

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců
domova pro seniory**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
Doc. PhDr. František Vízdal, CSc.

Vypracovala:
Ludmila Vičarová

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců domova pro seniory“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu literatury a ostatních zdrojů, který je součástí této bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne:

.....

Ludmila Vičarová

Poděkování

Děkuji panu Doc. PhDr. Františkovi Vízdalovi, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Ludmila Vičarová

Obsah

ÚVOD	5
1. CHARAKTERISTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	7
1.1 HISTORIE SYNDROMU VYHOŘENÍ	8
1.2 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	9
1.3 PŘÍČINY VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ	10
1.4 PRŮBĚH SYNDROMU VYHOŘENÍ	11
1.5 ODLIŠNOST OD JINÝCH PORUCH	13
1.6 PREVENCE	14
2. SYNDROM VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ.....	20
2.1 CHARAKTERISTIKA PRACOVNÍKŮ PRACUJÍCÍCH V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	22
2.2 OSOBNOST SENIORA.....	25
2.3 ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY.....	28
3. DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	33
3.1 DOTAZNÍK BM.....	33
3.2 JINÁ METODA	33
4. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	35
4.1 STRUKTURA ORGANIZACE	35
4.2 CÍL ŠETŘENÍ	36
4.3 METODIKA VÝZKUMU	37
ZÁVĚR.....	51
RESUMÉ.....	53
ANOTACE.....	54
KLÍČOVÁ SLOVA.....	54
ANNOTATION	54
KEYWORDS.....	54
SEZNAM LITERATURY A OSTATNÍCH ZDROJŮ.....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	57

Úvod

Během života se každý z nás dostane do pozice, kdy je nucen o někoho pečovat. Pečujeme o své děti, časem se věnujeme svým stárnoucím prarodičům, rodičům. I my budeme ti, kteří jednou budou potřebovat pomoc druhého.

Je samozřejmé, že život seniora v domácím prostředí je pro něj nejpřirozenější. Často ale nastává situace, kdy náročnost péče o seniora, pracovní vytíženost blízkých, nevhodné bytové podmínky vyžadují, že senior je umístěn do některého z ústavů sociální péče. Nejčastěji se jedná o domovy pro seniory, které poskytují 24 hodinovou ošetrovatelskou péči.

Motivem práce většiny pracovníků v domovech je často touha pomáhat druhým, být pro někoho užitečný. Vstupují do zaměstnání s nadšením, časem však zjišťují, jak fyzicky a psychicky je péče o staré, nemocné lidi náročná. Velké nároky, přetěžování, nedocení, starost a péče o vlastní rodinu mohou vést až k takovému vysílení, že pracovník psychicky vyhoří.

Domovy pro seniory se službou zvláštního režimu poskytují pomoc a podporu lidem, kteří jsou postiženi některým typem demence. Zdravotní sestra či ošetrovatelka se po ukončení studia často domnívá, že bude pečovat o milé babičky a moudré dědečky... Realita je však jiná. Jde o seniory ve velmi těžkém zdravotním stavu, často upoutané na lůžko, dezorientované, s různými poruchami zraku, sluchu a schopností se dorozumět. Nedostatek volných míst v domovech pro seniory obecně znamená, že k přijetí do ústavu jsou upřednostňováni právě senioři, kteří jsou ve vážném zdravotním stavu, kdy péče v domácím prostředí již není možná.

Náročnost této práce vede k tomu, že pracovníci jsou emocionálně, duševně a fyzicky unaveni. Všichni si přejeme, abychom u toho, kdo pečuje o naše blízké, kdo pečuje o nás, našli nejen pomoc fyzickou, ale i pochopení, porozumění, pocit klidu, bezpečí...

Stejně jako klienti sociálního zařízení, tak i jeho zaměstnanci mají své specifické potřeby a požadavky. Každý z nás má potřebu vlídného slova, úsměvu, pohlázení, nepodceňování. Ne každý pracovník je toho schopen, a už vůbec ne ten, který je „vyhořelý“.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit četnost výskytu syndromu vyhoření u pracovníků domova se službou domov pro seniory a se službou zvláštního režimu. Zjistit, zda cílová skupina seniorů ovlivňuje vznik syndromu vyhoření u pomáhajících

pracovníků a jak tito pracovníci vnímají své pracovní podmínky, s jakými osobními a zdravotními potížemi se potýkají.

Ráda bych přiblížila ostatním požadavky kladené na pracovníka v sociálních službách, osobnost seniora, náročnost péče o něj a prostředí, ve kterém se péče poskytuje a je přijímána. Zaměřím se také na prevenci vzniku syndromu vyhoření.

„Nauč se druhým říkat nejen „ano“ ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak má asi tvé „ano“?“

Sheila Cassidy

1. Charakteristika syndromu vyhoření

Vyhoření neboli burnout – tento název použil v roce 1974 americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger. Jedná se o psychické vyhoření, vyčerpání člověka, nejčastěji uváděné v souvislosti se zaměstnáním. Vyskytuje se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je závislá na mezilidské komunikaci. Je také spjat se životním stylem člověka a prolíná se do pracovního, následně do osobního života. Ten, kdo je po delší dobu vystaven nějakému tlaku, nepřiměřeným nárokům, zátěži a nepříjemné situaci se může dostat do stavu, kdy tzv. vyhoří. Jde o stav, kdy jedinec začne být chronicky unavený, apatický. „Je to stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží¹“. Psychologové se tímto jevem zabývají již od 70. let minulého století. Od této doby se stále častěji objevují odborné články a v posledních létech se také studenti tomuto jevu věnují ve svých seminárních, bakalářských či jiných pracích. Existuje také celá řada definic. V knize Jara Křivohlavého² jsou uvedené doslovné výroky psychologů, kteří se psychickým vyhořením zabývají. Např. Ayala Pines a Elliot Aronson ve své knize Career Burnout – Cause and Cure popisují syndrom vyhoření takto: „Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy. Burnout je odpovědí organismu na situaci, která člověka uvádí do stresového stavu. Tato situace je přitom tak silná (mocná), že by se negativně dotkla každého člověka, který by se do ní dostal. Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření (burnout) nejčastěji. Závažnost jejich fyzického i psychického stavu je do určité míry ukazatelem jejich původního nadšení.“ Syndrom vyhoření nepřichází nečekaně, ale nastupuje pozvolna a plíživě. Probíhat může až několik let a v několika fázích. Definice od různých autorů, uvedené v téže knize Jana Křivohlavého, mají některé společné znaky:

- *negativní emocionální příznaky – velká únava, vyčerpání, deprese, špatné soustředění pozornosti, negativismus;*
- *důraz je kladen na příznaky a chování lidí, více než na tělesné příznaky;*

¹ Kalwass, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007, s. 9.

² Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 10-11.

- *burnout je uváděn vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání;*
- *příznaky se vyskytují u jinak zcela zdravých lidí;*
- *snížená výkonnost, úzce související s negativními postoji a z nich vyplývaného chování a ne s nižší kompetencí či z nižších pracovních schopností a dovedností.*

1.1 Historie syndromu vyhoření

V literatuře se syndrom vyhoření začíná objevovat v sedmdesátých letech 20. století, kdy byl tento jev pojmenován. Od této doby se stává předmětem zkoumání. Původně se tento termín používal v souvislosti se stavy lidí, kteří propadli alkoholu či jiným drogám a ztratili o vše ostatní zájem. „Americký psycholog Faeber uveřejnil v r. 1983 seznam 1500 odborných pojednání, článků a knih, které byly věnovány v anglicky psané psychologické literatuře jevu burnout v době od r. 1974 do 1983. Dvojice amerických psychologů- Kleiber a Enzman v této přehledové práci pokračovala. Tito psychologové zjistili, že za dalších 6 let, tj. od r 1984 do 1990, bylo zveřejněno 1500 odborných pojednání o jevu zvaném burnout.³“ Ovšem už mnohem dříve můžeme v literatuře pozorovat příznaky syndromu vyhoření, kdy jev není přímo pojmenován jako syndrom vyhoření. Příklad z bible uvádí Jaro Křivohlavý, kde v knize Kazatel, čteme o tom, co vyjadřuje termín vyhoření. „Marnost nad marností, všechno je marnost“. Příběh proroka Eliáše, který se dostal na dno svých sil. Byl pronásledován královnou, uchýlil se před ní do pouště, kde zcela vyčerpán žádá po Bohu svoji smrt.

V naší zemi se problematika syndromu vyhoření objevuje po tzv. sametové revoluci, tedy po roce 1989. Tehdy došlo k zásadním změnám ve společnosti – rozsáhlé transformační změny, kde vyhoření rozšiřuje okruh problémů souvisejících se zvládáním stresu občanů, vyrovnávajících se s důsledky těchto transformačních kroků. Lidé jsou vystaveni ztrátě tradičních jistot např. možnosti pracovat. S tím pak souvisí problémy finanční a ekonomické⁴. Objevují se u nás překlady zahraničních autorů na téma syndrom vyhoření. Z našich autorů se syndromem vyhoření zabývá Vladimír Kebza a Iva Šolcová v publikaci Syndrom vyhoření a Jaro Křivohlavý v knize Jak neztratit nadšení. Ten se také věnuje obdobným tématům např. v knize Jak zvládat stres, Jak zvládat depresi či Jak přežít vztek, zlost a agresi. Až při studiu literatury pro bakalářskou práci jsem zjistila, jak

³ Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 46-47.

⁴ Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003.

snadno se člověk může dostat do stavu, kdy vyhoří. V dnešní době, která je charakterizována uspěchaností, změnami na trhu práce, pracovní konkurencí až rivalitou, ztrátou osobní komunikace, konzumním způsobem života, ekonomickými a sociálními změnami je každý z nás vystaven tlaku a stresu, který může skončit vyhořením, vyhasnutím.

1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Existuje mnoho různých způsobů kategorizování příznaků syndromu vyhoření. Postiženého zasahuje na psychické, fyzické úrovni a také na úrovni sociálních vztahů.

Psychická úroveň

Převládá pocit, že maximální vynaložené úsilí má nízkou efektivitu, dochází k utlumení aktivity, iniciativy. Převažuje depresivní ladění, sklíčenost, pocity smutku, beznaděje, sebelítosti a cynismu, nesoustředěnost, zapomínání, celková nespokojenost. Toto vede až k nezájmu, který souvisí s profesí, často se objevuje také negativní hodnocení organizace, v níž postižený pracuje.

Fyzická úroveň

Postižený syndromem vyhoření se na fyzické úrovni vyznačuje celkovou únavou organismu, apatií. Čas, který mu dříve stačil na obnovu sil je nedostačující a znovu nastupuje únava. Mezi vegetativní potíže, které vyhoření provází, patří bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací potíže, poruchy krevního tlaku, bolesti svalů, třes, poruchy spánku. Postižený je celkově oslaben. Je více náchylný k nemocem a má blíže k vytvoření závislosti všeho druhu.

Úroveň sociálních vztahů

Dochází k vyhýbání se kontaktu s klienty, kolegy, přáteli. Je viditelná nechuť k vykonávané profesi, postupný nárůst problémů, konfliktů, nízká empatie přesto, že postižený byl dříve vysoce empatický. Nastupuje lhostejnost ve vztahu k okolí – sociální apatie. Příznaky syndromu vyhoření zasahují i soukromí postiženého. Syndromem vyhoření dochází k významnému narušení mezilidských vztahů v zaměstnání, s rodinnými příslušníky, s přáteli. Někteří zahraniční autoři např. W.Schaufeli vyslovují

hypotézu, že určité sociální prostředí usnadňuje a podporuje rozvoj vyhoření. Syndrom vyhoření pracovníka je signálem, že v instituci něco dobře nefunguje⁵.

1.3 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření souvisí vždy se smysluplností práce. Nejčastěji se objevuje v profesích pomáhajících či tam, kde je každodenní kontakt s lidmi. Pokud je pomáhající se svou prací spokojen, jeho práce mu dává smysl a potěšení. Práce se nedaří, pokud jsou pracovníci přetěžováni množstvím lidí, o které mají pečovat, nemají pro svou práci vhodné podmínky nebo je vyčerpává soucit a starost o pečované osoby. Když se v práci pomáhajícímu daří, má silný prožitek smysluplnosti práce, pokud se nedaří, je větší i jeho zklamání a pochybnost o smysluplnosti práce. K syndromu vyhoření vedou tři základní cesty.

První z nich je **ztráta ideálu** – na počátku je velké nadšení, pak postupně vznikají problémy, potíže, objevují se překážky, jedinec přestává věřit svým schopnostem, cíle se zdají nedosažitelné. Velké přetížení vyčerpává a nakonec vede k vyhoření.

Další příčinou syndromu vyhoření je **workoholismus** – závislost na práci. Jedinec věnuje veškerou energii práci, bez práce je neklidný, má stálou potřebu hodně pracovat. Postupem času se vyčerpává, až nemá žádnou energii.

Třetí příčinou je **teror příležitostí** – neschopnost posoudit, kolik práce člověk snese. Neumí odmítnout další práci, časem se ukáže že, nedokáže dostát svým slibům, závazkům. Čas i energii vyčerpává na rozpracovaných úkolech⁶.

Přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření

Nejčastěji syndrom vyhoření postihuje osoby, pracující s jinými lidmi, např. v oborech jako je zdravotnictví, školství a sociální práce. Nejen práce s lidmi, ale také velké požadavky na výkon pracovníků vyvolává frustraci a stres, který nemá daleko k syndromu vyhoření.

⁵ Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003.

⁶ Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

- *Lékaři – zvláště lékaři v oborech onkologie, jednotkách intenzivní péče, léčebnách dlouhodobě nemocných, psychiatrie, rizikové obory pediatrie*
- *Zdravotní sestry*
- *Další zdravotní pracovníci – ošetřovatelé*
- *Psychologové a psychoterapeuti*
- *Sociální pracovníci*
- *Učitelé na všech stupních škol*
- *Pracovníci pošt*
- *Dispečeri*
- *Policisté*
- *Právníci, zvláště pak advokáti*
- *Pracovníci věznic*
- *Poradci*
- *Úředníci v bankách a úřadech*
- *Armáda, letectvo*
- *Duchovní a řádové sestry*
- *Dále u špičkových umělců, sportovců⁷*

1.4 Průběh syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je na rozdíl od stresu jev dlouhodobý, jeho průběh může trvat i několik let. Probíhá v několika fázích, jejichž průběh je individuální a může trvat různě dlouho. Odstraní-li se příčiny, které vedou k vyhoření, je možné tento proces zvrátit. Varovným signálem by měly pro člověka být pocity úzkosti a napětí už jen při myšlence na práci a déle trávající pocit přepracovanosti.

Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se rozvíjí v několika fázích, jejichž délka je individuální. Nejjednodušší model má tři fáze, nejsložitější se skládá z dvanácti fází. V knize

⁷ Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003, s. 8.

Christiana Stocka Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout je uveden model dvojice autorů Edelwiche a Brodského⁸:

- a) *idealistické nadšení*
- b) *stagnace*
- c) *frustrace*
- d) *apatie*

Ve všech vědeckých modelech se vychází z počátečního pracovního nadšení a nadprůměrného nasazení. Další pojetí je model Christiny Maslach, který uvádí také Jaro Křivohlavý:⁹

- a) ***Fáze nadšení*** - hovoří se o velkém nadšení a zapálení pro věc, spojeném s velkou iniciativou, elánem, přetěžováním. Práce se stává smyslem života, člověk pro ni mnoho obětuje, pracuje přesčas, málo odpočívá.
- b) ***Fáze emocionálního a fyzického vyčerpání*** - původní nadšení opadá, objevují se překážky, komplikace, práce nenaplnuje naše představy, jedinec zjišťuje, že ne vše je tak ideální, jak si myslel, objevuje se psychické a fyzické vyčerpání organismu.
- c) ***Fáze dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením*** - děláním pouze toho, co je nezbytné, snížená aktivita, vyhýbání se novým věcem, změnám, práce je vykonávána bez nadšení, jedinec má pochybnosti nad smyslem práce, pracoviště znamená velké zklamání, nastupuje odcizování, jako obrana před dalším stresem a vyčerpáním, projevy nepřátelství k okolí.
- d) ***Terminální stádium*** – stavění se proti všemu a všem, ztráta smyslu práce, viditelné příznaky syndromu vyhoření.

Pojetí R. Schwaba uvádí Kebza a Šolcová. Podle něho syndrom vyhoření vzniká v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami. Vývoj rozdělil do třech fází.

V první fázi dochází k nepřiměřeným, vysokým nárokům v zaměstnání a ke vzniku stresu u jedince, který tyto požadavky nemůže splnit.

Ve druhé fázi dochází k emocionální odpovědi na tuto nerovnováhu, objevují se pocity úzkosti, únavy a vyčerpání.

⁸ Stock, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 23.

⁹ Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998 s. 61.

Ve třetí fázi dochází ke změnám v postojích a chování, jednání s klienty je neosobní, odměřené¹⁰.

1.5 Odlišnost od jiných poruch

Únava – není klasifikována jako nemoc, ale stavem psychického a tělesného vyčerpání. Jedinec nezvládá běžné činnosti a má neustálou potřebu odpočívat. Dlouhodobá únava může být znakem vážnějších onemocnění např. chronického únavového syndromu. „Lidé postižení chronickým únavovým syndromem se cítí neúměrně unaveni, vyčerpáni, nic do nich není a spoustu času stráví chozením od doktora k doktorovi, aniž jim nejrůznější vyšetření přinášejí úlevu. Pod názvem chronický únavový syndrom (CFS- chronic fatigue syndrome) se skrývá těžká porucha obranyschopnosti a odolnosti organismu.¹¹“

Shodné znaky se syndromem vyhoření má **deprese** – objevuje se také smutná nálada, ztráta motivace, pokles aktivity, pocit bezcennosti apod. Při syndromu vyhoření se negativní působení omezuje na myšlenky a pocity týkající se vykonávané profese. Významným znakem u depresí je sezónnost výskytu. Projevy poruch spánku u depresí jsou spojeny s buzením v průběhu spánku, u syndromu vyhoření jde především o obtížné usínání. Postižený depresí obviňuje většinou sám sebe z nezdaru, neúspěchu, kdežto postižený syndromem vyhoření obviňuje okolí. Mezi společné znaky patří zploštělost emocionality, otupělost, netečnost, pokles aktivity. Rozdílnost u postižených depresí je, že tito jedinci mají tzv. nedostatek slov k vyjádření emocí, neumí je vyjádřit. Jedinci postižení syndromem vyhoření emoce redukují, jejich emocionalita je deformovaná, mají však zásobu slov k jejich vyjádření¹². V pokročilém stádiu syndromu vyhoření jej lze od deprese odlišit obtížně, je nutné zjistit komplexně všechny zátěžové faktory.

Další shodné znaky se syndromem vyhoření má **stres**. Dlouho neexistovala žádná definice stresu, i když jej lidé znali, nedokázali jej definovat. Jedinec postižený stresem reaguje neadekvátně, neklidně, psychicky se hroutí a selhává z neznámých příčin. Stres je nedílnou součástí života a někteří lidé jej navíc sami vyhledávají např. při adrenalinových sportech. Jiní jej využívají pro lepší výkon např. umělci, chirurgové. Pokud je člověk výrazně negativně přetěžován, mluvíme o distresu. O eustresu hovoříme v takovém

¹⁰ Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003, s. 14.

¹¹ Hilgers, A., Hofmannová, I. *Chronický únavový syndrom*. Praha: Ivo Železný, 1994.

¹² Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003.

případě, když k přetížení dochází, ale situace je pro něj příjemná, emocionálně žádoucí¹³. Ovšem pokud je jedinec vystaven po dlouhou dobu přetrvávajícímu vleklému stresu, hovoříme o chronickém stresu. Chronické situační stresy jsou společně s velkým očekáváním spouštěčem tělesného, citového a duševního vyčerpání, neboli syndromu vyhoření, k čemuž dochází především u lidí, vykonávajících pomáhající profese. Přítomnost chronického stresu je jeden z podstatných faktorů vzniku vyhaslosti. Jedná se o napětí, problémy a nepříjemné situace, které se dají jen obtížně řešit a působí na nás dlouhodobě. Jde o situace, které každý z nás zažil, nebo zažije. Např. úmrtí nejbližších, vážná nevléčitelná nemoc, rozvod, stárnutí, problémy s dětmi, manželské problémy, náročná operace, trestný čin – znásilnění, napadení násilníkem, ale i banálnější situace – blížící se chvíle rozhodnutí, termín splnění úkolů, které nejsme schopni dokončit. Uvádí se, že pracovní přetížení a nespokojenost s prací přivádí pracovníky do stresu. Obecně lze říci, že hlavním spouštěčem syndromu vyhoření je chronický stres a frustrace v práci¹⁴. Důležitý je přístup vedení, neboť nízká motivace, konflikty, zvyšování nároků a požadavků na pracovníky, práce bez dostatečného odpočinku hraje významnou roli při vzniku syndromu vyhoření. Vyhoření není totéž, co stres, dochází však k němu v důsledku chronického stresu a dlouhodobou nerovnováhou mezi zátěží a odpočinkem¹⁵. Syndrom vyhoření se liší od deprese a chronické únavy tím, že z počátku postihuje pouze pracovní oblast. Postupem času jsou zasaženy i ostatní osobní oblasti lidského života a může dojít k rozvoji deprese či chronické únavy. Varovným signálem jsou pochybnosti týkající se smyslu vykonané práce¹⁶. Nejpodstatnější odlišností od výše uvedených „poruch“ je, že vznik syndromu vyhoření je vždy prvotně vázán na vykonávané zaměstnání.

1.6 Prevence

Pokud je člověk postižen syndromem vyhoření, je třeba vyhledat pomoc jiného člověka, nejlépe odborníka – psychoterapeuta, psychologa, psychiatra. Člověk si většinou už sám pomoci nedokáže. Postižený by měl více odpočívat, v akutní fázi však nepomůže ani vzít si v práci volno. Je vhodné komunikovat s lidmi, kteří jsou ve stejné pracovní pozici, ale

¹³ <http://kacaras.blog.cz/rubrika/stres-klasifikace>

¹⁴ Křívohlavý, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994.

¹⁵ Stock, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010.

¹⁶ <http://nemoci.vitalion.cz/syndrom-vyhoreni>.

syndromem vyhoření netrpí, podělit se o problémy s někým, kdo rozumí pracovní problematice. Smířit se s tím, že mohu selhat a přitom neztrácím ostatní přednosti, pomůže posílit sebevědomí. Někdy pomůže zkrácení pracovní doby, změna pracoviště v rámci podniku, někdy je nutné zaměstnání změnit. Vždy je nezbytné hledat příčiny toho, proč jsme se v takovém stavu ocitli. Pokud se úspěšně podaří syndrom vyhoření zvládnout, je to pro nás životní zkušenost. Známe již svou odolnost vůči zátěži a můžeme dříve reagovat na stavy vyčerpanosti¹⁷. Je snazší negativním důsledkům pracovního stresu předcházet, než je odstraňovat. Lidé, kteří jsou charakterizováni empatií, sensitivitou, obětavostí, idealismem, úzkostí, pedantstvím, tendencí výrazně se identifikovat s druhými, mají vyšší náchylnost podlehnout syndromu vyhoření. **Z vnějších faktorů prevence** je důležitá sociální opora – udržovat dobré mezilidské vztahy v rodině, se spolupracovníky, přáteli, vést zdravý životní styl, mít dostatek spánku a odpočinku, nejlépe aktivního – zájmy, záliby, koníčky, setkávat se s dobrými známými. **Z vnitřních faktorů prevence** je důležité naučit se oddělovat pracovní život od osobního. Nesnažit se být dokonalý, snížit nároky na sebe i na ostatní, nebát se změn, naučit se komunikovat, naučit se jednat asertivně, dokázat říci NE, vyjadřovat své pocity, nenechat se přetěžovat, při práci dělat přestávky, umět správně relaxovat atp. Nemusíme být vždy silní, pohotoví, rychlí, nemusíme být vždy se všemi zadobře. Stanovíme si priority a cíle v pracovním i osobním životě. Christian Stock ve své publikaci¹⁸ doporučuje v případě, že nám hrozí syndrom vyhoření, zopakovat si několikrát denně, před spaním a po probuzení větu ve smyslu „*jsi skvělá taková, jaká jsi*“, popř. větu napsat na papír a umístit ho tak, abychom ji měli stále na očích. **Také ze strany zaměstnavatele lze hodně udělat pro prevenci syndromu vyhoření u svých pracovníků.** Až 70 procent absencí v práci z důvodů pracovní neschopnosti je zapříčiněno nemocemi souvisejícími se stresem¹⁹.

Nadřízení pracovníci by měli umět ocenit snahu pracovníka, i když vynaložené úsilí ne zcela odpovídá výsledku a zajistit, aby kompetence a zodpovědnost pracovníků byla vyvážená. Na poradách personálu se věnovat nejen odborným a organizačním záležitostem, ale dát prostor k vyjádření osobních názorů a pocitů. Důležitým faktorem je také podporovat vzdělávání pracovníků na všech úrovních ať už formou kurzů, přednášek či stáží na jiných pracovištích. Podřízený pracovník má mít také dostatek informací. Předchází se tím vzniku dohadů a fám, které mohou vyvolávat nejistotu a zmatky.

¹⁷Bartošíková, I. a kol., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: dvpz, 2000.

¹⁸ Stock, Ch., *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010.

¹⁹ Kebza, V., Šolcová, I., *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003.

V neposlední řadě je nutné pracovníky delší dobu nepřetěžovat, např. v případě dlouhodobé nemoci zajistit zástup za práce neschopného a nenechávat vše na jednom kolegovi a také zabezpečit podmínky pro načerpání sil – např. rozpisy služeb, plán dovolených²⁰. Nezbytné je dodržování bezpečnostních a hygienických předpisů. V poslední době se na pracovištích stále častěji využívá supervize. Ta představuje důležitou oblast profesního růstu. Je žádána a oceňována hlavně v oblastech práce s lidmi v pomáhajících profesích, medicíně, školství, výchově atp. Dle koncepce Českého institutu pro supervizi supervizí rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá jedinci, týmu, organizaci vnímat vlastní práci a vztahy, má být nápomocen při hledání nových řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na lepší porozumění daného problému a uvolnění tvořivého myšlení. Cílem supervize by tedy mělo být větší uspokojení z vykonané práce, zvýšení její kvality, efektivity a současně může být prevencí syndromu vyhoření²¹. Každý z nás uznává jiné životní hodnoty. Domnívám se, že ale většina z nás má jako svou prioritu zdraví své a svých nejbližších. Pokud člověk není zdravý, není jednoduché být pak šťastný a rozdávat radost, šířit pohodu a klid doma i v práci. Vyhnout se syndromu vyhoření vyžaduje začít především u sebe. Každý z nás potřebuje čas od času kladné ocenění své práce. Pokud se mu tohoto nedostává od druhých, je dobré zamyslet se, zda to co děláme, děláme dobře. Pokud si myslíme, že ano, je třeba vyzdvihnout vlastní uspokojení z dobře vykonané práce. Na druhou stranu nepřeceňujme význam práce ani pracovní kariéry. Neobětujme naše zdraví a rodinnou pohodu přesto, že práce hraje v našem životě důležitou a neodmyslitelnou roli. Zkusme naučit se hospodárně využívat čas a energii, poměrně je rozdělit mezi pracovní a osobní život.

Jak zvládnout stres, depresi

V knize Jara Křivohlavého²² lze nalézt určitou pomoc jak zvládat stres a depresi. Je zde uvedeno ***desatero podnětů*** pro zdravotní pracovníky v péči o jejich vlastní přežití. Je to 16 rad od anglické profesorky paliativní medicíny doktorky Sheily Cassidy:

1. *Buď k sobě mírná, vlídná, laskavá.*

²⁰ Bartošíková, I. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: dvpz, 2000.

²¹ <http://www.supervize.eu>

²² Křivohlavý, J. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 107, 108.

2. *Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jím je kdokoli a ať je tvá snaha sebevětší.*
3. *Najdi si své útočiště, tj, místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.*
4. *Druhým lidem na oddělení – svým spolupracovníkům i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, i když si to zaslouhují jen trochu.*
5. *Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsi denně svědkem, cítit se bezmocně a bezbranně. Připust' si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější, než mnohé jiné.*
6. *Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš dělat pokaždé – pokud možno – jinak.*
7. *Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby naříkání: a) mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, b) tím, které bolest a utrpení tiší.*
8. *Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat – a raduj se z toho.*
9. *Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat. Jak? Např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně – jen ryze technicky a zvykově – bezmyšlenkovitě) vykonávat své úkoly. Snaž se z vlastní iniciativy, tj. nikým nucena, z vlastní vůle, někdy pokusit udělat něco jinak - tvořivě (asi tak, jak to dělá výtvarný umělec, např. malíř či architekt).*
10. *Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu a v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějněho směřování života.*
11. *Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegy, se vyhýbej jakémukoli rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.*
12. *Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti někdo či něco tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.*
13. *Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ nežli „musím, mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“, nežli „nemohu“. Takto osobní řeč vedená sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.*

14. *Nauč se druhým říkat nejen „ano“ ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak má asi tvé „ano“?*
15. *Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti, nežli připuštění si skutečnosti (reality), že více nežli děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.*
16. *Raduj se, hrej si a směj se – ráda a dost často.*

Tyto zásady lze určitě využít i v jiných profesích než u zdravotníků nebo v osobním životě v komunikaci s jinými. Předcházet depresivním stavům lze také asertivním chováním a relaxací, cvičením svalů, hudbou, zpěvem, čtením humorných knih, aktivním tělesným cvičením a dobrým životním stylem např. zdravé stravování, vydatný spánek, odpočinek, relaxace.²³ Pro duševní pohodu a uvolnění nastřádaného napětí má relaxace velký význam. Ať už jde o relaxaci spontánní – dostatek spánku a odpočinku, tak relaxaci diferencovanou, záměrnou, navozenou vůlí člověka – např. procházka v přírodě. Je nutné z vědomí vymazat starosti, problémy a trápení. I dýchání lze ovládat vůlí, prohlubovat tzv. brániční dýchání, kdy se zaměříme na frekvenci dechů, při chůzi na rovině je vhodné na dva kroky (levá, pravá) nádech, na čtyři kroky výdech.

Svalovou relaxací je napínání a uvolňování určitých, např. obličejových svalů, kdy přiložíme obě ruce dlaněmi na obličej, zavřeme oči, svaly v obličejí, co nejvíce uvolníme, ale v dlaních vyvineme větší tlak ke stlačení obličeje. Krátce na to, pocítíme úlevu. Pro uvolnění vnitřního napětí je důležité své emoce ventilovat a to tak, že si o potížích pohovoříme s někým blízkým nebo využijme služeb odborníka – psychoterapeuta. Ventilace může probíhat i formou psaní, např. deníčku.

Další možností relaxace jsou klasická relaxační cvičení. Fyziologové, lékaři a psychologové vytvořili různé metody cvičení, které vedou k uvolnění napětí. Uvedené metody a postupy popisuje v publikaci J. Křivohlavý²⁴. V publikaci je uvedeno také Desatero o moudrém postoji k životu, které, dle mého názoru, stojí za to v této práci uvést:

- *Dělejte, mimo jiné, i něco, co vás opravdu baví (když vás nic nebaví, navštivte psychiatra)*
- *Mějte dobrou míru smyslu pro humor a nedejte si humor nikým a ničím vzít*

²³Křivohlavý, J. *Jak zvládat depresi*. 2 vyd. Praha: Grada Publishing, 2010.

²⁴ Křivohlavý, J. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing, s. 46.

- *Nepohrdejte skromnějším způsobem života*
- *Nechtějte být vždy, všude a všem nej, nej, nej, ale snažte se radovat se i z maličkostí*
- *Naučte se odpouštět a netrapte se do smrti s tím, co vám kdo udělal – život je krátký!*
- *Bud'te vděční, a to i za věci, které považujete za zcela samozřejmé.*
- *Mějte jednoho člověka, který je vám přítelem na život a na smrt (manžela)*
- *Mějte několik dobrých přátel, kterým můžete důvěřovat a starejte se o ně (navštěvujte je, pomáhejte jim, pečujte o svou sociální síť).*
- *Snažte se vidět věci z širšího hlediska a stát nad nimi (využívejte daru vertikály)*
- *Věřte, že zlo v jakékoli podobě nemá na světě největší sílu*

2. Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí

Syndrom vyhoření se objevuje u profesí, kde dochází k častému kontaktu, komunikaci s druhými lidmi. Těmito lidmi se rozumí lidé se zdravotními problémy, lidé, kteří se ocitli v těžkých a svízelných životních situacích a pomáhající profese jim poskytuje podporu a pomoc tyto problémy a potíže zvládnout. Je zcela jistě náročné zůstat nad věcí, oprostit se od problému druhého a oddělovat pracovní život od osobního. Někdy jde o potřebu pomáhat, která je nevědomou obranou, kompenzující neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby. U pomáhajících profesí se nemusí vyskytnout jen syndrom vyhoření, ale i syndrom pomocníka. „Syndrom pomocníka tkví v neschopnosti projevit vlastní city a potřeby, které se staly součástí osobnostní struktury. V ní se spojila se zdánlivě nenapadnutelnou fasádou v oblasti sociálních „služeb“ a latentními fantaziemi o vlastní všemohoucnosti²⁵“. Jde o to, vyhnout se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí, mít profesionální odstup od klientů, nesnažit se mít zodpovědnost za vše a za všechny. Čím více člověk pomáhá, tím více budou bezmocní.

Není jednoduché poznat, kdy člověk vykonávající profesi pomáhajícího je zcela psychicky zdravý a naopak, kdy je postižen duševní nemocí. Profese pomáhajícího vyžaduje častou supervizi, protože při práci, kterou vykonávají, se řídí pouze vlastním svědomím. Není zvykem, aby chování při pomáhaní druhým, bylo předmětem zkoumání. I když právě základem mohou být i sobecké motivy, provázené hrubým chováním či skrývanou potřebou po moci²⁶. Syndrom pomocníka je jednou z příčin syndromu vyhoření. Po vyčerpání spontánní a emocionální ochoty pomáhat, není schopen pomocník poskytovat potřebným osobám pocit jistoty a bezpečí. „Mnohem častěji se dnes syndrom vyhoření objevuje v péči o staré a nemocné lidi. Zde jsou veliké deficity v distanci vůči naivní morálce pomáhaní, v níž se daří nereflktovanému sebeobětování a právě tak nereflktované tvrdosti i neprofesionální soucitnosti.²⁷“ Schmidbauer ve své publikaci také uvádí, že bezmocný pomocník není schopen vnímat své citové potřeby. Proto také vyhledává vztahy, ve kterých právě on je tím, kdo dává a neprojevuje žádná jiná přání, než být nepostradatelný. Vlastní potřeby se snaží nevnímat, vyvolávají v něm úzkost, na

²⁵ Schmidbauer, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008, s. 16.

²⁶ Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2005.

²⁷ Schmidbauer, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008, s. 17.

druhé straně přijímá volání o pomoc. To, že jej někdo potřebuje, mu dává jistotu. Pomocník si musí uvědomit, že navedení klienta na správnou cestu (místo přímé pomoci) je v mnoha případech vhodnější. Někdy pomocník nedokáže svěřence nechat, stáhnout se, nedokáže posoudit, kdy je, respektive není, jeho pomoc nutná. Usiluje o svou dokonalost, která je pro něj nejdůležitější, chování je kontrolované, orientované na výkon, je neschopný projevít své vlastní city a potřeby.

U tzv. pomáhajících profesí se očekává a vyžaduje empatie, morálka, úcta, lidskost, vstřícnost, náklonnost k druhým, vřelost, důvěryhodnost, odbornost. Ovšem jen za předpokladu, že nepřesáhne hranici, kdy pomáhající už pak není schopen posoudit, kdy pomáhá a kdy se emocionálně vyčerpává. Pomoci druhému je pro něj prvořadé. „U morálního jednání se pak k tomu druží i záměr (intence): jednat tak, aby mu bylo lépe²⁸“. Lidé pracující v pomáhajících profesích mají specifický vztah – je to lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Vztah ke klientovi je podstatnou složkou povolání, ovšem vcítění, trpělivosti, vstřícnosti se na školách většinou nevyučuje. I v jiných profesích, např. kadeřnice, kosmetička, je také každodenní kontakt s lidmi, zde však postačí chovat se slušně, neočekává se osobní vztah. Pomáhající pracovník je v blízkém kontaktu s lidmi na něm nějak závislími. Klient potřebuje cítit důvěru, bezpečí, jistotu. Často slyšíme o aroganci, hrubosti či lhostejnosti pomáhajících pracovníků. Pro mnoho dalších je pomáhání činností smysluplnou, zabývá se důležitými problémy jiných lidí, při jejichž řešení je nápomocen a přináší mu pocit uspokojení. Překonává i pocit osamělosti pomocí kontaktu s klienty. Od angažovaného pracovníka se očekává pochopení pro každého klienta, což ale není možné, někdo je nám sympatický více, někdo méně. Udělat na klienta dobrý dojem a pomáhat jsou motivy, které se někdy rozcházejí.

Mnoho z nás se bojí stáří, samoty, tělesného, mentálního postižení. Zejména mladí lidé proto raději volí pomáhající profesi při práci s dětmi. Práce se starými a nemocnými lidmi se někomu může zdát jako málo produktivní. Někomu naopak pomoci překonávat osamělost starých lidí přináší pocit důležitosti. Je nutné, aby pomáhající se uvědomil, že stáří je přirozenou součástí života. Pro pomáhajícího je důležité vědět, že klient je spokojen, což může být vyjádřeno pochvalou či vděkem od klienta. Pomáhající pracovník je rád nápomocný lidem, slevuje ze svých osobních cílů a stará se více o ty druhé.

Ve vztahu ke klientovi je nutné oprostít se od subjektivního pohledu. Chceme-li klientovi porozumět a pomoci, musíme se zajímat o to, jak věci cítí a vidí on sám. Během jednání

²⁸ Křivohlavý, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004, s.166.

s klientem je nutné přizpůsobit komunikaci jeho věku, mentální úrovni i psychickému stavu klienta. Pomáhající pracovník využívá moc, kterou má, už tím, že bezmocný něco potřebuje a on pomáhá. Moc pracovníka je vymezena zákonnými normami, organizačním řádem instituce, nepsanými, společností uznávanými normami – např. autorita lékaře. Mocenský systém vede k oboustranné manipulaci – pomáhající přebírá kompetence za klienta, může ho ochránit před újmou, může ho ale také zneschopňovat. Pomáhající profese se řídí také etickými zásadami, ale musí pracovat i s vlastním prožíváním. Práce s lidmi v pomáhající profesi je náročná, na jedné straně energii dodává, na druhé straně ji odebírá, proto je důležité umět s energií dobře zacházet. Odpočinek, relaxace a zdravý životní styl jsou neoddělitelnou součástí pracovníka, který chce tuto pomáhající profesi vykonávat. Dlouhodobá záporná energie vede k postižení syndromem vyhoření²⁹.

2.1 Charakteristika pracovníků pracujících v sociálních službách

Pracovník, který vykonává profesi v sociálních službách, pracuje nejen s klientem, ale často spolupracuje s jejich rodinami. Pracovník musí mít požadované vzdělání a musí dodržovat Etický kodex sociálních pracovníků ČR. Musí vyjadřovat respekt ke klientům, zejména tím, že staví na hodnotách lidských práv, jedinečnosti člověka, potřebě seberealizace klienta, vedení klienta k vlastní odpovědnosti, hledání možnosti, jak klienta zapojit do řešení problému. Dále se zavazuje zvyšovat svou odbornou úroveň, spolupracovat s kolegy a zvyšovat tak kvalitu služeb. Matoušek³⁰ uvádí rozdělení typu sociálního pracovníka do čtyř kategorií, z hlediska způsobů přístupu k praxi dle Bankové:

- **Angažovaný sociální pracovník** – je pracovník, který jedná s klienty jako s lidskými bytostmi, vnímá je empaticky, respektuje je. Sám sebe chápe jako člověka, až potom jako sociálního pracovníka, v práci se řídí stejnými etickými principy jako v osobním životě. Problémem v tomto přístupu je, že není v jeho silách, aby stejnou péči poskytl tento pracovník všem klientům. Může také docházet častěji k vytvoření bližšího vztahu ke klientovi – možnost zneužití z obou stran, a také může dojít k syndromu vyhoření.

²⁹ Kopriva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.

³⁰ Matoušek, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008.

- **Radikální sociální pracovník** – vkládá taktéž do praxe osobní hodnoty, ale hlavně z důvodu, že usiluje o změnu zákonů, které považuje za nespravedlivé. Jde mu vlastně o sociální změnu.
- **Byrokratický sociální pracovník** – odděluje osobní hodnoty od hodnot profesních, manipuluje s klienty v zájmu jejich změny. Vytváří iluzi osobní péče o klienta, v některých případech působí přísně, někdy jedná takovým způsobem, který v osobním životě nepovažuje za čestný.
- **Profesionální pracovník** – vzdělaný v oboru, řídí se etickým kodexem. Prvořadým je pro něj právo a zájem klientů. Ke klientovi přistupuje individuálně, nechává jej aktivně se vyjadřovat. Je nutno vyvážit moc mezi sociálním pracovníkem a klientem, zejména upevněním práv klientů. Možnost projevit nesouhlas nebo vyjádřit stížnost, hraje důležitou roli při zvýšení moci klienta.

Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese³¹:

- **Přitažlivost** – nejde pouze vzhled, hraje zde roli také názorová a věková příbuznost, odbornost, pověst pracovníka a jeho způsob jednání s klientem.
- **Důvěryhodnost** – pracovník má smysl pro čestnost, je diskrétní, spolehlivý, chápavý.
- **Komunikační dovednosti** – jsou důležité při navázání vztahu s klientem. Je to základní, důležitá dovednost, která sama o sobě neposkytuje klientovi pomoc, ale umožňuje začít s problémem pracovat. Zahrnuje fyzickou přítomnost, naslouchání, empatii a analýzu klientových prožitků.
- **Zúčastněné naslouchání** – jeho cílem je porozumět. *Umění naslouchat můžeme rozdělit do tří fází:*
 - Schopnost pozorovat a číst klientovo neverbální chování
 - Umění naslouchat a chápat slovní sdělení klienta
 - Sledování veškerých projevů klienta

Dalším z obecných předpokladů je **empatie** – vcítit se do druhého, být citlivý ke změnám odehrávající se v druhé osobě, ať už se jedná o strach, zlost, zmatek, radost atp. Empatie je součástí emoční inteligence. Jde o schopnost umět zacházet s emocemi, vcítit se do

³¹ Matoušek, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008.

druhých, emocionálně se ztotožňovat s jejich citěním. Je to schopnost číst i neverbální projevy druhého.

Pomáhající profese je těžká a vyčerpávající práce, důležitá je tedy i fyzická zdatnost pomáhajícího³². Práce pracovníků v sociálních službách, zejména práce s osobami nesoběstačnými, nemocnými a vysokého věku je spojena s nadměrnou zátěží. Pracovníci pracující v přímé péči o klienta jsou vystaveni fyzické a psychické zátěži.

Mezi *fyzickou zátěží* si uveďme např. statické i dynamické zatížení, zatížení páteře, zatížení kloubního systému, riziko infekce, narušení spánkového rytmu během směn, nedostatek času a klidu v průběhu stravování.

K *psychické zátěži* uveďme např. zacházení s intimními oblastmi klienta, setkávání se s bolestí, smrtí, bezmocí, rychlé rozhodování i při malém množství informací, následně odpovědnost za následky rozhodnutí, vysoké nároky kladené na paměť a pozornost³³.

O klienty v domově pro seniory pečují především zdravotní sestry, sociální pracovníci v přímé péči (pečovatelky, ošetřovatelky) a docházející lékaři. Na chodu domova a utváření prostředí se podílí všichni zaměstnanci tedy ředitel, vrchní sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, pracovníci úklidové služby, pracovníci kuchyně, prádelny a údržby. Ti všichni jsou v kontaktu s klientem a také jsou ohroženi stresem a vyčerpáním, jež může vést až k vzniku syndromu vyhoření. Je však jen na nich, aby vytvářeli příjemné prostředí klientům a zároveň sobě samým klidnou pracovní atmosféru.

Během svého působení v zařízení poskytujícím sociální službu seniorům jsem se i já setkala s několika pracovníci, které neměly trpělivost, byly neustále nespokojené, pomlouvaly a osočovaly své kolegyně, nadávaly někdy i hrubě klientům. Nevím, zda byly „vyhořelé“, ale dokázaly znepríjemnit práci a život nám pracovníkům a samozřejmě i život seniorům. Vzhledem k tomu, že práce se seniory v ústavech je stereotypní, neatraktivní a navíc není ani dostatečně finančně ohodnocena, zůstávají i tyto pracovnice na svých pozicích. Dle mého názoru je chyba, pokud vedoucí pracovník problém nevidí a ještě větší chyba, když ho vidět nechce. Ne každý z nás je schopen zastávat vedoucí pracovní pozici. Nejde jen o pracovní odborné schopnosti, jde i o schopnost komunikace, empatie, schopnost správně ohodnotit pracovníka a také umění dělat tzv. nepopulární opatření v případě selhávání podřízených pracovníků v pracovních povinnostech. Je také

³² Matoušek, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008.

³³ Hermanová, M., a kol. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. Brno: T.I.G.E.R., 2008 .

nutné, aby noví pracovníci byli dostatečně a kvalitně zacvičení. Je velmi důležité, aby měli podřízení ve svém vedoucím dobrý příklad a oporu. Na pracovištích trávíme spoustu času. Určitě k výkonu a zároveň k prevenci syndromu vyhoření přispěje také to, jak se budeme mezi sebou respektovat, ctít se a pomáhat si. Vedoucí pracovník si i tohoto musí všimnout a vztahy korigovat, v případě problémů zasáhnout, podat pomocnou ruku a být nápomocen k řešení problému. Vzájemná soudržnost, přátelská atmosféra zvyšuje výkonnost pracovníků. V neposlední řadě by vedoucímu pracovníkovi mělo také záležet na úpravě pracovních podmínek – vhodné zázemí pro odpočinek, dobré světelné podmínky, tepelná pohoda, klid pro práci.

Snažila jsem se o charakteristiku pracovníka v sociálních službách. Na tyto zaměstnance jsou kladeny opravdu vysoké nároky týkající se odbornosti, nároky na fyzickou sílu a psychickou odolnost.

2.2 Osobnost seniora

Seniory řadíme do obsáhlé sociální skupiny s velkou rozmanitostí typů chování. Je potřebné zvolit jiný postup uvažování v komunikaci se seniory. Vyžaduje se tedy individuální přístup. Leckdy stáří úzce souvisí s podivínstvím či určitou nesnášenlivostí k okolí. Senior tak může dohánět své okolí k zoufalství svým nevhodným chováním – např. nepřiměřený chov velkého počtu domácích zvířat v panelovém bytě. Jeho zvýšená spořivost, podezíravost a lpění na určitém režimu může mít za následek emoční vypětí u nejbližších i u pracovníků v pomáhající profesi. To, jestli dotyčná osoba ztratila kontakt s realitou, je obtížné určit i zdravotnickým personálem. Ovšem zcela mylná je představa, že každý senior se rovná blázen, či podivín. Stárnutí a stáří je nutno chápat jako přirozenou součást života. Délka lidského života se prodlužuje, společnost stárne. Ne každý se dožívá důchodového věku relativně zdrav, čilý a v pohodě. Stárnutí probíhá individuálně, ale probíhá u každého. Stáří provází nemoci, ubývá psychická a fyzická síla, následuje ztráta soběstačnosti³⁴. „Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních

³⁴ Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

(osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými³⁵.

Chronologický věk

Jedná se o kalendářní vymezení věku. Kalendářní věk je nejběžnějším měřítkem, ale není spolehlivým ukazatelem stavu určitého jedince. V ekonomicky vyspělých státech se v souvislosti s prodlužováním života, posouvá hranice stáří k věku 65 let. V poslední době se uplatňuje toto členění:

65-74 – mladí senioři

75-84 - staří senioři

85 a více – velmi staří senioři

Proces stárnutí probíhá nejen jako biologické stárnutí, ale i sociální oblasti. Jednou z nejvýznamnějších změn je odchod do důchodu a s tím spojená změna životního stylu – změna sociální role, ekonomická změna. Je důležité plnohodnotně naplnit volný čas tak, aby se člověk i nadále cítil potřebný, uspokojený. Jak se mu to podaří, je hodně určeno jeho zdravotním stavem.

Senior – starší člověk, který se cítí relativně zdravý, spokojený a je soběstačný.

Senior ohrožený – starší člověk, nesoběstačný, který potřebuje podporu a pomoc druhého.

Jedná se především o osoby:

- *Osamělé*
- *Osoby vyššího věku*
- *Osoby zdravotně postižené*
- *Osoby s nízkým sociálním zabezpečením*
- *Osoby žijící v sociálním zařízení*
- *Osoby zanedbávané a týrané*

Stále častěji se v souvislosti se stářím objevuje diagnóza demence. Starý člověk nebývá postižen jen úbytkem fyzických sil, různými nemocemi, ale i jeho psychika se mění v důsledku nemoci – demence. Demence je nemoc, v jejíž důsledku dochází ke snížení paměti, intelektu a poznávacích (kognitivních) funkcí z jejich původní úrovně. Následně

³⁵ Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s.18.

dochází k úpadku všech dalších psychických funkcí. S věkem člověka se zvyšuje počet postižených touto nemocí³⁶.

Nejnápadnější projevy jsou poruchy krátkodobé paměti, zpomalené, nepřesné vybavování starších událostí, ztráta orientace v čase, prostoru, logického myšlení, může docházet i k halucinacím. **Podle Mühlpachra lze demence rozdělit do tří základních skupin:**

1. *Primárně degenerativní demence – sem se např. řadí i nejčastější demence vůbec – Alzheimerova choroba, dále demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova choroba.*
2. *Jsou způsobeny faktory, které vedou k nedostatečnému prokrvení, okysličení mozkové tkáně. Mezi faktory řadíme cévní poruchy, které vedou k mozkovým infarktům. Řadíme sem např. multiinfarktovou demenci, vaskulární demence.*
3. *Symptomatické demence – ty jsou způsobeny nemocí, úrazy, intoxikací. Sem řadíme např. demence infekčního původu – demence při AIDS, póurazové demence, demence při nedostatku některých vitamínů.*

Péče o lidi staré, nemocné, zdravotně postižené, či postižené některou z demencí je náročná. Je nutné, aby pečující byl odborně seznámen, jak o postiženého vhodně pečovat. Jedinec zapomíná jména lidí i nejbližších, neumí používat předměty denní potřeby, hledá slova k vyjádření, bývá zmatený, dezorientovaný, ztrácí se i v místech, která dříve dobře znal, potřebuje pomoc při jídle, hygieně, může být inkontinentní, může být upoután na lůžko.

V minulých dobách o staré lidi pečovala rodina, staří lidé žili na tzv. vejmincích, budovách postavených v blízkosti hospodářských stavení. Společné soužití starší a mladé generace ovlivňovalo výchovu dětí, přístup a postoj ke stáří. Samozřejmostí byla sounáležitost k rodině a vzájemná pomoc. Člověk dožíval život ve svém přirozeném prostředí, mezi svými.

Moderní společnost se zbavuje pout tradiční společnosti. Klade vyšší nároky na úroveň vzdělání, bydlení, vzhledu, odívání, z toho vyplývá potřeba finančního zajištění rodiny. Mnoho z nás tráví většinu dne v zaměstnání, často mimo své bydliště, žijeme v malých panelových bytech, není možné, abychom kvalitně poskytovali péči našim nejbližším. Je považováno za normální, že rodina nemá na seniora čas. Hledáme proto jiné možnosti, jednou z nich je i umístění v domově pro seniory.

³⁶ Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

V této části práce jsem uvedla základní pojmy související se syndromem vyhoření, seznámila jsem s těmi, kteří pracují v pomáhajících profesích a těmi, kteří pomoc potřebují. V neposlední řadě jsem měla potřebu uvést poznatky o demencích, jež se seniorů často týká a kteří velmi často dožívají svůj život v domovech pro seniory, neboť v domácím prostředí je péče o ně téměř nemožná. Člověk postižený demencí vyžaduje jiný, specifický přístup, než člověk vyššího věku, který je fyzicky nesoběstačný, ale orientovaný osobou, časem, v prostoru.

2.3 Zařízení pro seniory

Ústavní péče

„Zájem o sociálněpolitické problémy soustavně sílí. Jednak proto, že každý člověk se prakticky od narození až do své smrti setkává s různými sociálními instituty, institucemi a opatřeními při řešení svých sociálních problémů a jednak i proto, že sociálněpolitické problémy v naší zemi, ale nejen v ní, doslova hýbou současnou politickou scénou.“³⁷

K 1. 1. 2007 vstoupil v platnost zákon o sociálních službách 108/2006, který zaručuje odborné vzdělání pracovníků v sociálních službách, ale také podporuje klienta, aby si sám rozhodl, kdo mu má péči poskytovat a v jakém rozsahu. Zaměřuje se na potřeby klientů.

„V ústavech podle Matouška (1995), stejně jako v jiných organizacích, existuje hierarchie společenských pozic, formální nadřízenost se nemusí krýt s nadřazeností neformální. Stejně jako rodiny a státy udržují svůj folklór, mají svůj slovník, svoji atmosféru. Vůči vnějšímu světu jsou uzavřené, vstup i výstup je kontrolovaný.“³⁸

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou ústavní zařízení, které poskytují nepřetržitou ošetrovatelskou péči seniorům se sníženou soběstačností, zejména z důvodu věku, osamělým a těm, kteří potřebují pravidelnou podporu a pomoc jiné fyzické osoby při základních životních úkonech. Posláním domova pro seniory je poskytnout bezpečné, důstojné a spokojené prostředí lidem, kterým z důvodu stáří či pro trvalé změny zdravotního stavu, nemohou pravidelnou pomoc zajistit členové rodiny nebo jiné terénní služby sociální péče

³⁷ KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2007, s. 11.

³⁸ Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 99.

v domácím prostředí. Pracovníci domova podporují aktivní přístup k životu, který vychází z individuálního přístupu.

Domovy pro seniory se zvláštním režimem

Domovy pro seniory se zvláštním režimem jsou ústavní zařízení, které poskytují nepřetržitou ošetrovatelskou péči seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění různého typu demencí. Posláním domova pro seniory se zvláštním režimem je poskytnout bezpečné, důstojné a spokojené prostředí občanům, kteří z důvodu postižení demencí, jsou závislí na pomoci jiné osoby. Senioři nemusí být způsobilí k právním úkonům, pro rozhodování o druhu a způsobu poskytování služeb je v tomto případě soudem stanovený zákonný zástupce.

Domovy pro seniory neposkytují službu občanům, kteří vyžadují trvalou lékařskou péči, zrakově a sluchově postiženým, osobám mentálně postiženým, osobám které trpí infekční nemocí, osobám s projevy agresivity a osobám závislým na alkoholu a jiných drogách³⁹.

„Neexistence takových ústavů by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.“⁴⁰ Na druhé straně umístěním v domově je člověk vytržen ze svého přirozeného prostředí, z domova, od přátel, je omezeno jeho soukromí, požadováno dodržování určitého režimu. Každému klientovi je přidělen pracovník, jenž mu napomáhá s adaptací v novém prostředí, stará se o jeho celkovou spokojenost, podílí se na sestavování osobních cílů, zaměřuje se na individuální potřeby člověka. Péče, pomoc a podpora klientům se službou pro seniory a se službou zvláštního režimu je odlišná, je daná zdravotním stavem člověka.

Specifika péče ve službě zvláštního režimu – poskytovaná péče je přizpůsobena potřebám klientů, kteří onemocněli některým z typů demencí. Je nutné, aby se klient cítil v bezpečí, v opačném případě vyjadřuje často projev nespokojenosti tělesným neklidem, agresivitou, výbuchy hněvu, vulgaritou. Pro klienta s těžší formou demence je důležité každodenní opakování základních úkonů. Úbytek paměti se projevuje při učení nových věcí, časem se hůře vybavují vědomosti získané v minulosti. Nevybavují se naučené dovednosti a návyky, hůře rozumí mluvené i psané řeči, někdy se nedokáže ani podepsat. Nemocní nejsou schopni rozhodovat se, plánovat, logicky myslet. Často dochází

³⁹ *Standard Domova pro seniory* č. 1 v souladu ze zák. 108/2006 o sociálních službách.

⁴⁰ Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 100.

k projevům chování mimo běžné společenské normy. Je nutný dohled na stravování, pitný režim, hygienu, doprovod na WC. Pokud se dohled nezdaří, svoji potřebu vykonají např. do odpadkového koše v pokoji. Pokud již neudrží moč a stolici, používají inkontinentní pomůcky, které však často strhávají. V takovém případě se osvědčuje oblékání do speciálních obleků, overalů, které jim zabraňuje v přímém kontaktu s inkontinentní pomůckou. Takto postižený senior neví, na co je zubní pasta, ochutnává ji v domněnce, že se jedná o jídlo, nepoznává se v zrcadle, léká se sám sebe. Nezvládne se správně obléci, neustále někam odchází, nezvládne se vrátit do svého pokoje, bloudí po odděleních či jiných pokojích, přesto, že pokoje na zvláštním režimu bývají i jinak odlišené, např. obrázkem. Senior umístěný na službě zvláštního režimu bývá zmatený a dezorientovaný. Nepoznává své blízké, často se domnívá, že jejich dcera je jejich matka apod., vzpomíná na nedávnou návštěvu otce, který je již dávno po smrti. Nepamatuje si, že za ním chodí návštěvy, věrohodně tvrdí, že děti ho opustily a v domově nikdy nenavštívily, popřípadě ho obraly o všechnu majetek. Z jejich dosahu je nutno, kvůli bezpečnosti, odstranit překážky a ostré předměty. I z tohoto důvodu většina klientů jí pouze lžičkou. Klient nevydrží dlouho sedět, výrazný je neklid i u jídla. Pracovníci zvláštního režimu musí obzvlášť dbát na to, aby nezvyšovali hlas, nekřičeli, protože takové jednání klienta ještě více „rozhodí“. Musí se snažit, nevytrhnout ho příliš z jeho vnímání světa. Takto nemocný člověk je často fixován na „jeho sestřičku“, dodává mu pocit bezpečí.

Během svého pracovního působení v domově jsem zažila klientku, jež onemocněla demencí a zároveň byla upoutána na lůžko. Často bývala velmi neklidná, vznětlivá, přelézala přes postranice, které měla na lůžku z bezpečnostních důvodů, ale i přesto několikrát spadla. Stávalo se také, že pojídala své výkaly. Byla znečištěná nejen ona, ale i celé okolí v její blízkosti. Po několika měsících jejího utrpení, napadlo pečující sestru obléci ji do overalu a dát jí na lůžko panenku. Možná se to někomu může zdát degradující a dětinské, ale klientka se velmi uklidnila, mazlila se s panenkou a v rámci možností se o ni starala. Její život se jistě zkvalitnil.

V domovech také probíhají různé volnočasové aktivity. Pokud se akce koná mimo oddělení je třeba klienty zvláštního režimu doprovodit a dohlédnout, aby se nevzdálili a nebloudili, neztratili. Na každém oddělení zvláštního režimu jsou prostory pro zájmové aktivity, které provádějí s klienty pracovnice ergoterapie. Osvědčuje se reminiscenční, vzpomínková terapie, která probíhá většinou skupinově. Je více stimulační – vzpomínky jednoho, vyvolávají vzpomínky druhého. Jedná se o rozhovor, vyprávění, zpívání, předčítání. Při aktivitách je potřeba se také zaměřit na rozvoj hrubé a jemné motoriky. Jde

o poruchu při vykonávání jednoduchých denních úkonů, jako je odemknutí dveří, nalití vody do sklenice apod. Procvičování celkové pohyblivosti a procvičování pohybu rukou a prstů se děje většinou přirozenou formou – při malování, či ruční práci.

Většina klientů má také komunikační problémy, někdy odpovídají jednoslovně, často opakují tatáž slova, mluví nesmyslně, vidí a slyší to, co ve skutečnosti neexistuje. Někdy skoro vůbec nemluví, nedokáží pojmenovat to, co chtějí, vidí, co si přejí. Jejich slovní zásoba se redukuje, v konečné fázi onemocnění může dojít k mutismu. Nároky a požadavky na odbornost, trpělivost pracovníků v přímé péči jsou vysoké. Důležitá je spolupráce zaměstnanců a rodinou klientů. PhDr. Eva Procházková uvádí, jak pozitivní je vytvořit pro klienta prostředí, které co nejvíce připomíná jeho domov. Vytvořit pocit domova by mělo být základním cílem domova pro seniory. Právě pro seniora s příznaky demence hraje prostředí velkou roli, hlavně pro ještě zbylé schopnosti orientace. Takový senior nepozná, kde je jeho pokoj, hledá svoje lůžko, WC, pokoj, východ i několikrát za den. Pokud klient nemá doprovod, ztrácí se v domě i venku. Neumí pojmenovat místa, opakovaně se dotazuje na prožitky z minulosti. Jako pomůcku pro lepší orientování je možno například pro označení pokoje využít cedulku, kde je napsáno jméno klientovou rukou, orientační body volit ve spolupráci s klientem, využít symbolů, na něž senior reaguje.

Velkou pozitivní roli má také nácvik tras po domě, taktéž s orientačními body. Ty stále připomínat, opakovat. Veškeré nápisy musí být psány čitelně. Výhodou, pro lepší orientaci a pocit bezpečí, je také vybavení pokoje vlastním nábytkem, což je ale ve většině domovech pro seniory nemožné. Je proto vhodné, aby klientům bylo umožněno doplnit si vybavení pokoje vlastními upomínkovými předměty – váza, polička, obrázky, fotografie. Důležité je i dostatečné osvětlení veškerých prostor a nabídka aktivizující denní činnosti. Je nutné, aby si pečující pracovníci uvědomili, že i senior s projevem demence je člověk, který prožil zodpovědně svůj život a zasluhuje důstojnou péči. Vyplatí se spolupráce s členy rodiny, kteří mohou poskytnout obraz života seniorů⁴¹.

Rizika ústavní péče

Závažným rizikem dlouhodobého pobytu tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky. V zařízení má klient všechno „na dosah ruky“, je v kontaktu s omezeným počtem spolubydlících a personálu. U starých lidí umístěných v domově pro

⁴¹ Procházková, E. *Prostředí jako terapeutické medium*. Odborný časopis Sociální služby, Praha: APSV, duben 2010.

seniory je velká pravděpodobnost, že už se do přirozeného prostředí nevrátí. Lidé v domovech se také potýkají se stereotypem, ten zvyšuje únavu, snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, někdy i agresivními. Někdy se také objevuje šikanování, kdy personál využívá své moci nad klienty, např. ponižováním. V neposlední řadě je to ztráta soukromí⁴².

Člověk je umístěn do domova pro seniory na základě podané žádosti o umístění. Ne vždy je schopen zcela posoudit a domyslet, jak moc se mu tímto rozhodnutím změní zavedený způsob jeho dosavadního života. Většinou chce do domova z důsledku své ztráty soběstačnosti a neschopnosti členů rodiny o něj pečovat. Někdy se nezvládne vyrovnat s touto závažnou změnou ani po adaptačním období a ventiluje své neštěstí a smutek na personál. I takové chování může znepříjemnit pomáhajícímu práci a může přispět ke stresu, potažmo ke vzniku syndromu vyhoření.

⁴² Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2009.

3. Diagnostika syndromu vyhoření

Mezi nejužívanější výzkumné metody patří dotazníky. Jejich výhodou je ekonomičnost, v poměrně krátké době, zjistíme hodně údajů, snadná použitelnost a objektivita vyhodnocení. Osoba, která dotazník vyhodnocuje, není respondentem ovlivněna, jak by byla např. při rozhovoru. Dotazníky jsou založeny na sebepopisu, jak člověk sám sebe dokáže zhodnotit. Jedná se tedy o subjektivní metodu.

3.1 Dotazník BM

Autory Dotazníku „Burnour Measure – Psychického vyhoření“ jsou Ayala Pines a Elliot Aronson. Tento dotazník sleduje tři nejvýraznější charakteristiky vyhoření, jimiž jsou fyzické, emocionální a psychické vyčerpání. „Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou míru shody při opakování (tzv. reliabilitu) po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. BM má vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk měří (hodnotí) sám a kdy ho měří (hodnotí) ten, kdo ho dobře zná – např. spolupracovník, člen rodiny atp.⁴³“ Dotazník BM je přílohou č. 1 mé práce.

3.2 Jiná metoda

Mezi nejčastěji používané dotazníkové metody k zjištění syndromu vyhoření bývá řazena metoda MBI – Maslach Burnout Inventory. Touto metodou se měří tři faktory:

a) Emocionální vyčerpání – je nedostatek sil k nějaké činnosti, ztráta chuti k životu apod. jsou považovány za základní příznaky syndromu vyhoření.

b) Depersonalizace – je projev psychického vyčerpání, jenž je zřetelný u lidí s velkou potřebou kladné odezvy od osob, kterým se věnují, o něž pečují. Pokud se jim odezvy nedostává, zahořknou a ztrácejí k nim respekt, úctu.

c) Snížený pracovní výkon – je psychické vyčerpání u lidí s nízkým sebeceněním, sebehodnocením, sebedůvěrou. Tito lidé nemají dostatek energie ke zvládnutí zátěžových situací.

⁴³ Křivohlavý, J. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 38.

Tato metodika byla publikována v roce 1981 autorskou dvojicí Ch. Maslach a S. Jackson. Jinou použitelnou metodou je metoda s využitím tzv. sémantického diferenciálu (odlišení jemných odstínů ve významu slov), kdy se pracuje s tzv. bipolárními adjektivy např. k druhým lidem se chovám přátelsky - nepřátelsky. Mezi těmito extrémy je stupnice, např. o rozsahu 5 nebo 7 stupňů a odpověď se vyznačí křížkem tam, kde si odpovídající myslí, že se nachází. Psychologové pozorují rozdíly v postojích a prožitcích lidí, kteří se nacházejí ve složitějších situacích. Jsou lidé, kteří se „nedají“ vzdor těžkostem a jsou takoví, jež se boje vzdají. Příkladem jsou experimentální práce psychologů, kteří v laboratořích modelují situace a zjišťují vzájemné vztahy, souvislosti a příčiny⁴⁴.

Další část bakalářské práce je zaměřena na výzkum syndromu vyhoření u pracovníků pracujících v přímé péči v domově pro seniory.

⁴⁴ Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998.

4. Dotazníkové šetření

Dotazník je v podstatě způsob psaného řízeného rozhovoru. Jde o písemnou formu kladení otázek a získávání odpovědí. Jeho výhodou, oproti rozhovoru je menší časová náročnost, v poměrně krátké době lze získat určité množství informací od většího počtu osob a také to, že respondenti nejsou nuceni k okamžité odpovědi. Dotazník bývá řazen do tzv. subjektivních metod šetření, subjektivnost je dána tím, že respondent může ovlivňovat své odpovědi – např. může se dělat společensky lepší, či horší. Subjektivně zkreslené mohou být odpovědi i nevědomě. Dotazníkové šetření by mělo být anonymní, lze tím zvýšit upřímnost odpovědí⁴⁵.

4.1 Struktura organizace

Dotazníkové šetření jsem prováděla v Domově pro seniory, Věstonická 1 v Brně, který poskytuje nepřetržitou 24 hodinovou péči ve dvou registrovaných službách - „*domov pro seniory*“ a „*domov se zvláštním režimem*“.

Zřizovatelem Domova pro seniory Věstonická, příspěvková organizace, je statutární město Brno, které dotuje provoz domova. Domov zahájil činnost v roce 1996. Jedná se o pobytové zařízení sociální péče, které poskytuje celoroční ubytování, celodenní stravování, ošetrovatelskou, zdravotní a aktivační péči pro seniory. Domov se nachází v městské části Brno – Vinohrady, v blízkosti městské hromadné dopravy, která však nepůsobí rušivě na pohodlí klientů, protože k domovu náleží rozsáhlá zahrada. Domov se skládá ze dvou pavilonů navzájem propojených společenskou místností, kuchyní a jídelnou. Ve společenské místnosti se nachází prodejna s potravinami, drogistickým zbožím, denním tiskem a časopisy.

V domově je zaměstnáno 230 zaměstnanců, v přímé péči je to 150 pracovníků, zbývajících 80 pracovníků tvoří vedení domova, sociální pracovníci, pracovníci údržby, kuchyně, prádelny a úklidu. Lékaři do domova dochází, nejsou zaměstnanci domova.

V pavilonu označeném A a B je poskytována služba *domov pro seniory*, dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb. na pěti odděleních. Na každém oddělení je jídelna a společenská

⁴⁵ <http://www.ped.muni.cz/wpsy/old/stud-materialy/koh-dotaznik.htm>.

místnost. Domov pro seniory disponuje celkem 66 jednolůžkovými pokoji, 61 dvoulůžkovými, z nichž je 8 pokojů manželských, 4 třílůžkovými a 1 čtyřlůžkovým pokojem. Většina dvoulůžkových a jednolůžkových pokojů tvoří buňku, ke které přísluší WC a umývadlo, u některých je sprchový kout. Na každém oddělení jsou na chodbách koupelny a sprchové kouty. Pokoje jsou vybaveny polohovacími lůžky, vzpřimovacími hrazdami, nočním stolem, jídelním stolem, židlemi a vestavěnými skříněmi. Pokoje je možné doplnit si drobnými předměty např. polička, televize, rádio. Imobilní klient má k dispozici jídelní stůl a WC křeslo. Službu využívá 204 klientů.

Služba *domov pro seniory se zvláštním režimem* dle § 50 zákona č. 108/2006 se poskytuje v pavilonu označeném C na pěti odděleních. Domov se zvláštním režimem disponuje celkem 60 jednolůžkovými pokoji, 60 dvoulůžkovými pokoji a 10 manželskými pokoji. Dvoulůžkový a jednolůžkový pokoj také tvoří buňku, ke které přísluší WC, umývadlo a sprchový kout. Službu využívá 200 klientů.

V hlavní společenské místnosti je k dispozici počítač s připojením na internet, v domově jsou také místnosti tzv. dílny, sloužící k ergoterapii, místnost pro poskytování fyzikální terapie (magnetoterapie, ultrazvuk solux), knihovna, tělocvična, posilovna, kinosál. Pro věřící klienty se konají pravidelné bohoslužby, nově je v domově zřízena kaple. Všechny prostory mají bezbariérový přístup. Zaměstnanci domova pořádají pro klienty velké množství kulturních akcí, hudebních vystoupení, filmových představení, výletů, svou tradici mají také každoroční hody v domově, kde stárci jsou z řad pracovníků a klientů, hosty jsou příbuzní klientů, pracovníků, zástupci zřizovatele, komunální politici apod. Každý měsíc jsou v domově trhy, kde si klienti i zaměstnanci mohou koupit oděvy, kosmetiku, drogistické zboží, obuv apod.⁴⁶

4.2 Cíl šetření

Hlavním cílem mého dotazníkového šetření bylo zjistit, objektivní míru syndromu vyhoření a porovnat míru vyhoření u pracovníků obou poskytovaných služeb a subjektivní postoj pracovníků v oblasti péče o seniory k problematice psychického vyhoření.

⁴⁶ [http:// www.ves.brno.cz](http://www.ves.brno.cz).

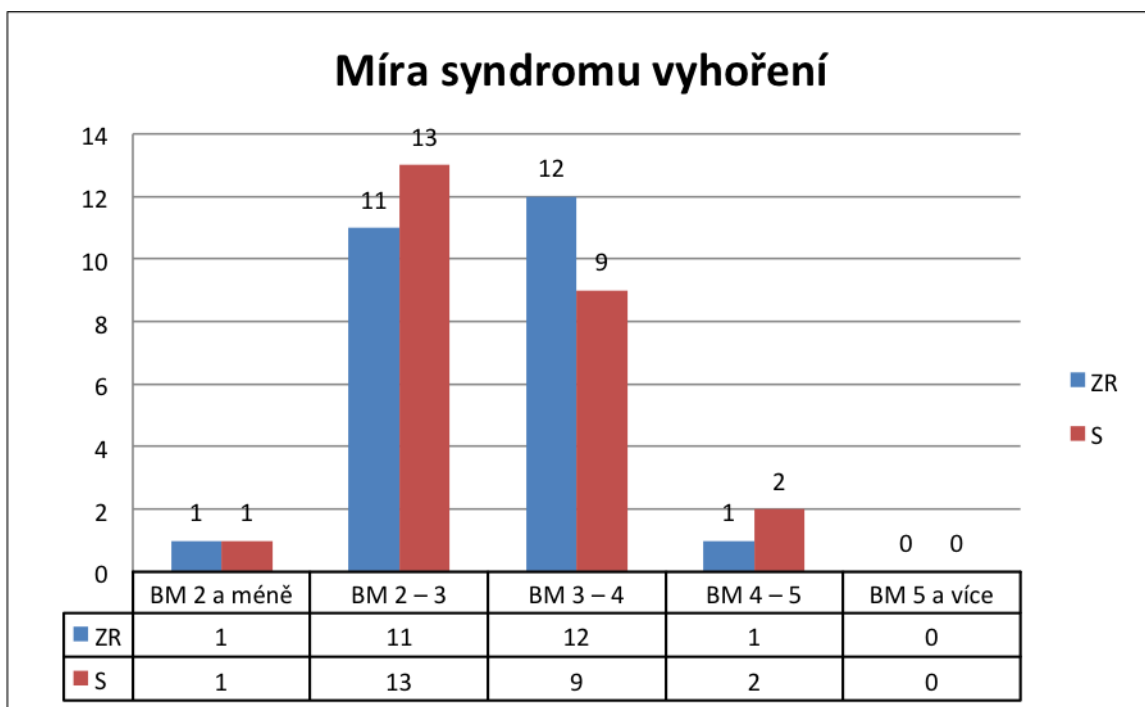
4.3 Metodika výzkumu

Pro sběr dat ve své práci jsem zvolila metodiku kvantitativního výzkumu prostřednictvím anonymních dotazníků.

Použila jsem dotazník Burnout Measure (BM), jehož autory jsou Ayala Pines a Elliot Aronson. Dotazník je přílohou č. 1. Dle něj lze zjistit míru psychického vyhoření, a to z celkového vyčerpání. Dotazník sleduje oblast fyzickou (pocit únavy), oblast emocionální (pocit beznaděje, tísně) a psychickou (pocit zklamání, bezcennosti). K tomuto dotazníku jsem vytvořila doplňkový dotazník. Dotazník je přílohou č. 2. Zjištěné doplňující údaje jsem dále zkoumala.

Výzkumný vzorek tvořilo 50 pracovníků v přímé péči domova pro seniory. Celkem jsem předala 50 dotazníků BM, přílohou tohoto dotazníku bylo 50 doplňkových dotazníků. Výběr respondentů byl zcela náhodný. Ve spolupráci s vrchními sestrami byly dotazníky předány pracovníkům, kteří byli toho dne ve službě. Na dotazníky mi odpovědělo 25 respondentů ve službě domov pro seniory (tuto službu zajišťuje celkem 78 pracovníků v přímé péči) a 25 respondentů ve službě domov se zvláštním režimem (celkem 72 pracovníků v přímé péči). Výzkumu se účastnily pouze ženy. Výsledky z dotazníků jsem vyhodnotila do tabulek a grafů.

Míra syndromu vyhoření



BM 2 a méně *respondent není ohrožen syndromem vyhoření*

BM 2 – 3 *uspokojivý stav*

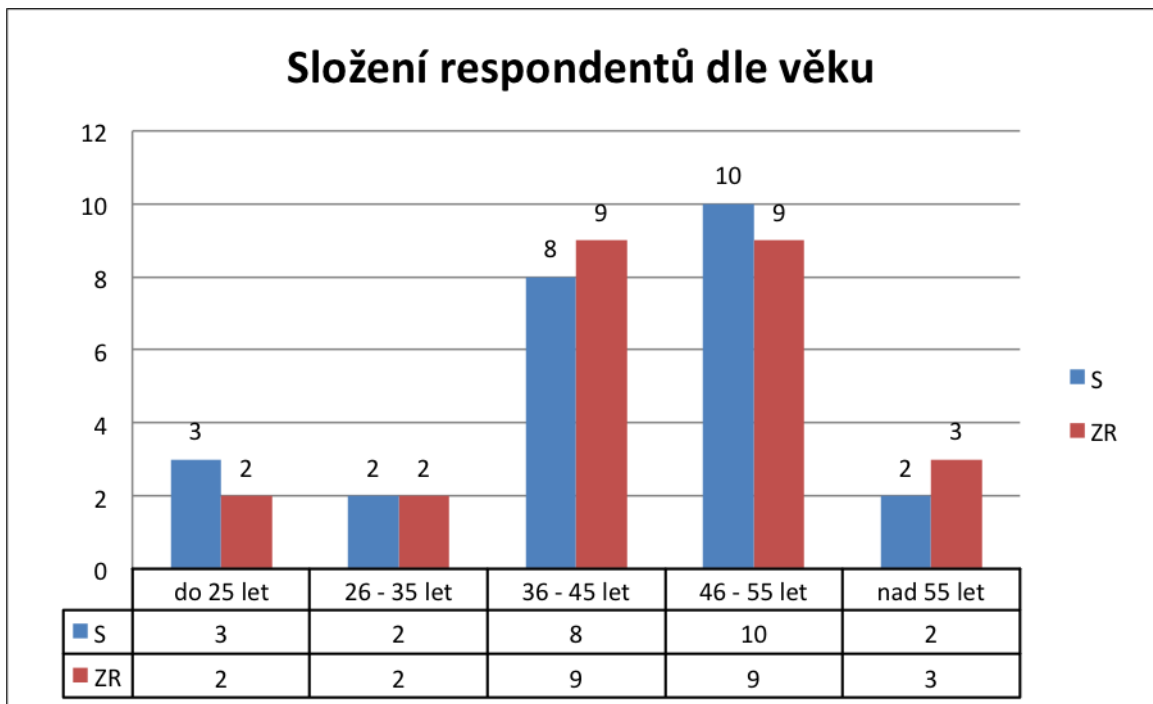
BM 3 – 4 *bylo by vhodné ujasnit si hodnoty života, zamyslet se nad životem*

BM 4 – 5 *u respondenta je přítomen syndrom vyhoření, nutno poradit se s odborníkem, psychoterapeutem*

BM 5 a více *krizový stav, pomoc odborníka je bezpodmínečná*

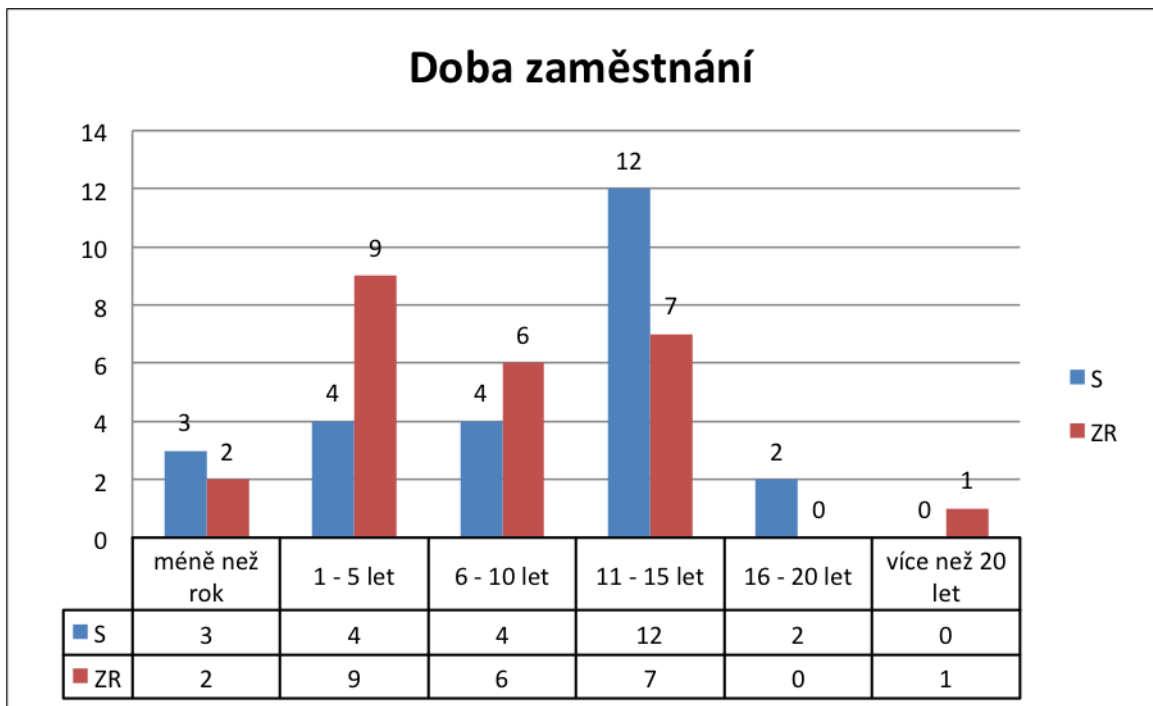
Syndrom vyhoření v hodnotě BM 4 – 5 se vyskytl u jednoho respondenta služby zvláštního režimu a u dvou respondentů na službě domov pro seniory. Hraniční hodnota BM 3,0 – 4,0 kdy, je nutné zamyslet se nad životem, prací, nad smysluplností vlastního života, se vyskytl u dvanácti respondentů zvláštního režimu a u devíti respondentů služby domov pro seniory. Míra vyhoření na službě domov pro seniory a domov se zvláštním režimem je téměř shodná.

Složení respondentů dle věku



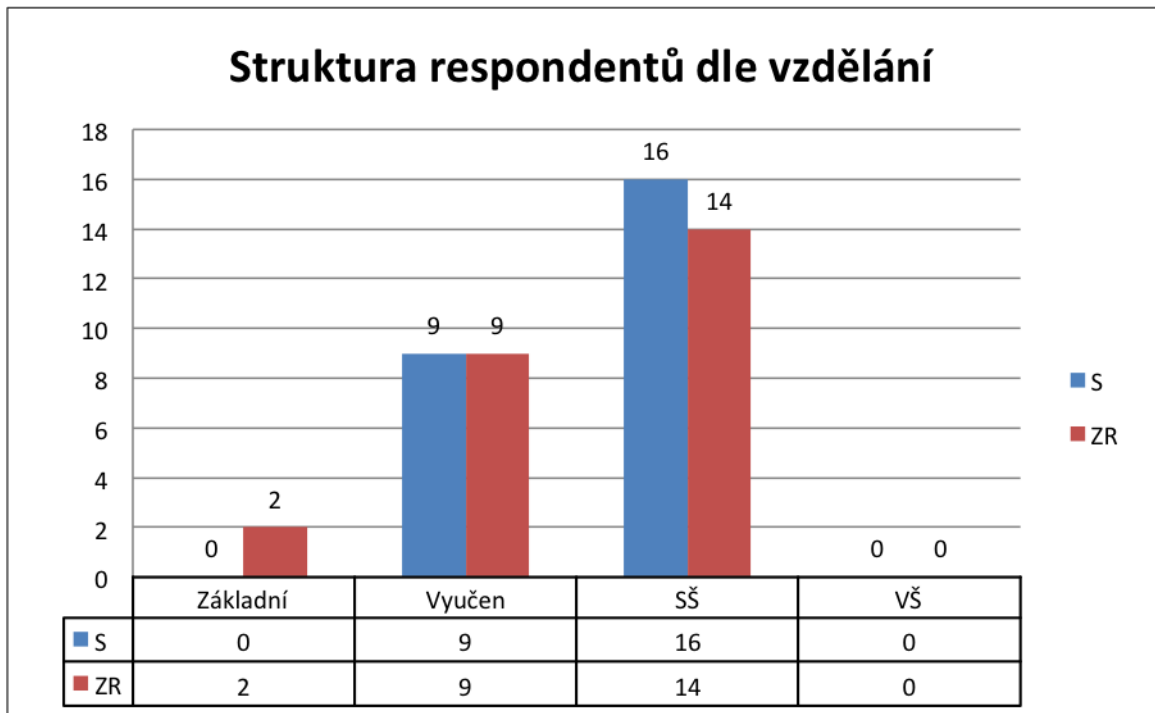
Nejvíce zastoupenou skupinou respondentů byly ženy ve 46 – 55 let. To potvrzuje neatraktivnost povolání pracovníka v přímé péči v domově pro seniory u mladých lidí. Práce je fyzicky náročná. Pracovníci vyššího věku už mají samy zdravotní potíže a práce je pro ně namáhavá, vyčerpávající.

Doba zaměstnání



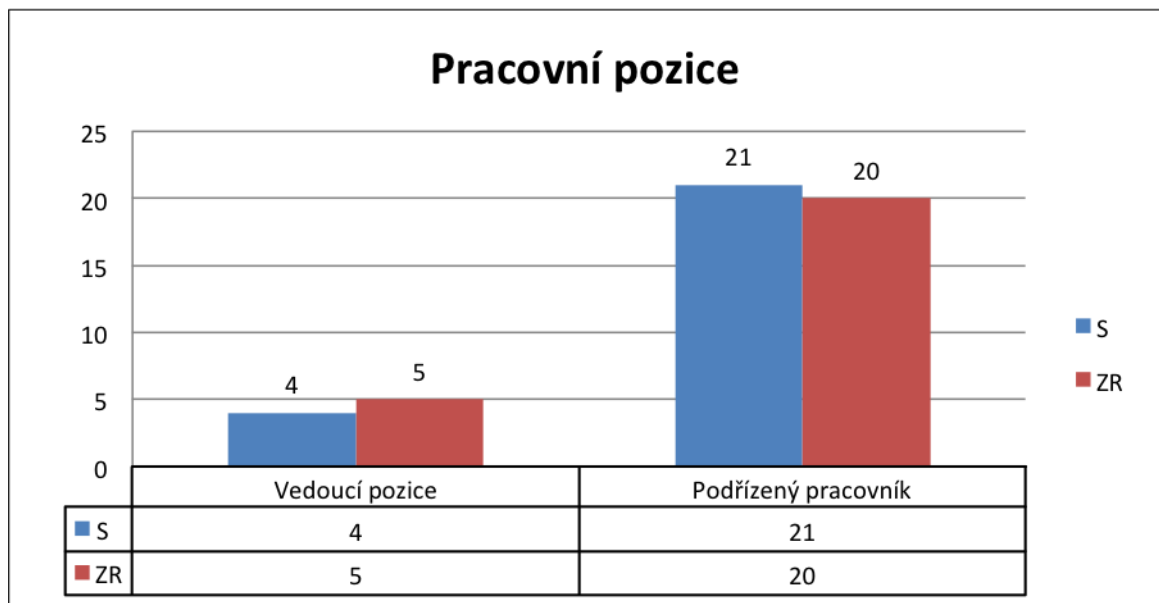
Nejvíce zastoupenou skupinou respondentů byly pracovnice, které vykonávají práci v sociálních službách jedenáct až patnáct let.

Struktura respondentů dle vzdělání



Dotazníkového šetření se účastnilo 30 respondentů se středoškolským vzděláním, 18 respondentů je vyučeno, 2 respondenti mají základní vzdělání.

Pracovní pozice

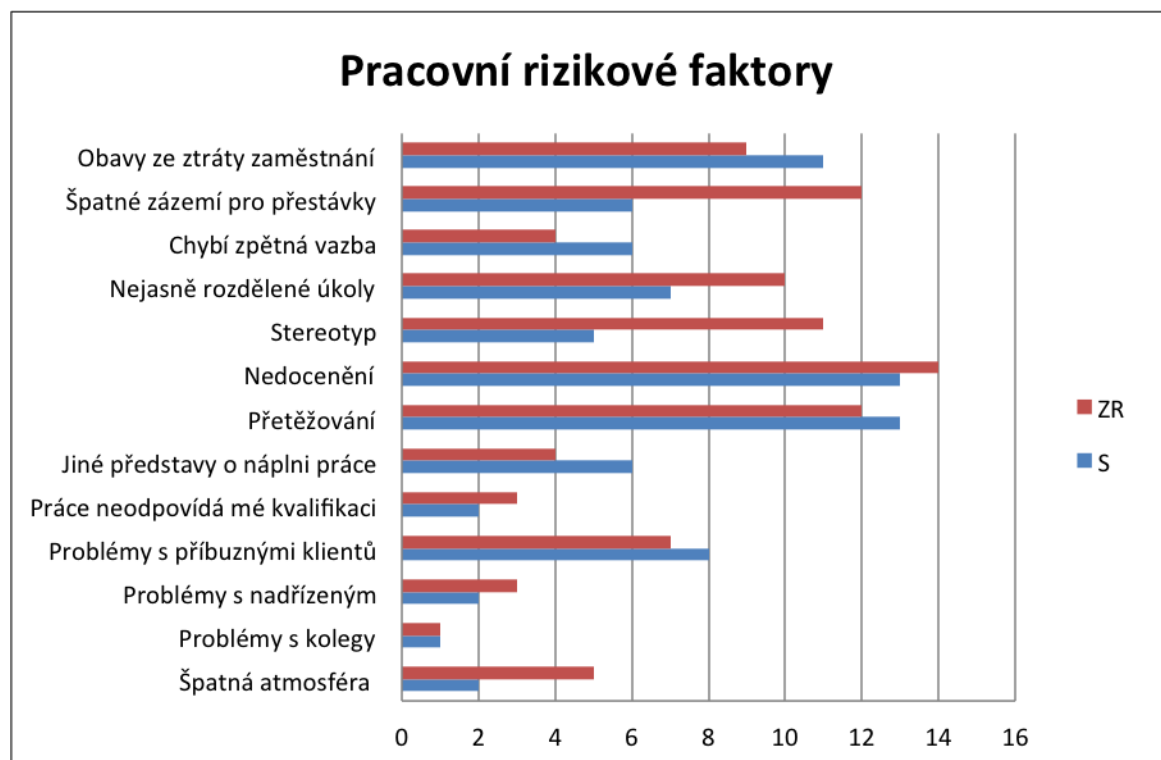


Dotazníkového šetření se zúčastnilo 9 pracovníků, kteří zastávají vedoucí pracovní pozici a 41 pracovníků, kteří jsou v podřízené pracovní pozici.

Pracovní rizikové faktory

Pracovní rizikové faktory	S	ZR
Špatná atmosféra	2	5
Problémy s kolegy	1	1
Problémy s nadřízeným	2	3
Problémy s příbuznými klientů	8	7
Práce neodpovídá mé kvalifikaci	2	3
Jiné představy o náplni práce	6	4
Přetěžování	13	12
Nedocení	13	14
Stereotyp	5	11
Nejasně rozdělené úkoly	7	10
Chybí zpětná vazba	6	4
Špatné zázemí pro přestávky	6	12
Obavy ze ztráty zaměstnání	11	9

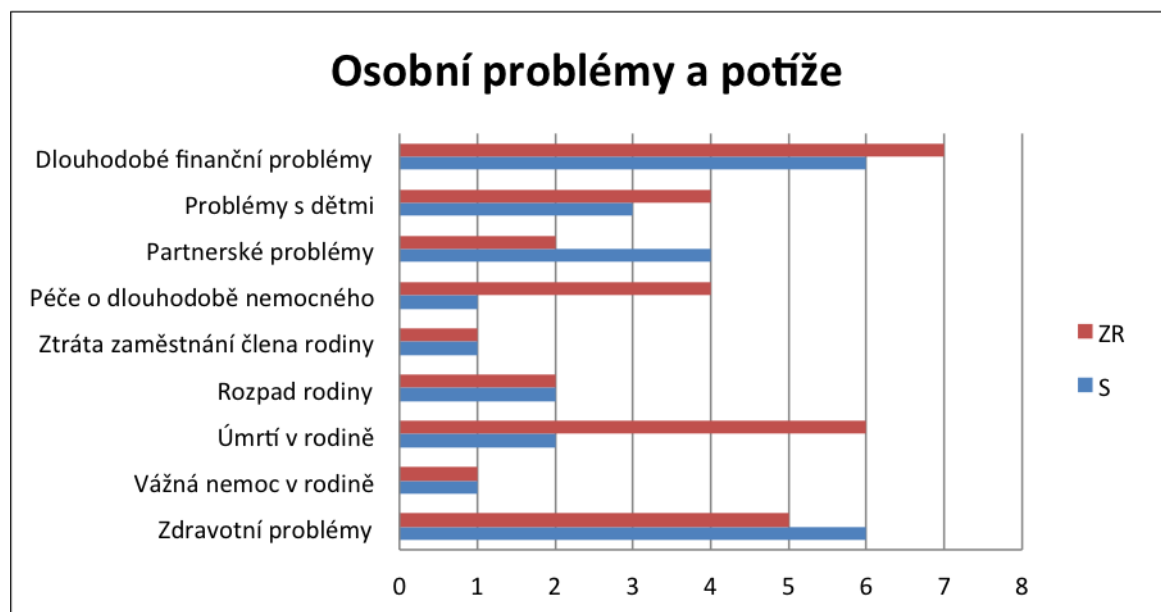
Jako respondenty nejčastěji uváděné pracovní rizikové faktory bylo nedocení, přetěžování, špatné zázemí pro trávení přestávky (více u respondentů pracujících na službě zvláštního režimu), obavy ze ztráty zaměstnání, nejasnosti při rozdělování pracovních úkolů a stereotyp. Vysokého počtu také dosáhly problémy s příbuznými klientů.



Osobní problémy a potíže

Osobní problémy a potíže	S	ZR
Zdravotní problémy	6	5
Vážná nemoc v rodině	1	1
Úmrtí v rodině	2	6
Rozpad rodiny	2	2
Ztráta zaměstnání člena rodiny	1	1
Péče o dlouhodobě nemocného	1	4
Partnerské problémy	4	2
Problémy s dětmi	3	4
Dlouhodobé finanční problémy	6	7

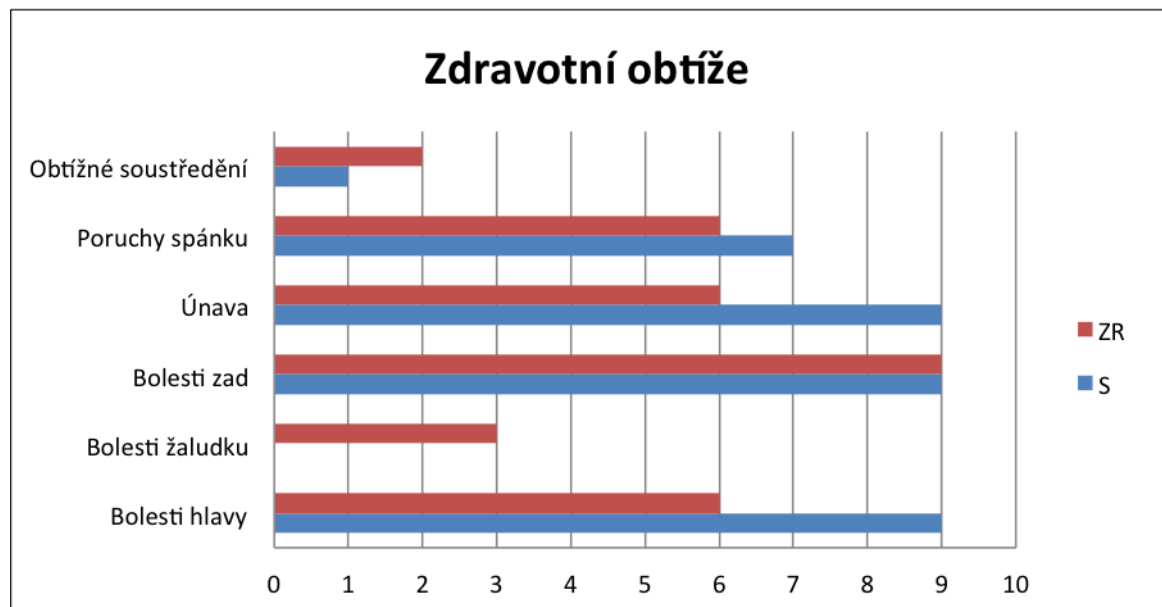
Nejčastěji zmiňované osobní problémy jsou u respondentů dlouhodobé finanční problémy, následují zdravotní potíže a úmrtí některého z členů rodiny.



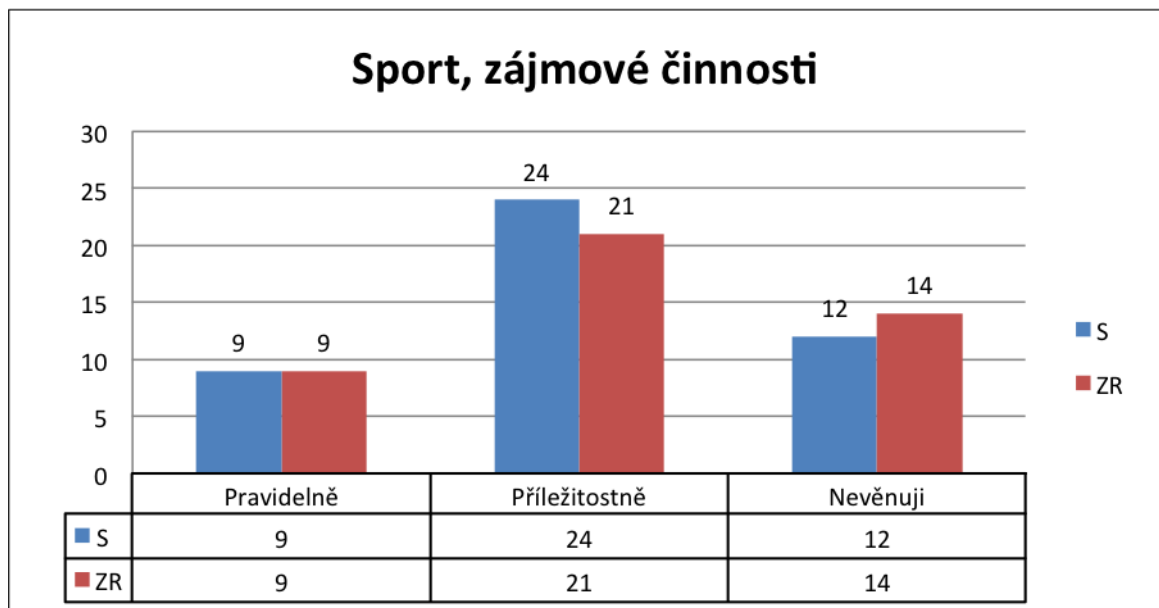
Zdravotní potíže

Zdravotní obtíže	S	ZR
Bolesti hlavy	9	6
Bolesti žaludku	0	3
Bolesti zad	9	9
Únava	9	6
Poruchy spánku	7	6
Obtížné soustředění	1	2

Ze zdravotních potíží se u respondentů nejčastěji objevují bolesti zad, bolesti hlavy, únava a poruchy spánku.

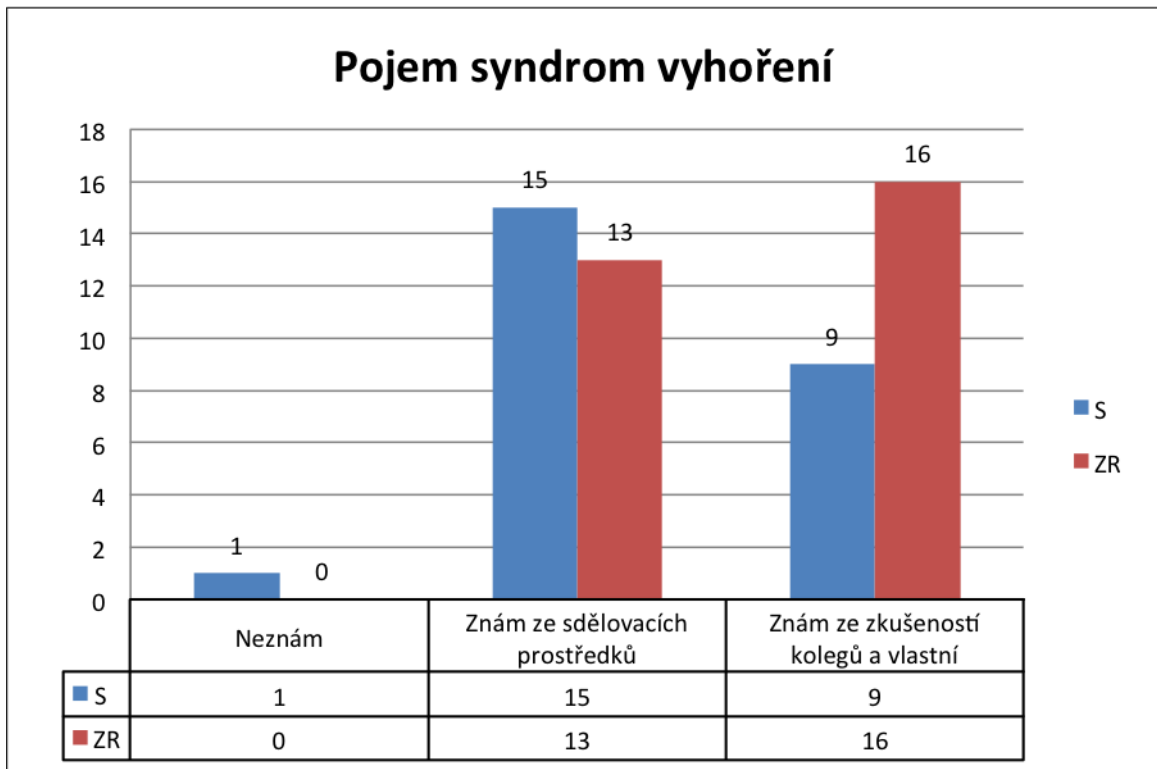


Sport, zájmové činnosti



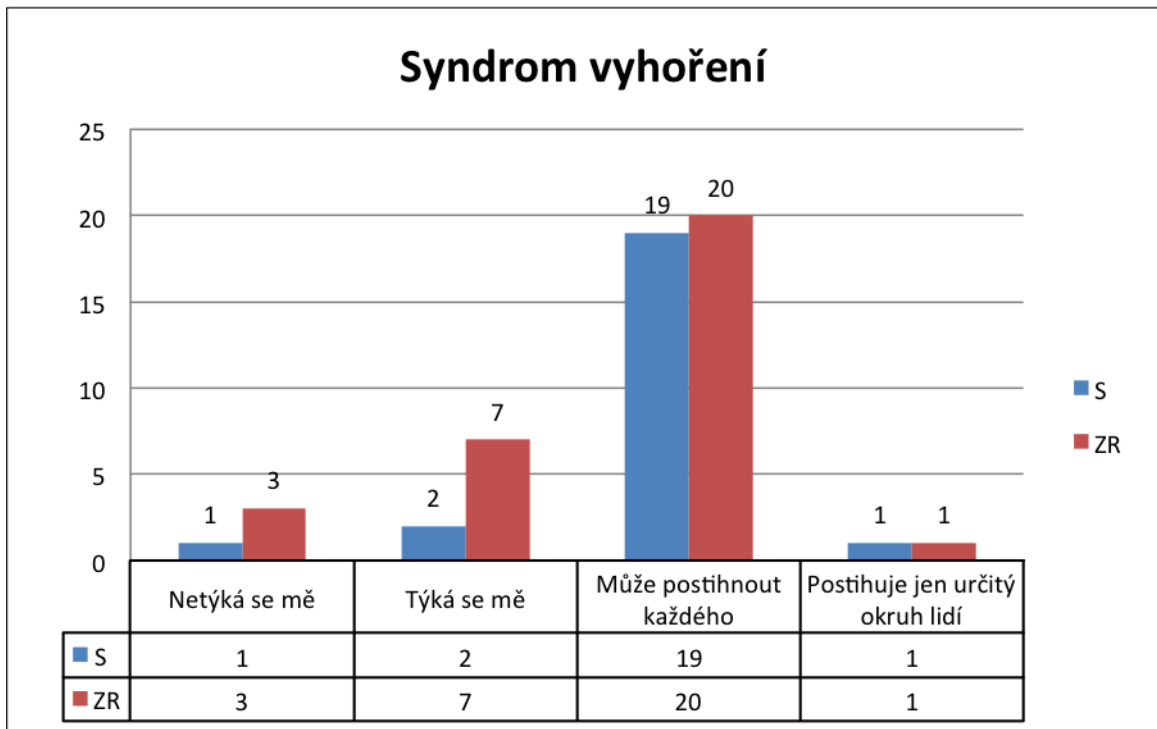
Sportu a jiné zájmové činnosti se nevěnuje 12 respondentů na službě domov pro seniory a 4 respondentů na službě domov se zvláštním režimem. Pravidelně se této činnosti věnuje ve stejném počtu 9 respondentů na obou službách, příležitostně se věnuje 24 respondentů na službě senioři, na službě zvláštního režimu 21 respondentů.

Pojem syndrom vyhoření



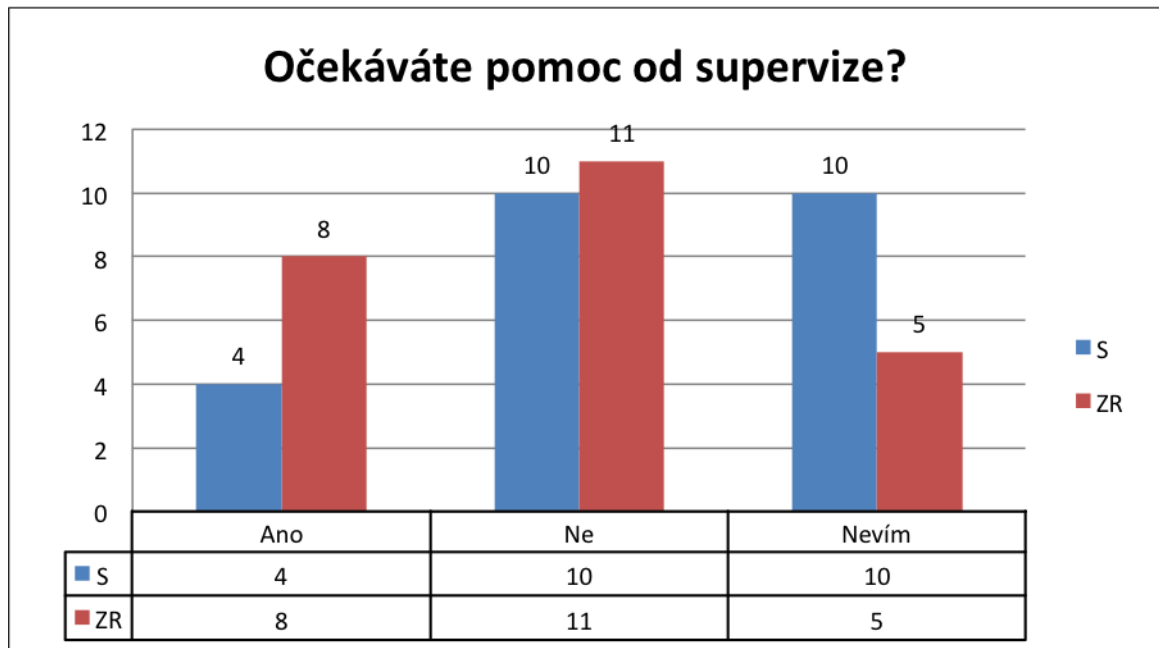
Pojem syndrom vyhoření nezná pouze jeden respondent ze služby senioři, ze sdělovacích prostředků na službě senioři je obeznámeno s pojmem syndrom vyhoření 15, na službě zvláštního režimu 13 respondentů. Z vlastní zkušenosti, či zkušenosti kolegy zná pojem 9 respondentů na službě senioři, 16 na službě zvláštního režimu. Syndrom vyhoření je tedy známým pojmem u respondentů. Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že respondent, jenž uvedl, že tento pojem nezná, dosáhl nejvyšší míry BM.

Syndrom vyhoření



Z celkového počtu 50 respondentů si jen 4 respondenti myslí, že se jich syndrom vyhoření netýká, 9 respondentů se naopak domnívá, že se jich týká, 39 uvedlo, že syndrom vyhoření může postihnout každého. To, že by měl postihovat jen určitý okruh lidí, se domnívají 2 respondenti.

Očekáváte pomoc od supervize?



V domově probíhá krátce supervize, všichni pracovníci nejsou zatím se supervizí seznámeni. Pomoc od supervize očekávají 4 respondenti ze služby senioři, 8 respondentů ze služby zvláštního režimu, 10 respondentů ze služby senioři pomoc od supervize neočekává, na službě zvláštního režimu 11 respondentů.

10 respondentů ze služby senioři a 5 ze služby zvláštního režimu neví, zda by jim supervize mohla pomoci.

V domově pro seniory, v němž jsem prováděla průzkum, probíhá 1x ročně anonymní dotazníková akce vedoucí k zjišťování potřeb pracovníků a vnímání své práce samotnými pracovníky.

Ke zjištění potřeb by mohly být nápomocny dotazy užitě v doplňkovém dotazníku mé práce. 18 respondentů z padesáti dotázaných uvedlo nespokojenost s prostorem sloužícím k trávení přestávky v zaměstnání. Jako rizikové faktory při výkonu práce se nejčastěji uvádělo nedocenění, které uvedlo 27 respondentů z padesáti, přetěžování pociťuje 25 respondentů z padesáti, nejasnost daných úkolů uvedlo 17 respondentů z padesáti. Jak tyto faktory ovlivňují míru syndromu vyhoření, by se mohlo stát předmětem zkoumání v budoucnu.

Psychické nepohodě jistě přispívá také obava ze ztráty zaměstnání, kterou uvedlo 20 respondentů z padesáti. Vedení domova má možnost situaci z této obavy vysvětlit, zklidnit. Vzhledem k tomu, že zcela bez příznaků syndromu vyhoření jsou 2 pracovníci, uspokojivého výsledku dosáhlo 24 pracovníků, 21 pracovníků je ohroženo syndromem vyhoření a u 3 pracovníků syndrom vyhoření probíhá, potvrzuje se, že pracovníci v sociálních službách, jsou rizikovou skupinou týkající se syndromu vyhoření.

Závěr

Syndrom vyhoření způsobuje postiženému potíže a problémy nejprve při výkonu zaměstnání, postupně se jeho následky projevují v rodině, v kontaktu s ostatními lidmi. Vyhoření lze vidět tedy i jako sociální problém. V domovech pro seniory jsou na pracovníky kladeny vysoké nároky – profesní, fyzické, psychické. Přiblížila jsem nároky kladené na pracovníky zařízení domova pro seniory, prostředí, v němž má senior najít svůj poslední domov, prostředí, ve kterém zaměstnanci vykonávají ošetrovatelskou péči o klienta, ale zásadním způsobem se také podílejí na vytváření prostředí tohoto domova seniorů. Pokud zaměstnanci nebudou stále přetěžováni, vyčerpáni i „vyhořelí“, odrazí se to v kvalitě péče o seniora, následně v jeho spokojenosti i ve spokojenosti pracovníka. Vlídne slovo, pochopení, úcta je tou nejjednodušší cestou, abychom udělali druhého, aspoň na chvíli, šťastného. Syndrom vyhoření změnil naše chování, postoje, úzce souvisí s pracovním výkonem – snížené pracovní nasazení, vyšší nemocnost apod. Zájmem zaměstnavatele je vytvoření takových podmínek, aby byl spokojený nejen klient, ale i pracovník. Protože jde o práci s lidmi, je nemožné, aby podrážděný, nevrlý, unavený a vyčerpaný pracovník šířil kolem sebe pohodu, klid, radost.

Pracovníci v domovech pro seniory se často dostávají do napjatých situací, leckdy nemají klid pro výkon svého povolání. V tomto posledním domě-domově seniora musí umět zvládnout i péči o umírajícího, psychicky zvládnout tyto náročné situace i jednání s pozůstalými. Je pravděpodobné, že i my, nynější pracovníci, (nebo naši nejbližší), v takovém domově dožijeme svůj život. Přes všechny zdravotní těžkosti doprovázející stáří, si jistě budeme přát, aby se s námi jednalo důstojně a byla nám poskytována kvalitní péče. Abychom zbytek života strávili v prostředí, jež nám sice nikdy nenahradí opravdový domov, ale dá nám tolik chybějící pocit bezpečí, jistoty, snad i přátelské, pohodové atmosféry.

V dnešní době, kdy se preferuje kult mládí, kariérní úspěšnosti a materiálního bohatství je obzvlášť důležité připomenout, jak přirozené, patřící k životu, je stáří. Jak přirozené je starým lidem pomáhat a pečovat, byť i formou ústavní péče. Management a vedoucí pracovníci by měli spoluvytvářet podmínky pro týmovou práci, podmínky pro příjemné pracovní prostředí a podmínky pro zdravou komunikaci ve vztahu pracovníků mezi sebou

a vztahu pracovník a klient. Jen psychicky vyrovnaný pracovník dokáže poskytnout kvalitní službu seniorovi.

V úvodu jsem si stanovila za cíl zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u pracovníků pečujících o seniory. Dotazníkové šetření jsem prováděla na dvou službách, které domov poskytuje: domov pro seniory a domov pro seniory se zvláštním režimem. Z výzkumného šetření pomocí dotazníku Burnout Measure jsem dospěla k výsledku, že syndrom vyhoření právě probíhá u jedné pracovnice služby zvláštního režimu a dvou pracovnic služby domov pro seniory. Ujasnit si životní hodnoty a zamyslet se nad smyslností života by se mělo dvanáct pracovnic ze služby zvláštního režimu a devět pracovnic ze služby domov pro seniory. Téměř polovina respondentek je tedy ohrožena syndromem vyhoření.

Cílem práce bylo zjistit, zda cílová skupiny seniorů ovlivňuje u pečujících pracovníků vznik syndromu vyhoření, zda pomáhající pracovníci pracující na službě zvláštního režimu nepodléhají více riziku vzniku syndromu vyhoření. Dotazníkovým šetřením se nepotvrdilo, že by projevy seniorů s onemocněním demence a specifická péče o tyto lidi vedla k častějšímu výskytu syndromu vyhoření. Cílová skupina seniorů tedy nemá vliv na vyšší riziko vzniku vyhoření. Výsledky míry vyhoření jsou na obou poskytovaných službách obdobné.

Bylo by ovšem vhodné tento průzkum zopakovat, popřípadě srovnat s výsledky z jiných, obdobných, sociálních zařízení. Doplňujícím dotazníkem jsem zjišťovala subjektivní pocity pracovníků v oblasti péče o seniory. V následujícím šetření by bylo vhodné zjistit, jakou mírou se tyto faktory podílí na vzniku syndromu vyhoření.

Závěrem bych ráda poděkovala všem, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a všem těm, kteří kolem sebe šíří klid, pohodu a při této náročné práci rozdávají úsměv a laskavé slovo. Těm, kteří se právě se syndromem vyhoření potýkají, přeji, aby jejich cesta k uzdravení byla úspěšná. Syndrom vyhoření je nemoc, kterou je potřeba léčit. Je nutné navštívit odborníka - psychologa, psychoterapeuta, návštěvu neodkládat.

Přílohou č. 3 mé bakalářské práce uvádím příběh kolegyně, která syndrom vyhoření prodělala. Její prožité vyčerpání byl pro mne první impuls věnovat se tomuto tématu.

Resumé

Tato bakalářská práce je zaměřena na syndrom vyhoření u pracovníků v pomáhající profesi. Syndrom vyhoření je důsledek dlouhotrvajícího stresu, jenž na počátku zasahuje do pracovního života, ale nemalou měrou ovlivňuje mezilidské vztahy a narušuje komunikaci v rodině.

Cílem práce je zjistit míru syndromu vyhoření u pracovníků v domově o seniory. Dále tuto problematiku přiblížit, rozšířit tak informovanost, upozornit na příčiny vzniku, příznaky a seznámit s možnostmi prevence vyhoření.

V první části je práce zaměřena na definici pojmu, vymezuje profesní skupiny, kterých se vyhoření hlavně týká, popisuje příznaky, příčiny, průběh vyhoření a jeho prevenci. Základní literaturou pro vypracování bakalářské práce mi byly knihy Jara Křivohlavého.

Druhá část práce charakterizuje pracovníky v pomáhajících profesích, osobnost seniora, vysvětluje charakteristiku stáří, popisuje potřeby a péči starého člověka resp. člověka, jež trpí symptomy demence. Dále charakterizuje sociální zařízení, ve kterých dožívá život velký počet seniorů. Svými poznatky a zkušenostmi jsem doplnila informace z níže uvedeného seznamu použité literatury a dalších zdrojů.

Práce je zakončena vyhodnocením dotazníků na zjišťování míry syndromu vyhoření – BM dotazníku. Následuje grafické zpracování doplňkového dotazníku, který se týká např. věku respondentů, jejich délky praxe, pracovní pozice, zdravotních a osobních problémů, pracovních potíží. Sleduje také jejich dosavadní informovanost o pojmu syndromu vyhoření. Oba dotazníky jsou součástí příloh práce.

Pro konkrétnější představu o průběhu syndromu vyhoření je přílohou č.3 kazuistika.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na syndrom vyhoření u pracovníků domova pro seniory. V práci je popsán pojem, příznaky a fáze vyhoření. Druhá část charakterizuje pracovníky v pomáhajících profesích, osobnost seniora a popisuje ústavní péči seniorů. Závěr práce obsahuje vyhodnocení dotazníků na zjištění míry výskytu vyhoření od náhodného vzorku respondentů – pracovníků domova pro seniory.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření, emocionální vyčerpanost, empatie, pomáhající profese, sociální pracovník, senior, stáří, demence, domov pro seniory.

Annotation

The bachelor thesis is focused on burnout syndrome among home for the elderly workers. The paper describes the definition, symptoms, and stages of burnout. In the second part workers in the helping professions, a senior personality, and elderly residential care is described. The conclusion describes the evaluation of questionnaires to determine the level of burnout from a random sample of respondents - home for the elderly workers.

Keywords

Burnout syndrome, emotional exhaustion, empathy, helping professions, social worker, senior, old age, dementia, home for the elderly.

Seznam literatury a ostatních zdrojů

Literatura:

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: dvpz, 2000, s. 203. ISBN 80-7013-288-4
2. HERMANOVÁ, M. a kol. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. 1. vyd. Brno:T.I.G.E.R., 2008, s. 111. ISBN 978-80-7013-475-7
3. HILGERS, A., HOFMANNOVÁ, I. *Chronický únavový syndrom*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1994, s. 172. ISBN 80-237-2970-5
4. KALWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 144. ISBN 978-80-7367-299-7
5. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. rozšířené a doplněné vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 26. ISBN 80-7071-231-7
6. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 147. ISBN 80-7367-181-6
7. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2007, s. 504. ISBN 978-80-7357-276-1
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, s. 131. ISBN 80-7169-551-3
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. rozšířené vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 176. ISBN 80-247-0575-3
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994, s. 190. ISBN 80-7169-121-6
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 195. ISBN 80-7178-835-X
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 128. ISBN 978-80-247-3149-0
13. MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 384. ISBN 978-80-7367-502-8
14. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, s. 203. ISBN 978-80-210-097
15. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-369-7

16. STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 112. IBSN 978-80-247-3553-5

Další informační zdroje:

1. PROCHÁZKOVÁ, E. *Prostředí jako terapeutické medium*. Odborný časopis Sociální služby, Praha: APSV, duben 2010, s. 20, 21
2. Standard č. 1 Domova pro seniory, Věstonická 1, Brno

Internet:

<http://www.supervize.eu>, (21. 11. 2010)

<http://www.ves.brno.cz>, (3. 3. 2011)

[http://nemoci.vitalion.cz/syndrom vyhoření](http://nemoci.vitalion.cz/syndrom_vyhoření), (15. 12. 2010)

<http://kacar.blog.cz/rubrika/stres-klasifikace>, (2. 9. 2010)

<http://www.ped.muni.cz/wpsy/old/stud-materilay/koh-dotaznik.htm> , (18. 2. 2011)

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník BM – Psychického vyhoření

Příloha č. 2 - Doplnkový dotazník

Příloha č. 3 - Kazuistika

Příloha č. 1

DOTAZNÍK BM – PSYCHICKÉHO VYHOŘENÍ

(Copyright 1980 Ayala Pines, Phd., and Elliot Aronson, Phd.)

Prosím, do kolonky za výrok napište číslo, které nejvíce odpovídá tomu, jak často máte následující pocity a zkušenosti. Použijte níže uvedeného odstupňování:

7 – vždy

6 – obvykle

5 – často

4 – někdy

3 – zřídka kdy

2 – jednou za čas

1 – nikdy

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

Jak vyhodnocovat tento dotazník.

Vypočítejte nejprve **položku A**, a to tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Potom vypočítejte **položku B**, a to tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo: 3, 6, 19, 20.

Nyní vypočítejte **položku C**, a to tím, že odečtete od hodnoty 32 položku B.

$$C = 32 - B$$

Vypočítejte **položku D**, a to tím, že sečtete hodnoty A a C.

$$D = A + C$$

Vypočítejte **celkové skóre BQ** a to tak, že $D : 21$.

$$BQ = D : 21$$

BQ je hodnota vašeho psychického vyhoření.

Jak interpretovat výsledky dotazníku BM

BM = 2 a nižší - dobrý výsledek

BM = 3 - uspokojivý výsledek

BM = 3,0 - 4,0 - doporučuje se ujasnit si žebříček hodnot, zamyslet se nad smysluplností života

BM = 4,0 - 5,0 - je přítomný syndrom vyhoření, je bezpodmínečně nutná intervence (psychologická – logoterapie a existenciální psychoterapie)

BM = vyšší než 5,0 - havarijní stav, jednat, neotálet

Příloha č. 2

Doplňkový dotazník k syndromu vyhoření

V doplňkovém dotazníku, prosím, označte křížkem na konci řádku ten údaj, který odpovídá Vaší osobě, Vaším pocitům, Vaší situaci. V případě potřeby lze do řádku vypsát upřesňující údaje.

1.	Muž	
	Žena	
2.	Věk do 25 let	
	26 – 35 let	
	36 – 45 let	
	46 – 55 let	
	Věk nad 55 let	
3.	V domově pro seniory pracuji méně než 1 rok	
	1 - 5 let	
	6 - 10 let	
	11 - 15 let	
	16 – 20 let	
	více než 20 let	
4.	Nejvyšší dosažené vzdělání:	
	Základní	
	vyučen/a	
	středoškolské /maturita/	
	Vysokoškolské	
5.	jsem ve vedoucí pozici	
	pracuji pod vedením	
6.	Pracovní problémy a potíže:	
	špatná atmosféra na oddělení	
	problémy s kolegy	
	problémy s nadřízeným	
	problémy s příbuznými klientů	
	práce neodpovídá mé kvalifikaci	
	jiné představy o náplni práce	
	nedostatečná informovanost o pracovních záležitostech	
	nejasně rozdělené úkoly	
	chybí perspektiva postupu	
	chybí zpětná vazba	
	nevyhovující prostor pro odpočinek během přestávky	
	obavy ze ztráty zaměstnání	
	jiné:	

7.	Osobní problémy a potíže:	
	zdravotní problémy	
	vážné onemocnění v rodině	
	úmrtí v rodině	
	rozpad rodiny	
	ztráta zaměstnání některého rodinného příslušníka	
	péče o dlouhodobě nemocného	
	partnerské problémy	
	problémy s dětmi	
	dlouhodobé finanční problémy	
8.	Fyzické a psychické potíže:	
	bolesti hlavy	
	bolesti žaludku	
	bolesti zad	
	velká unavenost	
	poruchy spánku	
	obtížná soustředěnost	
9.	Sportu se věnuji aktivně:	
	Pravidelně	
	Příležitostně	
	Nevěnuji	
10.	Jiné zájmové činnosti se věnuji:	
	Pravidelně	
	Příležitostně	
	Nevěnuji	
	Druh zájmové činnosti – prosím, popište:	
11.	Pojem „syndrom vyhoření“:	
	nikdy jsem neslyšela	
	znám ze sdělovacích prostředků	
	znám ze zkušenosti někoho blízkého, známého	
12.	Myslím si, že „syndrom vyhoření“:	
	se mne netýká	
	se mě týká	
	může postihnout každého	
	postihuje jen určitý okruh lidí	
13.	Myslíte si, že by ke zlepšení pracovních podmínek a vztahů na pracovišti, přispěla pomoc	
	Ano	
	Ne	
	Nevím	

Příloha č. 3

Kazuistika

Markéta, než nastoupila do domova pro seniory jako fyzioterapeutka, pracovala jako rehabilitační sestra na psychiatrické klinice. Bylo jí 27 let, byla svobodná, bezdětná. Pozice fyzioterapeutky v domově pro seniory není příliš atraktivní zaměstnání. Staří lidé vyžadují specifickou rehabilitaci a rehabilitační sestra ztrácí svou odbornost. Nelze opomenout i finanční ohodnocení.

Markéta měla pracovní místnost vedle mé kanceláře. Prostorná a slunná kancelář jí sloužila jako tělocvična. Také zde měla svůj prostor pro relaxaci a nezbytné administrativní úkony. Markéta brzy pochopila, jak je v domově potřebná a žádaná.

Do práce chodila, tedy spíše jezdila na kole. Bylo na ni viditelné nadšení, s jakým si zařizuje tělocvičnu, vytvořila si ke každému klientovi kartu s nezbytnými, hlavně zdravotními údaji. Byla plná nápadů, plná optimismu a měla pozitivní přístup ke klientům. Vedení domova jí k práci rehabilitační sestry přidalo ergoterapii a evidenci a zajišťování kompenzačních pomůcek pro klienty. Práci zvládala, cítila se platná. Klienti jí měli rádi. Po pracovní době prováděla masáže i spolupracovnícím. V práci trávila stále více času, někdy odjížděla až k večeru.

Asi za půl roku po jejím nástupu do domova se několikrát stalo, že nedošla do práce. Zatelefonovala, že se vyskytly nějaké problémy doma, nebo má že má nějaké zdravotní potíže. Postupně se to stávalo častěji, někdy už ani nezatelefonovala a omlouvala se až dodatečně. Myslela jsem si, že je prostě mladá, nespolehlivá, nějaké vážnější důvody jsem tomu nepřikládala. Markéta se za mnou chodila někdy poradit pracovně, někdy soukromě. Bylo vidět, že práce už jí tolik nebaví, přesto se snažila ji zvládat kvalitně. Začala mít menší pracovní rozepře s ostatními pracovníci domova. Měla pocit, že vše leží na ní, že ostatní nedělají tak, jak by měly. Nebyla taktická, často jim nedostatky v jejich práci vytýkala. Ostatní čekaly na její chybu či nedostatek, aby jí vytýkání mohly vrátit. Několikrát jsem se s ní snažila promluvit ve smyslu, ať si raději všimá své práce, za kterou je zodpovědná.

Také se stávalo, že jsem z ní, a to nejen já, cítila po ránu alkohol. Vysvětlovala mi, že byla u přítele, něco popili a málo spala. Věřila jsem jí. Po domově se ovšem brzy rozkřiklo, že Markéta pije.

V této atmosféře se jí pracovalo čím dál tím hůře. Stále častěji bývala zamlklá, smutná, méně komunikovala s klienty i se mnou. Často zůstávala zavřená ve své tělocvičně. Neměla už zájem provádět masáže svým spolupracovnícím. Měla pocit, že nikdo nemá uznání pro to, co dokázala, veškerý počáteční elán zmizel. Tak to šlo několik dalších měsíců.

Blížila se doba, kdy jí končila roční smlouva na dobu určitou a její nadřízená měla rozhodovat o případném prodloužení smlouvy. Markéta věděla, že její práce není zcela v pořádku, dělala s vypětím sil jen to, co opravdu musela.

Jednou šla na rehabilitační cvičení s klientkou, která byla upoutána na lůžko. Klientka bývala většinou klidná, orientovaná, ale čas od času měla příznaky psychické nemoci. Měla halucinace, domnívala se, že je někým jiným, personál obviňovala z krádeží peněz, zlatých řetízků, jídla apod. Její finance jsem spravovala já a vím zcela jistě, že u sebe neměla ani finanční hotovost, ani cenné věci. Při těchto stavech používala i velmi sprostá a hrubá slova adresovaná komukoliv, kdo do pokoje vešel. Tentokrát to byla Markéta. Klientka na ni začala křičet a obviňovat ji. Markéta, která se této paní několikrát před tím hodně věnovala, tuto situaci neustála a klientce dala na tvář facku. Klientka začala křičet ještě víc, do pokoje se seběhl službu konající personál. Markéta stála jako opařená, neřekla ani slovo, po chvilce utekla do své tělocvičny, kde se zamkla. Slyšela jsem z tělocvičny nepřírozený křik a hluk. Úseková sestra měla náhradní klíč, ale místnost nešla odemknout, klíč byl zevnitř. Tak to trvalo asi hodinu. Pak nebyl slyšet v tělocvičně ani hlásek. Dostaly jsme o Markétu strach. Byl povolán údržbář, kterému se tělocvična podařila otevřít.

Nikdy v životě nezapomenu na výraz Markétiny tváře. Měla pohled, kterým se dívala někam mimo nás, neřekla ani slovo. Seděla na zemi uprostřed tělocvičny, kolem ní byl nepředstavitelný nepořádek, papíry, sklenice, vlna, rehabilitační pomůcky, zbytky jídla. Markéta vůbec na nás nereagovala, stále se upřeně dívala na jedno místo. Po dohodě s vedením domova byla Markéta odvezena na vyšetření k lékařce. Ta doporučila vyšetření na psychiatrické klinice, popř. hospitalizaci. Během této doby Markéta nepromluvila, neplakala. Paradoxně se Markéta ocitla jako klient tam, kde dříve pracovala, na psychiatrickém oddělení.

Dnes už vím, že Markéta prožila syndrom vyhoření. Ani ona, ani my jsme si nevšimli varovných příznaků. Každá z nás měla hodně práce, každá z nás má osobní starosti a problémy. Markéta byla přepracovaná, postupem času viděla, že není vše tak ideální, jak si představovala. Smlouva v domově jí prodloužená nebyla. Po šesti týdnech pobytu

v nemocnici se mi Markéta ozvala a přišla za mnou do práce. Byla klidná, vyrovnaná, jenom jí mrzelo, že o pracovní místo přišla. Vinu za to přikládala vedení domova. Zase měla spoustu elánu a plánů, až mě to zarazilo, jak brzy si staví vzdušné zámky.

Po nějaké době Markéta začala pracovat u privátního lékaře jako rehabilitační sestra, po pracovní době vedla rehabilitační cvičení v relaxačním kurzu. Když jsem jí viděla, vypadala spokojeně. V současné době je Markéta na mateřské dovolené, má dvouletého chlapečka.