a nedostatečné možnosti zotavení organismu;
- práce spojená s vysokými nároky v oblasti jednání a vzájemné kooperace mezi jednotlivci a činnostmi, kdy je zaměstnanec vystaven interpersonálním konfliktům, frustraci a negativním emočním tlakům;
- práce v riziku ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob.

Ještě v novele tohoto nařízení vlády č. 523/2002 Sb. k ochraně zdraví zaměstnanců při práci, v § 10 odstavec 1d) byla sociální interakce specifikována jako „*práce spojená s vysokými nároky v oblasti jednání a vzájemné kooperace mezi jednotlivci a činnostmi, kdy je zaměstnanec vystaven konfliktům, frustraci a negativním emočním tlakům*“. I tato novela byla v roce 2008 zrušena. Důvodem redukce nařízení byla eliminace ukazatelů, které jsou obtížně kvantifikovatelné a mohou být ovlivněny osobnostními předpoklady člověka (Židková, 2021).

Pracovníci v sociálních službách v domovech pro seniory nejčastěji pracují v nepřetržitém provozu ve 12hodinových směnách, které dle potřeby jsou denní, ranní či noční v systému krátkých a dlouhých týdnů nebo dle měsíčního rozpisu. Práce v nepřetržitém provozu, která se týká zejména profesionálních pečovatелů, s sebou přináší práci v časovém tlaku. Klienti potřebují péči nepřetržitě, a navíc pracovník obvykle pečuje o několik klientů zároveň. Není tedy divu, že tato profese je spojena s omezenými možnostmi přestávek a odpočinku, což může být příčinou nedostatečné možnosti regenerace organismu a rychlého nástupu únavy (Tuček et al., 2005).

U jedinců může docházet k omezování sociálních a rodinných kontaktů a zájmů, jelikož dochází k nepravdělnosti pracovního volna. Nepřetržitý provoz může také ovlivnit cirkadiánní rytmus a může docházet k různým zdravotním potížím vegetativního charakteru. Jedinec se může potýkat s pocitem nedostatečného odpočinku, se spánkovým dluhem nebo s chronickou únavou. Trvalá práce v noci je také vážným fyziologickým a psychologickým problémem (Tuček, 2013). Pracovní zátěž člověka je ovlivňována rovněž jeho emoční senzitivitou k symptomům stresu, mezi které patří prudké změny nálad, neschopnost empatie, hypochondrie, únava, podrážděnost, úzkostnost, nadměrné trápení se s drobnostmi a neschopnost dotáhnout úkoly do konce (Hošek, 1999).

Hoskovec a jeho kolegové (2003) mimo jiné upozorňují v souvislosti s únavou na ubývání výkonnosti a po delší odpracované době i na přibývání chyb, což při práci s osobami závislými na pomoci druhého člověka může mít závažné následky.

Flexibilita a možnost úpravy pracovní doby na pracovním trhu je poměrně běžná, ale ne u sociálních a zdravotních služeb. V pobytových službách se obvykle objevují problémy s překážkami, neochotou zaměstnavatelů, které se však pomalu zlepšují i díky covidové pandemii (López, 2023).

Při nedostatku personálu je možné pokrýt směny pracovníky, kteří mohou vzít více denních směn za sebou (s rizikem nedodržení zákonně povinných přestávek), či je snaha pokrýt směny pracovníky nasmlouvanými na pracovní dohodu. Avšak personální zajištění pouze pracovníky na dohodu má velké omezení v zaškolení a následně v jejich omezených schopnostech nabídnout péči zaměřenou na člověka. Při směnách v četnosti menší, než 1x týdně není možné péči poskytovat individuálně a znát veškeré podstatné informace (aktuální stav klienta, změny v soběstačnosti ad.) o klientovi v domově pro seniory.

Jak je však patrné z výše uvedeného, většina stresorů se prolíná i v jiných druzích zátěže, a není tedy ovlivněna pouze psychickou zátěží.

2.2.2. Fyzická zátěž

Pečovatelé se při práci se seniory setkávají s fyzickou zátěží, která je způsobena manipulací s klientem, včetně nutného polohování (prevence proti vzniku dekubitů) a provádění osobní hygieny a koupele. Zátěž u pečovatелů v přímé péči je o více než 30 % vyšší než u zdravotních sester v domovech pro seniory (Kurowski et al., 2014).

Během výkonu práce může docházet i k překračování limitních hodnot pro dlouhodobě únosnou fyzickou zátěž u žen. Dle § 29 nařízení vlády č. 361/2007 Sb. „*přípustný hygienický limit pro hmotnost ručně manipulovaného břemene přenášeného ženou při občasném zvedání a přenášení je 20 kg, při častém zvedání a přenášení 15 kg*“.

Dohromady by pečovatelka neměla překročit při poskytování péče průměrný hygienický limit. Pro celosměnovou kumulativní hmotnost ručně manipulovaných břemen v průměrné osmihodinové směně ženou tento limit činí 6 500 kg, u směny dvanáctihodinové nesmí být limit navýšen o více než 20 %.

V praxi je však možné setkat se s tím, že při nedostatku personálu jsou pečovatelé vystaveni vyšší zátěži, než je daný limit. Na odděleních s převahou imobilních klientů byla provedena řada studií, z jejichž výsledků vyplynulo, že jsou zde překračovány limity hodnot pro akceptovatelnou fyzickou zátěž žen, zvláště u pracovníků (v daném výzkumu se jedná o zdravotní sestry) dochází k zatížení specifických částí těla, zejména páteře (Vévoda et al., 2013). Pečovatel vykonává práci kolem klienta nejčastěji ve stoje, tím je zatěžován kosterní a svalový systém. Při manipulaci s klientem jsou zatěžovány hlavně klouby pracovníka (Kurucová, 2016). V dnešní době by tak měli pracovníci využívat řadu pomůcek, které jim mohou při fyzicky náročných úkonech pomoci (Haškovcová, 2010).

Japonský výzkum potvrdil vysokou korelaci mezi rozvojem bolesti dolní části zad a pečovatelské činnosti (polohování, přesuny klientů, ale i řešení situací při výskytu behaviorálních a psychologických příznaků demence) prováděné převážně ve statické poloze (Suzuki et al., 2016). V porovnání s ostatními profesemi na pracovním trhu je u ošetrovatelského personálu šestkrát vyšší výskyt poranění zad a téměř dvakrát vyšší než u ostatních profesí v dlouhodobé péči (Dawson et al., 2007).

Časté fyzické úkony, jako je zvedání těžkých břemen a přenášení, zejména v nesprávných polohách těla v důsledku časové tísně, mohou vést k zúžení bederní ploténky a poškození tkáně, což může následně vyústit v onemocnění bederní páteře a bolesti zad (Eriksen et al., 2004; Yiengprugsawan et al., 2012). Například evropská studie NEXT (Simon et al., 2008) zjistila, že ošetrovatelský personál v péči o seniory je nejvíce vystaven zvedání a ohýbání (63,5 %) se zvýšeným rizikem postižení v důsledku bolesti krku/ramen a bederní páteře ve srovnání s ošetrovatelským personálem v nemocnicích (53,2 %) a v domácí péči (34,8 %). V českých podmínkách podobný výzkum na porovnávání fyzické zátěže mezi pomáhajícími profesemi nicméně nebyl nalezen.

Belgický výzkum dále poukázal na zvýšenou fyzickou zátěž u klientů v závěru života (Albers et al., 2014). U paliativních klientů, klientů s proleženinami nebo klientů se zápallem plic je vyšší pravděpodobnost, že budou upoutáni na lůžko, což však vyžaduje fyzicky náročnější péči ze strany pečovatelů.

V této situaci by se měl dodržovat hygienický limit a měla by se poskytovat péče ve více lidech pro rozložení váhy klienta. Jak bylo zmíněno již výše, v praxi je tato podmínka velice těžce uchopitelná. Při nedostatku personálu a zároveň nedostatku kompenzačních pomůcek je náročné snížit fyzickou zátěž pečovatelů. To potvrzuje i švýcarský výzkum (Dhaini et al., 2016), který zjistil, že bolesti zad a kloubů jsou spojeny s vysokou pracovní zátěží, nedostatkem

personálu, konflikty mezi pracovníky, nedostatečným uznáním a verbální agresí klientů vůči pečovatelům.

Přesto snáší pečovatelé lépe fyzické zatížení než zatížení psychosociální (Roland et al., 2010). To může doplnit švédsko-dánský výzkum (Januario et al., 2019), který zkoumal vztah mezi dobrým vedením domova pro seniory a fyzickou zátěží pečovatelů. Nejsilnější asociace na fyzickou zátěž byly zjištěny u nízkého vlivu na všední den klientů a na harmonogram péče, u nízké kvality vedení a vysokého pracovního tempa. Jedním z možných vysvětlení je, že vliv (např. možnost rozhodovat o práci, harmonogramu dne) a kvalita vedení (např. rychlé řešení konfliktů, plánování pracovního dne a rozdělení práce, vč. kontroly spokojenosti s prací) mohou snížit pracovní stres, což může zvýšit schopnost vyrovnat se se špatnými fyzickými pracovními podmínkami. Rovněž pokud pracovníci mohou mít lepší možnosti plánování své práce, může to přispět ke snížení fyzicky těžkých nebo nekomfortních pracovních úkolů (Clausen et al., 2013).

Současným trendem je zaměření se na minimalizaci výkonů spojených s prostým vertikálním zdviháním a přenášením pacienta a na uplatnění správných manipulačních technik spolu s využíváním technických pomůcek pro manipulaci. Jedním z doporučení pro snížení fyzické zátěže je tedy zajištění dostatečných pomůcek – např. stropní a mobilní zvedáky, mobilizační pomůcky (zvedací pás, posuvné podložky, slide-sheety), polohovací pomůcky, pasivní/aktivní antidekubitní matrace.

Dalším doporučením jsou preventivní programy, které by měly přispět ke snížení rizikových faktorů spojených s bolestí dolních zad, jako je např. cvičení na správné držení těla (Chang et al., 2021) a pravidelné vyhodnocování rizika zvýšené fyzické zátěže (Kurowski et al., 2014).

Kromě včasné identifikace fyzické zátěže je možným dalším preventivním opatřením zajistit podpůrné benefity pro pečující personál. Například zajistit pro personál pravidelné masáže během pracovní doby (např. od masérských studentů), proplacení masáží dle vlastní volby, spolupráce s fyzioterapií (při akutních potížích, přednostní termíny), pravidelné cvičení v zařízení (cvičení pro zdravá záda, jóga, cvičení pro správné držení těla), proplácení multisport karty či jiných poukázek (např. flexipasy) nebo zajištění dalších wellness a relaxačních služeb (např. sauna, bazén). To potvrzuje německý výzkum zdravotních sester v domovech pro seniory a v domácí péči, kde bylo zjištěno, že pro snížení zátěže je potřeba docílit programů podpory zdraví v pracovní době na pracovišti, jež by měly zohledňovat pracovní rozvrh sester, aby se jich mohl zúčastnit co nejvyšší počet personálu (Otto et al., 2019).

2.2.3. Sociální zátěž plynoucí ze vztahů na pracovišti

Sociální zátěž je možné popsat jako interakční zátěž spojenou s pracovním prostředím. Je vhodné však zmínit, že v původní legislativě, v níž se stanovily podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci, byla v definici psychické zátěže zahrnuta i sociální interakce. Důvodem redukce byla eliminace ukazatelů, které jsou obtížné kvantifikovatelné a mohou být ovlivněny osobnostními předpoklady člověka (Židková, 2021).

Podle Židkové (2003) lze stanovit míru interakční zátěže podle stupnice:

- a) nízká – jednání s klientem, zákazníkem, stranami;
- b) zvýšená – osoby vyžadující zvláštní způsob nakládání, zvláštní péči, osoby ve stresu;
- c) vysoká – práce s problémovými osobami (nebezpečné, nevládnutelné, sociálně nepřizpůsobivé osoby).

Jedná se tedy o činnosti, kdy je součástí pracovního úkolu interakce s osobami, které v rámci pracovního úkolu vyžadují určitou péči ze strany pracovníka. Dále jsou zde zahrnuty i vztahy na pracovišti nebo psychosociální atmosféra podniku (Židková, 2021).

To potvrzuje i Hrnčír (2007), který zahrnul mezi stresory pracovního prostředí následující kategorie:

- Organizační stresory – organizační změny, nepřiměřená komunikace, sociální atmosféra na pracovišti (komunikace, interpersonální vztahy, konflikty, styl vedení, mobbing), málo podpory v práci, konflikt s organizačními požadavky a cíli, monotónnost, nízká motivace, nadměrná fluktuace.
- Pracovní prostředí a podmínky – málo estetické prostředí, nevyhovující až škodlivé fyzikální, chemické faktory, zápach, ergonomické problémy, ohrožení bezpečnosti při práci.

Kocianová (2010) se shoduje s uvedenými stresory a kromě již zmíněných stresorů mezi ně dále řadí – nepřiměřenou zodpovědnost, nejistotu a konflikt mezi prací a jinými rolemi.

Interakční zátěž spojená s klientem je zahrnuta v podkapitole pečovatelské zátěže (viz podkapitola 2.2.4). Proto bude v této podkapitole větší pozornost dána dalšímu druhu pracovní sociální interakce – tedy interakcím mezi zaměstnanci a vedením organizace (obecně vztahy na pracovišti) a dále pracovním podmínkám a prostředí, které mohou být ovlivněny managementem domovů pro seniory.

Vztahy mezi spolupracovníky v pracovní skupině se často vyznačují přátelstvím a kolegiálností. Charakteristická je vzájemná výpomoc, přátelství, tolerance a důvěra. Vztahy se však postupem času mohou zhoršovat a vést až k nepřátelství nebo k podezíravosti. To vede k různým konfliktům jak mezi dvěma spolupracovníky, tak mezi podskupinami v týmu, což může přispívat k rozepři mezi všemi členy týmu.

Příčin takových konfliktů je mnoho, například prosté nedorozumění, změna organizace práce, nedostatek personální práce, osobní problémy pracovníků související s životní nebo rodinnou situací (Bednář, 2013).

Špatné vztahy mezi zaměstnanci tak mohou snížit spokojenost na pracovišti, dokonce snížit kvalitu poskytované péče. Francouzský výzkum například zjistil (Andela et al., 2021), že kromě psychické zátěže byly nekvalitní vztahy s kolegy a vedoucím týmu největšími prediktivními proměnnými pro vyhoření pečovatелů, zanedbávání a zneužívání klientů v domovech pro seniory.

Vedoucí týmu hraje zásadní roli, protože je zodpovědný za dobrou spolupráci mezi členy týmu. Jedná se o formální autoritu, která má na starosti zadávání úkolů, kontrolu procesů a zajišťuje optimální dosažení výsledků (Bednář, 2013), v tomto případě zajištění vysoké kvality poskytované přímé péče. Každý pracovník potřebuje od svého nadřízeného co nejpřesněji vědět, co se od něho očekává, jaké jsou jeho povinnosti i práva na pracovní pozici. Čím jasněji a přesněji jsou mu stanoveny a sděleny úkoly, tím lépe je plní a nepocítuje tak vysokou zátěž jako při nejasných kompetencích. Pracovní úkoly nestačí pouze zadávat a čekat výsledek, k tomu je potřeba zaměstnance podporovat a kontrolovat průběh jejich řešení (Tajanovská, 2011).

Vedoucí týmu by měl poskytovat instrumentální psychosociální podporu (Reblin a Uchino, 2008), včetně emocionální podpory, jako je například útěcha a povzbuzení. Dále je potřeba poskytovat správnou motivaci, potřebnou zpětnou vazbu a určitou flexibilitu, aby vzájemná spolupráce pracovníků nebyla strnulá. Rovněž je dobré zavádět pružné pracovní postupy, flexibilně respektovat specifické potřeby kolegů a ochotně naslouchat (Tajanovská, 2011). Vedoucí a jeho styl vedení má značný vliv na všechny členy ve skupině a na atmosféru, která mezi nimi panuje (Bednář, 2013).

Dobré rozdělení rolí v týmu, vzájemná spolupráce a zastupitelnost v týmu jsou tedy základem pro jeho fungování. V domovech pro seniory je kvalita profesních vztahů obzvláště důležitá. Efektivní týmová spolupráce totiž usnadňuje předávání informací týkajících se klientů, jejich zdravotního stavu a případně vzniklých změn, krizových situací či obtíží při péči (Andela et al., 2021). Podpora ze strany kolegů je totiž považována za klíčový pracovní zdroj pro zvládání pracovních nároků (van Emmerik et al., 2007).

Jak bylo zmíněno výše, práce dobrého týmu se projevuje v každodenním přístupu ke klientům, kteří snadno rozeznají neshody a konflikty v týmové práci a citlivě vnímají případnou rozkolísanost (Venglářová, 2007).

Podpora vedení zaměstnanců je základem úspěchu kvalitního pracovního života. Jednou z možností zlepšení kvality pracovního života je zapojení zaměstnance, umožnění jeho účasti při rozhodování ve věcech, které ho zajímají (Wagnerová, 2008). Pracovní spokojenost pracovníka pozitivně ovlivňuje skutečnost, pokud mu přijde jeho práce zajímavá, a navíc má zpětnou reakci od ostatních (Wagnerová, 2008).

Pracovní spokojenost bývá obvykle podřazena obecnější kategorii kvality pracovního života jako jedna z jejích součástí nebo projevů. Kategorie kvality života přitom je z různých úhlů pohledů předmětem vědeckého zájmu přinejmenším od rozvoje teorií potřeb, motivace aj. (Vinopal, 2011).

Pracovní spokojenost je postoj, který zastává jedinec ke své práci. Může mít pozitivní nebo negativní emocionální dopady na člověka vyplývající z pracovního života a z ocenění za práci. Pracovní spokojenost je rozdělena na dva typy faktorů – vnější a vnitřní. Mezi vnitřní faktory se řadí motivace, osobnostní charakteristika pracovníka a také individuální vnímání práce. Vnější faktory se projevují především dle aktuální situace v pracovním prostředí, která je ovlivňována řadou zdrojů, jako jsou způsob odměňování, styl řízení, vztahy na pracovišti nebo způsob zadávání pracovních úkolů a vymezení pracovní role (Mrhálek a Kajanová, 2018).

Pracovní spokojenost se může odvíjet od vztahu s nadřízenými, mohou ji ovlivnit pracovní podmínky, výše platu, sociální výhody nebo pocit užitečnosti práce (Donnelly et al., 1997). V rámci ošetřovatelského personálu v domovech pro seniory mohou mít významné negativní důsledky pracovní vyčerpání a nedostatečný rozvoj kompetencí pro pracovní spokojenost (Hasson a Arnetz, 2008).

V zahraničních výzkumech se častěji objevují rozdíly mezi personálem s kompetencemi (registrované sestry) a bez kompetencí (neregistrované sestry, ošetřovatelé, asistenti sester) (Hasson a Arnetz, 2008; Lapane a Hughes, 2007; Engström et al., 2011). Například švédský výzkum (Engström et al., 2011) zjistil, že pečovatelé bez formálních kompetencí vnímali vyšší pracovní zátěž, více komunikačních překážek, horší spánek a více stresových příznaků než jejich kolegyně s kompetencemi. To může být z důvodu nedostatku profesního uznání (i mezi ostatními kolegy v interdisciplinárních týmech) a kvůli nedostatku informací o stavu pacientů (Lapane a Hughes, 2007).

Spokojenosti sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách se bohužel věnuje pouze marginální pozornost. Nicméně výsledky výzkumu v Jihočeském kraji (Mrhálek a Kajanová, 2018) poukazují na nespokojenost či ambivalentní spokojenost především v případě pracovního ohodnocení a dalších benefitů. Pohled na jednotlivé faktory ukazuje, že nejvyšší spokojenost uvádějí pracovníci v oboru sociální práce v položkách hodnotících vedení, spolupráci a komunikaci na pracovišti.

Existuje také několik výzkumů na měření kvality pracovního života (Leiter a Maslach, 2003; Kalanlar a Kuru Alici, 2020b; Saygili et al., 2020; Laar et al., 2007) či výzkumy zaměřující se na work-life balance (Jirkovská, 2016), které s kvalitou pracovního života úzce souvisejí jako jeho podřazená kategorie. Vedle kvality pracovního života je možné najít také korelaci s depresivní či s úzkostnou poruchou zaměstnanců, které se věnovala mezinárodní prospektivní kohortová studie HEROES „The COVID-19 HEalth caRE wOrkErS (HEROES) Study, kterou v České republice vede SUMMK ČLS JEO (Šeblová et al., 2022).

Již zmíněný turecký výzkum (Kalanlar a Kuru Alici, 2020b) například zjistil statisticky významnou korelaci mezi kvalitou pracovního života a zátěží u formálních pečovatelů (zároveň zjistil významnou korelaci mezi počtem let v jedné organizaci a stresem u ošetřovatelského personálu). Z doplňujících hloubkových rozhovorů vyplynula zásadní témata při této korelaci jako např. dopady péče na pečující personál, dopady péče na každodenní život pečujících a požadavky na poskytování lepší péče. Vzhledem k tomu, že zátěž formálních pečujících ovlivňuje kvalitu jejich pracovního života, měla by být tato zátěž pravidelně vyhodnocována, aby docházelo k jejímu snížení a ke zlepšení kvality jejich pracovního života.

Jak je tedy z výše uvedeného patrné, spokojenost a stabilizace pracovníků závisí na celé řadě faktorů, které může vedení těchto organizací sledovat a ovlivňovat. V posledních třech desetiletích jsou tyto faktory často zahrnovány pod pojem „kultura organizace“. Právě kultura

organizace může ovlivnit kromě kvality poskytované péče i kvalitu pracovního života všech zaměstnanců v zařízení.

Teorie kultury organizace pochází z kombinace psychologie organizace, sociální psychologie a sociální antropologie (Havrdová et al., 2010). Organizační kultura zahrnuje originální představy, hodnoty, přesvědčení, vzory jednání, pravidla, symboly a mnohé další prvky, které jsou sdíleny zaměstnanci a jež se projevují uvnitř organizace i navenek (Molek, 2019). Organizační kultura tak podstatným způsobem ovlivňuje veškeré činnosti v daném zařízení.

Mezi základní prvky organizační kultury patří hodnoty, normy, artefakty, postoje a předpoklady (Lukášová, 2010). Hodnoty jsou relativně stabilní a vytvářejí jádro organizační kultury. Klíčové hodnoty bývají explicitně vyjádřeny například v poslání organizace či v etickém kodexu organizace, a jsou tedy i sdělením navenek, pro okolí. Realizují se prostřednictvím norem a artefaktů. Mezi tyto artefakty mohou patřit například vybavení firem, brožury či produkty organizace – ty jsou řazeny mezi materiální manifestace. K nemateriálním se potom řadí historiky a mýty, které v organizaci kolují, rituály, sdílený slang či společné zvyky apod. (Hajerová Müllerová a Šimek, 2012).

Pokud je organizační kultura všem zřetelně podávána a respektována, pak lze hovořit o silném vlivu na charakter i průběh podnikových jevů. Silná podniková kultura má podle autorů (Bedrnová a Nový, 2007) tři hlavní znaky:

- jasnost a srozumitelnost norem;
- rozšířenost projevů (všichni jsou s kulturou seznámeni a s jejím vlivem se setkávají v každé situaci);
- zakotvenost, projevující se vysokou mírou integrace do hodnotového systému každého zaměstnance.

Silná organizační kultura má však tendence k uzavřenosti (důraz na tradice, blokáce nových strategií, složitá adaptace nových zaměstnanců), takže silně zažitá toxická pravidla budou reprodukována stejně jako ta pozitivní (Šigut, 2004).

Organizační kultura každé organizace je unikátní. Pro zdravou organizační kulturu jsou charakteristické symptomy, jako např. přirozená identifikace pracovníků s organizací; včasná a úplná informovanost pracovníků, otevřená komunikace, demokratický styl řízení, motivační systém odrážející zájmy organizace i očekávání pracovníků, pracovní podmínky usnadňující činnosti nezbytné k dosažení požadovaných výkonů, dominantním nositelem úspěchu je tým,

podpora inovativnosti a tolerance zdravého rizika, tolerance k nekonformním názorům a zdravému konfliktu a příznivé klima v organizaci a spokojení pracovníci (Molek, 2019).

Zdravá organizační kultura neznamená pouze nepřítomnost konfliktů, nenávisti, pomluv, frustrace či cynismu, ale zejména maximální rozvoj potenciálu pracovníků a jejich uspokojení z práce. Organizace pak funguje jako tým, ve kterém panuje atmosféra důvěry, podpory a převládá společné úsilí o dosažení cílů organizace. Členové jsou schopni řešit konflikty, vzájemně si naslouchat a dosahovat kompromisu (Vágner, 2004).

Zdraví organizační kultury se projeví loajalitou pracovníků, jejich vysokou produktivitou, kreativitou, angažovaností a aktivním přístupem k práci vůbec. Manažeři by měli mít na paměti, že jakékoli rozpory mezi jejich slovy a činy mají za následek vytváření kultury, která je prostoupena cynismem, nedůvěrou a nečinností (Molek, 2015).

Management podporuje organizační kulturu třemi praktikami. Zaprvé personálním výběrem, který je nutno si jasně definovat (např. jaké zaměstnance organizace vyžaduje a jaké naopak nikoli). Dále kulturu podporuje akcemi vrcholového vedení, jelikož právě vrcholové vedení organizace by mělo důsledně a aktivně působit při prosazování žádoucí organizační kultury. A v neposlední řadě ji tvoří socializací, která svým cílem podporuje udržet kontinuitu organizace pomocí systematického a cílevědomého procesu začleňování zaměstnanců do organizace (Šigut, 2004).

2.2.4. Pečovatelská zátěž spojená s behaviorálními a psychologickými příznaky demence

Obecně je pečovatelská zátěž spjata s poskytovanými úkony přímé obslužné péče. Ty mohou být ovlivněny zdravotním stavem klienta, který je z důvodu polymorbidity, kognitivních poruch a snížené soběstačnosti příčinou zvýšené fyzické, psychické i sociální zátěží.

V sociálních službách stejně jako v ostatních pomáhajících profesích hraje klíčovou roli vztah pracovníka a klienta. Formální pečovatel si své klienty nevybírá, pečuje o všechny bez rozdílu a předsudků. Pečuje i o ty, kteří jsou mu nepříjemní, nesympatičtí a k nimž pociťuje negativní emoce⁹. I v takovýchto případech je však potřeba se chovat profesionálně, což je emocionálně velmi náročné a vyčerpávající (Hawkins a Shohet, 2007).

⁹V sociologii medicíny vymezil Talcot Parsons jednu z pomáhajících profesí roli lékaře čtyřmi charakteristikami: universalismem, afektivní neutralitou, funkční specifičností a kolektivní orientací. Konkrétně afektivní neutralita znamená, že lékař ovládá věcně orientovaný způsob jednání bez svého emocionálního angažmá v prožívání

Mimo jiné jsou pomáhající profese v každodenním kontaktu s lidským utrpením, lhostejností, neschopností, osamělostí, bolestí či smrtí (Maroon, 2012). Hawkins a Shohet (2007) k tomu dodávají, že pečující mohou být frustrováni z nemožnosti vyřešit klientovu situaci, případně mohou být vystaveni situacím, na které nejsou dostatečně emocionálně či profesně vybaveni. To mohou prožívat jako vlastní neúspěch a selhání. Tomu odpovídají dále vysoké nároky na sebereflektování, sebepoznání, sebekontrolu v profesionální péči. Proto je podstatné, aby poskytovatelé nabízeli svým profesionálům individuální či týmovou/skupinovou supervizi jako standard pravidelné podpory a psychohygieny.

Dalším úskalím bývají rozdílné požadavky klienta a rodinných příslušníků, které mohou být v rozporu s přístupem profesionálního pečovatele. Úkolem profesionála je klienta motivovat a aktivizovat jej v jeho soběstačnosti tak, aby maximálně podpořil jeho nezávislost a samostatnost. Ze strany klienta či rodiny však takovýto přístup může být vnímán jako neochota, nevstřícnost nebo špatné plnění povinností poskytovatele služby (Venglářová, 2007). Jindy může rodina požadovat aktivizaci u člověka, který z pohledu profesionálního pečovatele potřebuje pouze paliativní péči, relaxaci a podmínky k tichému odcházení.

Postupně může u profesionálního pečovatele docházet ke ztrátě smysluplnosti, úbytku energie, emočnímu vyčerpání, k potřebě vlastní izolace, nebo dokonce k pocitu odcizení. Toto jsou již situace naznačující stav jeho vyhoření.

Tato podkapitola se bude více věnovat příznakům demence, které pro profesionální pečovatele znamenají mimořádnou zátěž. Přestože pro seniory s diagnostikovanou demencí je v České republice primárně určena pobytová služba domov se zvláštním režimem (či speciální ambulantní denní stacionáře), bylo nedávným výzkumem (Auer et al., 2018) doloženo, že i v domovech pro seniory v České republice jsou umístěni klienti s kognitivní poruchou či diagnostikovanou demencí (53 %) a zároveň 57 % klientů trpělo poruchami chování.

Behaviorální a psychologické příznaky demence (dále jen BPSD) popisují Ressler a Bártová (2011, s. 141) jako neuropsychiatrické, nekognitivní projevy demence (toulání, křik, poruchy příjmu jídla, noční bdění), které zahrnují také úzkostné poruchy a projevy agresivního chování. BPSD byly definovány jako důsledky narušeného vnímání, poruchy myšlení a nálad nebo jako zvláštní projevy chování objevující se u pacientů s demencí (Finkel et al., 1997). Spektrum BPSD zahrnuje agitovanost, odchýlné (aberantní) motorické chování, úzkost,

příběhů svých pacientů, nenechá se strhnout zoufalstvím či naivním optimismem, sympatiemi ani osobním odporem a udržuje jistý odstup (Křížová, 2006).

povznesenost, podrážděnost, depresi, apatii, odbržděnost (disinhibici), bludy, halucinace a změny spánku nebo chuti k jídlu (Song a Oh, 2015).

Výskyt BPSD v pobytových zařízeních poskytujících péči o seniory je velmi častý a problematický. Cerejeira se svými kolegy (2012) uvádějí prevalenci BPSD v nemocnicích a zařízeních dlouhodobé péče čtenější (91 až 96 %) než v komunitních zařízeních (56–98 %). V minulosti se tyto příznaky léčily antipsychotickými léky. Zjistilo se však, že léčba není dostatečně klinicky účinná a zároveň s sebou nesla značná rizika, např. zvýšení rizika cerebrovaskulární příhody (Ihl et al., 2010; Banerjee, 2009; Van Marwijk a Spiegel, 2009).

Vzhledem k omezené účinnosti farmakologické léčby je pro bezpečnost a kvalitu života lidí s demencí zásadní školit pečující personál, aby těmto neuropsychiatrickým příznakům rozuměl a zvládal je zejména pomocí nefarmakologických přístupů. Skutečnost je však taková, že většina pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách není na tyto náročné situace dostatečně připravena (Gitlin a Hodgson, 2018).

Výzkumy dokazují, že vzdělávání formálních pečovatелů v modelu péče zaměřené na člověka mělo za důsledek lepší vztahy s lidmi s demencí, jejich rodinami a spolupracovníky a také jejich větší spokojenost s prací (Coogole et al., 2010). Bylo také zjištěno, že dostatečné vzdělání (proškolení) v tomto modelu má vliv na způsob, jakým se personál chová ke klientům (Spector et al., 2013). Výzkum v Jižní Koreji zjistil, že pokud je zajištěno dostatečné proškolení personálu a zároveň je k dispozici dostatek personálu na oddělení, vyskytuje se také méně případů nevhodného užívání psychotropních léků (Yoon et al., 2022).

Ošetřovatelský personál pečující o osoby s demencí může mít potíže s navazováním vztahů s pacienty a stres spojený s touto péčí může přispívat k fluktuaci personálu (Kleinman et al., 2004). Například japonský výzkum (Miyamoto et al., 2010) se zaměřil na vztahy mezi BPSD, soběstačností klienta a zátěží formálního pečovatele. Výsledky této studie ukázaly, že zhoršená soběstačnost v aktivitách denního života, jako je například koupání, oblékání, příjem stravy a pití, a projevy agresivity nebo jiných typů nevhodného chování (hádky, křik) souvisely s mírou zátěže formálních pečovatелů. Nejsilnějším prediktorem pečovatelské zátěže byla v tomto výzkumu agresivita klientů, odmítání péče, křik. To potvrzuje i švýcarská studie (Vogel et al., 2017), která rovněž zjistila, že agresivní chování (verbální či fyzické) klientů s demencí je jedním z důležitých faktorů vysoké pracovní zátěže formálních pečovatелů v domovech pro seniory.

Mezi možné preventivní kroky směřující ke snížení stresu zaměstnanců a zároveň k podpoře navázání vztahu ke klientům patří přístupy zaměřené na člověka. V praxi se lze setkat například s psychobiografickým modelem péče, jehož autorem je Erwin Böhm. Tento model je zaměřený na podporu schopnosti sebezpěče seniorů a na způsoby, jak co nejdéle tuto schopnost uchovat či navrátit. Je určen zvláště pro práci s lidmi, kteří mají symptomy demence. Právě tento model může pomoci ke snižování BPSD a zároveň pomoci personálu pochopit, že určitým projevům se dá zabránit díky znalosti biografie klienta. Tento způsob práce cílený na seniory s projevy demence je lidský a citlivý k jedinečnosti osobnosti každého člověka a k jeho vlastní historii (Procházková, 2014).

Na podobných základech vznikla i technika péče s názvem „Namaste Care“, která byla původně vytvořena výhradně pro klienty v pokročilé fázi demence. Základními principy péče Namaste je zpomalení, příjemné prostředí, laskavý dotyk a pozornost, což pomáhá k pozitivnímu ovlivnění atmosféry celého zařízení. Ukazuje se její pozitivní přínos u všech klientů v domovech pro seniory i v hospicové péči (Manzar a Volicer, 2015). Profesionální pečovatelé mají díky péči Namaste Care možnost navázat individuální vztah s klientem zejména na úrovni smyslového vnímání a získat případně i zpětnou vazbu, která se obvykle v těchto závažných situacích neobjevuje (MILA, 2022).

Celkově se tedy ukazuje, že jedním z možných způsobů snížení pečovatelské zátěže v profesionální péči je zaměření organizací na podporu individualizované péče. Obecně lze konstatovat, že od milénia se domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem orientují na model péče zaměřený na člověka. Cílem nových modelů, technik nebo konceptů péče je naplňování reálných, individualizovaných potřeb klienta.

Péče zaměřená na člověka je jinými slovy holistický model péče, který klade důraz na potřeby a preference fyzických, psychosociálních, sociálních a duchovních potřeb člověka. Vztahy, které jsou nejdůležitějším základem postupů této péče, jsou oceňovány a rozvíjeny. Podpora rozhodování, autonomie každého člověka, kvalita poskytované péče navozující jeho důstojnost a vytváření důvěrně známého prostředí, v němž klient nachází své bezpečí, jsou klíčem k zachování osobní identity klientů domova pro seniory, zejména těch, které poskytují péči o klienty s demencí (Flesner, 2009; Kitwood, 1997; Koren, 2010).

Individualizovaná péče o klienta je založena na komplexním přístupu profesionálního pečovatele, který jedince pojímá jako biopsychosociální a duchovní jednotu. K tomu potřebuje specifické dovednosti, které obvykle v rámci poskytované péče musí zvládnout sám. Vytvoření individuálního, empatického přístupu ke každému klientovi, navázání produktivního vztahu

spojeného s vlastní ošetrovatelskou péčí představují pro formálního pečovatele nesmírnou zátěž v oblasti psychické, fyzické i sociální (Mlýnková, 2016).

Podle řady autorů však právě tento individualizovaný přístup a model péče zaměřený na člověka snižuje pečovatelskou zátěž a napomáhá pečovatelům zaměřit se na pozitivní aspekty své profese (Hu et al., 2022; Ho et al., 2021; Pol-Grevelink et al., 2012; Elovainio et al., 2015; Berkhout et al., 2004; Rutten et al., 2021; Holst a Skär, 2017).

Například v holandském výzkumu mezi formálními pečovateli (Rutten et al., 2021) byly zjištěny souvislosti mezi péčí zaměřenou na člověka a určitými aspekty pracovního života – vyšší jednotou ve filozofii péče, vyšší mírou spokojenosti s prací, větší možností v rozvoji, lepší týmovou prací, ale také nižší sociální podporou ze strany vedení.

Model péče zaměřený na člověka v domově pro seniory je tak komplexně ovlivněn organizačními a pracovními charakteristikami, sdílenými hodnotami a mezilidskými vztahy. Právě podpora personálu v poskytování péče zaměřené na člověka může zvýšit pracovní spokojenost a usnadnit získávání a udržení personálu v ústavní péči o seniory (Edvardsson et al., 2011). Tato zjištění australského výzkumu potvrzují potřebu přesunout pozornost od pouhého plnění pečovatelských úkolů a dodržování organizačních rutin k poskytování vysoce kvalitní péče zaměřené na člověka, která podporuje dobrý život klientů v zařízeních pro seniory.

Americký výzkum (Rajamohan et al., 2019) deklaruje, že proškolení pracovníků v modelu péče zaměřeného na člověka je zásadní pro jejich podporu spokojenosti s prací a pro snížení jejich zátěže i případné fluktuace, což následně povede ke zlepšení kvality služeb v domovech pro seniory.

Také příznaky BPSD nebo neschopnost navázat kontakt či vztah s klientem nejsou jediné, které mohou vést ke zvýšené zátěži. Toto zjištění dokládá norský výzkum (Testad et al., 2010), podle něhož úroveň demence a příznaky BPSD klientů nesouvisely s žádným z měřítek stresu. Nejsilnější asociace se stresem u pečovatelů byly zjištěny u psychosociálních faktorů vycházejících z organizační kultury, struktury a typu vedení. Podle těchto zjištění by se měl management při snaze o zlepšení situace pečovatelského personálu v domovech pro seniory a pro snížení jeho fluktuace zaměřit na organizační otázky a otázky vedení.

Právě transformace péče v domovech pro seniory (i v domovech se zvláštním režimem) na model péče zaměřený na člověka bývá finančně, personálně, ale i časově velmi náročným úkolem pro všechny zúčastněné. Pokud má organizace poskytovat personalizovanou péči, principy konceptu se musí uplatňovat na všech úrovních. Tedy nejen u pečujících směrem

ke klientům, ale i u nadřízených směrem k podřízeným a naopak a samozřejmě také mezi kolegy navzájem, bez ohledu na profesi, kterou zastávají, nebo příslušností k týmu, jehož jsou součástí (Hrdá a Lejsal, 2017).

V organizaci procházející transformací spojenou se vznikem multidisciplinárních týmů může docházet zároveň ke změně organizační struktury ve prospěch zvýšení počtu vedoucích, ale i počtu personálu v přímé obslužné péči. Pro snížení fluktuace a zvýšení spokojenosti s prací, která v konečném důsledku ovlivní kvalitu poskytované péče, je zásadní financování a prosazování dalších zdrojů pro vytvoření prostředí, které podporuje personál (Rajamohan et al., 2019). Longitudinální studie zjistily, že kromě dostatečného financování je pro udržení kultury zaměřené na člověka nezbytné vytvořit efektivní a zplnomocněné týmy s podporou vedení nebo managementu (Edvardsson et al., 2014; Lubetkin et al., 2006; McCormack et al., 2010).

2.2.5. Shrnutí druhů zátěže

Jak lze z výše zmíněných výzkumů shrnout, není jednoznačné, jaký druh zátěže či co přesně může způsobovat zátěž pečovatелů, zvyšovat stresové situace a vést až k syndromu vyhoření. Je však možné si z těchto výzkumů odnést řadu podnětů, které je potřeba monitorovat a zkoumat.

Například pracovní stres je možné vnímat jako jednu z příčin fluktuace pracovníků. V českých podmínkách bohužel, až na výjimky, neexistují statistické údaje o fluktuaci zaměstnanců v domovech pro seniory.¹⁰ Nicméně je velmi běžné, že na webových stránkách domovů pro seniory a v domovech se zvláštním režimem jsou téměř bez přerušování vyvěšeny volné pracovní pozice pro pracovníky v sociálních službách. Důvodů se může najít více, ať už je to nedostatek personálu, organizační změny, nebo vyšší fluktuace, která může být přirozená (stěhování rodiny, mateřství), nebo spojená s nespokojeností zaměstnanců (v důsledku nízkého finančního ohodnocení, špatných pracovních podmínek, málo příležitostí k rozvoji). Pro zajímavost jsou zde uvedena data ze Spojených států amerických a z Německa.

¹⁰ Lenka Hrdličková (2022, s. 37) ve své bakalářské práci zkoumala soubor 288 sester z domovů pro seniory a zjistila, že 65 % z nich uvádí, že v jejich zařízení spíše nedochází nebo rozhodně nedochází k časté obměně, 24,3 % uvádí, že spíše dochází, a 10,8 %, že rozhodně dochází k časté obměně sester. 95 % považuje svoji práci za náročnou, 88 % se po směně cítí vyčerpaných, a celkově 85 % sester se cítí v domovech pro seniory spokojených a práce je naplňuje.

Americké výzkumy ukazují na vysokou fluktuaci v pomáhajících profesích v domovech pro seniory – např. fluktuace zdravotních sester dosahuje 46 % a pracovníků v přímé péči dokonce 70–100 % za rok (Rajamohan et al., 2019) a při obchodním stylu řízení organizace může dosahovat až 168 % (Donoghue a Castle, 2009).

Další americký výzkum (Castle a Engberg, 2006) například zjistil, že vyšší fluktuace ukazuje korelaci s nedostatkem personálu, nižší kvalitou poskytované péče (např. vyšší počet rehospitalizací, častější užívání omezovacích prostředků), typem organizace (soukromá „profitová“ zařízení) a nízkým počtem personálu na vyšší počet klientů (tzv. personální klíč). Tyto údaje však nikdy nebyly federálně zveřejněny z důvodu nedostatku odpovídajících údajů. To se však změnilo od července 2016, kdy začala „*Center for Medicare a Medicaid Services*“ shromažďovat kontrolovatelné údaje o denním počtu zaměstnanců v amerických domovech pro seniory na základě výplatních pásek. Výsledky těchto analýz ukazují rozdíly ve fluktuaci ošetrovatelského personálu mezi státy, odchody podle jednotlivých dnů v měsíci, rozdíly mezi typy poskytovatelů a řadu dalších organizačních charakteristik. Tato veřejná data o fluktuaci personálu pomáhají řešit problémy s tímto jevem a zároveň jsou důležitými informacemi pro klienty, politiky, plátce a další stakeholdery (Gandhi et al., 2021).

Podobná zjištění potvrzují i německé výzkumy, které poukazují na vyšší fluktuaci zdravotních sester v domovech pro seniory soukromého typu zařízení (tzv. „profitových“ zařízeních orientovaných na výkon) z důvodu nízké kontroly, možnosti zapojení do rozhodovacích procesů a nedostatečné podpory work-life balance (Simon et al., 2010; Wendsche et al., 2016).

Sekundární analýza fluktuace zdravotních sester zapojených do evropského projektu NEXT (van der Heijden et al., 2010) zjistila, že kromě pracovní spokojenosti může ke snížení odchodu přispět sociální opora od kolegů a přímého nadřízeného.

Navíc u zdravotních sester v paliativní péči byla zjištěna potřeba adekvátní odměny, školení v oblasti komunikace, teambuildingové aktivity a také zavedení některých rituálů jako je například setkání s příbuznými po úmrtí klienta (Diehl et al., 2020).

Časová vytíženost zaměstnanců a kvalita života klientů je naopak negativně ovlivněna nadměrnou velikostí oddělení a počtem klientů (Pekkarinen et al., 2004).

Menší velikost oddělení poskytuje zaměstnancům příznivější prostředí, což jim lépe umožňuje zvládat stres spojený s prací a v konečném důsledku zvyšuje kvalitu života klientů v domovech pro seniory (Pol-Grevelink et al., 2012). V Norsku byly provedeny organizační a strukturální změny v domovech pro seniory, které se vyznačují zavedením menších

specializovaných oddělení. Na těchto odděleních jsou klienti nejčastěji na jednolůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Dochází také ke zvýšení počtu zaměstnanců s důrazem na rozvoj pozitivní kultury a na vzdělávání v modelu péče zaměřeném na člověka (Testad et al., 2010).

V české legislativě však tento princip deinstitucionalizace není nikde definován. Existují pouze doporučení MPSV pro poskytovatele sociálních služeb, v nichž byla definována maximální kapacita zařízení na 70 lůžek či minimální metrážní velikost pokojů pro klienty. Tato doporučení sloužila pouze jako materiálně-technické standardy dotačních programů (např. IROP č. 81, 82) a nebyla jinak deklarována. Nebyly nalezeny ani jiné podklady, které by poukázaly na veřejnou diskusi pro implementaci těchto standardů do návrhu novely zákona o sociálních službách.

Na Slovensku je tento doporučený standard legislativně definován i v zákoně pod určenou maximální kapacitou. Dle §35 (4) Zákona č. 448/2008 o sociálních službách, může být sociální služba v pobytovém zařízení pro seniory poskytována maximálně 40 příjemcům v budově zařízení. Zákon však platí teprve od 1. 1. 2023 a v současné době tuto kapacitu většina zařízení nedodrжуje. V textu zákona se používá pojem „budova“, tudíž pokud má domov pro seniory více budov, může přesáhnout kapacitu služby bez postihu. Vedle definování kapacity zařízení však chybí zásadní standard personální kapacity, aby bylo možné zajistit dostatek personálu pro poskytování kvalitních služeb. Doporučený personální klíč definovala česká Asociace poskytovatelů sociálních služeb následovně: *„Poměr klientů na celkový počet pracovníků v přímé péči (pracovník v sociálních službách, sociální pracovník, zdravotní sestra, ošetrovatelka, sanitář) by neměl být vyšší než 3,3. Počet pracovníků je určen počtem uživatelů podle stupně příspěvku na péči. U počtu pracovníků je nutné zohlednit nepřetržitý provoz a dodržování Zákoníku práce.“* (APSS ČR, 2015, s. 19)

Tento standard byl pro účely této disertace vypočten na příkladu malého zařízení, a odpovídá tedy ideálnímu stavu následovně – na 50 klientů je k dispozici 15 pracovníků přímé péče na zajištění nepřetržitého provozu, což může odpovídat 12 pracovníkům přímé péče na denní směně a 3 pracovníkům přímé péče na noční směně.

Z praxe autorky je však obvyklá situace v domovech pro seniory naprosto odlišná: 2 až 3 pracovníci v sociálních službách na 30 klientů na denní směně a na noční jeden pracovník na 60 klientů, tedy v přepočtu poměr klientů na celkový počet pracovníků v přímé péči odpovídá 1 : 15–20. Navíc při noční směně není obvykle přítomna ani všeobecná zdravotní sestra. Ta během denní směny zodpovídá i za 60–120 klientů.

Pokud má tedy jeden pracovník na starosti minimálně 15–20 klientů, kterým má zajistit individuální péči a zároveň má mít dostatek času na vedení dokumentace a pravidelné pauzy dle zákoníku práce, je zřejmé, že se může dostat do časové tísně a je přetížen.

Pro zajištění personálního standardu obvykle chybí zařízení dostatek financí a rovněž dostatek zájemců o tuto profesi. Přestože soukromá zařízení mohou nabídnout vyšší finanční ohodnocení pracovníkům, obvykle je důsledkem toho nižší počet personálu, tedy rozdělení finanční odměny jednoho pracovníka mezi ostatní personál.

Zároveň se současné domovy pro seniory potýkají s nedostatkem pracovníků. Zvláště v územních oblastech, v nichž je obecně nízký zájem o práci (pohraniční oblasti, oblasti s nízkým počtem obyvatel, odlehlé domovy se špatnou dopravní situací aj.). Je tedy otázka, jak tuto problematiku dlouhodobé péče o seniory co nejlépe vyřešit.

3. Měřicí škály

V kapitole budou uvedeny použité měřicí škály v empirické části. Jejich volba k použití disertačního výzkumu bude vysvětlena jednotlivě. Jedná se o tři měřicí škály a jejich pořadí v kapitole je uvedeno zároveň tak, jak byly aplikovány v použitém dotazníku, který bude popsán v podkapitole 5.3.2.

3.1. Areas of Worklife Survey (AWLS)

V rámci prevence syndromu vyhoření se Leiter a Maslach (2003) zaměřili na dopady organizační kultury a vypracovali metodu, která umožní určit faktory vedoucí k možnému vzniku syndromu vyhoření zaměstnance. Výsledkem jejich úsilí se stal dotazník nazvaný Přehled oblastí pracovního života (Areas of Worklife Survey – dále jen AWLS), kterým se zjišťuje, jak pracovník vnímá 6 oblastí svého pracovního života.

Přesněji se jedná o tyto oblasti:

- Pracovní vytíženost (workload) – vyjadřuje dostatek času na práci, intenzitu práce, pocity únavy a možnost věnovat se osobním zájmům.
- Kontrola nad vlastní prací (control) – možnosti ovlivnit, jak dělají svou práci včetně podmínek, které k ní potřebují, a dále podpořit pocit profesionální nezávislosti a samostatnosti.
- Ocenění práce (reward) – prezentuje nejen názor na finanční ohodnocení, ale obecně pocity uznání za vykonanou práci.
- Vztahy v organizaci (community) – zahrnují vyjádření pracovníků ke kvalitě pracovního týmu, vzájemné spolupráci a komunikaci a pocitu blízkosti ke kolegům.
- Spravedlnost v organizaci (fairness) – obsahuje vyjádření zaměstnanců k rozdělování zdrojů, příležitostem v organizaci a přístupu managementu při rozhodování.
- Hodnoty zastávané organizací, jejími členy a jednotlivcem (values) – zahrnuje pocit souladu hodnot a cílů organizace s osobními cíli a hodnotami pracovníků (Štegmannová et al., 2013).

Každá oblast obsahuje několik výroků, celkově 29 výroků, které respondent hodnotí pomocí pětistupňové škály souhlasu (1 – naprostý nesouhlas až 5 – naprostý souhlas) dle toho, jak se daný výrok shoduje s jeho osobní zkušeností z pracoviště. Při skóru nižším než 3 je identifikován souboj mezi prací a osobností zaměstnance. Průměrný skór každé oblasti se sčítá pro vytvoření celkové míry stupně shody s možným skórem v rozmezí od 6 do 30 bodů (Leiter a Maslach, 2003; Havrdová et al., 2010).

S výsledky je možno pracovat individuálně, nebo je lze analyzovat pro celé skupiny zaměstnanců, porovnávat je a diskutovat o nich. V pojetí autorů je podstatný důraz kladen na vztah mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem ve zmíněných oblastech. Nejedná se o objektivní popis kultury dané organizace, ale spíše o to, jak ji zaměstnanec vnímá a nakolik je v souladu s jeho vlastním očekáváním. Právě tento nesoulad se dle autorů může stát zdrojem napětí a stresu (Leiter a Maslach, 2003; Havrdová et al., 2010).

Českou verzi dotazníku AWLS validizovala Havrdová se svým týmem v roce 2009. Výzkumný soubor (N=154) tvořili jednak studenti a absolventi kombinovaného magisterského navazujícího programu řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy, což jsou převážně pracovníci sociálních nebo zdravotnických organizací, a jednak zdravotní sestry z jedné větší regionální nemocnice. Cronbachova alfa¹¹ jednotlivých oblastí dotazníku AWLS se pohybovala mezi 0,84 pro oblast odměny a 0,53 pro oblast kontrola. Průměrné korelace mezi položkami variovaly mezi 0,58 (oblast odměny) a 0,27 (oblast kontrola) (Havrdová et al., 2010).

Pro účely disertace je zásadní výzkum mezi pracovníky v přímé péči v pobytových zařízeních pro seniory v Moravskoslezském kraji (Štegmánová et al., 2013). Výzkum byl realizován v létě roku 2010 v 8 organizacích a zapojilo se do něj 434 respondentů. Jeho záměrem bylo prozkoumat vztah mezi třemi oblastmi komunikace, vlivy pracovního prostředí v organizaci a důvěrou pracovníků s cílem blíže identifikovat determinanty jednotlivých typů komunikace. Výzkum byl proveden za pomoci měřicího nástroje pro zjišťování míry individualizace péče o lidi s demencí (Individualized Care Inventory) a dotazníkem AWLS, který byl navíc doplněn o otázky na důvěru pracovníků, jež byla sledována ve čtyřech rovinách: důvěra obecně k lidem, ke spolupracovníkům, k vedení a ke klientům.

¹¹ Cronbachův koeficient alfa se nejčastěji používá k odhadu reliability v případě znalostních a psychologických testů složených z více položek. Jedná se o analýzu vnitřní konzistence, která se udává koeficientem. Cronbachův koeficient alfa může nabývat hodnot od 0 do 1, kdy 0 znamená nízkou reliability, zatímco 1 znamená reliability vysokou (Chráska, 2016).

Výsledky tohoto výzkumu ukázaly na důležitost péče o celkové prostředí a podmínky pro pracovníky v organizaci. Manažeři zapojených zařízení mohou cíleně ovlivňovat pracovní podmínky a podpořit tak komunikaci a týmovou spolupráci v rámci péče o klienty. Z výsledku je zároveň patrná potřeba zaměřit větší pozornost na pracovníky v sociálních službách, kteří se oproti ostatním skupinám pracovníků přímé péče (sociální pracovníci, asistenti aktivizace, všeobecné sestry a další) cítí být poněkud opomíjeni v zohledňování svých návrhů na zkvalitnění péče o klienty ze strany vedení. Tato skutečnost se zpětně odráží v menší důvěře ve vedení a celkově v menší spokojenosti s pracovním prostředím v organizaci (Štegmannová et al., 2013).

Dotazník AWLS byl dále použit v diplomové práci Kumstátové (2016) pro korelaci se supervizí v organizacích. Základní soubor tvořili sociální pracovníci (jakéhokoliv postavení) v organizacích poskytujících sociální služby v Jihomoravském kraji. Sběr dat probíhal ve dnech 15.–29. 2. 2016 a zúčastnilo se ho 235 respondentů. Nejvyšší průměr byl zjištěn u dimenze týkající se vztahů ($M = 3,76$; $SD = 0,71$), nejnižší u vyčerpání ($M = 3,13$; $SD = 0,74$).

V zahraničních výzkumech se tento měřicí nástroj použil například u cílové skupiny zdravotních sester v nemocnicích a praktických lékařů. U zdravotních sester v Ontariu byl zjištěn nejnižší průměr u vyčerpání ($M = 2,59$) a spravedlnosti ($M = 2,75$) (Boamah a Laschinger, 2016) a u zdravotních sester v Itálii byl nejnižší průměr u spravedlnosti ($M = 2,72$) (Fiabane et al., 2013). U praktických lékařů byl zjištěn nejnižší průměr u vyčerpání, kontroly a souladu hodnot (Gregory a Menser, 2015) a během covidové pandemie byl zjištěn zvýšený výskyt vyhoření u začínajících lékařů ve všech oblastech AWLS (Ting et al., 2022).

Z výše uvedených výzkumů je zřejmé, že se měřicí nástroj AWLS škála v České republice používá v sociálních službách, a že byl dokonce použit u stejné cílové skupiny jako v předkládané disertaci. I z tohoto důvodu byla tato škála zvolena do výzkumu pro komplexní uchopení vnímání zátěže formálních pečovatelů.

3.2. Professional Care Team Burden Scale (PCTB)

Jedním z cílů předkládané disertace je statistická validizace měřicího nástroje Professional Care Team Burden Scale (dále jen škála PCTB) – škála zátěže profesionálního pečovatelského týmu. Tento nástroj byl dosud validizován v Rakousku (Auer et al., 2015), v Turecku (Kalanlar a Kuru Alici, 2020a), na Slovensku (Katreňiakova et al., 2022) a ve Spojených arabských emirátech (Ilesanmi et al., 2020). Překlad do českého jazyka vznikl v rámci projektu DEMDATA (Auer et al., 2017) pod vedením Holmerové a Auer, která měřicí nástroj vyvinula. Česká verze však dosud neprošla dostatečnou statistickou validizací.

3.2.1. Vznik PCTB

Auer se svým týmem (2015) měla za cíl ve své studii vyvinout komplexní měřicí nástroj pro mapování různých aspektů zátěže v týmech formálních pečovatелů v domovech pro seniory. Dosud totiž nebyl takovýto stručný a praktický nástroj vytvořen. Jak bylo popsáno v kapitole výše, existující měřicí nástroje jsou zaměřeny pouze na určitý aspekt zátěže – např. na zátěž spojenou s behaviorálními a psychosociálními symptomy demence (Miyamoto et al., 2010; Abe et al., 2015; Cummings, 2009) nebo psychickou zátěž (Loera et al., 2014; Lawton a Brody, 1969; Robinson, 1983).

Dle Auer a jejího týmu (2015) je možné v literatuře identifikovat tři hlavní koncepce zdrojů zátěže formálních pečovatелů. Jsou to zdroje subjektivní, objektivní a strukturální.

Za subjektivní zdroje zátěže jsou odpovědné vnitřní individuální faktory profesionálního pečovatele, jako struktura jeho osobnosti, životní zkušenosti, motivace, postoj k osobám s demencí, vzdělání a životní situace (Kleinman et al., 2004).

Objektivní zdroje zátěže souvisejí s příznaky onemocnění klienta. Například u osob s demencí jde o problémové chování nebo úbytek behaviorálních a psychosociálních funkcí (Miyamoto et al., 2010).

Třetí dimenzí jsou strukturální neboli organizační faktory zátěže související s pracovními podmínkami, jako je zvedání těžkých břemen, problémy s vybavením a prostory (ergonomická zátěž), časová tíseň (včetně administrativní zátěže), ale i organizační kultura (Zimmerman et al., 2005).

Na základě vybraných teoretických východisek zátěže byl týmem Auer vypracován strukturovaný rozhovor obsahující sedm tematických okruhů zahrnující tři zdroje zátěže (Lechner, 2011). Za účelem vytvoření reprezentativního vzorku pečovatelského personálu byly osloveny dvě instituce (jedna soukromá a jedna státní), které zaměstnávají 60 formálních

pečujících s různým stupněm vzdělání (zdravotní asistent, zdravotní sestra) a které byly požádány, zda by bylo možné náhodně vybrat 10 osob pro rozhovor o zátěži personálu. Rozhovory byly nahrávány a přepisovány. Z přepisů bylo pomocí Mayringovy metody¹² kvalitativní obsahové analýzy vygenerováno 40 potenciálních témat. Z těchto témat byly formulovány předběžné položky. Jednalo se o devět různých kategorií – nedostatek času, pracovní rozvrh, konflikty s kolegy nebo rodinnými příslušníky, chybějící respekt ze strany nadřízených, příznaky demence u klientů, nedostatek praktických zkušeností nadřízených, demence ve vlastní rodině, chybějící supervize pro personál a administrativní zátěž.

Auer spolu se svým týmem oslovila poté tři odborníky (geriatra, klinického psychologa a sociálního pracovníka), aby nezávisle na sobě vybrali stejné množství vhodných položek pro hodnocení tří teoreticky nastavených dimenzí zátěže. Výběry pak byly společně přezkoumány a bylo dosaženo konsenzu o vybraných položkách. První neupravená verze škály se skládala z 19 položek (7 položek na subjektivní zátěž, 6 položek na objektivní zátěž a 6 položek na strukturální zátěž). Další otevřená otázka (položka 20 „Existují ještě nějaké další oblasti, které považujete za zátěž a které nebyly zmíněny? Pokud ano, které oblasti?“) byla přidána do finální verze výzkumné škály.

Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 172 osob (při návratnosti 44,1 %). Z toho 140 osob (81,4 %) byly ženy, 27 osob (15,7 %) byli muži a 5 osob (2,9 %) nevedlo své pohlaví. Průměrný věk souboru byl 43 let, 11 osob svůj věk nevedlo. Vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství mělo 98 osob (57,0 %), 71 (41,3 %) bylo zdravotnickými asistenty a tři osoby vzdělání nevedly. 13 osob (7,5 %) pracovalo ve svém zařízení méně než dva roky, 55 (32,0 %) pracovalo v zařízení tři až deset let a 95 osob (55,3 %) pracovalo ve svém zařízení více než deset let. Na tuto otázku neodpovědělo 9 osob (5,2 %).

Jako kritérium pro otestování diskriminační validity byla vybrána škála vnímaného stresu (PSS)¹³. Položky vykazující malou korigovanou korelaci mezi položkou a celkovým součtem byly vyřazeny stejně jako položky, které při vyřazení způsobily zvýšení Cronbachovy alfy. Všechny bylo možné jednoznačně přiřadit pomocí faktorové analýzy do tří dimenzí – strukturální (organizační), objektivní a subjektivní zátěž.

¹² Mayringova metoda je kvalitativní obsahová analýza, která se snaží zachovat některé metodologické přednosti kvantitativní obsahové analýzy a rozšířit je na koncepci kvalitativního postupu (např.: jednotky analýzy, krokové modely, práce s kategoriemi, validita a reliabilita). (Mayring, 2000)

¹³ Perceived Stress Scale (PSS) – viz podkapitola 3.3

Finální škála zátěže profesionálního pečovatelského týmu (PCTB) obsahuje tedy 10 následujících tvrzení (Auer et al., 2015, s. 6)¹⁴:

- Kolegové uznávají můj pracovní výkon.
- Mohu s kolegy diskutovat o pracovních problémech.
- Mám dobrý kontakt s nadřízeným.
- Můžu se podílet na rozhodování o průběhu dne.
- Ztráta schopnosti komunikovat u lidí s demencí mě zatěžuje. *
- Zvládám chování lidí s demencí vyplývající z dezorientace.
- Je těžké snášet problematické chování (agrese, bloumání) osob s demencí. *
- Umím přijmout konstruktivní kritiku.
- Osobní problémy ponechávám při práci stranou.
- V osobním životě nacházím podporu a úlevu.

(*negativně pólované položky)

Respondent odpovídá na škále 0 (rozhodně ne) až 4 (rozhodně ano), jako neutrální hodnota je uvedena 2 (nevím). Nejnižší skór, které lze na škále získat, je 0 bodů a nejvyšší 40 bodů. Vyšší skór znamená vyšší úroveň zátěže.

Záměrem PCTB je specifickým způsobem posoudit zátěž v pečovatelských týmech související s péčí o osoby s demencí. To by mohlo mít jasné výhody oproti nespecifickým škálám (jako PSS škála), protože škála PCTB může být schopna odhalit oblasti, do kterých je třeba manažersky zasáhnout. Dále může být tato specifická lépe přijímána pečovatelskými týmy, protože je jasně patrný význam pro jejich každodenní rutinu (Auer et al., 2015).

Výsledky ukázaly, že Cronbachova alfa PCTB škály (průměrný skór 10,2; SD = ±5,0) byla 0,785. Výzkum Auer a jejího týmu ukázal, že desetipoložková škála PCTB poskytuje platný a spolehlivý prostředek k hodnocení zátěže formálních pečovatelských týmů pracujících v domovech pro seniory. Vzhledem k tomu může být využita k hodnocení efektu různých intervencí zaměřených na snížení zátěže v pečovatelských týmech.

¹⁴ Uvedené otázky v českém překladu škály PCTB jsou dále použité ve výzkumné části disertace. Jejich stylistická úprava je vysvětlena v podkapitole 5.3.2.

3.2.2. Výzkumy směřující k validizaci škály PCTB

Pojem validizace měřicí škály znamená metodologický proces, pomocí kterého se označuje platnost a schopnost zvolené škály měřit skutečný stav. Není to však vlastnost škály, spíše se jedná o platnost závěrů, které z ní lze vyvodit (Hendl, 2004)¹⁵. V zahraničí lze již nalézt několik výzkumů, které se zabývaly validizací PCTB škály na tuzemské podmínky. Jedním z prvních byl turecký výzkum ošetřovatelské katedry Hacettepe University (Kalanlar a Kuru Alici, 2020a).

Tato metodologická průřezová studie byla provedena za účelem adaptace škály (PCTB) pro potřeby turecké populace a testování její validity a reliability. Škála PCTB byla přeložena do turečtiny čtyřmi členy fakulty, kteří pracovali v oboru ošetřovatelství a dobře ovládali angličtinu. K ověření jazykové, kulturní a obsahové validity škály byl použit Brislinův model¹⁶ překladu (Auer et al., 2015). Kulturní vhodnost škály byla autory přezkoumána prostřednictvím konceptuální analýzy a nebyly provedeny žádné změny. Pilotní studie zaměřená na ověření srozumitelnosti škály (s 20 respondenty) nepřinesla žádné změny v položkách.

Sběr dat proběhl v období od března do května 2019. Odpovědi byly získány prostřednictvím individuálních rozhovorů na základě dobrovolnosti. Soubor studie tvořili pečovatelé (N = 100) pracující v pečovatelském a rehabilitačním centru pro seniory. Úroveň jejich vzdělání je různá. V pečovatelských zařízeních mohou pracovat po absolvování krátkodobého (pečovatelský kurz) nebo dlouhodobého vzdělávacího programu (vysokoškolské vzdělání v oboru zdravotní sestra).

Ke sběru dat byl použit informační formulář pro pečovatele (otázky týkající se pohlaví, věku, vzdělání a pracovního zařazení) a škála Professional Care Team Burden Scale. Byla testována jazyková a obsahová validita, konstruktová validita a reliability turecké verze škály.

Výzkumný soubor tvořili 67 % ženy a 33 % muži. Průměrný věk účastníků byl 43,0 let. 10 % pečujících osob byly zdravotní sestry a 90 % tvořil pečovatelský personál, který poskytoval péči seniorům. Průměrná pracovní zkušenost účastníků v jejich současném zařízení

¹⁵ Mezi základní vlastnosti posuzovaných nástrojů resp. škál patří zejména reliability (spolehlivost), validita (platnost) a objektivnost. Nejčastěji používaným ukazatelem reliability je Cronbachův koeficient alfa, který byl vysvětlen již výše. Validita v tomto ohledu označuje proces ověření, zda hodnotící nástroj měří skutečně to, k čemu je určený. Jde o postup, při kterém se posuzuje vhodnost zvolených metod k získání relevantních dat. Validitu lze určit na základě srovnávání posuzované škály (hodnotícího nástroje) s ostatními, již dříve validizovanými nástroji. Rozlišuje se validita vnitřní a vnější, z jiného pohledu pak validita pojmová, obsahová, konstruktová a kritériální (Walker, 2013; Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

¹⁶ Brislinův model zpětného překladu je široce užívaná metoda pro překlad výzkumných nástrojů, která slouží k zachování významu mezi originální verzí a jazykovým překladem. V postupu se doporučuje opakované provedení překladu několika nezávislými bilingvními překladateli (Jones et al., 2001).

byla 9,1 roku (min = 1 rok, max = 22 let). Přibližně 28,2 % účastníků bylo absolventy nástavbové základní školy (*secondary school graduates*), 37,3 % bylo absolventy střední školy, 24,5 % bylo absolventy základní školy a 10 % bylo absolventy dvouleté vysoké školy nebo bakalářského studia.

Faktorová analýza ukázala, že škála PCTB může být použita ve dvou dimenzích. Při provedení test-retestu byla zjištěna vysoká spolehlivost škály (0,982). Konstruktová validita škály ukázala, že třífaktorový model neodpovídal výsledným datům, zatímco dvourozměrný model získaný odstraněním některých proměnných z modelu odpovídal datům (RMSEA = 0,106, GFI = 0,933, CFI = 0,916, IFI = 0,919, RFI = 0,778 a RMR = 0,078). Faktorové zátěže pro konstruktovou platnost škály ukázaly, že dvoufaktorový model vykazuje přijatelnou shodu.

Výzkumný tým byl osloven autorkou disertace pro doplnění určitých informací – např. směrodatná odchylka a průměrný skór PCTB škály, případně nezmíněná korelace s jiným měřicím nástrojem. V e-mailové odpovědi od Kalanlar bylo sděleno, že jejich výzkum zkoumal pouze psychometrické vlastnosti nástroje. Chybějící údaje tedy nebyly v rámci studie zkoumány a dále se jimi výzkumný tým již zabývat nebude.

Při individuálních rozhovorech byl však nalezen nesoulad s odpověďmi v dotazníku. Pečovatelé uváděli, že je velice trápí fyzická zátěž (spojená s manipulací klientů, doprovodem na toaletu a při dopomoci se stravou) a psychická zátěž (související s BPSD klientů). Tyto obtíže se však nijak neprojevíly v odpovědích na otázky týkající se demence. Možným vysvětlením tohoto rozporu mohou být pracovní podmínky center pro seniory nebo skutečnost, že jednotlivci mají obavy o zachování svého každodenního života ve stávajících socioekonomických podmínkách (Kalanlar a Kuru Alici, 2020a).

Závěrem lze tedy říci, že studie zjistila, že dvoufaktorová turecká verze škály zátěže týmu odborné péče splňuje kritéria validity a reliability. Škála, která má důležité místo v hodnocení zátěže formálních pečovateli, může být použita u zdravotnických pracovníků poskytujících péči o seniory.

Další výzkum si vzal za cíl prozkoumat vnímaný stres a zátěž spojené s péčí během pandemie covidu-19 mezi zdravotními sestrami ve Spojených arabských emirátech (dále jen SAE) (Ilesanmi et al., 2020).

Výzkum probíhal od 17. 11. 2020 (odesláním dotazníku na e-mail účastníků) do 31. ledna 2021 (ukončením příjmu odpovědí) ve dvou předem vybraných nemocnicích v SAE. Obě nemocnice jsou financovány státní správou. Z nemocnice A byly osloveny

zdravotní sestry z jednotky intenzivní péče (JIP), z nemocnice B (která byla v průběhu pandemie přeměněna na izolační nemocnici) byly osloveny zdravotní sestry pracující na izolační jednotce. Celkově bylo osloveno 185 sester.

Do výzkumu se nakonec zapojilo pouze 65 sester, které pracovaly na jednotce intenzivní péče (n = 41) a na izolačních odděleních (n = 24). Každý respondent vyplnil online validizovanou škálu vnímaného stresu (Perceived Stress Scale – PSS) a PCTB škálu profesionální zátěže ošetrovatelského týmu, ve kterých však byly otázky upraveny pro pacienty s onemocněním covidu-19.

V tomto výzkumu byl také poprvé kategorizován skóre PCTB:

- nízké: 0–13;
- střední: 14–26;
- vysoké: 27–40.

Průměrný věk respondentů byl 38,81 ($\pm 7,23$ let). Celkem 61 sester (95,3 %) se zapojilo do 12hodinové služby. Škála vnímaného stresu ukázala, že 50 (78,1 %) zažívalo střední míru stresu, přičemž pouze 3,1 % uvedlo vysokou míru stresu ($\bar{x}=18,3,47 \pm 5,3$), zatímco 40 (62,5 %) uvedlo nízkou zátěž péče ($11,98 \pm 3,78$). Mezi průměrným skórem PSS a PCTB byla zjištěna pozitivní korelace ($r=0,451$, $p=0,000$).

Zjištění naznačují nízkou zátěž spojenou s péčí a mírnou úroveň stresu u zdravotních sester. Mírná úroveň stresu může u některých osob vést k významným komplikacím v závislosti na jejich schopnostech zvládat zátěž. Proto výzkum navrhuje praktické doporučení, a to pravidelný psychologický screening zdravotních sester, které mohou zažívat stres a mohly by být ohroženy problémy souvisejícími se stresem. Cílený screening usnadní včasnou intervenci.

Limitem tohoto výzkumu pro účely této disertace je odlišná cílová skupina respondentů (zdravotních sester) i uživatelů jejich služeb (v tomto případě pacientů s onemocněním covid-19). Zjištěné výsledky proto nebudou použity ke komparaci s disertačním výzkumem.

Na Slovensku se PCTB poprvé použil v roce 2021. Katreniaková se rozhodla se svým týmem prozkoumat ve studii zátěž pečujících osob v oblasti profesionální péče o osoby s demencí a jejich rozdílů souvisejících s prací.

Studie byla prováděna od září 2021 do února 2022 mezi 105 formálními pečovateli v různých zařízeních pro osoby s postižením na Slovensku, včetně domácí péče a center denní péče. Pro měření zátěže pečujících osob byla zvolena škála Professional Care Team Burden

scale (PCTB) a Zarit Burden Interview (ZBI-12). Měřena byla také délka praxe v organizaci (<3 roky, 3–6 let, >6 let), pracovní pozice (terénní pečovatel a jiní – zdravotní sestra, sociální pracovník, psycholog, lékařský asistent, instruktor sociální rehabilitace, vedoucí pozice) a aktuální intenzita péče o osoby s demencí (≤ 8 hodin, 9–39 hodin, >40 hodin/týden). K následné analýze rozdílů byly použity T-testy nezávislých vzorků a ANOVA (IBM SPSS 27).

Výzkumný soubor byl tvořen ze 87,6 % ženami (průměrný věk $48,6 \pm 9,8$ let). 52,5 % pracovalo v organizaci déle než 6 let, 53,3 % bylo na pracovní pozici pracovníků domácí péče a u 52,1 % byla současná intenzita péče o osoby s demencí 9 až 39 hodin/týden. Průměrný dosažený skóre zátěže pečovatele byl $26,7 \pm 4,0$ (PCTB) a $9,7 \pm 6,2$ (ZBI-12).

Zde je však významný rozdíl oproti ostatním výzkumům, jelikož ve slovenské verzi vyšší skóre PCTB znamená nižší zátěž. Pokud by se tedy skóre obrátil, aby bylo možné ho porovnat s ostatními výzkumy, výsledek by odpovídal skóru 13,3.

V tomto výzkumu byl zjištěn významný rozdíl u PCTB podle pracovní pozice, kdy vyšší zátěž byla zřetelná u pracovníků domácí péče (průměrný skóre 26,0; $SD \pm 4,2$, $p < 0,05$). V PCTB a ZBI-12 nebyly zjištěny žádné významné rozdíly podle délky působení v organizaci a aktuální intenzity péče o osoby s demencí.

Prostřednictvím e-mailové korespondence s řešitelkou výzkumu Katreniakovou bylo zjištěno, že podrobné výsledky výzkumu, vč. položkové analýzy, budou prezentovány v odborném článku, který je v plánu dokončit k publikaci na podzim 2023. Tyto výstupy však do odevzdání této disertace nebudou k dispozici, a není tedy možné tedy detailněji porovnat výsledky slovenského výzkumu s výzkumem této disertace.

3.3. Perceived Stress Scale (PSS)

Nejpoužívanější metodou k měření míry vnímaného stresu je Perceived Stress Scale (PSS), škála vnímaného stresu navržená Cohenem, Kamarckem a Mermelseinem (1983). Škála PSS je určena pro stanovení nespecifického vnímaného stresu v etiologii nemocí a behaviorálních poruch.

Škála PSS obsahuje ve své původní podobě 14 položek. Všechny otázky jsou poměrně všeobecné a nevztahují se k žádným konkrétním situacím. Zohledňuje stres způsobený událostmi v životě blízkých osob i anticipační stres vznikající na základě očekávané zátěže. Zahrnuje výskyt významných životních událostí i denních starostí (Cohen et al., 1983). V současné době se nejčastěji používá zkrácená desetipoložková verze, neboť i přes zkrácení své délky umožňuje hodnocení množství vnímaného stresu s výbornými psychometrickými vlastnostmi, a ve srovnání s původní verzí má dokonce lepší faktorovou strukturu a lehce vyšší vnitřní reliabilitu (Cohen a Williamson, 1988).

Otázky jsou jednoduché a jasně formulované:

- Jak často jste v posledním měsíci byl/a rozrušen/a něčím neočekávaným?
- Jak často jste v posledním měsíci měl/a pocit, že nemáte kontrolu nad důležitými věcmi ve svém životě?
- Jak často jste se v posledním měsíci cítil/a nervózní a ve stresu?
- Jak často jste v posledním měsíci věřil/a, že dokážete sebejistě zvládat své osobní problémy?
- Jak často Vám v posledním měsíci připadalo, že jdou věci podle plánu?
- Jak často jste v posledním měsíci zjistil/a, že nezvládáte všechny věci, které musíte udělat?
- Jak často jste v posledním měsíci cítil/a, že dokážete kontrolovat nepříjemné situace ve svém životě?
- Jak často jste v posledním měsíci cítil/a, že máte věci pod kontrolou?
- Jak často jste byl/a v posledním měsíci rozzlobený/á kvůli věcem, které jste nemohl/a ovlivnit?
- Jak často jste v posledním měsíci cítil/a, že se potíže hromadí tak moc, že je nedokážete zvládnout?

Respondent odpovídá zakroužkováním odpovědi na pětibodové škále Likertova typu (0 až 4, kdy 0 = Nikdy a 4 = Velmi často). Celkový skór je pak součtem všech položek, z nichž některé jsou skórovány reverzně. Vyšší skór PSS znamená větší množství vnímaného stresu. Česká verze PSS byla poprvé validizována ve dvou výzkumech nezávisle na sobě.

První výzkum validizoval 10položkovou verzi na vzorku zahrnujícím 358 respondentů z řad studentů vysokých škol (Buršíková Brabcová a Kohout, 2018). Výzkum byl realizován v roce 2015 na vzorku studentů prezenční i kombinované formy studia na Západočeské univerzitě v Plzni a Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Průměrná hodnota celkového skóru byla 18,59 bodů a Cronbachova alfa byla 0,871. Konfirmační faktorová analýza potvrdila v literatuře preferovanou dvoufaktorovou strukturu dotazníku a ukázala, že uvedený model dosahuje vyhovujících výsledků v absolutních i relativních indexech shody modelu s daty stejně jako v indexech vystihujících úspěšnost modelu.

Druhý výzkum zkoumal validitu tří verzí PSS (10, 14 a 4položkovou verzi). Desetipolžková verze PSS byla zadána vzorku české dospělé populace ($n = 1\,725$). Současně s PSS byl částí vzorku administrován Beckův inventář deprese (BDI-II) nebo inventář úzkostných stavů (STAI), mezi kterými byla zjištěna střední až silná pozitivní korelace s PSS (Figalová a Charvát, 2021). Pro sběr dat v rámci běžné populace měla autorka k dispozici databázi e-mailových adres osob, které byly osloveny v rámci jiného výzkumu, jenž byl realizován na Katedře psychologie UPOL a na němž autorka práce spolupracovala. Databáze kontaktů byla vytvořena v letech 2015–2016 skupinou studentů. Celkový průměrný skór PSS-10 v rámci běžné populace bylo $M = 18,04$ ($SD = 6,83$) a Cronbachova alfa dosahovala 0,910.

Kromě výše uvedených důvodů byla PSS škála také vybrána k ověření diskriminační validity PCTB škály (Auer et al., 2015), a pro účely empirické části této disertace byla proto tato škála použita. Byl využit překlad české verze PSS 10 (Figalová, 2019). Koncepty zátěže a stresu jsou vzájemně propojené, protože některé položky obou škál hodnotí pocit kontroly a kompetence jedince. Komplexní popis propojení těchto konceptů bylo popsáno v druhé kapitole předkládané disertace.

4. Shrnutí teoretických východisek

Teoretická část disertační práce se zaměřila primárně na teoretickou konceptualizaci formálního pečovatele, identifikovatelné druhy zátěže a možné měřicí nástroje. Formální pečovatel je v této práci definován jako pracovník v sociálních službách v přímé obslužné péči, a to přesněji v pobytové službě domov pro seniory. Problém definice již nastává v jeho názvosloví. Česká republika se liší oproti ostatním státům, jelikož v zahraničí tuto pozici nejčastěji vykonává ne/registrovaná zdravotní sestra či ošetřovatel, tedy pracovník se zdravotnickým vzděláním, nikoliv pracovník s rekvalifikačním kurzem v sociální oblasti. K této rozdílnosti může docházet z důvodu kulturních odlišností, ale také z důvodu legislativního ukotvení poskytované pobytové služby.

Ve většině evropských zemí netvoří dlouhodobá péče o seniory samostatnou oblast sociální politiky. Mnozí odborníci poukazují na roztržitost systému v nedostatečné integraci a odpovědnosti za zdravotní a sociální aspekty dlouhodobé péče (Spasova et al., 2018). V evropských zemích totiž existuje především horizontální sdílení odpovědnosti mezi jednotlivými sektory sociální a zdravotní péče, pokud jde o regulaci, financování a poskytování služeb. Toto horizontální rozdělení pak ale brání koordinaci péče, a v některých zemích roztržitost dokonce brání v poskytování služeb z důvodu politických neshod ohledně toho, kdo by měl co platit (např. Litva) (Spasova et al., 2018). Oproti tomu Spojené státy americké poskytují pobytovou službu domov pro seniory výhradně ve zdravotnickém oboru, kde mezi formální pečovatele spadají hlavně ošetřovatelé nebo zdravotní asistenti (Kunkle et al., 2020).

Právě toto roztržitění také ovlivňuje nemožnost adekvátního porovnání zátěže pracovníků v přímé péči, jelikož ji téměř v každé zemi provádí jiná odbornost, což bylo v teorii popsáno. Nicméně přínosem této disertace je popis legislativního ukotvení této odbornosti v České republice a komplexní deskripce formálního pečovatele v domovech pro seniory, včetně jeho odborné způsobilosti, kompetencí a vzdělávání.

Zátěž formálního pečovatele byla v této části disertace konceptuálně pojmenována a pro účely této práce ji lze definovat jako nesoulad mezi požadavky a nároky na jedné straně, které vyplývají z poskytování péče u nesoběstačného seniora (včetně požadavků od rodinných příslušníků a zaměstnavatele), a na straně druhé mezi zodpovědností a odbornou znalostí pracovníka v sociálních službách pracujícího v domově pro seniory.

Uvedené druhy zátěže vycházejí z literární analýzy výzkumů mapujících stres či zátěž pracovníků v přímé péči. Z jejich výsledků zároveň vznikla inspirace pro pracovní hypotézy empirické části této disertace. Z uvedeného důvodu jsou zásadní výzkumné výsledky shrnuty níže.

Fyzická zátěž u pečovatелů v přímé péči je více než o 30 % vyšší než u zdravotních sester v domovech pro seniory (Kurowski et al., 2014). Nicméně fyzické zatížení snášejí pečovatелé lépe než zatížení psychosociální (Roland et al., 2010), které je často spojeno s poskytováním péče klientům. Jako nejsilnější prediktor pečovatelské zátěže bylo zjištěno agresivní chování klientů (fyzické i verbální), odmítání péče a křik (Miyamoto et al., 2010; Vogel et al., 2017).

Vyšší fluktuace v sociálních službách souvisí kromě vyšší psychické a fyzické zátěže s typem právnické osoby zařízení a se stylem řízení organizace (zvláště v soukromých „profitových“ zařízeních, s obchodním stylem řízení organizace), dále s nízkou kontrolou, omezeným zapojením do rozhodovacích procesů a nízkým vlivem pracovníků na chod organizace (Simon et al., 2010; Wendsche et al., 2016; Rajamohan et al., 2019; Januario et al., 2019; Donoghue et al., 2009) a nízkým počtem personálu (Castle a Engberg, 2006). Nízký počet personálu zároveň koreluje s časovou vyčerpávaností zaměstnanců a negativně souvisí s nadměrnou velikostí oddělení a s počtem klientů (Pekkarinen et al., 2004; Castle a Engberg, 2006)

Ke snížení fluktuace pomáhá kromě zvyšování pracovní spokojenosti sociální opora od kolegů a přímého nadřízeného (van der Heijden et al., 2010). Nekvalitní vztahy s kolegy a s vedoucím týmu jsou největšími prediktivními proměnnými pro vyhoření pečovatелů, zanedbávání a zneužívání klientů v domovech pro seniory (Andela et al., 2021). Podpora ze strany kolegů je považována za klíčový pracovní zdroj pro zvládnutí pracovních nároků a zátěže spojené s péčí o klienty (van Emmerik et al., 2007). Menší důvěra ve vedení a celkově menší spokojenost s pracovním prostředím v organizaci může souviset s pocitem nezájmu ze strany vedení, např. při opomíjení návrhů na zkvalitnění péče z řad pečovatелů (Štegmannová et al., 2013). Zároveň existuje statisticky významná korelace mezi počtem let v jedné organizaci a stresem u ošetrovatelského personálu (Kalanlar a Kuru Alici, 2020b).

I přes vysokou fluktuaci pečovatелů v domovech pro seniory je potřeba myslet na včasnou obměnu pracovního týmu. Pokud v pracovním týmu zůstávají pečovatелé delší dobu, může tato skutečnost vést k uzavřenosti pracovního týmu (s důrazem na tradice dochází

k blokaci nových strategií a hodnot organizace a následně ke složité adaptaci nových zaměstnanců) (Šigut, 2004), což se poté může projevit v nezdravé organizační kultuře.

Závěrem lze doplnit, že jakýkoliv druh zátěže souvisí do jisté míry s resiliencí člověka a se zvolením vhodné copingové strategie.

Resilience je definována jako „*univerzální schopnost, která umožňuje osobě, skupině či společnosti předejít, minimalizovat či překonat poškozující dopad/důsledky nepřízní či protivenství*“ (Greene et al. in Šolcová, 2009, s. 53), přičemž nepřízní je zde zamýšlen stres, ať už akutní, nebo chronický. Jedná se o druh odolnosti vůči stresu, který dovede zmírnit či odstranit jeho negativní dopad na zdraví, a dokonce má vystihovat i přizpůsobivost a pružnost návratu systému k původním podmínkám, aniž by došlo k jeho deformaci (Šolcová, 2009). Paulík (2017) resilienci řadí mezi procesní a dynamické pojetí odolnosti, v němž jsou zdůrazněny především pružnost a přizpůsobení se podmínkám. Podle něj se nejedná o osobnostní rys, tudíž se dá rozvíjet, cíleně trénovat a kultivovat. Resilienci vystihuje nejlépe cyklický model resilience, jenž vychází z bio-psycho-sociálně-spirituální pohody člověka, což odkazuje na sociálně-ekologickou perspektivu sociální práce.

Vzniklo již několik studií, jež se tematikou resilience či copingových strategií v pomáhající profesi zabývaly (Příklopilová, 2019; Horníčková, 2019; Thurgood a Schuldt, 2013; Zeller et al., 2011; Isaksson et al., 2013; Bentwich et al., 2018). V nich bylo ve většině případů metodologicky využito zejména hloubkových rozhovorů či polostrukturovaných dotazníků, a proto není možné je zobecnit na celou cílovou skupinu formálních pečovatелů. Vhodná volba copingové strategie a trénování resilience jedince by mohly však představovat výstupy pro management domovů pro seniory, podle nichž by se mohla směřovat péče o dotyčné zaměstnance, např. v rámci vzdělávání, týmových porad nebo metodické práce.

EMPIRICKÁ ČÁST

5. Výzkumná část – metodologie výzkumu

Na základní úrovni vědeckých paradigmat, které představují soustavu přesvědčení o podstatě světa a o možnostech jeho vědeckého zkoumání, lze v tomto předkládaném výzkumu pracovat s kombinací dvou paradigmat, a to neo-pozitivistického paradigmatu a interpretativismu.

Pozitivistické paradigma tvrdí, že existuje jedna pravdivá a objektivní realita, která může být poznána prostřednictvím vědeckých metod sběru dat a analýzy dat. V sociálních vědách se toto paradigma projevuje tzv. naturalismem, který zahrnuje využití metod přírodních věd a pohled na sociální jevy jako na vnější a nezávislá sociální fakta existující bez ohledu na osobu provádějící výzkum (Charmaz, 2006).

Neo-pozitivismus je současným pokračováním „*durkheimovského scientismu*“, a tak zachovává poznávací nasazení pozitivismu. Na druhou stranu však usiluje promítnout do tohoto modelu kritické pohledy z interpretativismu. Současný pozitivismus proto zdůrazňuje, že fakta nejsou nezávislá na zvolených teoriích, ale stále je umožňuje testovat (Brady a Collier, 2010).

Dnešní pozitivismus se zároveň nespolehá na schopnost formulovat univerzální zákony pro fungování společnosti, ale vždy je konceptualizuje a jejich platnost omezuje přesně stanovenými podmínkami. Jinými slovy, podle tohoto přístupu neexistují univerzální teorie ve společenských vědách, což se projevuje především v kvantitativním výzkumu (Císař, 2016).

V rámci této kapitoly budou představeny hlavní výzkumné cíle disertační práce, které byly vytyčeny z literárního poznání teoretických konceptů, jež jsou součástí teoretické části této disertace. Po tomto teoretickém ukotvení výzkumných cílů byl definován výzkumný problém, který byl specifikován výzkumnými otázkami. Následně byly definovány pracovní hypotézy. Dále byla vymezena základní charakteristika zvolené kvantitativní metody výzkumu a s ní spojené uvedení dílčích výzkumných fází, které probíhaly v roce 2021 až 2022, včetně průběhu sběru dat a charakteristik výzkumného souboru. V závěru kapitoly jsou zmíněny etické zásady daného výzkumu.

5.1. Hlavní výzkumné cíle

Téma disertační práce bylo zvoleno z důvodu jeho společenské aktuálnosti a zároveň nedostatečného odborného i veřejného diskurzu zabývajícího se výkonem profesionálních pečovatelů v domovech pro seniory, jejich pracovními podmínkami a jisté zátěže spojené s poskytováním přímé péče u stále se rozrůstající cílové skupiny seniorů (včetně seniorů s kognitivním deficitem).

Jedním z obecných cílů této disertace je deskripce konceptu zátěže formálního pečovatele (pro účely této disertace se jedná o profesi pracovníka v sociálních službách v přímé obslužné péči v pobytové službě domov pro seniory), její definice, popis druhů zátěže a jejich možné měření prostřednictvím zvolených teoreticko-metodologických nástrojů.

Sekundárním cílem je prozkoumat charakteristiky cílové skupiny formálních pečovatelů v domovech pro seniory v České republice, které mohou poukázat na možnou zátěž, stres a další faktory ovlivňující kvalitu pracovního života. Tyto výstupy budou zároveň doplněny o výsledky zahraničních výzkumů, jež jsou vhodné pro definovanou cílovou skupinu pečovatelů. Získané výsledky budou probrány v diskusní části včetně stanovení hlavních kritických momentů současné profese pracovníků v sociálních službách.

Dalším z cílů práce je ověření využitelnosti měřicího nástroje Professional Care Team Burden (dále jen PCTB) a zjištění jeho validity a reliability v českých podmínkách. Využitelnost měřicího nástroje na vzorku české populace pracovníků v sociálních službách v domově pro seniory (ani jiné profese či odbornosti) zatím nebyla dle dostupné literatury provedena. Implikace tohoto nástroje má přesah zvláště v jeho praktickém přínosu, kdy tento validizovaný nástroj může sloužit jako první krok k dialogu pro zlepšení pracovního prostředí, ať už jako primární podklad při manažerské intervizi, nebo jako měřicí nástroj pro srovnání českých a zahraničních organizací a poskytovatelů služeb dlouhodobé péče.

Poznatky získané výzkumem budou dány k dispozici spolupracujícím zařízením, které se zúčastnily výzkumu a projeví o výsledky zájem. Tyto výsledky mohou dále posloužit jako podklad k diskusi středního a vyššího managementu a mohou být použity jako návrh na opatření ke zkvalitňování pracovního života zaměstnanců prostřednictvím prevence zátěže pečovatelů a ke zlepšování jejich pracovních podmínek. Předpokladem jsou zvláště praktické dopady na chod organizace ve formě adekvátnějšího harmonogramu práce, vzdělávání zaměstnanců s vhodnějším zaměřením na zjištěné nedostatky (oblasti k rozvoji), což zároveň povede ke zlepšení kvality poskytované péče.

5.2. Hlavní výzkumný problém a pracovní hypotézy

Na základě poznatků vyplývajících z teoretické části práce, jež jsou uvedeny ve shrnutí teoretické části, byl stanoven výzkumný problém a pracovní hypotézy, jež se týkají platnosti instrumentu PCTB škály v závislosti na instrumenty Perceived Stress Scale (dále jen PSS škála) a Areas of Worklife Survey (dále jen AWLS škála), a to na vzorku pracovníků v sociálních službách v přímé obslužné péči v domovech pro seniory v České republice.

Zkoumaným výzkumným problémem je zátěž formálních pečovatелů v domovech pro seniory a možnosti jejího měření pomocí vybraných měřicích nástrojů.

Výzkumný problém je možné specifikovat pomocí následujících výzkumných otázek:

- Jaké oblasti pracovního života nejvíce ovlivňují výši vnímané zátěže a stresu formálních pečovatелů?
- Jaké charakteristiky domovů pro seniory nejvíce ovlivňují výši vnímané zátěže a stresu formálních pečovatелů?
- Jaké sociodemografické charakteristiky formálních pečovatелů nejvíce ovlivňují výši jejich vnímané zátěže a stresu?

Pro zodpovězení výzkumného problému byly definovány následující pracovní hypotézy:

Pracovní hypotéza 1

Existuje signifikantní vztah mezi výsledky PCTB škály a AWLS nástroje.

Pracovní hypotéza 2

2a) Existuje signifikantní vztah mezi vyšší mírou zátěže (vyšší skóre PCTB škály) a nižší mírou souladu v oblasti pracovních vztahů (skóre AWLS oblast vztahy).

2b) Existuje signifikantní vztah mezi vyšší mírou stresu (vyšší skóre PSS škály) a nižší mírou souladu v oblasti pracovních vztahů (skóre AWLS oblast vztahy).

2c) Existuje signifikantní vztah mezi vyšší mírou zátěže (vyšší skóre PCTB škály) a nižší mírou souladu v oblasti pracovní vytíženosti (skóre AWLS oblast vytíženost).

2d) Existuje signifikantní vztah mezi vyšší mírou stresu (vyšší skóre PSS škály) a nižší mírou souladu v oblasti pracovní vytíženosti (skóre AWLS oblast vytíženost).

Pracovní hypotéza 3

3a) Formální pečovatelé prožívají vyšší míru zátěže (vyšší skór PCTB škály) v domovech pro seniory s kapacitou větší než 100 klientů než formální pečovatelé pracující v domovech pro seniory s nižší kapacitou než 100 klientů.

3b) Formální pečovatelé zažívají vyšší míru stresu (vyšší skór PSS škály) v domovech pro seniory s kapacitou větší než 100 klientů než formální pečovatelé pracující v domovech pro seniory s nižší kapacitou než 100 klientů.

Pracovní hypotéza 4

4a) Formální pečovatelé prožívají vyšší míru zátěže (vyšší skór PCTB škály) v soukromých zařízeních než v neziskových zařízeních.

4b) Formální pečovatelé prožívají vyšší míru stresu (vyšší skór PSS škály) v soukromých zařízeních než v neziskových zařízeních.

Pracovní hypotéza 5

5a) Existuje signifikantní vztah mezi délkou praxe formálních pečovatelů v jedné organizaci a zjištěnou mírou zátěže (skór PCTB škály).

5b) Existuje signifikantní vztah mezi délkou praxe formálních pečovatelů v jedné organizaci a zjištěnou mírou stresu (skór PSS škály).

5.3. Základní charakteristika a metodologie výzkumu

Vzhledem k zaměření této práce na mapování zátěže formálních pečovatелů v domovech pro seniory a na validizaci měřicího nástroje PCTB se logicky jevil vhodnější kvantitativní přístup než kvalitativní. Disman (2011) označuje kvantitativní výzkum jako pozitivistický a empiricko-analytický. Zaměřuje se na hledání vztahů mezi dvěma či více proměnnými. Jednotlivé fáze kvantitativního výzkumu se vytvářejí v duchu pozitivistické sociologie. Kvantitativně lze totiž zkoumat jevy relativně jednoduché, do určité míry pozorovatelné a opakovatelné v určitém rozsahu, frekvenci a intenzitě. Cílem kvantitativního výzkumu je měření sledovaných charakteristik, jejich souvislostí a testování hypotéz, které byly pro účely tohoto výzkumu definovány v předchozí podkapitole.

Jako jedna z možných alternativ výzkumu byla diskutována smíšená metoda, která však byla zamítnuta z důvodu probíhající koronavirové pandemie. Ta by ovlivnila možnost vzniku a reálného průběhu ohniskových skupin, ale i možnost hloubkových rozhovorů se zaměstnanci v domovech pro seniory. Jelikož domovy pro seniory pečují o nejrizikovější skupinu obyvatel, bylo nemožné v rámci probíhajících opatření tyto rozhovory uskutečnit. Rozhovory, jež by probíhaly alternativně prostřednictvím telefonní komunikace, nemohou nahradit osobní kontakt a možnost navázat vztah s respondentem.

Po zvolení kvantitativní metody výzkumu bylo nutné vybrat správnou metodu sběru dat. Metodologie kvantitativního výzkumu je výrazně strukturovaná a využívá statistické metody (Hendl et al., 2022). Jednou ze základních kvantitativních metod výzkumu je společenský průzkum neboli survey, který se realizuje ve formě překladu jazyka otázek kladených respondentům do matematického jazyka proměnných, s nimiž lze provádět statistické operace a potvrdit či vyvrátit položené hypotézy (Silverman, 2005). Zvolená metoda probíhala formou průřezového dotazníkového šetření mezi pracovníky v sociálních službách v přímé obslužné péči, kteří pracují v registrované sociální službě domov pro seniory. Výsledky práce byly zároveň použity pro validizaci měřicího nástroje PCTB.

Výzkum probíhal ve fázích pilotní studie a finální fáze sběru dat. Data byla analyzována prostřednictvím statistického softwaru IBM SPSS 27 a Statistics a byla podrobena statistickým analýzám prvního, druhého a třetího stupně, které jsou popsány důkladněji níže.

Před začátkem analýz bylo nutné překódovat sesbíraná data (varianty odpovědí u použitých proměnných), jelikož odpovědi byly uvedeny slovně, nikoliv numericky. Veškeré proměnné tak byly překódovány na odpovídající numerické hodnoty v měřicích nástrojích (na škále AWLS 1–5, u PCTB a PSS na škále 0–4, včetně překódování reverzně položených

otázek) a přiložených numerických hodnot u doplňujících informací (viz finální podoba dotazníku).

Před provedením dále uvedených analýz byly určité proměnné upraveny. Pro možnou práci se škálami PCTB a PSS bylo potřeba je zprůměrovat, tj. vytvořit novou proměnnou, která každému respondentovi přiřadila průměrnou hodnotu z deseti položek daného měřicího nástroje.

Tentýž postup bylo uskutečněn i se škálou AWLS. V této škále bylo vytvořeno 6 nových proměnných pro každou pracovní oblast zvlášť, tzn. hodnotu pro každého respondenta tvoří pak průměr z výroků vztahujících se k dané oblasti. Některé položky byly reverzní, ty jsou však již v datech zapsány opačně.

V rámci překódování jednotlivých AWLS oblastí došlo k odstranění šesté otázky z průměru položky AWLS „spravedlnost“, díky níž došlo ke zkreslení výsledků. Po jejím odstranění se zvedla vnitřní konzistence z původních 0,12 na 0,5.

Psychometrické ověření validity PCTB škály

Při psychometrickém ověření validity PCTB škály byla použita Pearsonova korelace a faktorová analýza. Pro provedení faktorové analýzy bylo využito rotace VARIMAX stejně jako v původní a turecké verzi PCTB škály. Před provedením faktorové analýzy byly ověřeny její předpoklady (anti-image matice, KMO a Bartlettův test), které byly dodrženy.

Korelace a analýza rozptylu u použitých měřicích nástrojů

Dále bylo u analýzy vztahů využito Spearmanova korelačního koeficientu mezi instrumenty PCTB, PSS a AWLS. Pro porovnání průměru skóre mezi použitými škálami byla vybrána analýza rozptylu pomocí T-testu a ANOVA. T-test srovnává průměry dvou skupin a ukazuje, zdali se statisticky liší. T-test je konstruován pro situaci, kdy jedna skupina je vystavena působení nějakého činitele, zatímco ve druhé toto působení chybí. Po změření výsledku se srovnávají prostřednictvím T-testu průměry obou skupin, a pokud je nalezen statisticky signifikantní rozdíl, znamená to, že je zapříčiněn působením daného činitele.

Při srovnávání průměrů je k dispozici více skupin, např. jak se liší míra stresu a zátěže podle věkových skupin nebo podle vzdělání. Pro více skupin se používá analýza rozptylu (*Analysis of variance*), často zkracovaná jako ANOVA (Mareš et al., 2015).

Regresivní analýza

Na závěr analýzy dat byl pro lineární regresivní analýzu prediktorů použitých měřicích nástrojů (PCTB, PSS a AWLS) zvolen každý nástroj jako závisle proměnná. „*Regresivní analýza je statistická metoda využívaná v situacích, kdy se zkoumá závislost jedné proměnné (tzn. jedna z použitých škál) na jedné nebo více proměnných.*“ (Hendl et al., 2022, s. 489)

Lineární regrese je typ regrese, při které se předpokládá, že existují lineární vztahy mezi proměnnými. Jednoduše řečeno umožňuje dvě věci:

- 1) predikovat, jak se změní hodnota závisle proměnné, pokud se změní hodnota nezávisle proměnné o jednotku (a tento rozdíl je očištěný od vlivu ostatních nezávisle proměnných);
- 2) zjistit, které nezávisle proměnné signifikantně predikují hodnotu závisle proměnné (Hendl et al., 2022).

Sledovat analyticky vztahy mezi dvěma proměnnými je v sociálně-vědním výzkumu velmi často zjednodušením reality. Sociální svět je charakteristický provázaností jednotlivých proměnných a jejich vzájemným působením. Velmi účinnou metodou analýzy vztahů mezi sadou nezávisle proměnných a jednou závisle proměnnou je vícenásobná lineární regrese. Aby tedy použitá analýza byla odpovídající pro zjištění prediktorů zátěže a stresu, je vícenásobná regresivní analýza zkoumána skrze modely, které obsahují několik nezávisle proměnných (např. vnímaný zdravotní stav, věk, počet let v organizaci a v oboru).

Před provedením regrese bylo potřeba ověřit její předpoklady, tedy zda lze regresi na daném souboru provést. Pro dané kategorické proměnné se používají pouze dva z běžných předpokladů, a sice homoskedasticita¹⁷ a neexistence multikolinearity¹⁸. Oba předpoklady byly ověřeny a dodrženy.

5.3.1. Návaznost na předchozí výzkum

Tato práce navazuje na předchozí výzkum, který byl součástí autorčiny diplomové práce s názvem *Mapování zátěže pracovníků v domově pro seniory* (Holasová, 2019). Téma diplomové práce se autorka rozhodla prohloubit a rozvinout v předkládané disertaci. V diplomové práci proběhly kvalitativní hloubkové rozhovory s pracovníky v sociálních

¹⁷ Homoskedasticita by se dal volně přeložit zřejmě jako stejnorodost. Podstatou tohoto testu je tedy ověření, že rezidua mají stejný konstantní rozptyl (Hebák et al., 2005).

¹⁸ Použité nezávisle proměnné v regresi by neměly být mezi sebou příliš vysoce korelovány. Pokud v datech existuje multikolinearita, výsledky regrese jsou nespolehlivé. Její neexistence tedy zvyšuje spolehlivost regrese (Hebák et al., 2005).

službách v jedné krajské příspěvkové organizaci s registrovanými sociálními službami domov pro seniory a domov se zvláštním režimem (N = 10).

Z rozhovorů a obsáhlé literární rešerše vyšlo najevo, že pečovatelky se potýkají s administrativní zátěží nebo časovou tísní, která vede i k nedodržování zákonem daných přestávek. Při péči o klienty se pečovatelky setkávají s několika zátěžovými situacemi, mezi které patří zejména agrese klientů, úmrtí nebo vysoké požadavky od rodinných příslušníků.

V rozhovorech se obvykle respondentky rozpovídaly zvláště k tématu zaměřenému na vztahy na pracovištích. Hovořily jak o vztazích v týmu (zazněly např. pomluvy, nevhodná kritika práce druhého nebo konflikty mezi kolegy), tak o vztahu k vedení (v daném zařízení pozitivní podpora od přímé nadřízené, kterou vnímají jako „správnou osobu na dané pozici“).

V rámci analýzy dat vyplynulo další téma, které je pro pečovatelky podstatné – smysluplnost práce. Smysluplnost práce je podle Armstronga a Taylora (2017) významně ovlivněna třemi oblastmi – organizační kulturou organizace, designem práce (náplní práce a s ní spojenou zátěží) a postojem samotného jedince.

Pečovatelky vnímaly svou práci jako poslání. Kromě poslání zazněla z výpovědí radost z práce, a dokonce sebenaplnění z této náročné práce. S tím souvisely i jejich individuální resilientní techniky pro snížení zátěže v práci.

Výsledky zásadně poukázaly na potřebu získání validních dat a možnost měřit zátěž formálních pečovatelů v domovech pro seniory.

5.3.2. Konstrukce dotazníku – operacionalizace konceptů a pilotní studie

Dotazník zadávaný respondentům se skládal ze tří měřicích nástrojů, které byly blíže popsány v teoretické části této disertace a zároveň byly definovány jako zásadní teoretické koncepty pro zodpovězení výzkumného problému.

Jedná se přesněji o:

- Oblasti pracovního života – The Areas of Worklife Survey (dále jen AWLS);
- Zátěž formálních pečovatelů – The Professional Care Team Burden Scale (dále jen PCTB);
- Škálu vnímaného stresu – The Perceived Stress Scale (dále jen PSS).

Dotazník byl dále doplněn jedenácti otázkami. Z toho šest otázek bylo zaměřeno na demografické údaje respondentů (pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, počet nezaopatřených dětí a počet let praxe v oboru a v dané organizaci). Zbylé otázky zjišťovaly informace o vztahu respondentů k práci a zaměřovaly se na spokojenost s prací, motivaci v dané organizaci

a zatěžující pracovní oblasti identifikované v rámci předchozího výzkumu (Holasová, 2019), včetně úmyslu odchodu z práce. Výsledná podoba dotazníku je uvedena v příloze disertační práce.

Úvodní strana dotazníku obsahovala seznámení s autorem a také s účelem výzkumu, informaci o dobrovolné účasti a anonymitě poskytnutých dat. V tištěné verzi dotazník obsahoval pokyny k vyplnění dotazníku.

Dotazník byl připraven v tištěné i elektronické podobě. Tištěná podoba byla zvolena z důvodu zajištění vyšší návratnosti dotazníku. Vychází se zde ze zkušenosti, že pečovatelé v domovech pro seniory upřednostňují tištěnou podobu, jelikož ne všichni umí ovládat počítač a vyplnění online dotazníku je nad rámec jejich technických dovedností.

V papírové podobě zabíral dotazník pět stran ve formátu A4. Pro elektronickou podobu a online sběr dotazníku bylo využito placené webové platformy společnosti Survio. Vyplnění sestaveného dotazníku trvalo respondentům cca 10–25 minut v papírové verzi, v elektronické verzi cca 10–45 minut.

Jak bylo podrobně uvedeno v teoretické části, české verze nástrojů AWLS a PSS již byly ověřeny (Havrdová et al., 2010; Brabcová a Kohout, 2018; Figalová a Charvát, 2021). Česká verze škály PCTB však nebyla dosud dostatečně statisticky validována.

Překlad do českého jazyka vznikl v rámci projektu DEMDATA (Auer et al., 2017) pod vedením Holmerové a Auer, která měřicí nástroj vyvinula. Tým Holmerové se několikrát sešel s Auer, aby podrobně rozebraly jednotlivé položky v dotazníku, jejich smysl a účel. Škála PCTB byla poté přeložena týmem do češtiny, následně z češtiny do angličtiny jiným překladatelem. Následovalo srovnání anglických překladů, aby byly odhaleny případné posuny ve významu. Pilotní studie se zúčastnilo 185 českých formálních pečovatelů v přímé péči, nevznikl z ní však žádný veřejný výstup.

Z těchto důvodů proběhla předběžná pilotní studie dostupného překladu škály PCTB a dalších použitých měřicích nástrojů (PSS a AWLS), aby byla odhalena srozumitelnost všech položek dotazníkového šetření pro cílovou skupinu pracovníků v sociálních službách v přímé obslužné péči v domovech pro seniory.

Pilotní studie se zúčastnilo 15 pracovníků v sociálních službách v jedné neziskové organizaci poskytující registrovanou sociální službu domov pro seniory. Studie probíhala v termínu 1. 11.–24. 11. 2021, a to vyplněním dotazníku formou face-to-face. Vyplnění trvalo

v rozmezí 20–45 minut. Respondenti během vyplňování dotazníků měli volný prostor k rozhovoru, během kterého byly probrány všechny položky a jejich srozumitelnost.

Z této pilotní studie došlo k jazykové úpravě položek a k použití synonym u některých pojmů. Jedná se konkrétně o následující položky:

V AWLS byla upravena otázka č. 8 a 19:

- Původní (AWLSQ8): „*Dokážu působit na management, abych získal/a vybavení a prostor, které potřebuji ke své práci.*“
- Použitý (AWLSQ8): „*Dokážu působit na vedení, abych získal/a vybavení a prostor, které potřebuji ke své práci.*“
- Původní (AWLSQ19): „*Zdroje jsou v naší organizaci alokovány spravedlivě.*“
- Použitý (AWLSQ19): „*Zdroje jsou v naší organizaci rozdělovány spravedlivě.*“

V PCTB byla upravena otázka č. 3:

- Původní (PCTBQ3): „*Mám dobrý kontakt s nadřízeným.*“
- Použitý (PCTBQ3): „*Mám dobrý vztah s nadřízeným.*“

Ve spolupráci s bilingvním překladatelem byly probrány úpravy položek. Nebyly nalezeny významné odlišnosti mezi alternativními překlady a původním zněním položky.

5.3.3. Sběr dat a charakteristiky výzkumného souboru

Sběr dat probíhal v období 10. 1. 2022–17. 4. 2022 a byl rozdělen do pěti fází. Důvody k tomuto rozdělení jsou rozepsány níže v podkapitole a zároveň v limitech výzkumu. V rámci sběru dat byly osloveny veškeré registrované sociální služby domov pro seniory uvedené v registru poskytovatelů Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). V době sběru dat se jednalo o 531 sociálních služeb domov pro seniory.

Výzkumný soubor tvořili pracovníci v sociálních službách v přímé obslužné péči pracující v registrované pobytové službě domov pro seniory v České republice. Jiné odbornosti (zdravotní personál, sociální pracovník, fyzioterapeut) nebyly do souboru zahrnuty z důvodu zvýšení reprezentativity základního souboru.

Pro dostatečnou reprezentativitu základního souboru, tedy pracovníků v sociálních službách (dále jen PvSS) v domovech pro seniory, je možné vycházet z orientačního návodu pro vztah mezi velikostí základního a výběrového souboru dle Gavory (2010). Ten doporučuje u základního souboru nad 10 000 respondentů výběrový soubor v minimální velikosti 370 respondentů. Dále může být využito výpočtu dle sociologa Katriaka (in Surynek et al., 2001).

Příklad velikosti základního souboru	Přibližná velikost výběrového souboru
do 10 000 respondentů	7,5 %
do 100 000 respondentů	1,5 %

Tabulka č. 2 *Reprezentativita souboru (vlastní zpracování)*

Základní soubor pro disertační výzkum ke dni 31. 1. 2021 tvořilo 14 410 PSS v domovech pro seniory (MPSV, 2022), což by znamenalo minimálně zastoupení základního souboru ve výzkumu v rozmezí 216–1 080 respondentů ve výzkumném souboru¹⁹.

Oslovování domovů pro seniory

Oslovování domovů pro seniory probíhalo v primární fázi přes e-mail. Kontakt na domovy pro seniory byly vyhledávány v registru poskytovatelů MPSV, ve kterém však nejsou ve všech případech uvedeny aktuální e-mailové adresy, případně je uveden kontakt pouze na webové stránky. Odkaz na webové stránky se ale ukázal ve více případech chybný. Autorka disertace tak čerpala primárně kontakty vyhledané z webových stránek poskytovatelů (nikoliv z uvedených e-mailů na registru poskytovatelů), a to z každého osloveného domova zvlášť.

Autorka disertace oslovovala domovy pro seniory skrze střední management, tedy přímé nadřízené pracovníků v sociálních službách, kteří měli zveřejněnou e-mailovou adresu či telefonní číslo na webové stránce domova. Obvykle se jednalo o tyto pozice: vedoucí přímé péče, koordinátor přímé péče, metodik obslužné péče, vedoucí pečovatelských týmů, vedoucí sociální pracovník, vedoucí zdravotně-sociálního úseku nebo vrchní sestra. V případě žádné odpovědi ze zařízení byli následně osloveni řadoví sociální pracovníci, metodici, kontaktní osoba pro studenty a praxe a v jednotkách byli osloveni i personalisté domovů.

Oslovování probíhalo primárně e-mailem či sekundárně telefonicky.

V době sběru dat byla distribuce dotazníků komplikovaná z důvodu probíhající omikronové varianty covidu-19, jež byla spojena s uzavřením všech domovů pro seniory. Autorka tak strávila více času při náboru respondentů. Výzva k zapojení nejlépe fungovala sekundárním typem oslovování, tedy při telefonické komunikaci. Díky této technice oslovování se nakonec do šetření zapojilo 118 domovů pro seniory (i když z některých zařízení došly dotazníky od jednotek respondentů).

¹⁹ Do odevzdání disertace nebyla vydána statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2022, tudíž nelze uvést přesný počet základního souboru za rok, ve kterém výzkum proběhl.

Telefonická komunikace byla časově náročnější. Rozhovory trvaly v rozmezí 10 až 35 minut a u některých zařízení se několikrát opakovaly (maximálně třikrát).

V rozhovorech bylo využito autorčiny praxe v domově pro seniory. Na počátku rozhovoru probíhalo sdílení zkušeností a konverzace o „těžké době během covidové pandemie“. Tato konverzace obvykle pomohla k navázání bližšího sociálního kontaktu a vedla k motivaci vedoucího pracovníka zapojit své podřízené do probíhajícího výzkumu. Ve 12 domovech pro seniory probíhal telefonický rozhovor navíc s nejvyšším managementem pro doplnění informací k výzkumu. Otázky byly směřovány na účel výzkumu a zajištění anonymity respondentů.

Pro zvýšení motivace domovů pro seniory ke spolupráci na výzkumu jim byla zároveň nabídnuta finanční odměna za jejich účast. Finanční odměna mohla být poskytnuta díky získanému grantu z programu Specifického vysokoškolského výzkumu (SVV-Adakin). Tato odměna byla určena pro zprostředkovatele z řad pracovníků domovů, kteří pomáhali s distribucí tištěných dotazníků pracovníkům v přímé péči, včetně jejich sběru v zalepených obálkách a zaslání zpět autorce výzkumu. Tištěná verze dotazníku byla dle domluvy s vedoucími pracovníky odeslána poštou či přes Zásilkovnu společně se zpáteční známkou anebo heslem pro zpětné odeslání přes Zásilkovnu. Více než 85 % domovů, které požádaly o tištěnou verzi dotazníku, využívalo Zásilkovny, která byla pro ně velmi efektivní a rychlejší bez nutnosti čekání, jako se obvykle stává na poště.

Závěrem je potřeba dodat, že využitá finanční částka pro odměnu zapojených pracovníků byla výrazně nižší, než se předpokládalo. Většina zapojených pracovníků finanční odměnu odmítla. U přijatých finančních odměn byla darovaná částka po domluvě s pracovníky v domově (ať už s vedoucími pracovníky, či přímo s respondenty) předána v podobě nahané karty do obchodů (Billa, Tesco atd.), která poté sloužila pro celý zapojený personál.

Fáze sběru dat

Jak bylo popsáno výše, sběr dat probíhal v pěti fázích. Každá fáze trvala téměř 20 dní: 7 dní bylo věnováno oslovování domovů pro seniory, 14 dní byl poté dán prostor respondentům pro vyplnění dotazníků a případně jeho následný sběr v tištěné podobě.

- 1. fáze** – probíhala záměrným výběrem podle předem daných kritérií²⁰. Bylo osloveno 30 domovů pro seniory, které byly vybrány dle předem stanovených kritérií – dle počtu klientů, typu právnické osoby a krajské působnosti organizace. Návratnost však byla velmi slabá. Pro zapojení do výzkumu pozitivně odpověděly pouze 3 oslovené domovy, 15 domovů zapojení do výzkumu odmítlo a ostatní domovy na výzvu k zapojení nereagovaly. Ze zapojených domovů se vrátilo pouhých 18 vyplněných dotazníků. Pro další fáze sběru dat byl výběr rozšířen na všechny domovy pro seniory uvedené v registru.
- 2. fáze** – probíhala oslovením dle abecedního seznamu všech registrovaných pobytových služeb domova pro seniory v České republice (od písmene A po N). Takto bylo osloveno 150 domovů pro seniory.
- 3. fáze** – bylo osloveno zbylých 325 domovů pro seniory dle abecedního pořadí v registru poskytovatelů MPSV (od písmene O po Z).
- 4. fáze** – pro oslovení dalších respondentů bylo využito facebookové skupiny pracovníků v sociálních službách, kde byla uveřejněna prosba o zapojení do výzkumu. Dále byla oslovena odborová organizace ALICE k zapojení do výzkumu. Tato organizace bohužel na výzvu neodpověděla, zato facebooková skupina přinesla 103 respondentů.
- 5. fáze** – v poslední fázi se do výzkumu zapojilo 26 domovů pro seniory, což se uskutečnilo na přelomu března a dubna. Jejich primární zapojení (v průběhu ledna/února) bylo odloženo z důvodu omikronové varianty covidové pandemie, kdy byla v zařízeních vyšší nemocnost personálu a náplň práce byla velmi ovlivněna zvýšenými bezpečnostními a hygienickými opatřeními. Díky opožděnému zařazení se z daných domovů pro seniory zapojilo do výzkumu téměř 75 % všech pracovníků v sociálních službách pracujících v daných domovech.

²⁰ Záměrný výběr značí typ nereprezentativního výběru, u kterého výzkumník sám rozhoduje o zvolení jednotek, o kterých se domnívá, že ve svém souhrnu nejlépe umožní provést zamýšlené statistické zkoumání. (Hendl et al., 2022).

Vyplněné dotazníky byly zkontrolovány, chybně vyplněné byly vyřazeny z dalšího zpracování.

Tabulka uvedená níže představuje finální data zapojených respondentů.

Počet odevzdaných dotazníků/použitých dotazníků	538/424
Tištěná podoba	203
Online podoba	335
Vyřazené (nevyplněná odpověď/chyba (zdvojené odpovědi))	63 (48/15)
Vyřazené z důvodu uvedení jiné sociální služby (Domov se zvláštním režimem, domov s pečovatelskou službou)	51

Tabulka č. 3 Odevzdané dotazníky (vlastní zpracování)

Do výzkumu byly zařazeny dotazníky od 424 respondentů pracujících v domovech pro seniory na pozici pracovníka v sociálních službách. V následující tabulce jsou uvedeny charakteristiky výzkumného souboru.

		N	%			N	%	
Pohlaví	žena	400	94,3	Vzdělání	základní	28	6,6	
	muž	24	5,7		střední bez maturity	186	43,9	
Věk	do 25 let	40	9,4		Střední s maturitou	154	36,3	
	26–35 let	65	15,3		vyšší odborné	18	4,2	
	36–45 let	109	25,7		vysokoškolské (Bc.)	15	3,5	
	46–55 let	153	36,1		vysokoškolské (Mgr./Ing aj.)	23	5,4	
	56–65 let	55	13,0		Délka praxe v oboru	méně než rok	31	7,3
	66 a více	2	0,5			1–3 roky	85	20,0
Rodinný stav	svobodná/ý	73	17,2			4–10 let	162	38,2
	vdaná/ženatý/ dlouhodobý vztah	251	59,2			11–15 let	64	15,1
	vdova/vdovec	10	2,4	nad 15 let	82	19,3		
	rozvedená/rozvedený	90	21,2	Délka praxe v organizaci	méně než rok	57	13,4	
Počet vyživovaných dětí	0	202	47,6		1–3 roky	121	28,5	
	1	85	20,0		4–10 let	161	38,0	
	2	98	23,1		11–15 let	33	7,8	
	3	32	7,5		nad 15 let	52	12,3	
	4	4	0,9		Typ právnické osoby	příspěvková	275	64,9
	5	3	0,7	soukromá		65	15,3	
			nezisková	56		13,2		
			církevní	28		6,6		

Tabulka č. 4 Základní charakteristiky výzkumného souboru (vlastní zpracování)

Tabulka ukazuje na homogenní skupinu s převážnou většinou žen (94 %) ve věku 36 až 55 let (61,8 %), které žijí v dlouhodobém vztahu (59,2 %). Výzkumný soubor dosáhl nejvýše středního vzdělání bez maturity (43,9 %) či s maturitou (36,3 %). Více než polovina pečovateli pracuje v příspěvkové organizaci (64,9 %) a délka praxe se v nadpoloviční většině pohybuje v rozmezí 1–10 let (58 %), a to jak v jednom zařízení, tak obecně v oboru.

Dále je zde uvedena tabulka zastoupení respondentů dle kraje.

Název kraje	N	%
Hlavní město Praha	58	13,7
Vysočina	49	11,6
Liberecký	47	11,1
Královéhradecký	39	9,2
Středočeský	38	9,0
Pardubický	33	7,8
Moravskoslezský	31	7,3
Ústecký	28	6,6
Karlovarský	26	6,1
Zlínský	22	5,2
Jihomoravský	18	4,2
Plzeňský	14	3,3
Olomoucký	11	2,6
Jihočeský	10	2,4

Tabulka č. 5 Zastoupení respondentů dle kraje (vlastní zpracování)

Kraje byly určeny dle registrované sociální služby, nikoliv dle bydliště respondentů. Tabulka tedy vyjadřuje zastoupení domovů pro seniory dle místa působení a z nich počet pracovníků v sociálních službách zapojených do výzkumu. Podařilo se získat respondenty ze všech krajů České republiky, avšak toto zastoupení není rovnoměrné. Získaná data z dotazníků byla poté z online dotazníků importována do MS Excel²¹ a do stejného souboru byly navíc ručně přepsány tištěné verze dotazníku. Ruční přepis byl poté dvakrát zkontrolován, aby nedošlo ke zkreslení dat.

²¹ Autorka disertace dodatečně z uvedeného názvu organizace v dotazníku přidala proměnné, které bylo potřeba vyplňovat u každého respondenta zvlášť. Jednalo se přesněji o kapacitu zařízení dle registru poskytovatelů, typ organizace a krajské působení. Tyto proměnné byly doplněny při přepisu dat do MS Excel.

5.4. Etické zásady

Disertační práce vychází z etických zásad dle Opatření děkana č. 20/2020 Etika vědecké práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a důsledně je dodržuje.

Při pilotní studii u ověření vyplňování dotazníku, které probíhalo formou *face to face*, byli všichni účastníci ústně i písemně informováni o anonymitě svých odpovědí a využití výsledků pouze k ověření srozumitelnosti použitého dotazníku ve větším výběrovém souboru respondentů.

Kvantitativní část výzkumu probíhala formou papírových a elektronických dotazníků, kde byli respondenti důsledně informováni o zachování anonymity. Informace zjišťované v části identifikačních údajů jsou standardně využívány ve výzkumech humanitních věd a nenarušují soukromí dotazovaných osob.

Stejně tak v práci nejsou uvedeny žádné konkrétní názvy spolupracujících organizací. Zároveň bylo cílem autorky předat zobecněné výsledky výzkumu zpět vedení zapojených domovů pro seniory a také v případě zájmu zúčastněným respondentům.

Ze žádné předané informace nebylo možno identifikovat ani konkrétního respondenta. Z informací předaných přímo organizacím, ze kterých se zúčastnila většina pracovníků v sociálních službách a které by mohly mít pro dané zařízení výstupní hodnotu, byly odstraněny demografické údaje, aby nemohly přímému nadřízenému odhalit identitu pracovníka. Přesto zůstaly předané informace nezkrácené a v opodstatněných případech dostatečně konkrétní, aby si přímý vedoucí daného domova pro seniory mohl udělat co nejdůvěhodnější obraz o zpětné vazbě svých zaměstnanců na zkoumané téma zátěže pečovateli.

6. Výzkumná část – Výsledky

V této části disertační práce bude nejprve věnována podkapitola psychometrickým vlastnostem PCTB škály. Následně budou rozebrány výsledky použitých měřicích nástrojů (PCTB, PSS a AWLS). Dále budou uvedeny zjištěné vztahy mezi použitými nástroji, včetně dalších použitých proměnných, které byly prostřednictvím dotazníku sledovány. Poté budou zobrazeny výsledky vlivu sociodemografických charakteristik formálních pečovatелů a možné prediktory zátěže a stresu. Uvedené výsledky povedou k zodpovězení výzkumného problému definovaného dříve v práci (viz podkapitola 5.1) a k ověření předložených pracovních hypotéz, které budou uvedeny v kapitole shrnutí výsledků. Na závěr bude prostor věnován limitům výzkumu a diskusi.

6.1. Psychometrické vlastnosti škály PCTB

V této podkapitole budou uvedeny analýzy škály PCTB, které byly potřeba k ověření validity české verze tohoto měřicího nástroje. Určité výstupy této analýzy byly zároveň publikovány v časopise Sociální práce (Monschizadeh-Tehrany a Dragomirecká, 2023).

Položková analýza

Položky PCTB jsou hodnoceny na pětibodové stupnici. Negativně formulované položky č. 5 a 7 jsou kódovány od 0 do 4 (0 = rozhodně ne, 1 = ne, 2 = nevím, 3 = ano, 4 = rozhodně ano), zatímco ostatní kladně formulované položky jsou kódovány reverzně od 4 do 0 (4 = rozhodně ne, 3 = ne, 2 = nevím, 1 = ano, 0 = rozhodně ano).

PCTB položky	zvolená odpověď v %				
	rozhodně ne	ne	nevím	ano	rozhodně ano
1. Kolegové uznávají můj pracovní výkon.	1,2	6,8	32,3	49,5	10,1
2. Mohu s kolegy diskutovat o pracovních problémech.	0,5	5,0	4,7	63,7	26,2
3. Mám dobrý vztah s nadřízeným.	2,1	4,2	12,5	60,6	20,5
4. Můžu se podílet na rozhodování o průběhu dne.	2,8	13,7	9,4	63,0	11,1
5_re. Ztráta schopnosti komunikovat u lidí s demencí mě zatěžuje.	17,5	57,5	8,5	13,2	3,3
6. Zvládám chování lidí s demencí vyplývající z dezorientace.	0,9	4,7	8,0	68,2	18,2
7_re. Je těžké snášet problematické chování (agrese, bloumání) osob s demencí.	4,5	32,3	7,3	45,8	10,1
8. Umím přijmout konstruktivní kritiku.	0,2	2,4	8,5	75,7	13,2
9. Osobní problémy ponechávám při práci stranou.	0,5	5,7	11,8	58,3	23,8
10. V osobním životě nacházím podporu a úlevu.	0,5	8,3	7,1	54,0	30,2

Tabulka č. 6 Frekvence odpovědí PCTB (vlastní zpracování)

Vyšší hodnota indikuje vyšší míru zátěže. Rozložení odpovědí na jednotlivé položky se víceméně shoduje s výsledky rakouského souboru autorů škály, kromě položky 7, kde tvrzení, že je obtížné snášet problematické chování klientů, popřel jen každý třetí respondent (36,8 %), zatímco v rakouském souboru to bylo 58,7 % (Auer et al., 2015) a v tureckém souboru dokonce 69 % (Kalanlar a Kuru Alici, 2020a). V tureckém souboru byl mírný rozdíl v odpovědích u položky 8, kde 17 % respondentů neumí přijmout konstruktivní kritiku oproti rakouskému (1,2 %) a českému souboru (2,6 %).

Struktura PCTB

Výsledky předchozích studií ukázaly tři dimenze škály PCTB, kromě tureckého výzkumu, jenž upravil pro své kulturní podmínky škálu PCTB pouze na dvě dimenze.

Jednotlivé dimenze jsou tvořeny součtem hrubých skóre položek, celkový skór je součtem všech 10 položek. U položek 5 a 7 se pracuje s obrácenými skóry.

PCTB	průměr	SD	korelace položky k dimenzi	α při vynechání položky	vnitřní konzistence (Cronbach α)
ORGANIZAČNÍ ZÁTĚŽ	4,70	± 2,335			
položka 1	1,39	± 0,807	0,368	0,632	0,656
položka 2	0,90	± 0,735	0,487	0,561	
položka 3	1,07	± 0,829	0,419	0,600	
položka 4	1,34	± 0,945	0,485	0,554	
OBJEKTIVNÍ ZÁTĚŽ	4,54	± 2,061			
položka 5_re	1,27	± 1,006	0,422	0,181	0,492
položka 6	1,02	± 0,732	0,192	0,555	
položka 7_re	2,25	± 1,143	0,343	0,342	
SUBJEKTIVNÍ ZÁTĚŽ	2,96	± 1,600			
položka 8	1,01	± 0,557	0,310	0,437	0,502
položka 9	1,01	± 0,791	0,374	0,300	
položka 10	0,95	± 0,863	0,298	0,456	
Celkový skór PCTB	12,21	± 3,995			0,601

Tabulka č. 7 Struktura a vnitřní konzistence PCTB (vlastní zpracování)

Analýza dat potvrdila dobrou vnitřní konzistenci dimenze 1 „organizační zátěž“ a dimenze 3 „subjektivní zátěž“. V dimenzi 2 „objektivní zátěž“ se naopak ukázal problém s položkou 6. Tato dimenze obsahuje položky zjišťující míru stresu pramenící z projevů chování lidí s demencí.

Zatímco obě negativně formulované položky přispívají ke konzistenci škály, pozitivně formulovaná položka její konzistenci snižuje a zdá se, že schopnost pracovníka poradit si s problematickým chováním koreluje jen slabě se zátěží, kterou pracovník uvádí.

Celková vnitřní konzistence české verze dotazníku PCTB ($\alpha = 0,601$) je nižší než u rakouské ($\alpha = 0,785$) a turecké verze ($\alpha = 0,752$), nicméně lze ji hodnotit jako uspokojivou. Navíc potvrzuje, že koncept zátěže je vícedimenzionální.

Korelace PCTB škály ke skóru PSS, AWLS a k otázkám na pracovní život

Korelace skóru PCTB k položkám hodnotícím spokojenost s prací, motivaci a úvahy o odchodu osvětluje, s čím souvisí koncept pracovní zátěže, který je zjišťován pomocí instrumentu PCTB.

Pro diskriminační validitu byla zvolena PSS škála, která byla zvolena i pro diskriminační validitu v původní rakouské studii. Ke zjištění této validity byl využit Pearsonův korelační koeficient, který je uveden v tabulce níže.

	PCTB skór	organizační zátěž	objektivní zátěž	subjektivní zátěž	pracovní spokojenost	motivace	úvahy o odchodu	PSS skór
PCTB skór	1							
organizační zátěž	,710**	1						
objektivní zátěž	,626**	,047	1					
subjektivní zátěž	,656**	,253**	,208**	1				
pracovní spokojenost	,384**	,417**	,129**	,186**	1			
motivace	,339**	,417**	,037	,192**	,605**	1		
úvahy o odchodu	,267**	,258**	,079	,188**	,587**	,495**	1	
PSS skór	,380**	,218**	,278**	,273**	,438**	,362**	,397**	1

Tabulka č. 8 Korelace skóru PCTB se skórem PSS a samostatnými otázkami na pracovní spokojenost (vlastní zpracování)²²

²² Pozn. korelace je signifikantní na hladině významnosti **<0,01

Z výsledku lze vyčíst, že mezi celkovým skórem PCTB a 10položkovou Škálou vnímaného stresu PSS činil Pearsonův korelační koeficient 0,380. Korelace PSS s dimenzí strukturální zátěže dosahovala 0,218, s dimenzí objektivní zátěže 0,278 a s dimenzí subjektivní zátěže 0,273. Celkový skór PCTB významně koreluje také s pracovní spokojeností (0,393), mírou pracovní motivace (0,339) a s úvahami o odchodu ze zaměstnání (0,267). Signifikantní korelace tohoto druhu má zároveň i škála PSS.

Ke zřehlednění výsledků je níže uvedena tabulka porovnání skóru s výzkumy zmíněných v teoretické části disertace.

Porovnání PCTB a PSS skóru ve výzkumech	Rakouský výzkum (Auer et al., 2015)	Slovenský výzkum (Katreniakova et al., 2022)	SAE výzkum (Ilesanmi et al., 2020)	Vlastní výzkumu
PCTB celkový skór	10,2; SD \pm 5,0	13,3; SD \pm 4,0	11,98; SD \pm 3,8	12,21; SD \pm 3,9
PSS celkový skór	13,0; SD \pm 5,9	nebylo použito	13,47; SD \pm 5,3	17,81; SD \pm 6,0

Tabulka č. 9 Porovnání skóru PCTB a PSS škály ve výzkumech (vlastní zpracování)

Celkový skór PCTB ve výzkumném souboru činil 12,21, což odpovídá nízké míře zátěže a výsledek se tak výrazně neliší od jiných výzkumů. U PSS škály však český soubor měl výrazně vyšší výsledek celkového skóru 17,81 oproti ostatním výzkumům. Tento celkový skór je již považován za úroveň mírného stresu.

Pro komplexní přehled je níže uvedena tabulka vztahů škály PCTB s dalšími charakteristikami respondentů.

Charakteristiky respondentů		%	PCTB průměr	testová charakteristika	významnost
věk	do 35 let	24,8	1,22	F=1,068	p=,345
	36 až 45 let	25,7	1,27		
	46 a více let	49,5	1,20		
pohlaví	muž	5,7	1,18	F=,275	p=,600
	žena	94,3	1,23		
vzdělání	ZŠ nebo SŠ bez maturity	50,5	1,22	F=2,235	p=,108
	SŠ s maturitou	36,3	1,26		
	VOŠ nebo VŠ	13,2	1,13		
zdraví	vynikající nebo velmi dobré	39,9	1,15	F=5,108	p=,006
	dobré	44,1	1,26		
	obstojné nebo špatné	16,0	1,30		

Charakteristiky respondentů		%	PCTB průměr	testová charakteristika	významnost
motivace	motivován/a	51,7	1,11	F=21,942	p<,001
	nedokázu odpovědět	28,8	1,29		
	nemotivován/a	19,6	1,42		
spokojenost	spokojen/a	79,0	1,16	F=24,195	p<,001
	tak napůl	17,0	1,42		
	nespokojen/a	4,0	1,64		
délka praxe v oboru	do 3 let	27,4	1,21	F = 1,599	p = ,203
	4 až 10 let	38,2	1,19		
	11 a více let	34,4	1,27		
délka praxe v organizaci	do 3 let	42,0	1,22	F=,867	p=,421
	4 až 10 let	38,0	1,19		
	11 a více let	20,0	1,27		
velikost zařízení	do 50 klientů	26,2	1,23	F=,446	p=,640
	51 až 100 klientů	36,8	1,24		
	více než 100 klientů	37,0	1,20		
typ zařízení	příspěvkové	64,9	1,19	F=2,220	p=,079
	neziskové, církevní	19,8	1,24		
	ziskové, soukromé	15,3	1,32		

Tabulka č. 10 *Vztah PCTB k charakteristikám respondentů (vlastní zpracování)*

V tabulce je tučně zvýrazněna signifikantní korelace PCTB s pracovní motivací, spokojeností a mírou vnímaného zdraví respondentů. Korelacemi škály PCTB s dalšími položkami a použitými měřicími nástroji v dotazníku se podrobněji zabývá další podkapitola analýzy dat.

Faktorová struktura dimenzí PCTB

Výsledky ověřily tři dimenze rozložení škály jako v původní verzi. Dle analýzy dat vychází rozložení položek do tří faktorů následovně:

- Faktor 1 – položky 1–4
- Faktor 2 – položky 6, 8–10
- Faktor 3 – položky 5 a 7

Položka	Dimenze		
	1	2	3
PCTB 1	0,577	0,267	-0,149
PCTB 2	0,692	0,232	-0,065
PCTB 3	0,704	-0,001	0,193
PCTB 4	0,786	-0,063	0,011
PCTB 5	-0,060	0,162	0,803
PCTB 6	-0,019	0,446	0,310
PCTB 7	0,073	0,010	0,787
PCTB 8	0,207	0,598	0,071
PCTB 9	0,007	0,715	0,148
PCTB 10	0,120	0,671	-0,111

Tabulka č. 11 Faktorová analýza položek PCTB škály (vlastní zpracování)

Rozložení položek je stejné jako v původní rakouské verzi až na položku 6, která silně koreluje kromě faktoru 2 (0,446) i s faktorem 3 (0,310). Dle daných výsledků by mohla tato položka být zařazena pod faktor „subjektivní zátěž“, nikoliv tedy pod „objektivní zátěž“, čemuž nasvědčuje i předchozí analýza u vnitřní konzistence dimenzí.

6.2. Výsledky použitých měřicích nástrojů na výzkumném souboru

Pro pochopení výsledků můžeme interpretovat použité škály následovně:

- Nízké PCTB = nejnižší zátěž; čím vyšší PCTB, tím větší zátěž
- Nízké PSS = nejmenší stres; čím vyšší PSS, tím větší stres
- Nízké AWLS = nejméně žádoucí výsledek v dané oblasti; čím vyšší AWLS, tím lepší souhlas respondenta s danou oblastí (při použití celkového průměru z průměrů; čím vyšší AWLS, tím lepší celková spokojenost v oblastech pracovního života)

Položkové rozložení škály PSS mezi respondenty bylo následující:

Položka PSS <i>Začátek otázky: „Jak často jste v posledním měsíci...“</i>	zvolená odpověď v %				
	nikdy	téměř nikdy	občas	poměrně často	velmi často
1. ... byl/a rozrušen/a něčím neočekávaným?	2,6	16,7	53,3	21,0	6,4
2. ... měl/a pocit, že nemáte kontrolu nad důležitými věcmi ve svém životě?	12,3	31,6	34,7	16,0	5,4
3. ... se cítil/a nervózní a ve stresu?	3,8	15,8	48,8	21,9	9,7
4. ... věřil/a, že dokážete sebejistě zvládat své osobní problémy? *	2,1	4,2	32,8	45,0	15,8
5. ... Vám připadalo, že jdou věci podle plánu? *	3,1	12,5	35,1	42,5	6,8
6. ... zjistil/a, že nezvládáte všechny věci, které musíte udělat?	7,1	26,2	47,2	14,4	5,2
7. ... cítil/a, že dokážete kontrolovat nepříjemné situace ve svém životě? *	3,1	13,7	47,6	29,7	5,9
8. ... cítil/a, že máte věci pod kontrolou? *	1,2	9,2	35,6	43,6	10,4
9. ... byl/a rozzlobený/á kvůli věcem, které jste nemohl/a ovlivnit?	4,0	17,2	44,8	25,9	8,0
10. ... cítil/a, že se potíže hromadí tak moc, že je nedokážete zvládnout?	15,3	32,5	34,7	12,3	5,2

Tabulka č. 12 *Frekvence odpovědí respondentů ve škále PSS (vlastní zpracování)*

*reverzně kódované položky

80 % respondentů se cítilo v posledním měsíci ve stresu nebo nervózní. Shodná odpověď u více než poloviny respondentů (53,3 %) byla u občasného neočekávaného rozrušení a 78,7 % bylo rozzlobeno z věcí, které nemohli ovlivnit. 56,1 % respondentů mělo za poslední měsíc pocit, že nemají kontrolu nad důležitými věcmi v životě a 52,2 % nedokáže zvládnout hromadící se potíže. Na druhou stranu 83,2 % respondentů dokázalo mít kontrolu nad nepříjemnými situacemi a 78,7 % mít věci pod kontrolou věci.

U měřicího nástroje AWLS budou pro lepší srozumitelnost textu uvedeny průměrné skóry oblastí v porovnání s již proběhlými českými výzkumy.

Oblasti AWLS	AWLS výzkum (Havrdová a Šolcová, 2012)	AWLS v Hospici Tří, Čerčany (Krejčí, J., 2017)	Vlastní výzkum
Vytíženost	3,04	3,34	2,76
Kontrola	3,47	3,63	3,53
Odměny	3,21	3,33	3,02
Vztahy	3,71	3,79	3,34
Spravedlnost	2,88	3,08	3,00
Hodnoty	3,29	3,57	3,42

Tabulka č. 13 Porovnání skóre oblastí AWLS škály ve výzkumech (vlastní zpracování)

V porovnání s ostatními výsledky se průměrné skóry oblastí výrazně neliší až na oblast vytíženosti, která je při skóru 2,76 identifikována jako souboj mezi prací a osobností zaměstnance.

V rámci ověřování hypotéz bylo využito AWLS oblastí vytíženost a vztahy. Z těchto důvodů jsou zde uvedeny tabulky položkového rozložení odpovědí respondentů.

Oblast vytíženost AWLS	zvolená odpověď v %				
	naprosto nesouhlasím	nesouhlasím	těžko říct	souhlasím	naprosto souhlasím
1. Nemám čas na práci, kterou je potřeba udělat.	9,2	39,4	17,5	27,4	6,6
2. Intenzivně pracuji po dlouhá časová období.	4,0	17,2	20,5	46,2	12,0
3. Po práci přijdu domů příliš unavený/á, abych dělal/a věci, které mě baví.	1,9	16,5	17,2	38,0	26,4
4. Mám toho v práci tolik, že nemám čas se věnovat svým osobním zájmům.	5,7	39,6	21,2	23,3	10,1
5. Mám dost času udělat v práci to, co je důležité.	3,3	17,5	15,6	54,2	9,4
6. Když jdu po skončení práce domů, hodím práci za hlavu.	9,7	31,1	16,7	28,1	14,4

Tabulka č. 14 Frekvence odpovědí oblast vytíženost AWLS (vlastní zpracování)

Z frekvence odpovědí vyplývá nadpoloviční souhlas s výroky práce po dlouhé časové období (58,2 %) a vysoká únava po práci (63,4 %). Z výsledků je možné dále vyčíst, že pečovatelé vnímají dostatek času stihnout v práci vše, co je důležité (63,4 %, vč. reverzně položené otázky 48,6 %).

Oblast vztahy AWLS	zvolená odpověď v %				
	<i>naprosto nesouhlasím</i>	<i>nesouhlasím</i>	<i>těžko říct</i>	<i>souhlasím</i>	<i>naprosto souhlasím</i>
1. Lidé si navzájem důvěřují, že zvládnou dané role.	1,9	13,7	26,4	48,1	9,9
2. Jsem členem kvalitního pracovního týmu.	2,1	10,8	16,0	51,4	19,6
3. Členové mého pracovního týmu spolu navzájem spolupracují.	1,7	10,1	14,6	54,7	18,9
4. Členové mého pracovního týmu komunikují otevřeně.	4,5	22,2	24,8	33,7	14,9
5. Nejsem si blízky/á se svými kolegy.	18,2	47,6	21,5	10,6	2,1

Tabulka č. 15 Frekvence odpovědí oblast vztahy AWLS (vlastní zpracování)

Z frekvence odpovědí vyplývá nadpoloviční souhlas s výroky se vzájemnou důvěrou (68 %), být součástí kvalitního pracovního týmu (61 %), včetně vzájemné spolupráce (73,6 %). Je však zajímavé, že téměř čtvrtina pečovateli (24,8 %) nebyla schopna odpovědět na otevřenou komunikaci v týmu a pětina (21,5 %) nebyla schopna odpovědět, zda jsou si blízcí se svými kolegy.

Níže jsou ještě rozebrány frekvence odpovědí z doplňujících otázek v dotazníku. Otázky na spokojenost a motivaci jsou použity v analýze dat s měřicími škálami PCTB, PSS i AWLS. I z tohoto důvodu je potřeba uvést frekvenci odpovědí pro komplexní přehled dat. Navíc je zde uvedena frekvence odpovědí u otázky na úvahu o odchodu ze zaměstnání, která byla použita v analýze dat škály PCTB.

Položky otázek	N	%
Jak jste celkově spokojen/a se svou současnou prací?		
1. rozhodně spokojen/a	169	39,9
2. spíše spokojen/a	166	39,2
3. tak napůl	72	17,0
4. spíše nespokojen/a	15	3,5
5. rozhodně nespokojen/a	2	0,5

Položky otázek	N	%
Do jaké míry se cítíte být motivován/a ve své současné práci?		
1. Cítím se velmi motivován/a.	65	15,3
2. Cítím se docela motivován/a.	154	36,3
3. Nedokážu odpovědět.	122	28,8
4. Cítím se spíše nemotivován/a.	71	16,7
5. Cítím se naprosto nemotivován/a.	12	2,8
Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste odešel/a z tohoto zařízení?		
1. dosud ne	199	46,9
2. ano, ale rozhodl/a jsem se zůstat	128	30,2
3. ano, patrně po nějaké době odejdu, pokud by se mi naskytla vhodná a atraktivní příležitost	75	17,7
4. ano, odejdu, jak jen to půjde, aktivně hledám možnost jiného zaměstnání	22	5,2

Tabulka č. 16 *Frekvence odpovědí – Úvaha o odchodu ze zařízení (vlastní zpracování)*

Z tabulky frekvence odpovědí lze zjistit, že 79,1 % respondentů je spokojeno se současnou prací, a 51,6 % se cítí motivováno v současné práci. Zároveň 28,8 % respondentů nedokázalo odpovědět. Není však možné zjistit, zda například nedokázali odpovědět, protože neznají možnosti organizace na motivování pracovníků, nebo nepochopili položenou otázku. Dosud o odchodu z práce nepřemýšlelo 46,9 % respondentů, dalších 30,2 % uvažovalo, ale rozhodlo se nakonec v daném zařízení zůstat. Pouze 5,2 % hledá aktivně jiné zaměstnání.

6.3. Vztahy mezi instrumenty PCTB, PSS a AWLS

Následující tabulky zachycují korelace mezi vybranými proměnnými z dotazníkového šetření (věk, zdraví, praxe, motivace, spokojenost) a celkovými skóry (PCTB, PSS, AWLS). V první tabulce je celkový skóre škály AWLS, ve druhé pak každá část AWLS zvlášť.

Nejdříve je uvedena tabulka vztahů mezi proměnnými s celkovým skórem škály AWLS.

Proměnné	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Věk	1								
2. Zdraví	,139**	1							
3. Délka praxe v oboru	,361**	,058	1						
4. Délka praxe v zařízení	,352**	,033	,772**	1					
5. Celková spokojenost	,148**	-,242**	,059	,065	1				
6. Motivace	,078	-,198**	,003	,039	,600**	1			
7. AWLS škála	,037	-,196**	,003	-,001	,501**	,566**	1		
8. PCTB škála	-,021	,176**	,104*	,059	-,398**	-,316**	-,329**	1	
9. PSS škála	-,168**	,275**	,012	-,052	-,412**	-,342**	-,308**	,369**	1

Tabulka č. 17 Vztahy mezi vybranými proměnnými (vlastní zpracování)²³

Pro lepší pochopení je níže uvedena tabulka korelací s proměnnými každé oblasti AWLS zvlášť.

²³ Pozn.: korelace je signifikantní na hladině významnosti ** p<0,01; * p<0,05

Proměnné	Věk	Zdraví	Délka praxe v oboru	Délka praxe v org.	Spokojenost	Motivace	PCTB škála	PSS škála	AWLS vyčíženost	AWLS kontrola	AWLS odměny	AWLS vztahy	AWLS spravedlnost	AWLS hodnoty
AWLS vyčíženost	,012	-,194**	-,061	-,039	,347**	,331**	-,165**	-,286**	1					
AWLS kontrola	,063	-,118*	,044	,078	,411**	,447**	-,304**	-,272**	,187**	1				
AWLS odměny	,063	,096*	,020	,039	-,136**	-,138**	,143**	,025	,396**	,010	1			
AWLS vztahy	-,052	-,143**	-,026	-,012	,231**	,233**	-,300**	-,096*	,093	,313**	-,058	1		
AWLS spravedlnost	,006	-,113*	-,038	-,080	,363**	,479**	-,190**	-,163**	,186**	,435**	,497**	,312**	1	
AWLS hodnoty	,055	-,082	,056	,022	,351**	,455**	-,250**	-,202**	,265**	,397**	-,007	,260**	,457**	1

Tabulka č. 18 *Vztahy mezi vybranými proměnnými a AWLS oblastmi (vlastní zpracování)*²⁴

Z první tabulky lze vyčíst, že celkový skóre PCTB škály signifikantně pozitivně koreluje se zdravím, délkou praxe v oboru a celkovým skórem PSS škály. Signifikantně negativně pak s celkovým skórem AWLS škály, celkovou spokojeností a motivací.

Z těchto výsledků lze tedy předpokládat, že:

- s vyšší pocíťovanou mírou zátěže hodnotí respondent svůj zdravotní stav negativněji;
- respondenti, kteří pracují delší dobu v oblasti péče o seniory, pocíťují vyšší míru zátěže;
- respondenti s vyšší pocíťovanou mírou zátěže pocíťují vyšší míru stresu;
- respondenti s nižší pocíťovanou mírou zátěže pocíťují celkově vyšší celkovou spokojenost s prací;
- respondenti s nižší pocíťovanou mírou zátěže pocíťují vyšší motivaci;
- respondenti s nižší pocíťovanou mírou zátěže pocíťují vyšší soulad s pracovními oblastmi v AWLS škále.

Celkový skóre PSS škály signifikantně pozitivně koreluje se zdravím a celkovým skórem PSS škály. Signifikantně negativně koreluje s věkem, celkovou spokojeností, motivací a celkovým skórem AWLS škály.

²⁴ Pozn.: korelace je signifikantní na hladině významnosti ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

To může tedy znamenat, že:

- s vyšší pocíťovanou mírou stresu hodnotí respondent svůj zdravotní stav negativněji;
- respondenti s vyšší pocíťovanou mírou stresu pocíťují vyšší míru zátěže;
- s vyšším věkem klesá pocíťovaná míra stresu (tato korelace je negativní i u PCTB škály, jen není signifikantní);
- respondenti s nižší pocíťovanou mírou stresu pocíťují celkově vyšší celkovou spokojenost s prací;
- respondenti s nižší pocíťovanou mírou stresu pocíťují vyšší motivaci;
- respondenti s nižší pocíťovanou mírou stresu pocíťují vyšší soulad s pracovními oblastmi v AWLS škále.

Celkový skór AWLS škály signifikantně pozitivně koreluje s motivací a spokojeností a signifikantně negativně koreluje se zdravím, což znamená následující:

- respondenti s vyšším skórem v pracovních oblastech pocíťují vyšší celkovou spokojenost s prací;
- respondenti s vyšším skórem v pracovních oblastech pocíťují vyšší motivaci;
- s nižším skórem v pracovních oblastech hodnotí respondent svůj zdravotní stav negativněji.

Tabulka č. 18, která prezentuje průměrný skór oblastí AWLS škály, také ukazuje korelace s celkovou spokojeností a motivací.

6.4. Vliv sociodemografických charakteristik formálních pečovateli na míru zjištěné zátěže a stresu

Následující část porovnává průměry skóre jednotlivých škál na základě úrovní kategorických proměnných. Orientace škál je stejná jako doposud, tzn.:

- Nízké PCTB = nízká zátěž; čím vyšší PCTB, tím větší zátěž
- Nízké PSS = nízký stres; čím vyšší PSS, tím větší stres
- Nízké AWLS = nízký výsledek v dané oblasti; čím vyšší skóre AWLS, tím vyšší souhlas respondenta s danou oblastí (při použití průměru z průměrů; čím vyšší AWLS, tím lepší celková spokojenost v oblastech pracovního života)

Následující tabulky srovnávají průměrné hodnoty na všech třech škálách podle sociodemografických charakteristik. Signifikantní rozdíly jsou opět označeny hvězdičkami.

Níže uvedená tabulka ukazuje rozdíly průměru škál podle pohlaví respondentů.

Proměnná	pohlaví	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
PCTB	Muž	24	1,18	±0,38	F=,275	p=,600
	Žena	400	1,22	±0,40		
PSS	Muž	24	1,70	±0,64	F=,243	p=,600
	Žena	400	1,79	±0,60		
AWLS	Muž	24	3,17	±0,25	F=,484	p=,310
	Žena	400	3,14	±0,31		

Tabulka č. 19 Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle pohlaví respondenta (vlastní zpracování)

Rozdíly v hodnotách ani jedné ze škál se neukazují být signifikantní podle pohlaví. To může být dáno tím, že mezi respondenty je jen velmi malý počet mužů.

Dále je uvedena tabulka rozdílů v průměrech skóre škál podle věku respondentů.

Proměnná	věk	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
PCTB průměr	do 25 let	40	1,24	±0,34	F=2,890	p=,014
	26–35 let	65	1,20	±0,46		
	36–45 let	109	1,27	±0,46		
	46–55 let	153	1,21	±0,34		
	nad 56 let	57	1,13	±0,34		
PSS průměr	do 25 let	40	2,04	±0,53	F=3,208	p=,007
	26–35 let	65	1,92	±0,76		
	36–45 let	109	1,75	±0,54		
	46–55 let	153	1,72	±0,59		
	nad 56 let	57	1,66	±0,50		
AWLS průměr	do 25 let	40	3,09	±0,26	F=,182	p=,969
	26–35 let	65	3,15	±0,31		
	36–45 let	109	3,14	±0,32		
	46–55 let	153	3,15	±0,30		
	nad 56 let	57	3,17	±0,31		

Tabulka č. 20 Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle věku respondenta (vlastní zpracování)

Ukázalo se, že existují signifikantní rozdíly v hodnotách PCTB a PSS škál mezi jednotlivými věkovými skupinami.

Následující tabulka popisuje rozdíly průměru škál podle vzdělání respondentů.

Proměnná	nejvyšší dosažené vzdělání	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
PCTB průměr	základní	28	1,22	±0,44	F=1,514	p=,184
	bez maturity	186	1,22	±0,39		
	s maturitou	154	1,26	±0,39		
	vyšší odborné	18	1,21	±0,50		
	Bc.	15	1,19	±0,34		
	Mgr./Ing.	23	1,01	±0,40		
PSS průměr	základní	28	1,75	±0,64	F=,431	p=,827
	bez maturity	186	1,74	±0,60		
	s maturitou	154	1,82	±0,59		
	vyšší odborné	18	1,76	±0,63		
	Bc.	15	1,83	±0,56		
	Mgr./Ing.	23	1,88	±0,63		
AWLS průměr	základní	28	3,17	±0,38	F=,537	p=,748
	bez maturity	186	3,12	±0,32		
	s maturitou	154	3,13	±0,30		
	vyšší odborné	18	3,15	±0,28		
	Bc.	15	3,30	±0,19		
	Mgr./Ing.	23	3,30	±0,19		

Tabulka č. 21 Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle nejvyššího dosaženého vzdělání respondenta (vlastní zpracování)

Ukázalo se, že neexistují signifikantní rozdíly v hodnotách měřicích škál mezi jednotlivými vzdělanostními kategoriemi.

Další tabulka se věnuje rozdílu průměru škál podle rodinného stavu.

Proměnná	rodinný stav	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
PCTB průměr	svobodná/ý	73	1,23	±0,48	F=,110	p=,954
	vdaná/ženatý	251	1,22	±0,37		
	vdova/vdovec	10	1,28	±0,53		
	rozvedená/ý	90	1,21	±0,41		
PSS průměr	svobodná/ý	73	1,90	±0,66	F=1,234	p=,297
	vdaná/ženatý	251	1,76	±0,57		
	vdova/vdovec	10	1,84	±0,74		
	rozvedená/ý	90	1,73	±0,61		
AWLS průměr	svobodná/ý	73	3,20	±0,29	F=,664	p=,575
	vdaná/ženatý	251	3,24	±0,28		
	vdova/vdovec	10	3,30	±0,53		
	rozvedená/ý	90	3,23	±0,23		

Tabulka č. 22 Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle rodinného stavu respondenta (vlastní zpracování)

Mezi různými rodinnými stavy nebyly nalezeny signifikantní rozdíly v PCTB, PSS či AWLS škále.

V poslední tabulce jsou uvedeny rozdíly průměru škál podle uvedené spokojenosti respondentů se zdravím.

Proměnná	Zdraví	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
PCTB průměr	vynikající	30	1,02	±0,49	F=4,146	p=,003
	velmi dobré	139	1,17	±0,41		
	dobré	187	1,26	±0,35		
	obstojné	62	1,28	±0,40		
	špatné	6	1,55	±0,66		
PSS průměr	vynikající	30	1,52	±0,74	F=9,037	p=,000
	velmi dobré	139	1,65	±0,55		
	dobré	187	1,81	±0,56		
	obstojné	62	2,05	±0,58		
	špatné	6	2,50	±0,79		

Proměnná	zdraví	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
AWLS průměr	vynikající	30	3,26	±0,49	F=1,136	p=,339
	velmi dobré	139	3,19	±0,26		
	dobré	187	3,13	±0,30		
	obstojné	62	3,04	±0,30		
	špatné	6	2,80	±0,24		

Tabulka č. 23 Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle zdraví respondenta (vlastní zpracování)

Existují signifikantní rozdíly v hodnotách PCTB a PSS škál podle toho, jakou odpověď týkající se subjektivního pocitu zdraví respondenti v dotazníku označili.

Porovnání celkových skóre podle nejvíce zatěžujících oblastí

Na závěr bylo provedeno porovnání průměru odpovědí z doplňující otázky „Jakou oblast vnímáte v práci jako nejvíce zatěžující“, ve které bylo možné označit dvě oblasti.

Nejdříve je tedy uvedena tabulka, jež uvádí frekvenci odpovědí v této zmíněné otázce dotazníku.

Odpověď	N	%
Fyzická zátěž spojená s péčí o klienty (manipulace, přesuny atd.)	191	45,0
Psychická zátěž (únava, emoční vyčerpání, ztráta motivace k práci atd.)	160	37,7
Administrativní zátěž (zapisování dokumentace, čtečkování atd.)	124	29,2
Zátěž spojená se vztahy na pracovišti (vztahy na pracovišti, s nadřízeným atd.)	98	23,1
Finanční zátěž (nedostatečné ohodnocení, vysoké náklady na dojezd do práce, nutnost přivýdělnku na DPP/DPČ atd.)	63	14,9
Časová zátěž (nedostatek času na přestávku, přehlcení povinnostmi)	57	13,4
Zátěž spojená s příznaky demence (změny nálad, poruchy paměti, agrese, halucinace atd.)	33	7,8
Zátěž spojená se vztahy s klienty (závislost na pomoci, úmrtí klienta, nedocnění od klienta, těžká spolupráce, schopnost poznat potřeby klienta atd.)	30	7,1
Zátěž spojená s kulturou organizace (hodnoty, ocenění, jistota práce)	23	5,4
Zátěž spojená s aktivitami denního života klienta (hygiena, strava, pomoc při WC atd.)	13	3,1

Tabulka č. 24 Frekvence odpovědí u nejvíce zatěžujících oblastí (vlastní zpracování)

Nejčastěji byly označeny jako nejvíce zatěžující pro respondenty oblasti fyzické a psychické zátěže. Skoro třetina respondentů dále označila oblast administrativní zátěže a téměř čtvrtina respondentů zátěž spojenou se vztahy na pracovišti. Nejméně respondentů označilo oblast spojenou s aktivitami denního života klienta, které jsou pracovní náplní pracovníků v sociálních službách v přímé obslužné péči. Pouze 14,9 % respondentů označilo za nejvíce zatěžující oblast finanční zátěž.

6.5. Prediktory použitých měřicích nástrojů PCTB, PSS a AWLS

Signifikantně predikující proměnné jsou v následujících tabulkách tučně vyznačeny ve sloupci nadepsaném β . O těchto tučně vyznačených proměnných (které v regresi jsou nazývány prediktory) lze říci, že signifikantně predikují to, jakých hodnot nabývá závisle proměnná (tedy jedna ze škál). U signifikantních prediktorů se lze podívat hned na první sloupec nadepsaný B. Tento sloupec ukazuje, jak se změní hodnota škály (závisle proměnné), pokud respondent spadá do dané kategorie nezávisle proměnné, oproti kategorii referenční, která je uvedena v závorce.

Prediktory PCTB	B	95 % CI (B)		SE B	β	t	p
		Dolní	Horní				
Konstanta	1,053	0,853	1,253	0,102		10,359	0,000
Věk (do 25 let)							
26–35 let	-0,069	-0,225	0,088	0,080	-0,062	-0,865	0,388
36–45 let	-0,028	-0,179	0,123	0,077	-0,030	-0,362	0,718
46–55 let	-0,114	-0,261	0,034	0,075	-0,137	-1,510	0,132
nad 56 let	-0,190	-0,362	-0,018	0,087	-0,160	-2,177	0,030
Zdraví (vynikající)							
velmi dobré	0,196	0,037	0,356	0,081	0,231	2,423	0,016
dobré	0,280	0,124	0,436	0,079	0,348	3,522	0,000
obstojné	0,315	0,140	0,489	0,089	0,278	3,550	0,000
špatné	0,590	0,242	0,939	0,177	0,175	3,330	0,001
Délka práce v oblasti péče o seniory (méně než rok)							
1–3 roky	-0,016	-0,233	0,202	0,111	-0,016	-0,142	0,887
4–10 let	0,001	-0,217	0,219	0,111	0,001	0,007	0,994
11–15 let	0,071	-0,166	0,308	0,120	0,064	0,589	0,556
více než 15 let	0,101	-0,151	0,353	0,128	0,100	0,790	0,430
Délka práce v tomto zařízení (méně než rok)							
1–3 roky	-0,003	-0,171	0,165	0,085	-0,003	-0,030	0,976
4–10 let	-0,048	-0,223	0,127	0,089	-0,058	-0,539	0,590
11–15 let	-0,005	-0,230	0,221	0,115	-0,003	-0,040	0,968
více než 15 let	-0,026	-0,259	0,207	0,119	-0,021	-0,218	0,828

Tabulka č. 25 Prediktory PCTB škály (vlastní zpracování)²⁵

²⁵ Pozn. N = 424, R² = 0,094, adj. R² = 0,56, F (17; 406) = 2 469, p < 0,001. Tučně jsou zvýrazněny β -koeficienty signifikantních (p < 0,05) prediktorů.

Tučně jsou zvýrazněny β -koeficienty signifikantních prediktorů. Z tabulky je viditelné, že takové koeficienty jsou u všech kategorií zdravotního stavu a u věku nad 56 let.

Z této lineární regrese lze vyvodit, že ze všech proměnných, které byly do regrese vloženy, signifikantně predikuje hodnotu PCTB škály pouze proměnná zdravotní stav.

Pro pochopení interpretace této lineární regrese je potřeba se podívat do prvního sloupce, kde je uvedeno, že referenční (výchozí) kategorie byla zvolena „člověk s vynikajícím zdravotním stavem“. Hodnota PCTB škály u člověka s výborným zdravotním stavem je stejná jako konstanta hned na prvním řádku (tj. 1,053).

Každý následující řádek zachycuje změnu v PCTB škále oproti této výchozí hodnotě. To znamená, že pokud má člověk velmi dobrý zdravotní stav, jeho hodnota na PCTB škále bude o 0,196 vyšší než u člověka, který svůj zdravotní stav označil jako vynikající (tj. $1,053 + 0,196 = 1,249$).

Pokud má člověk zdravotní stav dobrý, jeho PCTB hodnota bude o 0,280 vyšší než u člověka s vynikajícím zdravotním stavem; pokud má člověk zdraví obstojné, jeho hodnota na PCTB škále bude o 0,315 vyšší oproti člověku s vynikajícím zdravotním stavem, a pokud má člověk zdravotní stav špatný, jeho hodnota na PCTB škále bude o 0,590 vyšší než u člověka s vynikajícím zdravotním stavem (tj. bude to 1,643 oproti 1,053).

Z lineární regrese lze tedy vyvodit, že čím je horší zdravotní stav respondenta, tím vyšší je hodnota skóru na PCTB škále (tedy tím vyšší zátěž).

Stejný výsledek vyšel i v korelační analýze, kde byla signifikantně negativní korelace mezi těmito dvěma proměnnými. Tato regresivní metoda navíc umožnila vidět, které nezávisle proměnné signifikantně predikují tu závislou.

Níže je uvedena tabulka lineární regrese se škálou PSS.

Prediktory PSS	B	95 % CI (B)		SE B	β	t	p
		Dolní	Horní				
Konstanta	1,703	1,411	1,994	0,148		8,188	0,000
Věk (do 25 let)							
26–35 let	-0,204	-0,432	0,024	0,116	-0,123	-1,759	0,049
36–45 let	-0,396	-0,616	-0,176	0,112	-0,289	-3,537	0,000
46–55 let	-0,484	-0,700	-0,269	0,110	-0,388	-4,418	0,000
nad 56 let	-0,531	-0,781	-0,281	0,127	-0,298	-4,172	0,000
Zdraví (vynikající)							
velmi dobré	0,217	-0,015	0,450	0,118	0,170	1,839	0,047
dobré	0,402	0,174	0,629	0,116	0,333	3,471	0,001
obstojné	0,634	0,380	0,887	0,129	0,374	4,905	0,000
špatné	1,105	0,597	1,613	0,258	0,218	4,278	0,000
Délka práce v oblasti péče o seniory (méně než rok)							
1–3 roky	0,103	-0,214	0,421	0,161	0,069	0,640	0,522
4–10 let	0,180	-0,137	0,498	0,161	0,146	1,117	0,265
11–15 let	0,288	-0,057	0,632	0,175	0,172	1,640	0,102
více než 15 let	0,309	-0,058	0,676	0,187	0,203	1,653	0,099
Délka práce v tomto zařízení (méně než rok)							
1–3 roky	-0,072	-0,317	0,173	0,124	-0,054	-0,579	0,563
4–10 let	-0,085	-0,339	0,170	0,130	-0,068	-0,653	0,514
11–15 let	-0,210	-0,540	0,119	0,167	-0,094	-1,255	0,210
více než 15 let	-0,200	-0,540	0,140	0,173	-0,110	-1,157	0,248

Tabulka č. 26 Prediktory PSS škály (vlastní zpracování)²⁶

Interpretace této regrese zůstává stejná jako u té první. Z tabulky je zřejmé, že i tady jako signifikantní prediktor vyšel zdravotní stav, oproti PCTB škále vyšel ale i věk respondenta.

Opět se objevuje, že společně se zhoršujícím se zdravím roste míra stresu a s rostoucím věkem míra stresu klesá.

V lineární regresi s proměnnou AWLS škálou jako závislou proměnnou se jako signifikantní neukázal žádný prediktor. Ani při lineární regresi každé oblasti AWLS zvlášť se neukázal signifikantní prediktor.

²⁶ Pozn.: N = 424, R² = 0,145, adj. R² = 0,110, F (17; 406) = 4,064, p < 0,001. Tučně jsou zvýrazněny β -koeficienty signifikantních (p < 0,05) prediktorů.

6.6. Shrnutí výsledků

Na začátku této empirické části byly stanoveny výzkumné cíle a pracovní hypotézy, které budou v tomto shrnutí výsledků zodpovězeny dle proběhlé analýzy dat.

Jedním z hlavních výzkumných cílů byla validizace české verze měřicí škály Professional Care Team Burden (dále jen PCTB). Tato verze škály dle analýzy dat splňuje kritéria platnosti a spolehlivosti a je vhodná pro hodnocení zátěže formálních pečovatелů. Celková reliabilita české verze PCTB škály ($\alpha = 0,601$) je nižší než rakouská ($\alpha = 0,785$) a turecká verze ($\alpha = 0,752$), nicméně ukazuje uspokojivou vnitřní konzistenci. Faktorová analýza potvrdila tři dimenze měřicího nástroje, tedy organizační, subjektivní a objektivní zátěž.

Psychometrické charakteristiky české verze PCTB škály (12,21; SD \pm 3,995) se zásadně neliší od původního rakouského instrumentu. Jak již bylo zaznamenáno výše u vlastností PCTB škály, liší se pouze průměrný skór vnímaného stresu, který je u českého souboru výrazně vyšší (17,81; SD \pm 6,0) než u rakouského souboru, kde činil 13,0 (\pm 5,9).

Zjištěné rozdíly ve vnímání stresu jsou dále komentovány v diskusní části disertace.

Níže jsou uvedeny celé pracovní hypotézy společně s výsledky analýzy dat, které vedou k podpoře či vyvrácení dané hypotézy.

Pracovní hypotéza 1

Existuje signifikantní vztah mezi výsledky PCTB škály a AWLS nástroje.

Proměnné	AWLS škála	AWLS vyčerpání	AWLS kontrola	AWLS odměny	AWLS vztahy	AWLS spravedlnost	AWLS hodnoty
PCTB škála	-,329**	-,165**	-,304***	,143**	-,300**	-,190**	-,250**

Tabulka č. 27 Korelace PCTB škály s AWLS škálou a daných oblastí zvlášť (vlastní zpracování)²⁷

Z tabulky lze zjistit, že samotná AWLS škála koreluje s PCTB signifikantně negativně (-0,329), jakož i všechny oblasti AWLS zvlášť, kromě oblasti odměny, která jako jediná signifikantně pozitivně koreluje s PCTB škálou.

²⁷ Pozn.: korelace je signifikantní na hladině významnosti **p<0,01; ***p<0,001

Nicméně u oblasti odměn AWLS neexistuje dostatečná vnitřní konzistence ($\alpha = -1,09$), která pravděpodobně poukazuje na chybu. Proto tato signifikance není brána jako validní. Tuto chybu se však nepodařilo odhalit. Nicméně zjištěné výsledky znamenají, že pokud má formální pečovatel nízké hodnoty na AWLS škále, pak pocítuje vysokou zátěž.

Lze tedy vyslovit podporu pro pracovní hypotézu 1.

Pracovní hypotéza 2

2a) Existuje signifikantní vztah mezi vyšší mírou zátěže (vyšší skór PCTB škály) a nižší mírou souladu v oblasti pracovních vztahů (skór AWLS oblast vztahy).

2b) Existuje signifikantní vztah mezi vyšší mírou stresu (vyšší skór PSS škály) a nižší mírou souladu v oblasti pracovních vztahů (skór AWLS oblast vztahy).

2c) Existuje signifikantní vztah mezi vyšší mírou zátěže (vyšší skór PCTB škály) a nižší mírou souladu v oblasti pracovní vyčerpání (skór AWLS oblast vyčerpání).

2d) Existuje signifikantní vztah mezi vyšší mírou stresu (vyšší skór PSS škály) a nižší mírou souladu v oblasti pracovní vyčerpání (skór AWLS oblast vyčerpání).

Korelace mezi průměrem oblasti AWLS vztahy a celé škály PCTB, jež je uvedena v tabulce č. 18, je negativní a signifikantní (-0,3). Mezi oblastí AWLS vztahy a škálou PSS je také signifikantní a je mezi nimi negativní korelace (-0,096), avšak celkem slabá. To znamená, že čím méně je člověk spokojen se vztahy na pracovišti, tím vyšší pocítuje zátěž či stres.

Oblast vyčerpání měřicího nástroje AWLS signifikantně negativně koreluje s PCTB (0,165) a PSS (-0,286), což znamená, že čím více je člověk vyčerpán, tím větší zátěž a stres pocítuje.

Z výsledku lze tedy získat podporu pro všechny dílčí pracovní hypotézy 2.

Pracovní hypotéza 3

3a) *Formální pečovatelé prožívají vyšší míru zátěže (vyšší skór PCTB škály) v domovech pro seniory s kapacitou větší než 100 klientů než formální pečovatelé pracující v domovech pro seniory s nižší kapacitou než 100 klientů.*

3b) *Formální pečovatelé zažívají vyšší míru stresu (vyšší skór PSS škály) v domovech pro seniory s kapacitou větší než 100 klientů než formální pečovatelé pracující v domovech pro seniory s nižší kapacitou než 100 klientů.*

Proměnná	počet klientů	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
PCTB škála	Méně než 100 klientů	259	1,25	±0,41	F=,446	p=,640
	Více než 100 klientů	165	1,18	±0,39		
PSS škála	Méně než 100 klientů	259	1,77	±0,63	F=1,825	p=,177
	Více než 100 klientů	165	1,79	±0,55		

Tabulka č. 28 *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB podle kapacity pracoviště (vlastní zpracování)*

Uvedená tabulka porovnává průměrné hodnoty PCTB a PSS u respondentů, kteří pracují v zařízeních s kapacitou menší, nebo větší než 100 klientů. Výsledky však nejsou signifikantní.

Nebyla nalezena podpora pro pracovní hypotézu 3a) ani 3b).

Pracovní hypotéza 4

4a) *Formální pečovatelé prožívají vyšší míru zátěže (vyšší skór PCTB škály) v soukromých zařízeních než v neziskových zařízeních.*

4b) *Formální pečovatelé prožívají vyšší míru stresu (vyšší skór PSS škály) v soukromých zařízeních než v neziskových zařízeních.*

Proměnná	typ organizace	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
PCTB průměr	Příspěvková	275	1,19	±0,39	F=1,762	p=,154
	Soukromá	65	1,32	±0,36		
	Nezisková	56	1,22	±0,41		
	Církevní	28	1,26	±0,52		
PSS průměr	Příspěvková	275	1,70	±0,58	F=5,634	p=,001
	Soukromá	65	2,03	±0,64		
	Nezisková	56	1,86	±0,63		
	Církevní	28	1,80	±0,53		

Tabulka č. 29 Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB a PSS podle typu organizace (vlastní zpracování)

Z tabulky lze vyčíst srovnání všech čtyř typů organizací s průměry skóre ve škálách PCTB a zároveň také PSS. Typy organizací byly definovány dle právnické osoby – příspěvkové organizace (p. o.), soukromé organizace (s. r. o., a. s.), neziskové organizace (o. p. s., z. s., z. ú., s. d.) a církevní organizace (c. p. o.).

Rozdíly v PSS škále se ukázaly být signifikantní, v PCTB škále však nikoliv. U PSS je výrazně vyšší hodnota stresu u pečovateli pracujících v soukromých zařízeních, které odpovídají právnické formě (s. r. o., a. s.). Lze se tedy domnívat, že vyšší stres prožívají formální pečovateli v soukromých zařízeních než pečovateli pracující v neziskových zařízeních či v příspěvkové organizaci.

Podpora pro hypotézu 4a) nebyla nalezena. Pro hypotézu 4b) byla podpora nalezena u rozdílu skóre škály PSS a formálních pečovateli pracujících v soukromých a neziskových zařízeních.

Pracovní hypotéza 5

5a) Existuje signifikantní vztah mezi délkou praxe formálních pečovateli v jedné organizaci a mírou zátěže (skór PCTB škály).

5b) Existuje signifikantní vztah mezi délkou praxe formálních pečovateli v jedné organizaci a mírou stresu (skór PSS škály).

Proměnná	délka praxe	N	průměr	SD	testová charakteristika	významnost
PCTB škála	<1 rok	57	1,22	±0,46	F=1,549	p=,214
	>1 rok	367	1,22	±0,39		
	<4 roky	178	1,22	±0,39	F=,327	p=,568
	>4 roky	246	1,22	±0,40		
	<10 let	339	1,21	±0,41	F=2,621	p=,106
	>10 let	85	1,26	±0,35		
	<15 let	372	1,21	±0,41	F=4,549	p=,056
	>15 let	52	1,27	±0,3		
PSS škála	<1 rok	57	1,85	±0,57	F=,347	p=,556
	>1 rok	367	1,77	±0,60		
	<4 roky	178	1,81	±0,60	F=,148	p=,701
	>4 roky	246	1,76	±0,60		
	<10 let	339	1,80	±0,60	F=,029	p=,866
	>10 let	85	1,71	±0,61		
	<15 let	372	1,79	±0,59	F=,803	p=,371
	>15 let	52	1,71	±0,66		

Tabulka č. 30 Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB a PSS podle kapacity pracoviště a délky práce v daném zařízení (vlastní zpracování)

Uvedená tabulka č. 30 porovnává průměrné hodnoty PCTB/PSS u formálních pečovateli, kteří pracují v daném zařízení více či méně než 1 rok/4 roky/10 let/15 let. Výsledky však nejsou signifikantní – průměrné hodnoty zátěže a stresu se výrazně neliší.

Nebyla nalezena podpora pro pracovní hypotézu 5a) a 5b).

7. Limity výzkumu

Kvantitativní výzkum měl přinést první poznatky o cílové skupině pečovatelů v domovech pro seniory. Jako první z limitů výzkumu je potřeba zmínit právě volbu kvantitativní metody. V podkapitole o charakteristice výzkumu byla tato volba zdůvodněna. Pro další výzkum je tedy vhodné dané výsledky rozšířit o výstupy z kvalitativní metody, např. hloubkové rozhovory či focus group v domovech pro seniory.

Disertační práce se cíleně zaměřila na pečovatele (pracovníky v sociálních službách přímé obslužné péče) v domovech pro seniory. Z tohoto důvodu byly pro zapojení do výzkumu osloveny pouze domovy pro seniory. Nelze tedy tyto výsledky zobecnit na veškeré pobytové sociální služby pro seniory. Pro další výzkum by bylo zajímavé zahrnout i domovy se zvláštním režimem. Bylo by tak možné porovnat dané služby a hledat případné rozdíly ve výsledcích zvolených měřicích nástrojů. Mimo jiné by bylo vhodné porovnat veškeré poskytované sociální služby pro cílovou skupinu seniorů (např. pečovatelská služba, denní stacionář, odlehčovací služba). Na terénní službu vznikl již výzkum na Slovensku (Katreniakova et al., 2022). V českém prostředí nebyl podobný výzkum dosud realizován.

Jak již bylo zmíněno, výzkum se zaměřil na pečovatele v domovech pro seniory, a nelze tedy výsledky aplikovat na jiné profese formálních pečovatelů, např. na terénní pečovatele, ale i zdravotní sestry nebo rehabilitační a aktivizační pracovníky, kteří jsou nedílnou součástí péče o seniory v sociálních službách a zároveň patří mezi profese formálních pečujících (což bylo argumentováno v teoretické části této disertace).

Sběr dat probíhal ve více vlnách. Pro sběr dat byl primárně zvolen záměrný účelový výběr respondentů, a to z důvodu možnosti využití jasně daných výběrových kritérií pro zajištění vysoké validity PCTB nástroje a schopnosti odpovědět na dané hypotézy. Danými kritérii byla velikost zařízení, zařízení z min. 4 různých krajů v České republice, domovy poskytující kvalitní péči dle značky kvality či dle veřejného mínění (ty byly vybrány technikou snowball jako zařízení poskytující kvalitní péči dle odborníků v oboru), domovy pro seniory bez této značky a zařízení dle typu právnické osoby (státní, soukromá či nezisková organizace). V rámci tohoto záměrně účelového výběru bylo osloveno prvních 30 domovů pro seniory. Ukázalo se však, že do výzkumu se zapojily pouze tři oslovené domovy pro seniory.

Z tohoto důvodu bylo posléze upuštěno od účelového výběru a výběr byl upraven na oslovení všech registrovaných sociálních služeb domov pro seniory. Tato volba byla více časově náročná, avšak jak bylo popsáno ve fázích sběru dat, ani tak nebyl zajištěn dostatek respondentů. Bylo tedy poté ještě navíc využito facebookové skupiny (rozeepsáno níže). Sběr

dat ve více vlnách mohl tedy ovlivnit výsledky respondentů, jelikož neproběhl ve stejném časovém období. Avšak v rámci časových možností a s pokrytím všech 531 domovů pro seniory jiná možnost sběru dat nebyla možná, a proto byl tento limit přijat jako akceptovatelný.

Dalším limitem sběru dat byl jeho průběh během omikronové varianty covidu-19. Nelze však zjistit ani porovnat, zda průběh této vlny ovlivnil vnímání respondentů pozitivně, či negativně. Může se jediné spekulovat.

Dalším limitem může být také zapojení pouze domovů pro seniory, které byly ochotné věnovat čas vyplnění dotazníků. To však vede k predikci, že respondenti měli dostatek času a cítili se motivováni do výzkumu, protože prožívali nižší zátěž a stres oproti jiným poskytovatelům, kteří právě z těchto důvodů neměli kapacitu se zapojit. Právě zvýšený stres a zátěž (včetně napětí v týmu) byly nejčastěji uváděnými důvody nezapojení se do výzkumu. Jak však bylo popsáno výše, sběr dat probíhal v rámci omikronové varianty covidu-19, kdy byla obecně zvýšená zátěž na profese v sociálních a zdravotnických zařízeních. Bylo by tedy vhodné výzkum opakovat v současné situaci, kdy poskytovaná péče v domovech pro seniory není již ovlivněna opatřeními, ale zároveň může být sběr dat ovlivněn stávající inflací a dalšími celosvětovými problémy současné společnosti.

Následující zmíněné limity se týkají sestaveného a použitého dotazníku.

V dotazníku byla položena otázka na úvahu o odchodu ze zařízení. Pro další výzkum by bylo vhodnější položit zároveň otázku na odchod z oboru, která by byla rozvedena o odchod z oboru péče o seniory (změna cílové skupiny), nebo zcela z oboru sociální služeb, či tuto otázku položit otevřeně s možností volné odpovědi. Proto není z výsledku možné zjistit, z jakého důvodu respondenti uvažují o odchodu a zda se jedná pouze o změnu pracoviště, potřebu změny cílové skupiny, nebo celkově o odchod z oboru. Tyto výstupy by mohly přinést potřebné informace pro předcházení odchodů ze zařízení. Lze se domnívat, že tyto údaje by mohly sloužit vedení dané organizace ke zmapování pracovního prostředí a vést tak sekundárně ke zlepšení pracovních podmínek (včetně pracovní náplně) pečovateli v domovech pro seniory.

Dalším limitem výzkumu je chybějící otázka v dotazníku, která by zjišťovala pracovní pozici respondenta. Je pravděpodobné, že se zapojily i jiné profese, přestože bylo s vedením několikrát řečeno, že se jedná o výzkum pouze mezi pečovateli (pracovníky v sociálních službách). To může být limitem zvláště ve výpovědích respondentů, kteří se zapojili prostřednictvím facebookové skupiny. Přestože v textu o zapojení do výzkumu byla výzva jen

pro pracovníky v sociálních službách, není možné zjistit, zda se nezapojily i jiné profese. Skupina se však ve výpovědích výrazně nelišila od ostatních respondentů, a byla tedy nakonec zahrnuta do zkoumaného vzorku.

Zároveň odpovědi respondentů mohou být ovlivněny nepochopením daných otázek. Při odevzdávání dotazníků bylo několikrát od vedoucích pracovníků zmíněno (i od samotných respondentů), že pro kolegy byly dané otázky složité a potřebovali vysvětlení (zvláště ve škále AWLS). Zvláště u použitého měřicího nástroje AWLS došlo k chybě v analýze (např. vnitřní konzistence oblasti odměny, nutné vyřazení otázky z oblasti spravedlnosti), kterou se nepodařilo odhalit. Tato chyba však mohla vzniknout právě při odpovědích respondentů či při přepisu dat.

Dále byla v dotazníku použita uzavřená otázka na délku praxe v oboru a v organizaci. Tato otázka včetně možných odpovědí byla přejata z jiného výzkumu. Nicméně až po ukončení sběru dat bylo vyhodnoceno, že v rámci výzkumu by bylo vhodnější nabídnout menší rozpětí let, nebo nejlépe tuto otázku položit otevřeně, aby každý respondent mohl uvést délku praxe i v měsíčních údajích (např. respondent vyplňoval dotazník ve zkušební době, či se nacházel na pomezí určených položek).

Po shrnutí všech limitů dotazníku je třeba dodat, že sestavený dotazník se cíleně zaměřil pouze na několik faktorů, které mohou ovlivňovat subjektivní vnímání zátěže, stresu či organizační kultury pečovatelů v domovech pro seniory. Existují však i další faktory, které mají na pracovníky vliv, ale nebyly zahrnuty do tohoto výzkumu. Může se jednat o faktory, jež byly ve výzkumu zmíněny, ale nebyly dále zkoumány, např. fyzická zátěž, administrativní zátěž, zátěž spojená s BPSD příznaky a finanční zátěž pečovatelů. Na finanční zátěž se zaměřila studie organizace Jsme MILA, z. s., která již byla zmíněna v teoretické části.

Pro další výzkum by bylo vhodné tento dotazník upravit podle zmíněných limitů a výzkum zopakovat. Mimo jiné by jako doporučení pro organizace bylo vhodné zajistit pravidelné opakování v každém zařízení pro včasnou identifikaci zvýšené úrovně stresu a zátěže. Cílený screening usnadní včasnou intervenci a může sloužit také jako podklad k ročnímu hodnocení pracovníků.

Daný dotazník představuje pouze určité ukazatele a rozhodně nenahrazuje zpětnou vazbu, manažerskou intervizi či hodnoticí nástroje vedoucích pracovníků v domovech pro seniory. Vedoucí pracovník může dotazník brát jako jednu z možných pomůcek pro ucelení představy, jak se jeho podřízený cítí a co vnímá jako problémovou oblast. V rámci rozhovoru s pečovatelem se díky tomuto podkladu může dále doptávat na doplňující potřebné informace

(rozvést odpovědi v dotazníku) a poté plnohodnotně vést hodnocení pracovníka se zaměřením na motivaci a podporu spokojenosti v organizaci, včetně naplánování dalšího vzdělávání (např. na jakou problematiku v jeho profesi je vhodné se zaměřit při vzdělávání).

Po shrnutí všech limitů dotazníku je nutné zmínit, že největším limitem daného dotazníku je sestavení položek pro zjištění korelací, nikoliv však kauzalit. Pro další výzkum je tedy zapotřebí upravit sestavení položek tak, aby bylo možné zjistit příčiny a následky zátěže, stresu či případně vliv organizační kultury. Kauzality by bylo vhodné zároveň zkoumat skrze smíšenou metodu výzkumu.

Na závěr je potřeba zmínit i přednosti tohoto výzkumu, a to je jeho specifické zaměření na vzorek českých formálních pečovatелů, pracovníků v sociálních službách přímé obslužné péče v domovech pro seniory. Řadí se totiž mezi první české příspěvky svého druhu. Z tohoto důvodu lze považovat za limit nemožnost srovnání s dalšími tuzemskými výzkumy. To však lze zároveň vnímat jako výhodu spočívající v popsání nedostatečně probádané oblasti zátěže formálních pečovatелů a profese pečovatелů v domovech pro seniory obecně. Tato oblast má vysokou společenskou důležitost a s ohledem na celosvětovou demografickou situaci je velmi žádoucí věnovat jí zvýšenou pozornost.

Přes výše zmíněné limity lze konstatovat, že získané údaje poprvé představují ucelené údaje o profesi formálních pečovatелů (přesněji pracovníků v sociálních službách) v domovech pro seniory a přinášejí primární výsledky o jejich vnímání zátěže a stresu.

8. Diskuse

Jedním z cílů disertace byla validizace nového měřicího nástroje (škály PCTB), která přinesla kromě ověření jeho validity a reliability také první výsledky v cílové skupině formálních pečovatelů v domovech pro seniory v České republice, konkrétně pracovníků v sociálních službách v přímé obslužné péči. Jednotlivé dimenze PCTB představují různé aspekty profesní zátěže u pracovníků, které jen zčásti souvisejí se stresem.

První dimenze, která byla označena jako organizační zátěž a popisuje obecněji kvalitu pracovního prostředí, úzce koreluje s pracovní spokojeností a motivací. Druhá dimenze pod názvem objektivní zátěž, sdružující položky o specifické zátěži práce se seniory trpícími demencí, koreluje nejvíce se škálou pociťovaného stresu a nijak nesouvisí s pociťovanou motivací k práci nebo s úvahami o odchodu a nepřekvapivě nekoreluje ani s první dimenzí, tedy organizační zátěží. Je možné proto předpokládat, že zjišťuje aspekty práce se seniory s demencí, které nesouvisí s kvalitou pracovního prostředí. Příznaky demence vedou dle zahraničních studií (Song a Oh, 2015; Miyamoto et al., 2010; Holst a Skär, 2017) ke zvýšení vnímané zátěže i ke stresu pečovatelů. Příznaky demence se však v našem výzkumu jako nejvíce zatěžující (zvyšující zátěž či stres) neprokázaly a bylo by vhodné prozkoumat tuto problematiku hlouběji.

Třetí dimenze s názvem subjektivní zátěž také koreluje více s pociťovaným stresem než s položkami pracovní spokojenosti a lze se domnívat, že vyjadřuje určité osobní dovednosti pracovníka, jak zvládat pracovní stres. To potvrzují výzkumy zahraniční (Miyaji et al., 2022; Isaksson et al., 2013; Zeller et al., 2011; Bentwich et al., 2018) i české (Příklopilová, 2019; Horníčková, 2019) zaměřující se na mapování osobních dovedností a individuálních technik odolnosti u pomáhajících profesí.

Celkový skór PCTB škály výzkumného souboru (12,21; $SD \pm 3,9$) se výrazně neliší od zahraničních výzkumů (Auer et al., 2015; Kalanlar a Kuru Alici, 2020a; Katreniakova et al., 2022; Ilesanmi et al., 2020). Českou verzi PCTB škály lze tedy použít jako jednoduchou a rychlou pomůcku při mapování zátěže.

Celkový skór vnímaného stresu v PSS škále je u českého souboru výrazně vyšší (17,81; $SD \pm 6,0$) než u rakouského (Auer et al., 2015), kde činil 13,0 ($SD \pm 5,9$). Důvodů může být více. Rozdíl může odrážet odlišné složení výzkumných souborů (v rakouském výzkumu se jednalo převážně o zdravotní sestry či ošetřovatelky) nebo odlišné podmínky práce v přímé péči. Avšak jako zásadní se ukazuje skutečnost, že celkový skór ve výzkumech pracujících s PSS škálou je dokonce vyšší i v jiných českých výzkumných souborech, např. v běžné populaci nebo mezi vysokoškolskými studenty (Figalová a Charvát, 2021; Brabcová a Kohout,

2018). Celkový skóre PSS škály se obvykle v těchto výzkumech pohyboval mezi 18,01 až 18,59 a v zahraničních výzkumech mezi 13,00 až 13,47 (Auer et al., 2015; Ilesanmi et al., 2020), ale i 18,59 až 19,93 (Kunkle et al., 2023). Tudíž rozdíl v hodnotě stresu může mít původ v kulturních odlišnostech států, nikoliv ve zvýšené míře stresu u respondentů. Nicméně tyto rozdíly by bylo vhodné znovu ověřit v dalším výzkumu.

Sekundárním cílem disertační práce bylo prozkoumat charakteristiky formálních pečovatelských domovů pro seniory, které mohou ovlivnit vnímanou zátěž a stres.

Výsledky výzkumu potvrdily, že nejvíce zatěžující pro formální pečovatele je fyzická (45 %) a psychická zátěž (37,7 %). Dále se ukázalo, že pouze 15 % respondentů zmínilo jako nejvíce zatěžující finanční stránku. To odpovídá i výsledkům zahraničních výzkumů (Muntaner et al., 2006; Hsu et al., 2007), kde finanční zátěž nepředstavovala statisticky významný faktor příčiny pečovatelské zátěže. Avšak finanční situace pečovatelských domovů může ovlivnit jejich spokojenost s pracovním životem a zároveň tak působit na celkovou životní spokojenost a životní standard, který se může měnit v důsledku současné inflace a zvyšování cen energií. Na toto propojení by bylo vhodné zaměřit se při dalším výzkumu.

Ve výzkumu bylo zároveň zjištěno, že se neliší míra vnímaného stresu a zátěže pečovatelských domovů v závislosti na kapacitě zařízení, na rozdíl od zahraničních výzkumů. Výsledky těchto výzkumů poukázaly na snížení stresu a zvýšení kvality pracovního života ve vztahu s velikostí zařízení domova pro seniory (Pekkarinen et al., 2004; Karantzas et al., 2012), příp. velikostí ošetrovatelských jednotek (Adlbrecht et al., 2022; Estabrooks et al., 2011; Palm et al., 2016). Odůvodněním těchto výsledků byla dle autorů zahraniční studie (Pekkarinen et al., 2004) skutečnost, že se velkokapacitní zařízení potýkají s nedostatkem personálu a v důsledku toho se zvýšenou mírou stresu a zátěže.

Výsledky disertačního výzkumu je však nutné vnímat v českých podmínkách. V rámci celospolečenského směru k deinstitucionalizaci se v současné době dává přednost poskytování péče v menších „rodinných“ či komunitních typech zařízení, což bylo popsáno v teoretické části (podkapitola 2.2.5). Přestože se tedy v daném souboru nepotvrdil vztah mezi zátěží a kapacitou domova pro seniory, existuje tendence podpořit vznik rodinných a komunitních domovů pro seniory a hledat jiná alternativní řešení dlouhodobé péče (Malá a Tomeš, 2017; Jaroševská, 2012), aby nebylo nutné realizovat péči o seniory ve velkokapacitních institucionálních zařízeních.

Výsledky také poukazují na vyšší vnímanou zátěž u formálních pečovateli pracujících v soukromém sektoru v porovnání s pečovateli v neziskových zařízeních. To dokazují i zahraniční studie, které zjistily vyšší pracovní spokojenost v neziskovém sektoru (Aeschbacher a Addor, 2018) a nižší fluktuaci personálu v neziskových domovech pro seniory než v soukromém sektoru (Sharma a Xu, 2021).

V soukromých zařízeních, obzvláště v řetězcích seniorských zařízeních, se mohou pracovníci v sociálních službách setkávat s nižším počtem personálu na oddělení, což vede k vyšší zodpovědnosti, větší časové zátěži a sekundárně k vyššímu stresu a zátěži (Mittal et al., 2007; Daly, 2017). To potvrdily i výsledky výzkumu, které poukazují na vyšší vyčerpání (tedy nižší soulad v AWLS oblasti) související s vyšší zátěží a stresem. Zároveň průměrný skóre v oblasti AWLS vyčerpání byl výrazně nižší než u dalších českých studií (Krejčí, 2017; Havrdová et al., 2010). Tento skóre (2,76) výzkumného souboru lze identifikovat jako souboj mezi prací a osobností zaměstnance. Je tedy zřejmé, že vyčerpání formálních pečovateli je alarmující a byla by vhodná důkladná diskuse o standardizaci dostatku personálu (viz podkapitola 2.2.5.), pracovní náplni a rovněž o harmonogramu práce v daných zařízeních.

Výzkum dále poukazuje na významný vliv dobrých vztahů na pracovišti, které velkou měrou podporují snížení stresu a zátěže. Tyto výsledky tak potvrzují již zmíněné výzkumy v teoretické části (van der Heijden et al., 2010; Andela et al., 2021; van Emmerik et al., 2007; Štegmánová et al., 2013; Kunkle et al., 2023; Jirkovská a Janečková, 2019). Dobré vztahy, sociální opora a podpora od kolegů a přímého nadřízeného snižují nejen stres a zátěž, ale výrazně také riziko syndromu vyhoření. Celkově vedou k vyšší pracovní spokojenosti.

Pro hlubší pochopení charakteristik formálních pečovateli byly na závěr zkoumány možné prediktory, které mohou ovlivnit vnímanou zátěž a stres. Z výsledků vyšlo najevo, že míru zátěže predikuje zdravotní stav respondenta a míru stresu predikuje kromě zdraví také jeho věk. Ve výzkumném souboru se dále ukázalo, že délka praxe v jedné organizaci nemá vliv na vnímanou míru stresu a zátěže. Toto stanovisko je zajímavě v rozporu s citovanou literaturou, která konstatuje významný vliv délky praxe v jedné organizaci na zvyšující se stres u ošetrovatelského personálu (Kalanlar a Kuru Alici, 2020b; Muntaner et al., 2006), což může být ovlivněno kulturními odlišnostmi.

Zároveň se ve výzkumu objevil významný vztah (0,772) mezi délkou praxe v oboru a délkou praxe v zařízení, což dokresluje i charakteristiku zkoumaného souboru. Lze tedy předpokládat, že 38 % respondentů (v délce praxe 4–10 let) tohoto výzkumu pracuje ve stejné organizaci, ve které začali svou kariéru jako pracovníci v sociálních službách. Ze zkoumaného

souboru respondentů je tato charakteristika zajímavá a může poukazovat na české kulturní předpoklady této generace, která je zvyklá pracovat v jedné organizaci déle než jiné generace. Nicméně s mladšími generacemi (například generace Y a generace Z) se tato délka práce v jedné organizaci může zkracovat. To je nyní však pouhá spekulace.

Získané prediktory v tomto výzkumu tak navazují na výstupy v zahraniční literatuře, kde byly zjištěny jako nejsilnější prediktory stresu věk a emoční zátěž (Pelissier et al., 2015; Muntaner et al., 2006). Nejsilnějšími prediktory u zátěže byly zjištěny agresivita klientů, odmítání péče a křik (Miyamoto et al., 2010; Vogel et al., 2017). Tyto prediktory zátěže vycházející z behaviorálních příznaků demence nebyly zkoumány v použitém dotazníku, avšak byly zkoumány v rámci průzkumu násilí v sociálních službách v projektu RESTABUS (Kalvach et al., 2022). Výsledky průzkumu byly představeny Pavlem Čáslavem v rámci kulatého stolu „*Proti násilí v sociálních službách*“, který byl již zmíněn v teoretické části. Z tohoto průzkumu vyplynulo zjištění, že v sociálních službách dochází k násilí směřujícímu od klientů k personálu, a to dokonce ve 28 % případů. Důvodem však může být neznalost behaviorálních a psychologických příznaků demence, chybějící metodika v zařízení (jak se má v těchto situacích personál zachovat), nedostatečná kontrola a podpora přímého nadřízeného, ale i nedostatečné vzdělání (ať už z důvodu chybějícího kvalifikačního kurzu, či dlouhodobého vzdělávání), což dokládají i zahraniční výzkumy (Spector et al., 2013; Hu et al., 2022; Song a Oh, 2015). Toto zjištění potvrzuje i výsledek našeho výzkumu, kdy více než polovina respondentů (55,9 %) má obtíže snášet problematické chování klientů. Výzkum se však dále nezabýval šetřením, zda má toto tvrzení souvislost s nedostatečnou edukací či s jinými vlivy.

Na základě získaných výsledků výzkumu a poznatků z praxe lze formulovat několik doporučení pro snížení stresu či zátěže formálních pečovatелů a případně pomoci k vytvoření preventivních opatření v domovech pro seniory. Současná praxe poukazuje na náročnou situaci při zajišťování erudovaného personálu, zvláště kvalitních pečovatелů v domovech pro seniory. Tato praxe vede ke zvýšení nadměrné pracovní zátěže stávajících pečovatелů a jejich nemožnosti věnovat dostatečnou pozornost každému klientovi.

Nedostatkem personálu v dlouhodobé péči dochází k nerovnosti mezi počtem lidí vyžadující péči a počtem těch, kteří jsou schopni tuto péči adekvátně zajistit, což popisuje pojem „care gap“, kterým bylo pojmenováno a označeno jedno z rizik evropské sociální politiky (Jacobs, 2003). V dlouhodobé péči se tento pojem objevuje již přes 20 let, ale zatím je patrné, že současná společnost není připravena reagovat na očekávaný nárůst seniorské populace do roku 2050.

V Británii (Bunting, 2021; Dowling, 2021), ve Skandinávii (Hansen et al., 2023) i obecně v evropské sociální politice (Tinios et al., 2022), včetně sociálně-zdravotní politiky ve Spojených státech (Geyman, 2022), se odborná veřejnost zabývá problematikou krize v péči, avšak v dostupných publikacích předkládají pouze upozornění na nutnou potřebu řešení péče o seniory v budoucnosti. Pro tuzemské podmínky Dragomirecká (2020, str. 32) upozorňuje, že potřebnou péči o seniory nebude možné zabezpečit bez výrazného navýšení kapacity sociálních a zdravotních služeb, zejména terénních, a systémové koordinované podpory neformálním pečujícími osobám.

V zahraničí je nedostatek pečovatelů kompenzován například dobrovolníky jako pomocné síly k formálním pečovatelům (Stølen, 2022), což na české podmínky lze aplikovat pouze omezeně se zaměřením na sociální podporu pečovatelů. Jako další možné řešení pro navýšení personálu se v japonské studii (Sakurai et al., 2021) potvrdilo zaměstnávat asistenty (pomocnou sílu) ve věku nad 60 let, kteří významně snížili vnímanou fyzickou a psychickou zátěž pečovatelů v domovech pro seniory. Tato cílová skupina starších pečovatelů představuje již nyní v praxi českých domovů významnou skupinu formálních pečovatelů, což potvrzuje i charakteristika našeho výzkumného souboru.

Objevují se však také návrhy, které jsou aplikovatelné i na české podmínky. Kromě využití pracovní síly ve vyšším věku může být řešením přizpůsobení pracovního trhu pro matky na rodičovské, ale i větší zapojení rodinných příslušníků do péče o své blízké v seniorském věku nebo zapojení již zmíněných dobrovolníků a také studentů (Daly, 2017).

S vývojem technologie se objevují i snahy o využití robotů v dané oblasti. Sociální roboti, včetně robotů napodobujících domácí mazlíčky (Koh et al., 2022a; 2022b), mají ulehčit práci pečovatelům, převážně v péči o klienty s demencí (Wagner et al., 2022; Wu et al., 2014; Khan, 2022), a snížit tak potřebný počet personálu (Eggleston et al., 2021). K těmto robotům jsou však zatím profesionální pečovatelé skeptičtí a nevnímají je jako podporu oproti rodinným příslušníkům klientů (Wasić et al., 2022). V praxi české společnosti se lze nicméně domnívat, že dokud nebude zajištěna dostatečná osvěta a změněno společenské vnímání pečovatelské profese (jako velice náročné a špatně placené profese), budou se noví pracovníci hledat obtížně i přes zmíněná doporučení.

Dalším možným způsobem podpory formálních pečovatelů je zajištění pravidelného a adekvátního školení dle jejich přání, které jim pomůže rozvíjet jejich dovednosti a znalosti a zároveň tak sníží jejich vnímanou zátěž a stres z důvodu neznalosti např. kognitivních poruch, technik a metod poskytování péče. Zásadní je však také poskytnutí emocionální

a psychologické podpory, a to pomocí individuální či skupinové supervize (včetně nabídky mentoringu a koučinku).

Tato forma podpory však musí probíhat prezenčně, a nikoliv online, což potvrdil i holandský výzkum (Kloos et al., 2017). Ten v rámci evaluace nezjistil žádnou významnou úspěšnost online kurzu well-being a jednoduchých cvičení pro snížení stresu pečovatелů v domovech pro seniory. Dále například kanadský výzkum (Lamothe et al., 2018) přinesl jednu z prvních studií zaměřených na proškolení pečovatелů v metodě mindfulness a poukázal na zlepšení identifikace a přijímání vlastních emocí i emocí klientů a zároveň přinesl snížení vnímaného stresu na pracovišti (po dobu tří měsíců). Pro praxi je vhodné tyto podpory zkoumat, jelikož lze s jistou nadsázkou konstatovat, že spokojený pečovatel znamená spokojený klient.

Pro snížení fyzické zátěže by měl každý poskytovatel zaměřit svou pozornost na implementaci ergonomických opatření a dostatečných kompenzačních pomůcek i s ohledem na měnící se cílovou skupinu klientů v domovech pro seniory. To potvrzuje jak česká literatura (Vévoda et al., 2013; Haškovcová, 2010; Kurucová, 2016), tak i zahraniční výzkumy (Dawson et al., 2007; Suzuki et al., 2016; Kurowski et al., 2014). Finanční situace českých poskytovatelů není však ideální, a tak by bylo vhodné zařadit alespoň pravidelné proškolení pečovatелů ve správném postupu polohování, postupů vertikalizace, přesunů u klientů a zajištění pravidelného cvičení proti bolesti zad pro pečující personál. Pro cílovou skupinu formálních pečovatелů by tedy bylo vhodné ověřit tyto návrhy v dalším výzkumu a přinést tak praktická řešení.

Jako možné preventivní opatření v domovech pro seniory se pro multidisciplinární týmy a odborné týmy ukazuje otevřená komunikace a důraz na spolupráci mezi týmy, ale i na spolupráci s vedením domovů pro seniory. Pravidelná setkávání, skupinové diskuse a povzbuzování vzájemné podpory mohou pomoci pečovatелům sdílet zkušenosti, vyrovnávat se s emocionální zátěží a hledat společné řešení problémů.

Právě tento vytvořený prostor může podpořit inovace, vzájemné učení a zlepšování pracovních podmínek. To potvrzují jak české výzkumy (Štegmannová et al., 2013; Jirkovská, 2016; Havrdová a Šolcová, 2012), tak i zahraniční. Například Siegel (2023) ve své studii upozorňuje kromě již zmíněné otevřené komunikace na posílení postavení pečovatелů (a posílení jejich možnosti zapojit se do rozhodovacích procesů), na změnu stylu vedení (s doporučením na koučovací styl vedení) a větší zapojení rodinných příslušníků klientů do procesů péče. Kromě již zmíněných podnětů by se dle Siegel měly vzdělávací programy zacílit také na manažerské dovednosti, aby tak umožnily budoucím pracovníkům v péči zaplnit

i zásadní mezeru ve vedení domovů pro seniory. Tyto mezery však vznikají z důvodu vysoké fluktuace, která je způsobena i syndromem vyhoření u vedoucích ze středního managementu (Wilson, 2018). Tato doporučení by bylo vhodné aplikovat i v praxi českých domovů, v nichž je současný kariérní růst pečovatelů téměř nulový, navíc tato doporučení mohou podpořit jejich postavení a spolu s dostatečným vzděláním podpořit jejich profesi jako významnou odbornost.

Je důležité si však uvědomit, že konkrétní doporučení by měla být přizpůsobena specifickým podmínkám a potřebám každého domova pro seniory. Komplexní přístup, který zahrnuje veškerá vypsaná doporučení i zaměření se na udržení či zlepšení zdravé organizační kultury, je klíčový pro snižování zátěže pečovatelů a pro zajištění kvalitní přímé péče o seniory.

Závěr

Předkládaná disertační práce se zabývala zátěží formálních pečovatелů, v této práci přesněji pracovníků v sociálních službách v přímé obslužné péči v domovech pro seniory. Nejprve byly vymezeny a charakterizovány základní pojmy – teoretický konstrukt pojmu formální pečovatel, zátěž profesionálních pečovatелů. Následoval teoretický popis měřicích nástrojů využitých v kvantitativní fázi výzkumu; Professional Care Team Burden Scale, Perceived Stress Scale a Areas of Worklife Survey.

V metodologické části byly vytyčeny hlavní výzkumné cíle, otázky a hypotézy. Dále byl vysvětlen design výzkumu, sběr dat, včetně objasnění etických zásad daného výzkumu. V analytické části byly popsány hlavní výsledky výzkumu. Tyto výsledky byly poté shrnuty, včetně uvedení limitů daného výzkumu. V závěru byly výsledky výzkumu argumentovány společně s výstupy z teoretické části a byly interpretovány v diskusní části.

Jedním z hlavních výzkumných cílů byla teoretická konceptualizace formálních pečovatелů a jejich možné zátěže. Tato konceptualizace měla za cíl komplexní popis dané profese, které se dosud v českých výzkumech a obecně v oboru sociální práce nevěnuje dostatečná pozornost. Z této konceptualizace byla sestavena zároveň definice zátěže formálních pečovatелů jako nesoulad mezi požadavky a nároky na jedné straně, které vyplývají z poskytování péče u nesoběstačného seniora (včetně požadavků od rodinných příslušníků a zaměstnavatele), a na straně druhé mezi zodpovědností a odbornou znalostí pracovníka v sociálních službách pracujícího v domově pro seniory.

Dalším výzkumným cílem byla validizace měřicího nástroje Professional Care Team Burden Scale na výzkumném souboru pečovatелů v domovech pro seniory, která byla provedena v analytické části disertační práce a zároveň byla publikována v článku pro časopis Sociální práce/Sociálna práca.

Pro validizaci měřicího nástroje proběhl kvantitativní výzkum, kterého se zúčastnilo 424 respondentů, pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory. Analýza dat přinesla ověření platnosti a spolehlivosti PCTB škály jako vhodného měřicího nástroje pro hodnocení zátěže formálních pečovatелů v České republice. Celková reliabilita české verze škály PCTB ($\alpha = 0,601$) je nižší než rakouská ($\alpha = 0,785$) a turecká verze ($\alpha = 0,752$), nicméně vykazuje uspokojivou vnitřní konzistenci. Faktorová analýza potvrdila tři dimenze měřicího nástroje, tedy organizační, subjektivní a objektivní zátěž. Psychometrické charakteristiky české verze PCTB (celkový skór 12,21; SD \pm 3,995) se zásadně neliší od původního rakouského instrumentu.

Měřicí nástroj PCTB může pomoci reflektovat narůstající množství zátěže u pomáhající profese poskytující péči o seniory, a tak jeho využití ve výzkumech bude stále smysluplné a potřebné. Další výzkum měřicího nástroje PCTB by měl rozšiřovat možnosti jeho užití v různých profesích (mezi ostatními profesemi formálních pečujících) a mohl by se kombinovat s dalšími konstrukty zaměřujícími se na podobnou oblast, jako je například stres, syndrom vyhoření, resilience.

Z analýzy dat byly zároveň zodpovězeny výzkumné otázky. Tyto otázky byly zkoumány skrze položené pracovní hypotézy, které poukázaly na určité proměnné, jež mohou přiblížit vnímání zátěže profesionálních pečovatelů.

K zodpovězení první výzkumné otázky, jež zjišťovala zatěžující pracovní oblasti, se ukázalo, že formální pečovatelé, kteří dosahují nízkého souladu s oblastmi pracovního života v měřicím nástroji AWLS, pociťují vyšší zátěž i vyšší stres. Jako zásadní oblasti se ukázaly vyčerpání pečovatelů (tedy vysoká intenzita práce a pocity únavy) a vztahy na pracovišti.

V odpovědích na druhou výzkumnou otázku, která zkoumala charakteristiky domova pro seniory, se potvrdila hypotéza, že formální pečovatelé pracující v soukromých zařízeních prožívají vyšší stres a zátěž než formální pečovatelé pracující v neziskových zařízeních. Kapacitní velikost domova pro seniory nebyla potvrzena jako ovlivňující charakteristika.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jaké sociodemografické charakteristiky respondentů ovlivňují míru naměřeného stresu a zátěže. Jako prediktor ke zvyšování míry pociťované zátěže se ukázal subjektivní zdravotní stav, u pociťované míry stresu byl zjištěn zdravotní stav a věk respondenta. Jiné charakteristiky pečovatelů nebyly ověřeny jako ovlivňující.

Po shrnutí výše uvedených významných poznatků je zřejmé, že tato disertační práce dokládá již profesně známé skutečnosti, které však dosud nebyly komplexně popsány a výzkumně podloženy. Tyto skutečnosti potvrzují, že současný stav profese pracovníků v sociálních službách v přímé obslužné péči v domovech pro seniory je tristní.

Tato náročná profese, včetně požadavků s ní spojených (ať už se jedná o kompetence, znalosti, vzdělání, empatii, laskavost, lidskost a další osobnostní nároky), není společensky uznávaná ani dostatečně finančně ohodnocená. Navíc tato profese přináší psychickou a fyzickou zátěž, na kterou zaměstnavatelé nedokážou včas reagovat preventivními opatřeními (obvykle z finančních důvodů) ani nezvládnou zajistit rozsáhlou nabídku benefitů pro podporu svých zaměstnanců.

Zároveň při vysoké poptávce po této profesi je potřeba přenastavit současné podmínky, aby byla pro zájemce více atraktivní. Například legislativně ukotvit možnost dřívějšího odchodu do důchodu, zvýšit vstupní práh do sociálních služeb (v ideálním případě zavést podmínku dokončení kvalifikačního kurzu před vstupem do sociální služby nebo alespoň základní část kurzu) a případně upravit podmínky pro vstup do sociálních služeb (například podmínku čistého trestního rejstříku, flexibilnější možnosti pracovní doby).

Tato disertační práce si stanovila za neformální cíl zvýšit povědomí o práci formálních pečovatелů a přispět alespoň malým dílem k tolik potřebné osvětě o této nepostradatelné profesi.

Dílčí části disertační práce byly proto v průběhu doktorského studia prezentovány prostřednictvím publikovaných článků, prezentacemi na mezinárodních konferencích a diskusemi s odborníky sociální práce a sociální politiky. Záměrem autorky práce je získané výsledky a závěry disertace dále publikovat a prezentovat.

Právě důležitost a potřebnost profese a s tím spojená osvěta významu této profese je v současné chvíli primární pro možnou komplexní diskusi k novele zákona o sociálních službách a ke vzniku profesního zákona o sociálních pracovnících a pracovnících v sociálních službách a ke vzniku profesní komory.

Použitá literatura

ABE, Koji et al., 2015. A New Simple Score (ABS) for Assessing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of The Neurological Sciences* [online]. 350(1–2), 14–17 [cit. 2019-11-23]. ISSN 0022-510X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.01.029>

ADAMS, James G. a Ron M.WALLS, 2020. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* [online]. 323(15), 1439 [cit. 2021-02-28]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>

ADLBRECHT, Laura, Tamara NEMETH, Florian FROMMLET et al., 2022. Engagement in Purposeful Activities and Social Interactions amongst Persons with Dementia in Special Care Units Compared to Traditional Nursing Homes: An Observational Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 36(3), 650–662 [cit. 2023-08-17]. ISSN 0283-9318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.13017>

AESCHBACHER, Remo a Véronique ADDOR, 2018. Institutional Effects on Nurses' Working Conditions: A Multi-Group Comparison of Public and Private Non-Profit and For-Profit Healthcare Employers in Switzerland. *Human Resources for Health* [online]. 16(1), 58 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1478-4491. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0324-6>

ÅKERMAN, Sarah et al., 2021. The Expert Caregiver Intervention Targeting Former Caregivers in Finland: A Co-Design and Feasibility Study Using Mixed Methods. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 18(19), 10133 [cit. 2023-01-10]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph181910133>

ALBERS, Gwenda, Lieve VAN DEN BLOCK a Robert VANDER STICHELE, 2014. The Burden of Caring for People With Dementia at the End Of Life in Nursing Homes: A Postdeath Study among Nursing Staff. *International Journal of Older People Nursing* [online]. 9(2), 106–117 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1748-3735. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/opn.12050>

ALZHEIMER EUROPE, 2019. *Dementia in Europe, Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. Luxembourg: Alzheimer Europe. ISBN 978-99959-995-9-9.

ANDELA, Marie, Didier TRUCHOT a Virginie HUGUENOTTE, 2021. Work Environment and Elderly Abuse in Nursing Homes: The Mediating Role of Burnout. *Journal of Interpersonal Violence* [online]. 36(11–12), 5709–5729 [cit. 2023-03-06]. ISSN 1552-6518. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0886260518803606>

APSS ČR, 2015. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR* [online]. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. [cit. 2023-04-30]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/Doporučený_standard_FINAL\(2\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Doporučený_standard_FINAL(2).pdf)

APSS ČR, 2021. *Analýza segmentu sociálních služeb* [online]. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. [cit. 2023-01-09]. ISBN 978-80-883-6111-4. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/analyza-segmentu-socialnich-sluzeb.pdf>

APSS ČR, 2023. *APSS ČR přichází s návrhem na změnu kvalifikačních kritérií pro PSS*. [online]. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. [cit. 2023-07-09]. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/asociace/aktuality/apss-cr-prichazi-s-navrhem-na-zmenu-kvalifikacnich-kriterii-pro-pracovniky-v-socialnich-sluzbach>

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR, 2017. *Armstrong's Handbook Of Human Resource Management Practice (Fourteenth)*. London: Kogan Page. ISBN 978-07-494-9827-7.

ARNOLD, John, Joanne SILVESTER, Fiona PATTERSON, Ivan ROBERTSON et al., 2005. *Work Psychology: Work Psychology Understanding Human Behaviour in the Workplace*. Philadelphia: Trans-Atlantic Publications. ISBN 978-12-920-6340-9.

AUER, Stefanie, Elmar GRAESSEL, Carmen VIERECKL et al., 2015. Professional Care Team Burden (PCTB) Scale – Reliability, Validity and Factor Analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 13(1), 17 [cit. 2019-11-03]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0199-8>

AUER, Stefanie, Elisabeth LINSMAYER a Anna BERÁNKOVÁ, 2017. DEMDATA: The Austrian-Czech Institutional Long Term Care Project – Design and Protocol of a Two-Centre Cross Sectional Study. *BioMed Central (BMC) Health Services Research* [online]. 17(1), 296 [cit. 2021-07-16]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2244-x>

- AUER, Stefanie, Margit HÖFLER, Elisabeth LINSMAYER, Anna BERÁNKOVÁ et al., 2018. Cross-Sectional Study of Prevalence of Dementia, Behavioural Symptoms, Mobility, Pain and Other Health Parameters in Nursing Homes in Austria and the Czech Republic: Results from the DEMDATA Project. *BioMed Central (BMC) Geriatrics* [online]. 18(1), 178 [cit. 2021-07-17]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0870-8>
- BAGAROVÁ, Simona, 2023. *Jak zlepšit podmínky pro výkon pečovatelské profese* [online]. Sociální práce. [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://socialniproce.cz/nezarazene/jak-zlepsit-podminky-pro-vykon-pecovatelske-profese/>
- BANERJEE, Sube, 2009. *The Use of Antipsychotic Medication for People with Dementia: Time for Action* [online]. Alaska: Law Project For Psychiatric Rights. [cit. 2023-01-23]. Dostupné z: <https://psychrights.org/research/digest/nlps/banerjeereportongeriatricneurolepticuse.pdf>
- BÁŠTĚCKÁ, Barbora, 2022. *Sociální práce je v neziskovém sektoru ohodnocena hůře než ve státním*. [online]. Praha: Svět neziskovek, z. ú. [cit. 2023-05-14]. Dostupné z: <https://svetneziskovek.cz/aktualne-z-nezisku/socialni-prace-je-v-neziskovem-sektoru-ohodnocena-hure-nez-ve-statnim-kampan-stejna-odmena-to-ma-zmenit>
- BATISTA, Marina Picazzio Perez et al., 2014. Formal Caregivers of Older Adults: Reflection about Their Practice. *Revista de Saude Publica* [online]. 48(5), 732–738. ISSN 0034-8910. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005270>
- BEDNÁŘ, Vojtěch, 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4211-3.
- BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ, 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-169-0.
- BENTWICH, Miriam Ethel et al., 2018. „I Treat Him as a Normal Patient”: Unveiling the Normalization Coping Strategy Among Formal Caregivers of Persons With Dementia and Its Implications for Person-Centered Care. *Journal Of The Transcultural Nursing Society* [online]. 29(5), 420–428 [cit. 2021-07-18]. ISSN 1552-7832. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1043659617745137>
- BERKHOUT, Afke, Nicolle BOUMANS a Gerard VAN BREUKELEN, 2004. Resident-Oriented Care in Nursing Homes: Effects on Nurses. *Journal of Advanced Nursing* [online].

45(6), 621–632 [cit. 2023-01-05]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <https://doi.org/10.1046/J.1365-2648.2003.02956.x>

BEYNON, Cynthia, Rebekah PERKINS a Linda EDELMAN, 2020. Breaking Down Stigma: Honoring Nursing Home Staff During COVID-19. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 46(8), 5–5 [cit. 2022-07-17]. ISSN 0098-9134. Dostupné z: <https://doi.org/10.3928/00989134-20200707-04>

BLANCO-DONOSO, Luis Manuel, Jennifer MORENO-JIMÉNEZ, Laura GALLEGO-ALBERTO a Alberto AMUTIO, 2022. Satisfied as Professionals, but also Exhausted and Worried!!: The Role of Job Demands, Resources and Emotional Experiences of Spanish Nursing Home Workers During The COVID-19 Pandemic. *Health & Social Care in the Community* [online]. 30(1), e148–e160 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1365-2524. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/hsc.13422>

BOAMAH, Sheila A. a Heather LASCHINGER, 2016. The Influence of Areas of Worklife Fit and Work-Life Interference on Burnout and Turnover Intentions Among New Graduate Nurses. *Journal of Nursing Management* [online]. 24(2), 164–174 [cit. 2023-07-28]. ISSN 1365-2834. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jonm.12318>

BOM, Judith, Pieter BAKX, Frederik SCHUT a Eddy VAN DOORSLAER, 2018. The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist* [online]. 59(5), e629–e642 [cit. 2023-01-10]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/gny137>

BRADY, Henry a David COLLIER, 2010. *Rethinking Social Inquiry Diverse Tools, Shared Standards*. Lanham: Rowman & Littlefield. ISBN 978-1-4422-0344-0.

BRUŠTÍKOVÁ, Radka, 2017. *Měřicí nástroje zátěže pečovatele*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Jana KONEČNÁ.

BRYMAN, Alan a Duncan CRAMER, 2011. *Quantitative Data Analysis with IBM SPSS 17, 18 & 19*. Hove: Routledge. ISBN 978-045-7918-6.

BUNTING, Madeleine, 2021. *Labours of Love: The Crisis of Care*. London: Granta. ISBN 978-17-837-8381-6.

BURŠÍKOVÁ BRABCOVÁ, Dana a Jiří KOHOUT, 2018. Psychometrické ověření české verze škály vnímaného stresu. *E-psychologie* [online]. 12(1), 37–52 [cit. 2022-12-03]. Dostupné z: http://e-psycholog.eu/pdf/bursikova-brabcova_kohout.pdf

CASTLE, Nicholas G. a John ENGBERG, 2006. Organizational Characteristics Associated with Staff Turnover in Nursing Homes. *The Gerontologist* [online]. 46(1), 62–73 [cit. 2023-01-22]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/46.1.62>

CEREJEIRA, Joaquim, Luísa LAGARTO a Elizabeta Blagoja MUKAETOVA-LADINSKA, 2012. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Frontiers in Neurology* [online]. 3, 73 [cit. 2021-04-04]. ISSN 1664-2295. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fneur.2012.00073>

CÍSAŘ, Ondřej, 2016. *Jak na výzkum v sociálních vědách?* [online]. Univerzita Karlova a Akademie věd ČR. [cit. 2023-06-22]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1423/jaro2016/GEN507/um/cisar_jak_na_vyzkum.pdf

CLAUSEN, Thomas, Lars L. ANDERSEN, Andreas HOLTERMANN a Anette F.B. JORGENSEN, 2013. Do Self-Reported Psychosocial Working Conditions Predict Low Back Pain after Adjustment for Both Physical Work Load and Depressive Symptoms? A Prospective Study Among Female Eldercare Workers. *Occupational and Environmental Medicine* [online]. 70(8), 538–544 [cit. 2023-01-20]. ISSN 1351-0711. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/oemed-2012-101281>

COHEN, Sheldon, Tom KAMARCK a Robin MERMELSTEIN, 1983. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior* [online]. 24(4), 396–466 [cit. 2023-01-17]. ISSN 0022-1465. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6668417>

COHEN, Sheldon a Gail WILLIAMSON, 1988. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. *The Social Psychology of Health* [online]. 13, 31–67 [cit. 2023-01-23]. ISBN 978-08-039-3162-x. Dostupné z: <https://doi.org/psycinfo/1988-98838-002>

COHEN-MANSFIELD, Jiska, 1995. Stress in Nursing Home Staff: A Review and a Theoretical Model. *Journal of Applied Gerontology* [online]. 14(4), 444–466 [cit. 2023-01-22]. ISSN 0733-4648. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/073346489501400406>

COOGLE, Constance L., Colleen A. HEAD, Iris A. PARHAM a Stephanie ZEMAN, 2010. Person-Centered Care and the Workforce Crisis: A Statewide Professional Development

Initiative. *Educational Gerontology* [online]. 30(1), 1–20 [cit. 2023-06-23]. ISSN 1521-0472. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/03601270490248428>

CUMMINGS, Jeffrey L. et al., 1994. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. *Neurology* [online]. 44(12), 2308–2308 [cit. 2021-07-16]. ISSN 0028-3878. Dostupné z: <https://doi.org/10.1212/WNL.44.12.2308>

CZUBA, Karol, 2015. *Understanding formal caregivers and work stress An interpretive description study* [online]. Diplomová práce. Auckland: Auckland University of Technology. Vedoucí práce Nicola M. KAYES [cit. 2019-11-03]. Dostupné z: <https://openrepository.aut.ac.nz/server/api/core/bitstreams/ba1bb670-c1c3-42bc-8d28-aa5e1ff887a2/content>

ČSÚ, 2018. *Projekce obyvatelstva České republiky 2018-2100* [online]. Český statistický úřad. [cit. 2023-01-09]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky

ČSÚ, 2021. *Průměrné mzdy - 4. čtvrtletí 2020* [online]. Český statistický úřad. [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-4-ctvrtleti-2020>

DALY, Tamara, 2017. *Care Gaps and Gendered Care Work in Long-Term Care Facilities* [online]. Montreal: Conference: Organization for the Study of Sex Differences. [cit. 2023-08-16]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/334431692_Care_Gaps_and_Gendered_Care_Work_in_Long-Term_Care_Facilities

DANDOVÁ, Eva, 2019. *Meze psychické zátěže a stresu na pracovišti* [online]. BOZP profi. [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: https://www.bozpprofi.cz/33/meze-psychicke-zateze-a-stresu-na-pracovisti-uniqueidgOkE4NvrWuOKaQDKuox_ZzhbfdUc0YJL86iZIRC5-dg/

DAWSON, Anna P., Skye N. MCLENNAN, Stefan D. SCHILLER, Gwendolen A. JULL et al., 2007. Interventions to Prevent Back Pain and Back Injury in Nurses: A Systematic Review. *Occupational and Environmental Medicine* [online]. 64(10), 642–650 [cit. 2023-01-19]. ISSN 1351-0711. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/oem.2006.030643>

DHAINI, Suzanne R., Franziska ZÚÑIGA, Dietmar AUSSERHOFER a Michael SIMON, 2016. Care Workers Health in Swiss Nursing Homes and Its Association With Psychosocial Work Environment: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*

[online]. 53, 105–115 [cit. 2023-01-20]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>

DIEHL, Elisabeth, Sandra RIEGER, Stephan LETZEL a Anja SCHABLON, 2020. Health and Intention to Leave the Profession Of Nursing - Which Individual, Social and Organisational Resources Buffer the Impact of Quantitative Demands? A cross-sectional study. *BioMed Central (BMC) Palliative Care* [online]. 19(1), 83 [cit. 2023-01-22]. ISSN 1472-684X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00589-y>

DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum Press. ISBN 978-80-246-2619-2.

DONNELLY, James H., James L. GIBSON a John M. IVANCEVICH, 1997. *Management*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-422-3.

DONOGHUE, Christopher a Nicholas G. CASTLE, 2009. Leadership Styles of Nursing Home Administrators and their Association with Staff Turnover. *The Gerontologist* [online]. 49(2), 166–174 [cit. 2023-01-22]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/gnp021>

DOWLING, Emma, 2021. *The Care Crisis: What Caused It and How Can We End It?* London: Verso. ISBN 978-17-866-3034-6.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2020. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4598-8.

DUDOVÁ, Radka, 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-182-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Adéla MOJŽÍŠOVÁ, 2019. Modern Trends in the Care of Seniors in the Residential Facilities of the Social Services. *Kontakt* [online]. 21(1), 93–97 [cit. 2023-01-22]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2018.002>

DVOŘÁKOVÁ, Martina, 2022. *Jak zlepšit podmínky pro výkon pečovatelské profese v pobytových zařízeních* [online]. Jiskříme [cit. 2022-11-22]. Dostupné z:

https://www.jiskrime.cz/wp-content/uploads/2022/10/Mila_pecovatele22_zprava_FINALE.pdf

EDVARDSSON, David, Deirdre FETHERSTONHAUGH, Linda MCAULIFFE et al., 2011. Job Satisfaction Amongst Aged Care Staff: Exploring the Influence of Person-Centered Care Provision. *International psychogeriatrics*[online]. 23(8), 1205–1212 [cit. 2023-01-20]. ISSN 1741-203X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1041610211000159>

EDVARDSSON, David, Per-Olof SANDMAN a Lena BORELL, 2014. Implementing National Guidelines for Person-Centered Care of People with Dementia in Residential Aged Care: Effects on Perceived Person-Centeredness, Staff Strain, and Stress of Conscience. *International Psychogeriatrics* [online]. 26(7), 1171–1179 [cit. 2023-06-23]. ISSN 1741-203X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1041610214000258>

EGGLESTON, Karen, Yong Suk LEE a Toshiaki IIZUKA, 2021. *Robots and Labor in the Service Sector: Evidence from Nursing Homes* [online]. Social Science Research Network (SSRN) Electronic Journal. [cit. 2023-08-17]. ISSN 1556-5068. Dostupné z: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3763850>

ELOVAINIO, Marko et al., 2015. Job Demands and Job Strain as Risk Factors for Employee Wellbeing in Elderly Care: An Instrumental-Variables Analysis. *The European Journal of Public Health* [online]. 25(1), 103–108 [cit. 2021-03-07]. ISSN 1101-1262. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku115>

ENGSTRÖM, Maria, Bernice SKYTT a Annika NILSSON, 2011. Working Life and Stress Symptoms among Caregivers in Elderly Care with Formal and No Formal Competence. *Journal of Nursing Management* [online]. 19(6), 732–741 [cit. 2023-01-27]. ISSN 0966-0429. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01270.x>

ERIKSEN, Willy et al., 2004. Work Factors as Predictors of Intense or Disabling Low Back Pain; A Prospective Study of Nurses' Aides. *Occupational and Environmental Medicine* [online]. 61(5), 398 [cit. 2023-01-19]. ISSN 1351-0711. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/OEM.2003.008482>

ERMAK, Lisa, 2014. *Beating the Burnout: Nurses Struggle with Physical, Mental and Emotional Exhaustion at Work* [online]. National Nurses United. [cit. 2021-04-04].

Dostupné z: <https://www.nationalnursesunited.org/news/beating-burnout-nurses-struggle-physical-mental-and-emotional-exhaustion-work>

ESTABROOKS, Carole A., Debra G. MORGAN, Janet E. SQUIRES et al., 2011. The Care Unit in Nursing Home Research: Evidence in Support of a Definition. *BioMed Central (BMC) Medical Research Methodology* [online]. 11(1), 46 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1471-2288. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-46>

FIABANE, Elena, Ines GIORGI, Cinzia SGUAZZIN a Piergiorgio ARGENTERO, 2013. Work Engagement and Occupational Stress in Nurses and Other Healthcare Workers: The Role of Organisational and Personal Factors. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 22(17–18), 2614–2624 [cit. 2023-07-28]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/JOCN.12084>

FIGALOVÁ, Nikol, 2019. *Překlad a psychometrické vlastnosti české verze Škály vnímaného stresu*. Diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta. Vedoucí práce Miroslav CHARVÁT.

FIGALOVÁ, Nikol a Miroslav CHARVÁT, 2021. The Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in the Czech Republic. *Československá Psychologie* [online]. 65(1), 46–59 [cit. 2022-12-03]. ISSN 1804-6436. Dostupné z: <https://doi.org/10.51561/CSPSYCH.65.1.46>

FINKEL, Stefanie I., Jorge COSTA E SILVA, Gene COHEN et al., 1997. Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia: A Consensus Statement on Current Knowledge and Implications for Research and Treatment. *International Psychogeriatrics* [online]. 8(S3), 497–500 [cit. 2023-01-23]. ISSN 1041-6102. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1041610297003943>

FLESNER, Marcia K., 2009. Person-Centered Care and Organizational Culture in Long-term Care. *Journal of Nursing Care Quality* [online]. 24(4), 273–276 [cit. 2023-01-22]. ISSN 1057-3631. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181b3e669>

FOOT, Margaret a Caroline HOOK, 2002. *Personalistika*. Praha: Computer Press. ISBN 80-7226-515-6.

FROM, Ingrid, Bodil WILDE-LARSSON, Gun NORDSTRÖM a Inger JOHANSSON, 2015. Formal Caregivers' Perceptions of Quality of Care for Older People: Associating Factors.

BioMed Central (BMC) Research Notes [online]. 8(1), 623 [cit. 2019-11-03]. ISSN 1756-0500. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1597-7>

GANDHI, Ashvin, Huizi YU a David C. GRABOWSKI, 2021. High Nursing Staff Turnover in Nursing Homes Offers Important Quality Information. *Health affairs* [online]. 40(3), 384–391 [cit. 2023-01-22]. ISSN 1544-5208. Dostupné z: <https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.2020.00957>

GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

GEYMAN, John, 2022. *The Future of U.S. Health Care? Corporate Power vs. the Common Good*. Hauppauge: Nova Science Publishers. ISBN 979-88-869-7338-9.

GITLIN, Laura N. a Nancy A. HODGSON, 2018. *Better Living With Dementia*. Cambridge: Academic Press. ISBN 978-01-281-1928-0.

GIVEN, Charles W., Barbara GIVEN, Manfred STOMMEL, Clare COLLINS et al., 1992. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) For Caregivers to Persons with Chronic Physical and Mental Impairments. *Research in Nursing & Health* [online]. 15(4), 271-283 [cit. 2019-11-23]. ISSN 1098-240X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nur.4770150406>

GREGORY, Sean T. a Terri MENSER, 2015. Burnout Among Primary Care Physicians: A Test Of The Areas Of Worklife Model. *Journal of Healthcare Management* [online]. 60(2), 133–148 [cit. 2023-07-28]. ISSN 1944-7396. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00115514-201503000-00009>

GRIFFITHS, Alys Wyn, Alex M. WOOD a Sara TAI, 2018. The Prospective Role of Defeat and Entrapment in Caregiver Burden and Depression Amongst Formal Caregivers. *Personality and Individual Differences* [online]. 120, 24–31 [cit. 2019-11-03]. ISSN 0191-8869. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.026>

HAJEROVÁ MÜLLEROVÁ, Lenka a Zdeněk ŠIMEK, 2012. *Podniková kultura*. Praha: VŠEM. ISBN 978-80-86730-84-4.

HANSEN, Lise Lotte, Hanne Marlene DAHL a Laura HORN, ed., 2023. *A Care Crisis in the Nordic Welfare States?*. Bristol: Policy Press. ISBN 978-14-473-6137-4.

HASSON, Henna a Judith E. ARNETZ, 2008. Nursing Staff Competence, Work Strain, Stress and Satisfaction in Elderly Care: A Comparison Of Home-Based Care and Nursing Homes: Older People and Long-Term Care. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 17(4), 468-481 [cit. 2023-01-17]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01803.x>

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-871-0919-9.

HAVIG, Anders K., Anders SKOGSTAD, Marijke VEENSTRA a Tor I. ROMØREN, 2011. The Effects of Leadership and Ward Factors on Job Satisfaction in Nursing Homes: a Multilevel Approach. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 20(23–24), 3532–3542 [cit. 2019-11-03]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03697.x>

HAVRDOVÁ, Zuzana, 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.

HAVRDOVÁ, Zuzana, Iva ŠOLCOVÁ, Dana HRADCOVÁ a Eva ROHANOVÁ, 2010. Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*. 54(3), 235–248. ISSN 0009-062X.

HAVRDOVÁ, Zuzana a Iva ŠOLCOVÁ, 2012. The Relationship Between Workplace Civility Level and the Experience of Burnout Syndrome Among Helping Professionals. In: OLISAH, V. (ed.) *Essential Notes in Psychiatry* [online]. InTech, 2012. s. 13–36 [cit. 2023-04-26]. ISBN 978-953-51-0574-9. Dostupné z: <https://doi.org/10.5772/37548>

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET, 2007. *Supervision in the Helping Professions: An Individual, Group and Organizational Approach*. Milton Keynes: Open University Press. ISBN 978-03-352-1817-2.

HEBÁK, Petr, Jiří HUSTOPECKÝ, Eva JAROŠOVÁ a Iva MALÁ, 2005. *Vícerozměrné statistické metody*. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-025-3.

HENDL, Jan, 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.

HENDL, Jan, Petr HANZLÍK a Martin MOLDAN, 2022. *Příklady matematiky, logiky a statistiky pro sociologii a ostatní společenské vědy v příkladech*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4869-9.

HERING, Christian, Annabell GANGNUS, Andrea BUDNICK a Raphael KOHL, 2022. Psychosocial Burden and Associated Factors Among Nurses in Care Homes During The COVID-19 Pandemic: Findings From a Retrospective Survey in Germany. *BioMed Central (BMC) Nursing* [online]. 21(1), 41 [cit. 2023-01-20]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00807-3>

HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ, 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-718-4890-5.

HO, Peiyan, Rachel Chin Yee CHEONG, Siew Pei ONG a Carol FUSEK, 2021. Person-Centred Care Transformation in a Nursing Home for Residents with Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* [online]. 11(1), 1–9 [cit. 2021-04-04]. ISSN 1664-5464. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000513069>

HODGKIN, Suzanne, Jeni WARBURTON, Pauline SAVY a Melissa MOORE, 2017. Workforce Crisis in Residential Aged Care: Insights from Rural, Older Workers. *Australian Journal of Public Administration* [online]. 76(1), 93–105 [cit. 2019-11-03]. ISSN 1467-8500. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/1467-8500.12204>

HOEDL, Manuela, Nina THONHOFER a Daniela SCHOBERER, 2022. COVID-19 Pandemic: Burdens on and Consequences for Nursing Home Staff. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 78(8), 2495–2506 [cit. 2023-01-05]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/JAN.15193>

HOLASOVÁ, Lenka, 2019. *Mapování zátěže u pracovníků v sociálních službách v domovech pro seniory*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v soc. a zdrav. organizacích. Vedoucí práce Ingrid ŠTEGMANNOVÁ.

HOLASOVÁ, Lenka, 2020. Analýza měřicích nástrojů mapujících zátěž formálních pečovatелů. *Fórum sociální práce* [online]. 2, 9–19 [cit. 2021-07-16]. ISSN 2336-6664. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/123714/Lenka_Holasova_9-19.pdf

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ, 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum. ISBN 978-80-254-0179-8.

HOLST, Adelheid a Lisa SKÄR, 2017. Formal Caregivers' Experiences of Aggressive Behaviour in Older People Living with Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *International Journal of Older People Nursing* [online]. 12(4), e12158 [cit. 2023-01-14]. ISSN 1748-3743. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/opn.12158>

HONEA, Norissa J., Ruth Ann BRINTNALL, Barbara GIVEN a Paula SHERWOOD, 2008. Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [online]. 12(3), 507–516 [cit. 2021-02-28]. ISSN 1092-1095. Dostupné z: <https://doi.org/10.1188/08.CJON.507-516>

HORECKÝ, Jiří, Martin POTŮČEK, Milan CABRNOCH a Zdeněk KALVACH, 2021. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku*. [online]. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. [cit. 2023-07-28]. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STUDIE%20LCT%202021_FINAL.pdf

HORNÍČKOVÁ, Veronika, 2019. *Ověření efektivity sebezkušenostní a seberozvojové skupiny při redukci stresu a negativní afektivity u studentů lékařské fakulty: intervenční studie*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Miroslav SVĚTLÁK.

HOSKOVEC, Jiří, Karel RIEGEL, Milan RYMEŠ a Jiří ŠTIKAR, 2003. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0448-5.

HOŠEK, Václav, 1999. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-889-1.

HRDÁ, Karolína a Matěj LEJSAL, 2017. Principy fungování multidisciplinárního týmu v pobytové sociální službě-zkušenosti z domova pro seniory Sue Ryder. *Fórum sociální práce* [online]. 2, 75–80 [cit. 2023-01-27]. ISSN 2336-6664. Dostupné z: <http://sydney.edu.au/legal/policy/what/index.shtml>

HRDLÍČKOVÁ, Lenka, 2022. *Spokojenost sester v pobytových službách pro seniory*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Hana JANEČKOVÁ.

HRNČÍŘ, Karel, 2007. *Psychická zátěž*. Rožnov pod Radhoštěm: RoVS – Rožnovský vzdělávací servis. ISBN 978-80-254-2482-7.

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

HSU, Hui-Chuan, Yuan-Wei KUNG, Hsiao-Chien HUANG et al., 2007. Work Stress Among Nursing Home Care Attendants in Taiwan: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 44(5), 736–746 [cit. 2023-08-18]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.12.006>

HU, Rui, Bingbing LAI, Wenhao MA, Yuan ZHANG a Yujiao DENG, 2022. How Formal Caregiver's BPSD Knowledge Influences Positive Aspects of Caregiving: The Mediating Role of Attitude and The Moderating Role of Self-Efficacy. *BioMed Central (BMC) Geriatrics* [online]. 22(1), 1–8 [cit. 2023-01-04]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03417-5>

HUNTER, Sharyn a Tracy LEVETT-JONES, 2010. The Practice of Nurses Working With Older People in Long Term Care: An Australian Perspective. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 19(3–4), 527–536 [cit. 2019-11-03]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02967.x>

CHAMBEL, Daniela a Calha ANTÓNIO, 2016. Nível de Sobrecarga Subjetiva em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. *Millenium – Journal of Education, Technologies and Health* [online]. 2(1), 195–201 [cit. 2023-01-27]. ISSN 0873-3015. Dostupné z: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/13942>

CHANG, Ku-Chou, Hsuei-Chen LEE, Chu-Ling YEN a Yi-Han LIAO, 2021. Low Back Pain-Associated Factors in Female Hospital-Based Personal Care Attendants. *Work* [online]. 69(1), 315–322. ISSN 1875-9270. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/WOR-213480>

CHARMAZ, Kathy, 2006. *Constructing Grounded Theory A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: SAGE. ISBN 978-0-7619-7352-2.

CHENG, Sheung Tak, 2022. Two Sides Of The Same Coin? Revisiting the Relationship Between Burden and Positive Aspects of Caregiving in Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 37(8) [cit. 2023-01-04]. ISSN 1099-1166. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/GPS.5786>

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.

IHL, Ralf, Natalia BACHINSKAYA, Amos D. KORCZYN, Veronika VAKHAPOVA et al., 2010. Efficacy and Safety of a Once-Daily Formulation of Ginkgo Biloba Extract EGB 761 in Dementia with Neuropsychiatric Features: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 26(11), 1186–94 [cit. 2023-01-23]. ISSN 0885-6230. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/gps.2662>

ILESANMI, Rose Ekama, Victoria F. HANSON, Eman A. R. DABOU a Carol Avil MATHIAS, 2020. Perceived Stress and Burden of Caregiving Among Nurses in the United Arab Emirates During the COVID-19 Pandemic. *Medical & Clinical Research* [online]. 5 [cit. 2023-01-27]. ISSN 2577-8005. Dostupné z: <https://doi.org/10.33140/mcr.06.028>

ISAKSSON, Ulf, Sture ÅSTRÖM a Ulla H. GRANEHEIM, 2013. Being Flexible and Tuning in: Professional Caregivers' Reflections on Management of Violent Behaviour in Nursing Homes. *International Journal of Older People Nursing* [online]. 8(4), 290–298 [cit. 2021-07-18]. ISSN 1748-3735. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/opn.12005>

ISP, 2020. *Interpretace výsledků výzkumného šetření Institutu sociální práce* [online]. Institut sociální práce, z. s. [cit. 2023-05-17]. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2020/02/Interpretace_vysledku_vyzkum_ISP.pdf

JACOBS, Thérèse, 2003. Paying for Informal Care: A Contradictio in Terminis? *European Societies* [online]. 5(4), 397–417 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1461-6696. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/1461669032000127660>

JANUARIO, Leticia Bergamin, Kristina KARSTAD, Reiner RUGULIES a Gunnar BERGSTRÖM, 2019. Association Between Psychosocial Working Conditions and Perceived Physical Exertion Among Eldercareworkers: A Cross-Sectional Multilevel Analysis of Nursing Homes, Wards and Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 16(19), 3610 [cit. 2023-01-19]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph16193610>

JAROŠEVSKÁ, Elena, 2012. Změna způsobu řízení sociálních pobytových služeb jako nástroj jejich deinstitucionalizace. *Aktuální otázky sociální politiky - teorie a praxe* [online]. 6 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1804-9109. Dostupné z:

<https://aosp.upce.cz/index.php/aosp/article/view/138>

JEŘÁBEK, Hynek, 2009. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis* [online]. 45(2), 243–265 [cit. 2023-04-02]. ISSN 0038-0288. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/41132709>

JIRKOVSKÁ, Blanka, 2016. *Pracovní podmínky a podpora zdraví pracovníků v oblasti péče o seniory*. Dizertační práce. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociologie. Vedoucí práce Hana JANEČKOVÁ.

JIRKOVSKÁ, Blanka. a Hana JANEČKOVÁ, 2019. Workplace Stress and Employees' Well-Being: Evidence from Long Term Care in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health* [online]. 27(2), 87–92 [cit. 2023-01-22]. ISSN 1210-7778. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/cejph.a5135>

JONES, Patricia. S., Jerry W. LEE, Linda R. PHILLIPS et al., 2001. An Adaptation of Brislin's Translation Model for Cross-Cultural Research. *Nursing Research* [online]. 50(5), 300–304 [cit. 2023-07-11]. ISSN 0029-6562. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00008>

KALANLAR, Bilge a Nilgün KURU ALICI, 2020a. Professional Care Team Burden Scale: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Turkish Version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 34(4), 971–978 [cit. 2021-04-02]. ISSN 0283-9318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.12805>

KALANLAR, Bilge a Nilgün KURU ALICI, 2020b. The Effect of Care Burden on Formal Caregiver's Quality of Work Life: A Mixed-Methods Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 34(4), 1001–1009 [cit. 2021-04-02]. ISSN 0283-9318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.12808>

KALVACH, Zdeněk, Roman JIRÁK, Zdeněk ZADÁK a Helena ZAVÁZALOVÁ, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, Jan LORMAN, Jaroslava PRCHALOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2022. *Metodika – Široká definice a typologie seniorského abusu: fenomén týrání, zneužívání, zanedbávání a dalšího nevhodného jednání a zacházení s muži a ženami ve vyšším věku (EAN)* [online]. Gerontologický institut, o.p.s. [cit. 2023-08-19]. Dostupné z: <https://www.giops.cz/files/restabus-metodika.pdf>

KARANTZAS, Gery C., David MELLOR, Marita P. MCCABE et al., 2012. Intentions to Quit Work Among Care Staff Working in the Aged Care Sector. *The Gerontologist* [online]. 52(4) [cit. 2023-08-17]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/gnr161>

KARNI-EFRATI, Ziv, Yuval PALGI, Lee GREENBLATT-KIMRON a Ehud BODNER, 2022. The Moderating Effect of Care-Burden on Formal Caregiver's Mental Health During COVID-19. *International Journal of Older People Nursing* [online]. 17(6) [cit. 2023-01-04]. ISSN 1748-3735. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/opn.12482>

KATRENIAKOVA, Zuzana et al., 2022. Caregiver Burden in Professionals Working in Different Settings for Persons with Dementia. *European Journal of Public Health* [online]. 32(3) [cit. 2023-01-04]. ISSN 1101-1262. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac130.116>

KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1307-1.

KEBZA, Vladimír, 2012. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4569-5.

KHAN, Arshia A., 2022. Humanoid Robots Coming to Aid in Dementia Care Provision: 16 Humanoid Robots Working to Augment Care in 8 Nursing Homes Across Minnesota. *Alzheimer's & dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* [online]. 18, e061143 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1552-5279. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ALZ.061143>

KITWOOD, Tom, 1997. The Experience of Dementia. *Aging & Mental Health* [online]. 1(1), 13–22 [cit. 2021-04-04]. ISSN 1360-7863. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13607869757344>

KLEINMAN, Leah, Lori FRANK, Gabrielle CIESLA, Marcia RUPNOW et al., 2004. Psychometric Performance of an Assessment Scale for Strain in Nursing Care: The M-NCAS. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2(1), 1–10 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1477-7525. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-62>

KLOOS, Noortje et al., 2017. Well-Being of Nursing Home Professional Caregivers: Testing a Positive Psychological Intervention. *Innovation in Aging* [online]. 1(S1), 1147–1147 [cit. 2023-08-16]. ISSN 2399-5300. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.4190>

KOCIÁNOVÁ, Renata, 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada. ISBN 978-90-247-2497-3.

KOH, Wei Qi, Dympna CASEY a Elaine TOOMEY, 2022a. How Can Pet Robots Be Embedded Into Nursing Homes as Part of Routine Dementia Care? *Alzheimer's & Dementia* [online]. 18(S8) [cit. 2023-08-16]. ISSN 1552-5260. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/alz.067874>

KOH, Wei Qi, Elaine TOOMEY, Aisling FLYNN a Dympna CASEY, 2022b. Determinants of Implementing Pet Robots in Nursing Homes for Dementia Care. *BioMed Central (BMC) Geriatrics* [online]. 22(1), 457 [cit. 2023-08-16]. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03150-z>

KOREN, Mary Jane, 2010. Person-Centered Care For Nursing Home Residents: The Culture-Change Movement. *Health Affairs* [online]. 29(2), 312–317 [cit. 2023-01-22]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>

KREJČÍ, Jiří, 2017. *Kongruence individuálních a organizačních hodnot*. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v soc. a zdrav. organizacích. Vedoucí práce Zuzana HAVRDOVÁ.

KRŠÍKOVÁ, Taťána a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2018. Association Between Burden and Depression in Caregivers of Dementia Patients. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 9(3), 866–872 [cit. 2023-01-10]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0017>

KŘÍŽOVÁ, Eva, 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: SLON. ISBN 80-86429-57-1.

KUMSTÁTOVÁ, Tereza, 2016. *Využívání a hodnocení supervize v souvislosti s cílovou skupinou klientů a kulturou organizace*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Miroslava NEČASOVÁ.

KUNKLE, Rachel, Claudia CHAPERON a Kathleen M. HANNA, 2020. Formal Caregiver Burden in Nursing Homes: A Concept Analysis. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 46(9), 19–24 [cit. 2021-02-28]. ISSN 0098-9134. Dostupné z: <https://doi.org/10.3928/00989134-20200706-02>

KUNKLE, Rachel, Claudia CHAPERON a Ann M. BERGER, 2021. Formal Caregiver Burden in Nursing Homes: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research* [online]. 43(9), 877–893 [cit. 2021-02-28]. ISSN 0193-9459. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0193945920979691>

KUNKLE, Rachel, Claudia CHAPERON, Lori L. POPEJOY et al., 2023. Understanding Formal Caregiver Burden in Nursing Assistants in Nursing Homes: A Mixed Methods Approach. *Research in Gerontological Nursing* [online]. 14, 1–10 [cit. 2023-08-18]. ISSN 1940-4921. Dostupné z: <https://doi.org/10.3928/19404921-20230706-02>

KUROWSKI, Alicia, Bryan BUCHHOLZ a Laura PUNNETT, 2014. A Physical Workload Index to Evaluate a Safe Resident Handling Program for Nursing Home Personnel. *Human Factors* [online]. 56(4), 669–683 [cit. 2023-01-19]. ISSN 1547-8181. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0018720813509268>

KURUCOVÁ, Radka, 2016. *Zátěž pečovatele*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.

LAAR, Darren Van, Julian A. EDWARDS a Simon EASTON, 2007. The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 60(3), 325–333 [cit. 2021-07-17]. ISSN 1365-2648. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2007.04409.x>

LAI, Claudia K.Y., 2020. *Formal caregivers, informal caregivers, and carers* [online]. Nursing Centered. [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: https://nursingcentered.sigmanursing.org/features/more-features/Vol39_3_formal-caregivers-informal-caregivers-and-carers

LAMOTHE, Martin, Pierre MCDUFF, Yves D. PASTORE, Michel DUVAL a Serge SULTAN, 2018. Developing Professional Caregivers' Empathy and Emotional Competencies Through Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Results of Two Proof-of-Concept Studies. *British Medical Journal (BMJ) Open* [online]. 8(1), e018421 [cit. 2023-08-16]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2017-018421>

LAPANE, Kate L. a Carmel M. HUGHES, 2007. Considering the Employee Point of View: Perceptions of Job Satisfaction and Stress Among Nursing Staff in Nursing Homes. *Journal of*

the American Medical Directors Association [online]. 8(1), 8–13 [cit. 2023-01-27]. ISSN 1538-9375. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.05.010>

LAWTON, M. Powell a Elaine M. BRODY, 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist* [online]. 9(3_1), 179–186 [cit. 2019-11-23]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179

LAZARUS, Richard S. a Susan FOLKMAN, 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer. ISBN 08-261-4190-0.

LECHNER, Monika, 2011. *Belastungssituation professionell Pflegender im Stationären Bereich der Altenpflege unter Berücksichtigung der Belastung durch dementielle Erkrankung*. Diplomová práce. Donau: Donau-Universität Krems. Katedra klinických neurověd a preventivní medicíny. Vedoucí práce Stefanie AUER.

LEITER, Michael P. a Christina MASLACH, 2003. Areas Of Worklife: A Structured Approach to Organizational Predictors of Job Burnout. In: PERREWE, P.L. a GANSTER, D.C. (ed.) *Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies (Research in Occupational Stress and Well Being, Vol. 3)* [online]. Bingley: Emerald Group, 91–134 [cit. 2019-11-23]. ISBN 978-07-623-1057-9. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8)

LIANG, Yao-Dan, Ya-Li WANG, Zhi LI, Li HE et al., 2017. Caregiving Burden and Depression in Paid Caregivers of Hospitalized Patients: A Pilot Study in China. *BioMed Central (BMC) Public Health* [online]. 18(1), 53 [cit. 2019-11-23]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4563-6>

LOERA, Barbara, Daniela CONVERSO a Sara VIOTTI, 2014. Evaluating the Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian Nurses: How Many Factors Must a Researcher Consider? *PLoS ONE* [online]. 9(12), e114987 [cit. 2019-11-23]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114987>

LOPEZ, Felipe Sánchez, 2023. *Pracovní spokojnost' je zrkadlom nálady* [online]. Sociální práce. [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/pracovna->

spokojnost-je-zrkadlom-

nalady/?fbclid=IwAR1qo5eWBb7lxIOt_OOGnExnr8gKtSCNR7AcFrB26YjirsjIKFuG_0wxS

LOU, Vivian W.Q., Bobo Hi-Po LAU a Karen Siu-Lan CHEUNG, 2015. Positive Aspects of Caregiving (PAC): Scale Validation Among Chinese Dementia Caregivers (CG). *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. 60(2), 299–306 [cit. 2023-01-23]. ISSN 0167-4943. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2014.10.019>

LUBETKIN, Michael, Rachel A. ANNUNZIATO, Deirdre DOWNES a Orah R. BURAK, 2006. Satisfaction of Social Workers in Long-Term Care. *Journal of Social Work in Long Term Care* [online]. 3(3–4), 147–174 [cit. 2023-06-23]. ISSN 1533-2632. Dostupné z: https://doi.org/10.1300/J181v03n03_11

LUCCHETTI, Giancarlo et al., 2014. Nursing Home Care: Exploring the Role of Religiousness in the Mental Health, Quality of Life and Stress of Formal Caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 21(5), 403–413 [cit. 2021-02-28]. ISSN 1351-0126. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jpm.12092>

LUKÁŠOVÁ, Růžena, 2010. *Organizační kultura a její změna*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2951-0.

LUKŠOVÁ, Hana a Iva KUZNÍKOVÁ, 2017. Syndrom vyhoření v institucionální péči o seniory. *Hygiena* [online]. 62(1), 12–17 [cit. 2023-01-23], ISSN 1803-1056. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1508>

MALÁ, Marcela a Igor TOMEŠ, 2017. Deinstitutionalizace: domácí péče vs. ústavy? *Fórum sociální práce*. 2, 81–85. ISSN 1804-3070.

MANZAR, Beverley a Ladislav VOLICER, 2015. Effects of Namaste Care: Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease* [online]. 2, 24–37 [cit. 2023-01-18]. ISSN 2162-9986. Dostupné z: <https://doi.org/10.7726/ajad.2015.1003>

MAREŠ, Petr, Ladislav RABUŠIC a Petr SOUKUP, 2015. *Analýza sociálněvědních dat (nejen) v SPSS*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6362-4.

MAROON, Istifan, 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.

MARTINEZ-MARTIN, Pablo, Carmen RODRIGUEZ-BLAZQUEZ a Maria João FORJAZ, 2012. Quality of Life and Burden in Caregivers for Patients with Parkinson's Disease: Concepts, Assessment and Related Factors. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* [online]. 12(2), 221–230 [cit. 2023-02-28]. ISSN 1473-7167. Dostupné z: <https://doi.org/10.1586/erp.11.106>

MÁTLOVÁ, Martina, 2022. *Prevalence demence v Evropě* [online]. Alzheimer. [cit. 2023-05-17]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/clanky/alzheimerova-choroba-ve-svete/prevalence-demence-v-evrope/>

MATOUŠEK, Oldřich a Pavel HARTL, 2013. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In: MATOUŠEK, O. (ed.) *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8548-2.

MAYRING, Philipp, 2000. Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* [online]. 1(2) [cit. 2023-07-22]. ISSN 1438-5627. Dostupné z: <https://doi.org/10.17169/FQS-1.2.1089>

MCCORMACK, Brendan, Jan DEWING, Liz BRESLIN a Ann COYNE-NEVIN, 2010. Developing Person-Centred Practice: Nursing Outcomes Arising from Changes to the Care Environment in Residential Settings for Older People. *International Journal of Older People Nursing* [online]. 5(2), 93–107 [cit. 2023-06-23]. ISSN 1748-3735. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x>

MCMICHAEL, Temet M., Dustin W. CURRIE, Shauna CLARK et al., 2020. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, *New England Journal of Medicine* [online]. 382(21), 2005–2011 [cit. 2021-02-28]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <https://doi.org/10.1056/nejmoa2005412>

MICHALÍK, Jan, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MILA, 2022. *Namaste Care jako impuls ke změně*. [online]. Jiskříme. [cit. 2023-06-22]. Dostupné z: https://www.jiskrime.cz/wp-content/uploads/2022/06/PREZENTACE_PRO_MANAGEMENT_2022_FINAL.pdf

MITTAL, Vikas, Jules ROSEN, Rahul GOVIND et al., 2007. Perception gap in quality-of-life ratings: an empirical investigation of nursing home residents and caregivers. *The Gerontologist*

[online], 47(2), 159–168 [cit. 2023-08-17]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/47.2.159>

MIYAJI, Atsushi, Yuta KIMATA, Tomokazu MATSUI, Manato FUJIMOTO et al., 2022. Analysis and Visualization of Relationship between Stress and Care Activities toward Reduction in Caregiver Workload. *Sensors and Materials* [online]. 34(8), 2929–2954 [cit. 2023-01-05]. ISSN 0914-4935. Dostupné z: <https://doi.org/10.18494/SAM3972>

MIYAMOTO, Yuki, Hisateru TACHIMORI a Hiroto ITO, 2010. Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. *Geriatric Nursing* [online]. 31(4), 246–253 [cit. 2021-04-03]. ISSN 0197-4572. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.01.002>

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

MLÝNKOVÁ, Jana, 2016. *Pečovatelsví 1. díl – učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9457-5.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2017. *Pečovatelsví 2. díl – učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0132-0.

MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, 2020. *Souhrnná výzkumná zpráva projektu: „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení“*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-846-7.

MOLEK, Jan, 2015. Organizační kultura-významný faktor prosperity organizací zdravotní a sociální sféry. *Fórum sociální politiky* [online]. 2, 26–28 [cit. 2023-01-24]. ISSN 1802-5854. Dostupné z: www.eeagrants.cz

MOLEK, Jan, 2019. *Řízení organizací sociální práce: Vybrané problémy z oblasti marketingu a managementu*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. ISBN 978-80-739-4732-3.

MONSCHIZADEH-TEHRANY, Lenka a Eva DRAGOMIRECKÁ, 2022. Dotazník pro měření zátěže u formálních pečujících PCTB: první zkušenosti s českou verzí. *Sociální práce* [online]. 6, 4 [cit. 2023-04-30]. ISSN 1805-885X. Dostupné z:

<https://socialniprace.cz/online-clanky/dotaznik-pro-mereni-zateze-u-formalnich-pecujicich-pctb-prvni-zkusenosti-s-ceskou-verzi/>

MPSV, 2021a. *Koncepce vzdělávání pracovníků v sociálních službách* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2023-01-06]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/KONCEPCE_VZDEĽAVÁNÍ_PSS.pdf/ef452b1d-6091-236b-3511-01b6afe7eb8b

MPSV, 2021b. *Metodika k povolání pracovník/pracovnice v sociálních službách pro potřeby Úřadu práce ČR* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Metodika_povolání_PSS_UP+CR.pdf/d7bb4e46-2e6e-b786-41cb-f6106f30423f

MPSV, 2021c. *Metodika vzdělávání pracovníků v sociálních službách* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2023-05-27]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Metodika+vzdeĽavání+PSS.pdf/7d330616-7650-1b25-a966-d0c5be11009a>

MPSV, 2021d. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2020* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2023-05-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_věcí_2020+%283%29.pdf/088fc9e5-c22f-0440-c461-5510cfc8835e

MPSV, 2022. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2021* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_věcí_2021+%282%29.pdf/5fe30df9-423b-9fa2-a5da-24e41ac3eb9a

MRHÁLEK, Tomáš a Alena KAJANOVÁ, 2018. Pracovní spokojenost a psychická pracovní zátěž sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. *Kontakt* [online]. 20(2), 175–180 [cit. 2023-01-25]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.10.001>

MUNTANER, Carles, Yong LI, Xiaonan XUE, Theresa THOMPSON et al., 2006. County and Organizational Predictors of Depression Symptoms among Low-Income Nursing Assistants

in the USA. *Social Science & Medicine* [online]. 63(6), 1454–1465 [cit. 2023-08-18]. ISSN 0277-9536. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.042>

NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

NOVÁKOVÁ, Radana, 2008. *Pečovatelsví I*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-085-0.

OTTO, Ann-Kathrin, Laura Luise BISCHOFF a Bettina WOLLESEN, 2019. Work-Related Burdens and Requirements for Health Promotion Programs for Nursing Staff in Different Care Settings: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 16(19), 3586 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph16193586>

PALM, Rebecca, Diana TRUTSCHEL, Michael SIMON et al., 2016. Differences in Case Conferences in Dementia Specific vs Traditional Care Units in German Nursing Homes: Results from a Cross-Sectional Study. *Journal of the American Medical Directors Association* [online]. 17(1), 91.e9–91.e13 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1525-8610. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.018>

PAULÍK, Karel, 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 80-271-9577-2.

PEKKARINEN, Laura, Timo SINERVO, Marja-Leena PERÄLÄ a Marko ELOVAINIO, 2004. Work-Related Burdens and Requirements for Health Promotion Programs for Nursing Staff in Different Care Settings: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 16(19), 3586 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph16193586>

PELISSIER, Carole, Luigi FONTANA, Emmanuel FORT et al., 2015. Impaired Mental Well-Being and Psychosocial Risk: A Cross-Sectional Study in Female Nursing Home Direct Staff. *British Medical Journal (BMJ) Open* [online]. 5(3), e007190 [cit. 2023-08-18]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007190>

POL-GREVELINK, Anneke, Jan S. JUKEMA a Carolien H.M. SMITS, 2012. Person-Centred Care and Job Satisfaction of Caregivers in Nursing Homes: A Systematic Review of the Impact of Different Forms of Person-Centred Care on Various Dimensions of Job Satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 27(3), 219–229 [cit. 2023-01-05]. ISSN 0885-6230. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/gps.2719>

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

PŘIKLOPILOVÁ, Petra, 2019. *Resilience a význam pomoci u pracovníků pomáhajících profesí*. Bakalářská práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav pedagogických věd. Vedoucí práce Karla HRBÁČKOVÁ.

RAJAMOHAN, Santhiny, Davina POROCK a Yu-Ping CHANG, 2019. Understanding the Relationship Between Staff and Job Satisfaction, Stress, Turnover, and Staff Outcomes in the Person-Centered Care Nursing Home Arena. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 51(5), 560–568 [cit. 2023-01-17]. ISSN 1527-6546. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jnu.12488>

REBLIN, Maija a Bert N. UCHINO, 2008. Social and Emotional Support and Its Implication for Health. *Current Opinion in Psychiatry* [online]. 21(2), 201–205 [cit. 2023-03-06]. ISSN 0951-7367. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>

RESSNER, Pavel a Petra BÁRTOVÁ, 2011. Porucha chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 12(4), 140–144 [cit. 2023-01-23]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/04/02.pdf>

ROBINSON, Betsy C., 1983. Validation of a Caregiver Strain Index. *Journal of Gerontology* [online]. 38(3), 344–348 [cit. 2019-11-23]. ISSN 0022-1422. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronj/38.3.344>

ROLAND, Kaitlyn P., Mary E. JENKINS a Andrew M. JOHNSON, 2010. An Exploration of the Burden Experienced by Spousal Caregivers of Individuals with Parkinson's Disease. *Movement Disorders* [online]. 25(2), 189–193 [cit. 2023-01-18]. ISSN 0885-3185. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/mds.22939>

RUTTEN, Johanna E.R., Ramona BACKHAUS a Frans TAN, 2021. Work Environment and Person-Centred Dementia Care in Nursing Homes—A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Management* [online]. 29(7), 2314–2322 [cit. 2023-01-05]. ISSN 1365-2834. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jonm.13386>

ŘEZNÍČEK, Ivo, 1994. *Metody sociální práce: podklady ke stáží studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-00-1.

SAKURAI, Ryota, Saya WATANABE, Hiroki MORI, Tomoya SAGARA et al., 2021. Older Assistant Workers in Intermediate Care Facilities, and Their Influence on the Physical and Mental Burden of Elderly Care Staff. *BioMed Central (BMC) Health Services Research* [online]. 21(1) [cit. 2023-08-16]. ISSN 14726963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07302-6>

SANDELANDS, Lloyd, 2017. The Psychology of Work and Spirituality. In: SISON, Alejo José, BEABOUT, Gregory, FERRERO, Ignacio (eds). *Handbook of Virtue Ethics in Business and Management. International Handbooks in Business Ethics*. Dordrecht: Springer. ISBN 978-94-007-6509-2.

SAYGILI, Meltem, Keziban AVCI a Seda SÖNMEZ, 2020. Quality of Work Life and Burnout in Healthcare Workers in Turkey. *Journal of Health Management* [online]. 22(3), 317–329 [cit. 2021-07-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0972063420938562>

SHARMA, Hari a Lili XU, 2021. Profit Status and Employee Turnover in Iowa Nursing Homes. *Innovation in Aging* [online]. 5(1), 568–568. ISSN 2399-5300. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.2184>

SHILLING, Valerie, Lucy MATTHEWS, Valerie JENKINS a Lesley FALLOWFIELD, 2016. Patient-Reported Outcome Measures for Cancer Caregivers: A Systematic Review. *Quality of Life Research* [online]. 25(8), 1859–1876 [cit. 2021-02-28]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1239-0>

SIEGEL, Elena O., Ann M. KOLANOWSKI a Barbara J. BOWERS, 2023. A Fresh Look at the Nursing Home Workforce Crisis: Transforming Nursing Care Delivery Models. *Research in Gerontological Nursing* [online]. 16(1), 5–13 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1940-4921. Dostupné z: <https://doi.org/10.3928/19404921-20230104-01>

SIEGRIST, Johannes, Natalia WEGE, Frank PÜHLHOFER a Morten WAHRENDORF, 2009. A Short Generic Measure of Work Stress in the Era of Globalization: Effort–Reward Imbalance. *International Archives of Occupational and Environmental Health* [online]. 82(8), 1005–1013 [cit. 2021-11-07]. ISSN 0340-0131. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0384-3>

SIGMUND, Martin, Jana KVINTOVÁ a Michal ŠAFÁŘ, 2014. *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie*. Olomouc: Vydavatelství UP. ISBN 978-80-244-4372.

- SILVERMAN, David, 2005. *Ako robíť kvalitatívny výskum: praktická príručka*. Bratislava: Ikar. ISBN 80-551-0904-4.
- SIMON, Michael, Peter TACKENBERG a Albert NIENHAUS, 2008. Back or Neck-Pain-Related Disability of Nursing Staff in Hospitals, Nursing Homes and Home Care in Seven Countries-Results from the European NEXT-Study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 45(1), 24–34 [cit. 2023-01-19]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.11.003>
- SIMON, Michael, Bernd Hans MÜLLER a Hans Martin HASSELHORN, 2010. Leaving the Organization or the Profession - A Multilevel Analysis Of Nurses' Intentions. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 66(3), 616–626 [cit. 2023-01-22]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05204.x>
- SONG, Jun-Ah a Younjae OH, 2015. The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 29(5), 346–354 [cit. 2021-02-28]. ISSN 0883-9417. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.004>
- SPASOVA, Slavina, Rita BAETEN, Stéphanie COSTER a Dalila GHAILANI, 2018. *Challenges in Long-Term Care in Europe: A Study of National Policies* [online]. European Social Policy Network (ESPN), European Commission. [cit. 2023-03-06]. ISBN 978-92-798-7174-0. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332533/Eurohealth-24-4-7-12-eng.pdf>
- SPECTOR, Aimee, Martin ORRELL a Judith GOYDER, 2013. A Systematic Review of Staff Training Interventions to Reduce the Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. *Ageing Research Reviews* [online]. 12(1), 354–364 [cit. 2021-04-02]. ISSN 1568-1637. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.06.005>
- STØLEN, Karen Marie Sangild, 2022. Volunteers Do the Fun Stuff – Experiences from Volunteer–Professional Caregiver Cooperation in Nursing Homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 36(3), 803–814 [cit. 2023-08-16]. ISSN 0283-9318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/scs.13018>
- SURYNEK, Alois, Růžena KOMÁRKOVÁ a Eva KAŠPAROVÁ, 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press. ISBN 80-726-1038-4.

SUZUKI, Kishiko, Koji TAMAKOSHI a Hisataka SAKAKIBARA, 2016. Caregiving Activities Closely Associated with the Development of Low-Back Pain Among Female Family Caregivers. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 25(15–16), 2156–2167 [cit. 2023-01-18]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.13167>

ŠEBLOVÁ, Jana, Pavla ČERMÁKOVÁ, Roman GŘEGOŘ a Dominika ŠEBLOVÁ, 2022. *Studie HEROES v ČR 2020-2022* [online]. Urgmed. [cit. 2023-01-18]. Dostupné z: https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2022/07/HEROES_3.pdf

ŠIGUT, Zdeněk, 2004. *Firemní kultura a lidské zdroje*. Praha: ASPI. ISBN 80-7357-046-7.

ŠOLCOVÁ, Iva, 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2947-3.

ŠTEGMANNOVÁ, Ingrid, Zuzana HAVRDOVÁ a Jiří ŠAFR, 2013. Determinanty jednotlivých typů komunikace pracovníků v pobytových zařízeních pro seniory. *Kontakt* [online]. 4, 413–421 [cit. 2023-01-24]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://doi.org/10.32725/kont.2013.049>

TABAKOVÁ, Mária a Petra VÁCLAVIKOVÁ, 2008. Zátěž opatrovatel'a v domácím prostředí. *Profese online* [online]. 1(2), 77–88 [cit. 2023-02-28]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://doi.org/10.5507/pol.2008.008>

TAJANOVSKÁ, Andrea, 2011. *BOZP a stres na pracovišti a jeho specifika v odvětvích sociálních služeb* [online]. Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR. [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/19622504-Bozpa-stres-na-pracovisti-a-jeho-specifika-v-odvetvich-socialnich-sluzeb.html>

TESTAD, Ingelin et al., 2010. Health and Well-Being in Care Staff and Their Relations to Organizational and Psychosocial Factors, Care Staff and Resident Factors in Nursing Homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 25(8), 789–797 [cit. 2023-01-20]. ISSN 0885-6230. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/gps.2419>

THOMPSON, Kelly, 2015. *Paid formal caregivers and caregiver burden: A quantitative study*. [online]. Diplomová práce. Long Beach: California State University. Katedra sociální práce. Vedoucí práce Marilyn POTTS. [cit. 2021-04-02]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/1688699335/EBC9A3045F2549B9PQ/1accountid=35514>

THURGOOD, Adrianna a Kasha SCHULDT, 2013. *Caregivers: Challenges, practices and cultural influences*. Hauppauge: Nova Science. ISBN 978-16-261-8030-7.

TING, Daniel K., Zafrina POONJA, Kenneth LEE a Jared BAYLIS, 2022. Burnout Crisis Among Young and Female Emergency Medicine Physicians During The COVID-19 Pandemic: Applying the Six Areas of Worklife Model. *Canadian Journal of Emergency Medicine* [online]. 24(3), 247–249 [cit. 2023-07-28]. ISSN 1481-8035. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00298-w>

TINIOS, Platon, Zafiris VALVIS a Thomas GEORGIADIS, 2022. Heterogeneity in Long-Term Care for Older Adults in Europe: Between Individual and Systemic Effects. *Journal of Ageing and Longevity* [online]. 2(2), 153–177 [cit. 2023-08-16]. ISSN 2673-9259. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jal2020014>

TUČEK, Milan, Miroslav CIKRT a Daniela PELCLOVÁ, 2005. *Pracovní lékařství pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0927-9.

TUČEK, Milan, 2013. *Hygiena a epidemiologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2025-1.

TULLOCH, Kristen, Trudy MCCAUL a Theresa L. SCOTT, 2022. Positive Aspects of Dementia Caregiving During the COVID-19 Pandemic. *Clinical Gerontologist* [online]. 45(1), 86–96 [cit. 2023-01-04]. ISSN 1545-2301. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1929630>

VÁGNER, Ivan, 2004. *Management z pohledu všeobecného a celostního*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3536-6.

VAN DER HEIJDEN, Beatrice et al., 2010. The Impact of Social Support Upon Intention to Leave Among Female Nurses in Europe: Secondary Analysis of Data from the NEXT Survey. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 47(4), 434–445 [cit. 2023-01-22]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.10.004>

VAN EMMERIK, Ij Hetty, Martin C. EUWEMA a Arnold B. BAKKER, 2007. Threats of Workplace Violence and the Buffering Effect of Social Support. *Group and Organization Management* [online]. 32(2), 152–175 [cit. 2023-03-06]. ISSN 1059-6011. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1059601106286784>

VAN MARWIJK, Harm a Wolfgang SPIEGEL, 2009. Overuse of Antipsychotic Medication in Elderly People With Dementia? A View From General Practice. *Mental Health in Family Medicine* [online]. 6(4), 191–3 [cit. 2023-01-23]. ISSN 1756-834X. Dostupné z: <https://PMID/articles/PMC2873874/>

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6497-9.

VÉVODA, Jiří, Kateřina IVANOVÁ, Marie NAKLÁDALOVÁ et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

VINOPAL, Jiří, 2011. Subjective Quality of Working Life Indicator. *Czech Sociological Review* [online]. 47(5), 937–966 [cit. 2023-01-27]. ISSN 0038-0288. Dostupné z: <https://doi.org/10.13060/00380288.2011.47.5.03>

VOGEL, Barbara, Sabina DE GEEST, Katharina FIERZ, Sonja BECKMANN a Franziska ZÚÑIGA, 2017. Dementia Care Worker Stress Associations with Unit Type, Resident, and Work Environment Characteristics: A Cross-Sectional Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP). *International Psychogeriatrics* [online]. 29(3), 441–454 [cit. 2023-01-27]. ISSN 1741-203X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1041610216002027>

WAGNER, Evangeline, Elizabeth M. BORYCKI a Andre W. KUSHNIRUK, 2022. Use of Robots to Support Those Living with Dementia and Their Caregivers. *Studies in Health Technology and Informatics* [online]. 6(290), 499–502 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1879-8365. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/SHTI220126>

WAGNEROVÁ, Irena, 2008. *Hodnocení a řízení výkonnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6173-2.

WALKER, Ian, 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3920-5.

WALLIMAN, Nicholas, 2006. *Social Research Methods*. London: SAGE. ISBN 978-14-129-1062-0.

WASIĆ, Catharina, Frank BAHRMANN, Stefan VOGT, Hans Joachim BÖHME a Elmar GRAESSEL, 2022. Assessing Professional Caregivers' Intention to Use and Relatives' Support of Use for a Mobile Service Robot in Group Therapy for Institutionalized People with Dementia

– A Standardized Assessment Using an Adapted Version of UTAUT. *Lecture Notes in Computer Science (including subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)* [online]. 13342, 247–256 [cit. 2023-08-16]. ISSN 1611-3349. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-031-08645-8_29

WENDSCHE, Johannes, Winfried HACKER, Jürgen WEGGE a Matthias RUDOLF, 2016. High Job Demands and Low Job Control Increase Nurses' Professional Leaving Intentions: The Role of Care Setting and Profit Orientation. *Research in Nursing & Health* [online]. 39(5), 353–363 [cit. 2023-01-22]. ISSN 0160-6891. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nur.21729>

WHO, 2019. *Burn-out an „occupational phenomenon“: International Classification of Diseases* [online]. World Health Organization (WHO). [cit. 2021-06-26]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

WHO, 2022. *Long-term Care* [online]. World Health Organization (WHO). [cit. 2023-08-20]. Dostupné z: <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>

WILSON, Felicia L., 2018. What Is The Impact Of Job Burnout On Nursing Home Administrators? *Journal of Diversity Management (JDM)* [online]. 13(1), 1–6 [cit. 2023-08-17]. ISSN 2157-9512. Dostupné z: <https://doi.org/10.19030/jdm.v13i1.10201>

WIMO, Anders, Sölve ELMSTÅHL, Laura FRATIGLIONI a Britt-Marie SJÖLUND, 2017. Formal and Informal Care of Community-Living Older People: A Population-Based Study from the Swedish National Study on Aging and Care. *Journal of Nutrition, Health and Aging* [online]. 21(1), 17–24 [cit. 2023-01-10]. ISSN 1760-4788. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0747-5>

WOODS, Steven a Michael WEST, 2019. *The Psychology of Work and Organisations*. Andover: Cengage Learning EMEA. ISBN 978-140-80-1886-6.

WU, Ya-Huei et al., 2014. Robots émotionnels pour les personnes souffrant de maladie d'Alzheimer en institution. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* [online]. 14(82), 194–200 [cit. 2023-08-17]. ISSN 1627-4830. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.npg.2014.01.005>

YIENGPRUGSAWAN, Vasoontara, David HARLEY, Sam Ang SEUBSMAN a Adrian C. SLEIGH, 2012. Physical and Mental Health Among Caregivers: Findings from a Cross-

Sectional Study of Open University Students in Thailand. *BioMed Central (BMC) Public Health* [online]. 12(1), 1111 [cit. 2023-01-27]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1111>

YOON, Jung Min, Alison M. TRINKOFF, Elizabeth GALIK a Carla L. STORR, 2022. Nurse Staffing and Deficiency of Care for Inappropriate Psychotropic Medication Use in Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of Nursing Scholarship* [online]. 54(6), 728–737 [cit. 2023-01-22]. ISSN 1547-5069. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jnu.12776>

ZARIT, Steven H., 2008. Diagnosis and Management of Caregiver Burden in Dementia. *Handbook of Clinical Neurology* [online]. 89, 101–106 [cit. 2021-02-28]. ISBN 978-04-445-1898-9. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0072-9752\(07\)01209-2](https://doi.org/10.1016/S0072-9752(07)01209-2)

ZELLER, Adelheid et al., 2011. Nursing Home Caregivers' Explanations for and Coping Strategies with Residents' Aggression: A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 20(17–18), 2469–2478 [cit. 2021-07-18]. ISSN 1365-2702. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/J.1365-2702.2011.03722.x>

ZIMMERMAN, Sheryl, Christianna S. WILLIAMS, Peter S. REED et al., 2005. Attitudes, Stress, and Satisfaction of Staff Who Care for Residents with Dementia. *The Gerontologist* [online]. 45(S1), 96–105 [cit. 2021-06-27]. ISSN 0016-9013. Dostupné z: https://doi.org/10.1093/geront/45.suppl_1.96

ŽELEZNÁ, Lada, 2018. Care-Giving to Grandchildren and Elderly Parents: Role Conflict or Family Solidarity? *Ageing and Society* [online]. 38(5), 974–994 [cit. 2023-07-28]. ISSN 0144-686X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001434>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka, Jaroslava MARTINKOVÁ, Martina PAULOVÁ a Marta SVAČINKOVÁ, 2001. Psychická zátěž zaměstnanců v „pomáhajících profesích“ ve zdravotnictví. *České pracovní lékařství*. 2(1), 16-20. ISSN 1212-6721.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2003. Faktor sociální interakce v kategorizaci práce. *Psychologie v ekonomické praxi*. 3–4, 111–120. ISSN 0033-300X.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka, 2021. *Sociální interakce* [online]. BOZP Profi. [cit. 2023-01-25]. Dostupné z: <https://www.bozpprofi.cz/33/socialni-interakce-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4Egny2sdjJ1sRkO6F0SbbkqsCD-vMUnwPlw/>

Použitá legislativa

Nařízení vlády č. 178/2001 Sb. o podmínkách ochrany zdraví zaměstnanců při práci

Nařízení vlády č. 222/2010 Sb. o katalogu prací ve veřejných službách a správě

Nařízení vlády č. 341/2017 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě

Nařízení vlády č. 361/2007 Sb. o podmínkách ochrany zdraví při práci

Nařízení vlády č. 465/2022 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 567/2006 Sb. o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí

Nařízení vlády č. 523/2002 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci

Směrnice Rady 89/391/EHS o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Vyhláška č. 537/2006 Sb. o očkování proti infekčním nemocem

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách

Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních

Seznam použitých zkratek

ADL	Activity of Daily Living
APSS ČR	Asociace poskytovatelů sociálních služeb v České republice
AWLS	Areas of Worklife Survey
BPSD	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
ČSÚ	Český statistický úřad
EHS	Evropská hospodářská společnost
EU	Evropská unie
ISP	Institut sociální práce
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
N	počet
PCTB	Professional Care Team Burden Scale
PSS	Perceived Stress Scale
PvSS	Pracovník v sociálních službách
SAE	Spojené arabské emiráty
SD	směrodatná odchylka
SKK	Specializační kvalifikační kurz
USA	Spojené státy americké
ZKK	Základní kvalifikační kurz

Seznam použitých tabulek

- Tabulka č. 1** *Počet PvSS dle statistických ročenek MPSV* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 2** *Reprezentativita souboru* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 3** *Odevzdané dotazníky* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 4** *Základní charakteristiky výzkumného souboru* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 5** *Zastoupení respondentů dle kraje* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 6** *Frekvence odpovědí PCTB* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 7** *Struktura a vnitřní konzistence PCTB* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 8** *Korelace skóreů PCTB se skórem PSS a samostatnými otázkami na pracovní spokojenost* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 9** *Porovnání skóreů PCTB a PSS škály ve výzkumech* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 10** *Vztah PCTB k charakteristikám respondentů* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 11** *Faktorová analýza položek PCTB škály* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 12** *Frekvence odpovědí respondentů ve škále PSS* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 13** *Porovnání skóreů oblastí AWLS škály ve výzkumech* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 14** *Frekvence odpovědí oblast vytiženost AWLS* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 15** *Frekvence odpovědí oblast vztahy AWLS* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 16** *Frekvence odpovědí – Úvaha o odchodu ze zařízení* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 17** *Vztahy mezi vybranými proměnnými* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 18** *Vztahy mezi vybranými proměnnými a AWLS oblastmi* (vlastní zpracování)
- Tabulka č. 19** *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle pohlaví respondenta* (vlastní zpracování)

Tabulka č. 20 *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle věku respondenta (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 21 *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle nejvyššího dosaženého vzdělání respondenta (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 22 *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle rodinného stavu respondenta (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 23 *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB, PSS a AWLS podle zdraví respondenta (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 24 *Frekvence odpovědí u nejvíce zatěžující oblasti (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 25 *Prediktory PCTB škály (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 26 *Prediktory PSS škály (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 27 *Korelace PCTB škály s AWLS škálou a daných oblastí zvlášť (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 28 *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB podle kapacity pracoviště (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 29 *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB a PSS podle typu organizace (vlastní zpracování)*

Tabulka č. 30 *Porovnání průměrných hodnot na škále PCTB a PSS podle kapacity pracoviště a délky práce v daném zařízení (vlastní zpracování)*

Příloha – Dotazník: Zátěž formálních pečovatelů v domovech pro seniory

Dotazník: Zátěž formálních pečovatelů v domovech pro seniory

Vážení pečovatelé,

se souhlasem Vašeho vedení se na Vás obracím se žádostí o vyplnění dotazníku, jehož cílem je validizace měřícího nástroje zátěže pečovatelů a druhotným cílem je zmapování zátěžových situací v práci formálního pečovatele v domovech pro seniory. Máte zde **možnost vyjádřit anonymně vlastní názor** a upozornit tak na důležité momenty, které by mohly přispět ke zlepšení podmínek Vaší práce.

Výzkum provádím v rámci svého doktorského studia, pod odborným dohledem PhDr. Hany Janečkové, Ph.D. ze 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Výzkum probíhá podle vědeckých a etických pravidel. Dotazník je zcela **anonymní**, nikde prosím neuvádějte své jméno. Údaje budou hromadně zpracovány a pouze souhrnné výsledky dáme též k dispozici Vám a vedení Vašeho zařízení.

Velice Vám děkuji za spolupráci a věřím, že výzkum přispěje ke zlepšování Vašich pracovních podmínek!

PhDr. Lenka Holasová, Filozofická fakulta Univerzity Karlovy (lenka.holasova@ff.cuni.cz)

POKYNY K VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU:

Odpovězte prosím na všechny otázky. Zvolenou odpověď označte zakroužkováním příslušného čísla, případně jinak podle instrukcí.

Otázky jsou tištěny z obou stran listů!

1. Část – The Areas of Worklife Survey (AWLS) – Průzkum oblastí pracovního života

S pomocí následující hodnotící škály vyjádřete, do jaké míry souhlasíte s uvedenými tvrzeními

Vytíženost	naprosto nesouhlasím	nesouhlasím	těžko říct	souhlasím	naprosto souhlasím
1. Nemám čas na práci, kterou je potřeba udělat.	1	2	3	4	5
2. Intenzivně pracuji po dlouhá časová údobí.	1	2	3	4	5
3. Po práci přijdu domů příliš unavený/á, abych dělal/a věci, které mě baví.	1	2	3	4	5
4. Mám toho v práci tolik, nemám čas se věnovat svým osobním zájmům.	1	2	3	4	5
5. Mám dost času udělat v práci to, co je důležité.	1	2	3	4	5
6. Když jdu po skončení práce domů, hodím práci za hlavu.	1	2	3	4	5

	naprosto nesouhlasím	nesouhlasím	těžko říct	souhlasím	naprosto souhlasím
Kontrola					
7. Mám kontrolu nad tím, jak dělám svou práci.	1	2	3	4	5
8. Dokážu působit na vedení, abych získal/a vybavení a prostor, které potřebuji ke své práci.	1	2	3	4	5
9. V práci se těším profesionální nezávislosti/samostatnosti.	1	2	3	4	5
Odměny					
10. Ostatní mi dávají najevo, že si mé práce váží.	1	2	3	4	
11. Moje práce je oceňována.	1	2	3	4	5
12. Mých snah si obvykle nikdo nevíšmá.	1	2	3	4	5
13. Nedostává se mi dostatečného uznání za všechnu mou práci.	1	2	3	4	5
Vztahy					
14. Lidé si navzájem důvěřují, že zvládnou dané role.	1	2	3	4	5
15. Jsem členem kvalitního pracovního týmu.	1	2	3	4	5
16. Členové mého pracovního týmu spolu navzájem spolupracují.	1	2	3	4	5
17. Členové mého pracovního týmu komunikují otevřeně.	1	2	3	4	5
18. Nejsem si blízký/á se svými kolegy.	1	2	3	4	5
Spravedlnost					
19. Zdroje jsou v naší organizaci rozdělovány spravedlivě.	1	2	3	4	5
20. Příležitosti se nabízejí výhradně podle zásluh.	1	2	3	4	5
21. Když mám pochyby o spravedlnosti nějakého rozhodnutí, mám k dispozici efektivní odvolávací postupy.	1	2	3	4	5
22. Management přistupuje ke všem zaměstnancům spravedlivě.	1	2	3	4	5
23. Učinněná rozhodnutí v práci ovlivňuje favorizování.	1	2	3	4	5
24. Pro kariéru zde není podstatné, co znáte, ale koho znáte.	1	2	3	4	5
Hodnoty					
25. Moje hodnoty a hodnoty organizace jsou podobné.	1	2	3	4	5
26. Cíle organizace ovlivňují mé každodenní pracovní aktivity.	1	2	3	4	5
27. Cíle mé osobní kariéry jsou v souladu s cíli stanovenými organizací.	1	2	3	4	5
28. Tato organizace dbá na kvalitu.	1	2	3	4	5
29. Pracovat zde znamená dělat kompromisy s mými hodnotami	1	2	3	4	5

2. Část – Professional Care Team Burden Scale – Dotazník mapující zátěž formálních pečovateliů

S pomocí následující hodnotící škály vyjadřete, do jaké míry souhlasíte s uvedenými tvrzeními. Odpovídejte, pokud možno, bez dlouhého přemýšlení – první odpověď, která Vás napadne, bývá obvykle nejpřesnější.

	Rozhodně ne	Ne	Nevím	Ano	Rozhodně ano
1. Kolegové uznávají můj pracovní výkon.	0	1	2	3	4
2. Mohu s kolegy diskutovat o pracovních problémech.	0	1	2	3	4
3. Mám dobrý vztah s nadřízeným.	0	1	2	3	4
4. Můžu se podílet na rozhodování o průběhu dne.	0	1	2	3	4
5. Ztráta schopnosti komunikovat u lidí s demencí mě zatěžuje.	0	1	2	3	4
6. Zvládám chování lidí s demencí vyplývající z dezorientace.	0	1	2	3	4
7. Je těžké snažit se problematické chování (agrese, bloumání) osob s demencí.	0	1	2	3	4
8. Umím přijmout konstruktivní kritiku.	0	1	2	3	4
9. Osobní problémy ponechávám při práci stranou.	0	1	2	3	4
10. V osobním životě nacházím podporu a úlevu.	0	1	2	3	4

3. Část – Perceived Stress Scale (CZPSS-10) – Škála vnímaného stresu

Otázky v této škále zjišťují Vaše pocity a myšlenky v posledním měsíci. U každé otázky prosím zakroužkujete Vaši odpověď. Odpovídejte, pokud možno, bez dlouhého přemýšlení – první odpověď, která Vás napadne, bývá obvykle nejpřesnější.

PSS	Nikdy	Témeř nikdy	Občas	Poměrně často	Velmi často
1. Jak často jste v posledním měsíci byl/a rozrušen/a něčím neočekávaným?	0	1	2	3	4
2. Jak často jste v posledním měsíci měl/a pocit, že nemáte kontrolu nad důležitými věcmi ve svém životě?	0	1	2	3	4
3. Jak často jste se v posledním měsíci cítil/a nervózní a ve stresu?	0	1	2	3	4
4. Jak často jste v posledním měsíci věřil/a, že dokážete sebejistě zvládat své osobní problémy?	0	1	2	3	4
5. Jak často Vám v posledním měsíci připadalo, že jdou věci podle plánu?	0	1	2	3	4
6. Jak často jste v posledním měsíci zjistil/a, že nevládáte všechny věci, které musíte udělat?	0	1	2	3	4
7. Jak často jste v posledním měsíci cítil/a, že dokážete kontrolovat nepřijemné situace ve svém životě?	0	1	2	3	4
8. Jak často jste v posledním měsíci cítil/a, že máte věci pod kontrolou?	0	1	2	3	4
9. Jak často jste byl/a v posledním měsíci rozložen/y kvůli věcem, které jste nemohl/a ovlivnit?	0	1	2	3	4
10. Jak často jste v posledním měsíci cítil/a, že se potíže hromadí tak moc, že je nedokážete zvládnout?	0	1	2	3	4

4. Část – Demografické otázky + doplňující otázky

Jak jste celkově spokojen/a se svou současnou prací?

1. rozhodně spokojen/a	2. spíše spokojen/a	3. tak napůl	4. spíše nespokojen/a	5. rozhodně nespokojen/a
------------------------	---------------------	--------------	-----------------------	--------------------------

Jakou oblast vnímáte v práci jako nejvíce zatěžující/stresující? Označte max. dvě oblasti

1. Psychická zátěž (únava, emoční vyčerpání, ztráta motivace k práci atd.)
2. Fyzická zátěž spojená s péčí o klienty (manipulace, přesuny atd.)
3. Administrativní zátěž (zapisování dokumentace, čtečkování atd.)
4. Časová zátěž (nedostatek času na přestávku, přehlcení povinnostmi)
5. Zátěž spojena se vztahy na pracovišti (vztahy na pracovišti, s nadřízeným atd.)
6. Zátěž spojená s kulturou organizace (hodnoty, ocenění, jistota práce)
7. Zátěž spojená s příznaky demence (změny nálad, poruchy paměti, agrese, halucinace atd.)
8. Zátěž spojená s aktivitami denního života klienta (hygiena, strava, pomoc při wc atd.)
9. Zátěž spojená se vztahy s klienty (závislost na pomoci, úmrtí klienta, nedocení od klienta, těžká spolupráce, schopnost poznat potřeby klienta atd.)
10. Finanční zátěž (nedostatečné ohodnocení, vysoké náklady na dojezd do práce, nutnost přivýdělků na DPP/DPČ atd.)

Do jaké míry se cítíte být motivován/a ve své současné práci?

1. Cítím se velmi motivován/a.	2. Cítím se docela motivován/a.	3. Nedokážu odpovědět.	4. Cítím se spíše nemotivován/a.	5. Cítím se naprosto nemotivován/a.
--------------------------------	---------------------------------	------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Uvažoval/a jste někdy o tom, že byste odešel/a z tohoto zařízení?

1. dosud ne	2. ano, ale rozhodl/a jsem se zůstat	3. ano, patrně po nějaké době odejdu, pokud by se mi naskytla vhodná a atraktivní příležitost	4. ano, odejdu, jak jen to půjde, aktivně hledám možnost jiného zaměstnání
-------------	--------------------------------------	---	--

Jste:

1. žena	2. muž
---------	--------

Kolik je Vám let?

1. Do 25 let	2. 26 - 35 let	3. 36 - 45 let	4. 46 – 55 let	5. 56 – 65 let	6. 66 a více
--------------	----------------	----------------	----------------	----------------	--------------

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Základní	2. Střední bez maturity	3. Střední s maturitou	4. Vyšší odborné	5. Vysokoškolské Bc.	6. Vysokoškolské Mgr./Ing.
-------------	-------------------------	------------------------	------------------	----------------------	----------------------------

Jaký je Váš rodinný stav?

1. svobodná/ý	2. vdaná/ženatý/dlouhodobý vztah	3. vdova/vdovec	4. rozvedená/rozvedený
---------------	----------------------------------	-----------------	------------------------

Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

1. vynikající	2. velmi dobré	3. dobré	4. obstojné	5. špatné
---------------	----------------	----------	-------------	-----------

V následující tabulce prosím označte dobu, po kterou pracujete se seniory a dobu práce v tomto zařízení:

	méně než 1 rok	1-3 roky	4-10 let	11-15 let	více než 15 let
Jak dlouho celkově pracujete v oblasti péče o seniory?	1	2	3	4	5
Jak dlouho pracujete v tomto zařízení?	1	2	3	4	5

Pokud máte děti, kolik jich vyživujete?.....(počet dětí)

Napište prosím název Vaší organizace:

Jste na konci dotazníku. Na závěr se prosím ujistěte, zda jste odpověděli na všechny otázky.

Vyplněný dotazník poté prosím vložte do obálky a odevzdejte svému nadřízenému či dané osobě, která Vám dotazník předala.