

Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí

Bc. Lucie Juřenová

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lucie JUŘENOVÁ**
Osobní číslo: **H128140**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách"(IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím práce bude práce zaměřena:

- na prevenci vzniku a terapii syndromu vyhoření
- na zjišťování syndromu vyhoření v závislosti na věku a pohlaví
- na zjišťování syndromu vyhoření v závislosti na délce odpracovaných let a v závislosti na dosaženém vzdělání
- srovnání výskytu syndromu vyhoření u pracovníků v domově pro seniory v ČR a Rakousku

Součástí práce bude realizovaný kvalitativní, příp. kvantitativní výzkum zaměřený na zjištění příčin vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v domově pro seniory v závislosti na úrovni tohoto sociálního zařízení z pohledu českého a rakouského ošetřujícího personálu.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. SZÚ, 1998.

KŘIVOHLAVÝ, J. Jak přežít vztek, zlost a agresi. Praha: Grada, 2004.

KŘIVOHLAVÝ, J. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada, 2012.

MAROON, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012.

MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2004.

STOCK, Ch. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010.

SUCHÝ, J. Pozitivní emoce. Jak je posilovat a rozvíjet v osobním i pracovním životě. Praha: Grada, 2012.


Další literatura bude obsažena v Projektu Diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Halka Prášilová, Ph.D.**
Katedra psychologie

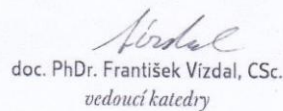
Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. František Vizdal, CSc.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

LUCIE JURČENOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 19. 12. 12

Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené zájemcem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněným zájmem školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdětku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdětku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své diplomové práci se zaměřuji především na úskalí spojená se vznikem syndromu vyhoření u personálu, který pečuje o seniory. Hlavním cílem diplomové práce je srovnání výskytu syndromu vyhoření u personálu pečujícího o seniory v domově důchodců u nás v České republice a v domově pro seniory v rakouském Poysdorfu. V teoretické části se zabývám samotným syndromem vyhoření, jeho definicí, možnostmi prevence a léčby i rizikovými faktory, které mohou mít původ v samotné osobnosti člověka, či původ v pracovním prostředí. Pracovnímu prostředí i pracovním podmínkám se blíže věnuji v části praktické, zrovna tak i vybraným domovům pro seniory, ale také výzkumným metodám, kterých jsem pro tuto práci použila. V závěru praktické části vyhodnotím získaná data a celkový výzkum. Na závěr diplomové práce se budu snažit navrhnout možná řešení, která by mohla vést k snížení výskytu syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí.

Klíčová slova: Syndrom vyhoření, domov pro seniory, pracovníci pomáhajících profesí, systém péče, pracovní prostředí, délka praxe v oboru

ABSTRACT

My diploma thesis is focused on difficulties regarding the burnout syndrome which effects people taking care of the elderly people. The main goal of my thesis is to compare the occurrence of the burnout syndrome with staff working in homes for the elderly people in the Czech Republic and in Poysdorf in Austria. The theoretical part is aimed at a burnout syndrome itself which includes its definition, a possible prevention, medical treatment and the risk factors which may be resulted from a person's personality or from a work environment. The practical part is more focused on a work environment and work conditions, on the homes for the elderly people as well as on the research methods which I have used in my thesis. This part provides the data analysis and presents the research evaluation. The final part introduces possible solutions which may reduce the burnout syndrome with people working in supportive care environment.

Keywords: Burnout syndrome, the homes for the elderly people, supportive care staff, care system, work environment, the duration of work experience

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Halce Prášilové, Ph.D. za užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce, a které si nesmírně vážím.

Také bych chtěla poděkovat celé své rodině za morální podporu a pomoc v péči o moji sedmiměsíční dceru během zpracování diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Lucie Juřenová

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SYNDROM VYHOŘENÍ	11
1.1 DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	11
1.2 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	13
1.2.1 Rizikové faktory osobnostní	15
1.2.2 Rizikové faktory v zaměstnání.....	16
1.2.3 Příznaky blížícího se vyhoření dle Freudenbergera	18
1.3 VÝVOJ A PRŮBĚH SYNDROMU VYHOŘENÍ	20
1.4 SYNDROM VYHOŘENÍ A JINÉ NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE	21
1.5 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	27
1.6 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	28
1.6.1 Relaxační techniky a cvičení.....	29
1.6.2 Supervize jako podpůrná struktura.....	30
1.6.3 Pozitivní emoce	31
1.7 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	33
1.8 SYNDROM VYHOŘENÍ VE VZTAHU K PROFESÍM.....	34
1.8.1 Syndrom vyhoření ve vztahu k profesi zdravotní sestry	35
1.8.2 Syndrom vyhoření ve vztahu k profesi sociálního pracovníka	37
1.8.3 Syndrom pomáhajících.....	38
1.9 SYSTÉM PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY V ČESKÉ REPUBLICCE	39
1.10 SYSTÉM PÉČE V DOMOVECH PRO SENIORY V RAKOUSKU	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	45
2 METODIKA VÝZKUMU	46
2.1 CHARAKTERISTIKA DOMOVA PRO SENIORY VE VALTICÍCH.....	46
2.2 CHARAKTERISTIKA DOMOVA PRO SENIORY V POYSDORFU.....	48
2.3 CÍLE VÝZKUMU	50
2.4 STANOVENÍ HYPOTÉZ	50
2.5 VÝZKUMNÉ METODY SBĚRU DAT.....	51
2.5.1 Dotazník	51
2.5.2 Maslach Burnout Inventory.....	52
2.5.3 Zúčastněné pozorování.....	53
3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	54
3.1 DOTAZNÍK Č. 1 – VLASTNÍ STRUKTUROVANÝ DOTAZNÍK	54
3.2 DOTAZNÍK Č. 2 – MASLACH BURNOUT INVENTORY	72
3.3 TESTOVÁNÍ A OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	78
3.4 ZÁVĚRY A HODNOCENÍ VÝZKUMU	79
ZÁVĚR	81
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

Většina z nás tráví ve svém zaměstnání čím dál více času, mnohdy více než se svou rodinou. Pro mnoho lidí se stalo jejich povolání hlavním smyslem života. Zaměstnání určuje životní styl, životní standard a tím pádem celkové postavení člověka ve společnosti. Je také odrazem toho, jak člověka vnímá jeho okolí i jak vnímá jedinec sám sebe. Současní zaměstnavatelé vyvíjejí ovšem čím dál větší tlak na své zaměstnance z důvodu konkurenceschopnosti na dnešním pracovním trhu. Dochází tak k narušení psychického a fyzického zdraví člověka, kterému je schopen čelit jen ten nejsilnější, což se odvíjí od typu osobnosti člověka.

Moderní doba s sebou přináší nejen možnost luxusních aut, dovolených v atraktivních letoviscích daleko od domova, ale také spoustu problémů. S mnohými z nich nejsme doposud schopni bojovat, či naučit se je vnímat takové jaké jsou. Závažným problémem nejen zaměstnaných lidí se stalo „vyhoření“. Syndrom vyhoření je velmi nebezpečným jevem, ať už po stránce sociální, nebo pracovní. Syndrom vyhoření se jeví jako dlouhodobá záležitost. Vyvíjí se velmi pomalu, nepozorovaně. Proto mnoho takto postižených jedinců dlouhou dobu netuší, že jsou vyhořelí.

První vědecké výzkumy zabývající se problematikou syndromu vyhoření jsou zmiňovány teprve až v sedmdesátých letech minulého století. Jako první formuloval pojem syndromu vyhoření Herbert Freudenberger (1974), který se začal na základě svých pracovních zkušeností touto problematikou také zabývat. Výzkumy hledaly odpovědi na otázky, co předchází vzniku tohoto jevu, proč a jak syndrom vyhoření vzniká, kdo je jeho nejčastější obětí.

Téma syndromu vyhoření a vše, co je s tímto jevem spjato, mne samotnou velmi zajímalo, jelikož jsem sama pracovníkem v oblasti pomáhajících profesí. Co nejvíce se o syndromu vyhoření dozvědět a dostatečně se informovat, mě vedlo k výběru tohoto tématu diplomové práce.

Hlavní cíl práce je zaměřen na srovnání výskytu syndromu vyhoření u pracovníků v jednom českém a jednom rakouském domově pro seniory. Touto prací navazuji částečně na moji bakalářskou práci, ve které jsem se mimo jiné zabývala pracovními podmínkami personálu v českých a rakouských domovech pro seniory, které mají taktéž zajisté vliv na

pracovní výkon pečujícího personálu. Dále se v práci zaměřuji na prevenci vzniku a terapii syndromu vyhoření, na zjišťování výskytu syndromu vyhoření v závislosti na pohlaví pečujícího personálu. Věnuji se zde také tomu, zda má délka odpracovaných let či dosažené vzdělání personálu vliv na výskyt syndromu vyhoření. Pokouším se navrhnout možná řešení, jak snížit riziko výskytu syndromu vyhoření u pečujícího personálu pracujícího v domovech pro seniory.

Práci jsem rozdělila na část teoretickou a část praktickou, mimo jiné také na tři hlavní kapitoly. V kapitole první se zaměřuji na samotný pojem syndromu vyhoření a na vše, co se daného jevu dotýká. Ve druhé kapitole stručně charakterizuji český a rakouský domov pro seniory. Nemalou pozornost věnuji také pracovnímu prostředí a pečujícímu personálu, který v tomto typu sociálního zařízení pracuje. Zde se také zabývám samotným výzkumem, který je kostrou celé diplomové práce, jeho popisem a seznámením s použitými metodami výzkumu. Hlavní metodou sběru dat je jednak vlastní strukturovaný dotazník, a jednak MBI dotazník určený k měření vyhoření. Jako pomocnou metodu jsem využila nejběžnější kvalitativní metodu, zúčastněné pozorování, které mně poskytlo řadu užitečných informací o zkoumaném vzorku. Závěrečná třetí kapitola svým obsahem zahrnuje analýzu dotazníkového šetření u českého a rakouského pečujícího personálu v domovech pro seniory.

Cílem dotazníkového šetření se tím pádem stalo potvrzení, či vyvrácení předem stanovených hypotéz, zda je na tom s „vyhořením“ celkově lépe český nebo rakouský personál. Ve finální fázi práce tak zpracovávám získaná data, ta následně srovnávám a vyvozuji z nich závěry.

Pevně věřím, že práce přinese užitečné informace nejen mně samotné, ale i ostatním, kteří se touto problematikou blíže zabývají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

1.1 Definice syndromu vyhoření

Jevy podobné současnému syndromu vyhoření bychom našli již v Bibli, ale samotný výraz „vyhoření“ zde nenajdeme. Již Bible nás může seznámit s několika příběhy lidí postižených příznaky, které jsou dosti podobné příznakům u současných obětí syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření je označován za psychologický a sociální pojem postihující především pracovníky pomáhajících profesí. Odborníci řadí do této oblasti profesí jednak sociální pracovníky, jednak zdravotní personál včetně lékařů, dále pak psychology, a také lidi pracující v oboru psychiatrie, vzdělávání a výchovy. Práce v pomáhajících profesích je nesmírně náročná, jelikož pracovník dochází dennodenně do velmi intenzivního kontaktu s lidmi. To s sebou nese následně vyvolaný pocit zoufalství, psychické zátěže, až vyhoření. Syndrom vyhoření postihuje nejčastěji ty, kteří nejen sami od sebe očekávají příliš mnoho, ale také jejich okolí. Jsou to velmi vzdělaní a zodpovědní lidé plní pracovního nadšení a energie. Označují se za perfekcionisty a idealisty.

„Člověk se syndromem vyhoření opustil všechny svoje zájmy, změnil životosprávu k horšímu a změnil i životní styl pouze „na existenci k přežití“. A to je poslední úsek cesty do rozvinutého syndromu vyhoření, která končí pocitem zoufalství (selhal jako člověk a nikoliv „pouze“ v zaměstnání), beznadějí, apatií a kolapsem.“¹

Obecně platnou definici syndromu vyhoření bychom v odborné literatuře našli jen stěží. Existuje celá řada autorů zabývajících se problematikou syndromu vyhoření. Každý z nich má pro syndrom vyhoření svoji vlastní definici uznávanou v praxi.

Za nejuznávanějšího autora definice syndromu vyhoření je považován H. Freudenberg, který tento pojem jako první použil a označil, a který „*porovnává syndrom vyhoření s budovou zničenou ohněm. Zahrnuje do pojmu vyhoření nejen pracovní svět, ale všechny oblasti lidského snažení. Definuje vyhoření jako únavu, slabost, ztrátu síly na základě přehnaných požadavků na vlastní energii a zdroje. Tato definice staví vyčerpání do*

¹ Vašina, L. Základy psychopatologie a klinické psychologie. Brno: IMS, 2010. str. 159

souvislosti s nadměrnou zátěží, s přílišnou angažovaností, jež vede k psychickému zmatení. To způsobuje příznaky vyhoření ve všech oblastech života.

Za další uznávanou průkopnici v problematice syndromu vyhoření je považována Ch. Máslachová, je autorka nejpoužívanějšího dotazníku pro měření vyhoření. Proto zde uvádím i její definici: „*rozvíjí definici Freudenbergera. Popisuje vyhoření jako nepřetržitý, systematický proces ochabování, narůstajícího cynismu a ztráty angažovanosti vůči klientům. Pracovník trpící vyhořením působí chladně, přísně a rigidně, ztrácí tvořivost.*“²

Kdybych zde uvedla i další definice ostatních autorů věnujících se právě tomuto jevu, zjistila bych, že jádro definice syndromu vyhoření je v podstatě totožné.

„V definicích vyhoření se vykrystalizovaly tři hlavní složky:

1) *pocity* – *negativní postoje a vztahy*

2) *ohnisko* – *vnitřní ohnisko: příčinu některých emocí lze hledat u pracovníků samotných*
vnější ohnisko: příčina emocí pochází ze zdrojů mimo vlastní osobu, většinou z pracovního prostředí

3) *čas* – *momentální pocity pracovníků jsou odlišné od předchozích pocitů, kdy chovali ke své práci a ke klientům pozitivní pocity, což se projevovalo obětavostí a náklonností; v daném stavu mají negativní nebo lhostejné pocity.*“³

Dále se autoři shodují i ve faktorech, kterými se syndrom vyhoření vyznačuje.

Těmito faktory jsou:

→ *emocionální vyčerpání* – je spojeno především s depresí, bezmocí a beznadějí, což může vyústit až v sebevražedné sklony

→ *fyzické vyčerpání* – je spojeno s chronickou únavou, úbytkem energie, časté jsou bolesti hlavy a bolesti zad, dochází ke změně stravovacích návyků

² Maroon, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012. str. 20

³ Maroon, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012. str. 25

→ mentální vyčerpání – je spojeno s negativním postojem k práci, k lidem, i k životu jako takovém⁴

1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Mezi tři základní symptomy syndromu vyhoření patří vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

Vyčerpání – postižený se cítí emočně a fyzicky vysílený

Znaky vyčerpání při burnout syndromu:

- Emoční: → sklíčenost
- bezmoc
- beznaděj
- ztráta sebeovládání, např. nekontrolovatelný pláč nebo podrážděnost doprovázená výbuchy vzteku
- pocity strachu
- pocity prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení

- Fyzické: → nedostatek energie, slabost, chronická únava
- svalové napětí, bolesti zad
- náchylnost k infekčním onemocněním
- poruchy spánku
- funkční poruchy, např. kardiovaskulární a zažívací potíže
- poruchy paměti a soustředění
- náchylnost k nehodám

⁴ Maroon, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012. Str. 22

Odcizení – Zákazníci či klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“. Člověk trpící syndromem vyhoření má ke své práci a svému okolí lhostejný postoj.

Projevy odcizení při burnout syndromu:

- negativní postoj k sobě samému
- negativní postoj k životu
- negativní vztah k práci
- negativní vztah k ostatním
- ztráta schopnosti navázat a udržet společenské vztahy
- ztráta sebeúcty
- pocit vlastní nedostatečnosti
- pocit méněcennosti

Pokles výkonnosti – Nízká efektivita spočívá v tom, že jedinec ztratil důvěru ve vlastní schopnosti a z profesního hlediska se považuje za neschopného

Projevy poklesu výkonnosti při burnout syndromu:

- nespokojenost s vlastním výkonem
- nižší produktivita
- vyšší spotřeba času a energie
- ztráta nadšení
- nerozhodnost
- ztráta motivace
- pocit selhání⁵

⁵ Stock, Ch. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada publishing, 2010. str. 23

1.2.1 Rizikové faktory osobnostní

Při vzniku syndromu vyhoření působí na člověka kromě vnějších stresorů také stresory vnitřní, které vycházejí z charakterových vlastností osobnosti. Jak vnitřní tak vnější stresory mají na vznik syndromu vyhoření stejný podíl, jak uvádějí odborníci na tuto problematiku. Podle charakterových vlastností člověka se rozlišuje několik typů vzorců chování.

Vzorec chování typu A

Odborníci tak označují jedince s vysokými ambicemi, což jsou většinou tzv. Workoholici. Pro tyto jedince je typický spěch a netrpělivost, sklon k perfekcionismu a agresivitě. Jedinci s tímto typem chování dlouhou dobu necítí žádné problémy či zdravotní potíže, zpočátku vše vnímají jako svůj úspěch a nepřipouštějí si žádné varovné signály, nebo neúspěch. Až po několika letech jim začnou docházet síly a chybí energie potřebná k běžnému fungování organismu, který se dostává do stavu vyhoření. Dle lékařů je výskyt infarktu u lidí tohoto typu dvakrát vyšší než u ostatních.

Vzorec chování typu B

Lidé s tímto typem chování jsou opakem typu A, jedná se o jedince trpělivé a klidné. Tito jedinci ale zase naopak svým klidem a uvolněným postojem k čemukoli směřují k celkové nespokojenosti jak v osobním životě, tak v zaměstnání. Jedinci ovšem nehrozí vyhoření.

V Německu ještě rozlišují další čtyři typy osobnosti na základě tzv. AVEM testů: typ G = zdraví, typ A = úsilí, typ B = vyhoření a typ S = šetření se. Rozdělení této typologie vychází z průzkumu u německých pedagogů, u kterých se testovala oblast pracovní zátěže.⁶

⁶ Stock, Ch. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada Publishing, 2010. Str. 44

1.2.2 Rizikové faktory v zaměstnání

Z pracovního prostředí vycházejí nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření. „V prohlášení agentury OSHA (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) z roku 2007 jsou jako příčiny pracovního stresu uvedeny tyto faktory:

- >> nejistota pracovních poměrů spojená s nestabilitou na trhu práce, obavy ze ztráty pracovního místa,
- >> rostoucí náchylnost ke stresu v souvislosti s globalizací, např. nejistota a strach způsobené přesouváním pracovních míst do zahraničí,
- >> úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv, např. snížení ochrany proti výpovědi, krácení dovolené, více přesčasů, práce na zkrácený úvazek a smlouvy na dobu určitou,
- >> dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce (nárůst produktivity a následné „zhuštění“ pracovní náplně),
- >> „zeštíhlení“ společností a *outsourcing* (rušení pracovních míst a oddělení),
- >> rostoucí emocionální náročnost práce (vyžaduje stále vyšší stupeň sociálních/emocionálních kompetencí; v důsledku sociálních změn se práce s klienty stává náročnější, což potvrzují i pedagogové či sociální pracovníci),
- >> neslučitelnost zaměstnání a soukromého života.⁷

Mezi další rizikové faktory spojené se zaměstnáním můžeme zařadit především neadekvátní pracovní úkoly či zvýšené nároky na práci ze strany zaměstnavatele, rušivé vlivy na pracovišti jako je např. mobilní telefon, nedostatečná seberealizace zaměstnance v pracovním procesu, nespravedlivé a nedostatečné hodnocení našich výkonů ať už ze strany nadřízeného či kolegů, nedůvěra a intriky v pracovním kolektivu.

„Firmy příliš často najímají skvělé zaměstnance a neustále je tlačí k vyšší produktivitě, dokud nevyhoří a jejich produktivita nezačne klesat. Firmy pak obvykle uvažují tak, že tyto pracovníky jednoduše propustí a najdou si za ně náhradu. Ze statistických důvodů však vyplývá, že trvá zhruba dva roky, než nový zaměstnanec dosáhne produktivity zave-

⁷ Stock, Ch. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada Publishing, 2010. str. 32

deného pracovníka. Doporučuje, že místo propouštění málo výkonných zaměstnanců je výhodnější najít pro ně místo, které bude lépe odpovídat jejich kvalitám. Znamená to věnovat pozornost tomu, jak se zaměstnanci cítí a jak se staví k okolnímu světu. Touto strategií se řídí japonské podniky, které dnes vykazují mnohem vyšší průměrnou produktivitu než americké firmy. Dalším pravidlem, kterým se řídí v Japonsku, je, že nikdo nepracuje přesčas a přísně se dodržuje pravidelný čas na cvičení a další přestávky pro zaměstnance.⁸

Velmi často stojí za vznikem syndromu vyhoření v zaměstnání vztah mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Zaměstnavatel může riziko vyhoření u svého zaměstnance vytušit při často opakované absenci, a to převážně v pondělí, kdy jsou to tzv. Pondělní deprese. Tyto pondělní deprese ovšem nesmí trvat celý týden, a pokud tomu tak je, jde o jasný ukazatel vyhoření u zaměstnance. Dalším jasným ukazatelem vyhoření se jeví větší nerozhodnost ze strany zaměstnance, minimální péče o svůj zevnějšek a o své zdraví.

Podmínky vzniku syndromu vyhoření ze strany pracoviště (dle Matouška, O.)

Jsou to zejména pracoviště,

- „kde není věnována pozornost potřebám personálu;
- kde noví členové nejsou zacvičeni personálem zkušeným;
- kde neexistují plány osobního rozvoje;
- kde chybí supervize;
- kde pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se s ním o možných řešeních;
- v nichž vládne soupeřivá atmosféra;
- v nichž spolu rivalizuje několik nepřátelených skupin pracovníků;
- se silnou byrokratickou kontrolou chování personálu, příp. i klientů.⁹

⁸ Minirth, F. Jak překonat vyhoření. Praha: Návrat domů, 2011. str. 65

⁹ Matoušek, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2008. str. 57

1.2.3 Příznaky blížícího se vyhoření dle Freudenbergera

Vyčerpání – prvními varovnými signály vyhoření jsou pocit únavy, nedostatek energie a potíže se zvládnutím obvyklých aktivit

Izolovanost – jedinec si vytváří odstup k druhým lidem, dokonce i k těm, s nimiž má blízké vztahy

Znuděnost a cynismus – oběť vyhoření zpochybňuje hodnotu přátelství, aktivit i samotného života

Narůstající netrpělivost a podrážděnost – u obětí vyhoření klesá schopnost plnit úkoly, které před vyhořením zvládali velmi rychle, na základě toho začínají být tito jedinci podrážděnější a ze svých nezdarů obviňují druhé lidi

Pocit všemohoucnosti – jedinec je přesvědčený, že nikdo jiný není schopen udělat jeho práci lépe než on sám

Pocity nedostatečného ocenění – i přes zvýšené úsilí nejsou vyhořelí jedinci více oceňováni, jelikož jejich úsilí vede k horším výsledkům.

Změna pracovního stylu – v důsledku konfliktů na pracovišti „vyhořelý“ jedinec buď svému nadřízenému ustoupí, nebo bude vzniklé konflikty kompenzovat

Paranoia – typický příznak u dlouhodobého vyhoření, jedinec má pocit, že ho někdo pronásleduje

Dezorientace – při dlouhodobém vyhoření klesá schopnost koncentrace a paměti, jedinec se stává roztěkaným, to vše jako následek vnitřního napětí

Psychosomatické potíže – častá je přítomnost bolesti hlavy a zad, dlouhodobé nachlazení

Deprese – při vyhoření je deprese dočasná, zasahující obvykle pouze jednu oblast života

Silná deprese – jedná se o vleklý stav, který zasahuje všechny oblasti života

Sebevražedné myšlenky – u obětí vyhoření se objevují v důsledku narůstající deprese.¹⁰

Ve Spojených státech je sebevražda desátou nejčastější příčinou smrti.

¹⁰ Maroon, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012. Str. 33

Kdo byl vlastně Herbert J. Freudenberger?

Mnoho se o něm hovoří, méně už se o něm ví. Freudenberger (1926-1999) se narodil v Německu a zemřel v New Yorku, kam ho během II. světové války poslali rodiče k nevlastní tetě. Poprvé popsal syndrom vyhoření „ ve článku *Staff burnout*, jež byl publikován v roce 1974 v časopise *Journal of Social Issues*.“¹¹

„ Freudenberger získal doktorát z psychologie na New York University, kam ho nasměroval dnes celosvětově uznávaný Abraham Maslow. Freudenberger se velmi intenzivně věnoval klinické praxi na Manhattanu a také seriózní vědecké práci. Založil bezplatnou polikliniku pro bezdomovce, mladistvé narkomany a problémové jedince.“¹²

Freudenberger byl tak oddaný a nadšený své práci, až to on sám dopracoval do fáze, ve které sám začal pociťovat vyhoření. Ovšem místo aby vyhledal odbornou pomoc, začal se léčit sám. Na základě své dlouholeté praxe a zkušeností zjistil, že se problém syndromu vyhoření dotýká hlavně pracovníků pracujících v profesích poskytujících pomoc. Zjistil tak, že tito pracovníci obětují své profesi nejenom čas a své dovednosti a zkušenosti, ale především část vlastní osobnosti.

Sebevražedné myšlenky

Sebevražedné myšlenky jsou významným emocionálním problémem, kterým trpí oběti nejzávažnějšího stupně vyhoření. Sebevražda může člověku v silné depresi připadat jako jediná úniková cesta z kritické situace. Každý z našeho okolí, který mluví o sebevraždě, nebo o tom, že má sebevražedné myšlenky, by měl vyhledat odbornou pomoc, a okolí by tyto myšlenky mělo brát zcela vážně a v žádném případě je nepodceňovat. Je důležité nebát se s vyhořelým jedincem mluvit na toto téma, což může vést k odvrácení sebevražedných myšlenek.

¹¹ www.wikipedia.org/wiki/Herbert_Freudenberger

¹² Blog.aktualne.cz/blogy/radkin-honzak.php

„Varovné signály sebevraždy

1. silná emocionální bolest, jaká se projevuje u hluboké deprese
2. silné pocity beznaděje
3. sebevražedný pokus v minulosti, nebo vyjádřená upozornění na sebevražedné záměry
4. vážné zdravotní problémy
5. významná ztráta – úmrtí manželského partnera, ztráta zaměstnání atd.
6. vytvoření sebevražedného plánu
7. chronické sebezničující chování – alkoholismus, porucha příjmu potravy atd.
8. silná potřeba dosahovat dobrých výsledků
9. přemíra zneklidňujících životních událostí za posledního půl roku
10. člověk, u kterého se objevují některé z uvedených signálů, je muž, svobodný, bílé rasy a starší čtyřiceti pěti let.¹³

1.3 Vývoj a průběh syndromu vyhoření

Samotné vyhoření je dlouhodobým procesem, ve kterém může jedinec procházet několika fázemi. Někteří autoři rozlišují tři základní fáze, což je nejjednodušší model, jiní rozlišují fázi dvanáct. Tyto fáze se navzájem překrývají a obtížně se určuje hranice mezi nimi. Nejčastějšími fázemi průběhu syndromu vyhoření jsou:

idealistické nadšení – člověk nastupuje do zaměstnání s velkým nadšením a vysokým nasazením, které se ale po čase dostanou do rozporu s vysokými nároky kladenými na tohoto jedince ze strany zaměstnavatele

stagnace – jedinec začíná přehodnocovat počáteční nadšení a ideály, několikrát se již dostavilo zklamání, které se začíná odrážet v práci i soukromém životě. V této fázi zatím jedinec nepozoruje žádné změny svého chování či prvotní příznaky onemocnění.

frustrace – jedinec začíná pochybovat o významu své práce a smyslu svého snažení, v této fázi narůstá zklamání

¹³ Minirth, F. Jak překonat vyhoření. Praha: Návrat domů, 2011. str. 101

apatie – v této fázi dochází k rezignaci ze strany jedince, která se dostavuje jako obranná reakce vůči frustraci, jedinec plní jen ty nejnnutnější pracovní úkoly, zcela se vytrácí nadšení a do popředí se dostávají pocity zoufalství.¹⁴

Syndromu vyhoření je v podstatě vystaven každý z nás, záleží na charakterových vlastnostech jedince a vnějších podmínkách.

1.4 Syndrom vyhoření a jiné náročné životní situace

Příznaky syndromu vyhoření se podobají mnoha jiným stavům, které mají psychický podklad. Mezi tyto stavy se řadí především deprese a stres. Syndrom vyhoření má vlastní příčiny a vlastní vývoj. V minulých letech připisovali vědci příznaky vyhoření lenosti a lhostejnosti jedince. K razantnímu zvratu v chápání vyhoření došlo na základě následně prováděných studií.

Vyhoření a deprese

„I když se oba jevy v mnoha směrech projevují stejně, jsou jevy zcela odlišnými. Syndrom vyhoření je psychosociálním pojmem, v případě deprese se jedná o pojem klinický.“¹⁵ Depresemi je syndrom vyhoření velmi často doprovázen, ty nejsou trvalého charakteru a zasahují pouze určitou oblast života jedince.

DEPRESE

„Deprese je nejstarší trýznitel lidstva.“

Seligman (1995, s. 67)

¹⁴ Stock, Ch. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada Publishing, 2010. str. 24

¹⁵ Maroon, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012. str. 28

„ Slovo deprese je srozumitelná snad všem lidem – i těm, kteří neznají latinu, z níž se toto slovo dostalo i k nám do češtiny. Dalo by se říci, že je ještě srozumitelnější nežli jeho český překlad - „sklíčenost“.“¹⁶

Přesnou definici deprese bychom našli v Psychologickém slovníku, který depresi definuje jako: „ stlačenost, chorobný smutek; duševní stav charakteristický pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i tělesných procesů; ztráta energie, poruchy spánku a nechutenství. Deprese deformuje životní hodnoty, pracovní a sociální sféru jedince; depresivní jedinci hodnotí záporně sebe i svět, za vše berou na sebe vinu, očekávají selhání namísto úspěchu. Celosvětově se uvádí, že depresí trpívá 5 až 10% lidí v populaci; u žen se vyskytuje v dvojnásobném počtu než u mužů.“¹⁷

V Psychologickém slovníku bychom našli asi dvacet pět definic nejznámějších typů deprese, z čehož nejčastěji se vyskytující je deprese unipolární neboli normální deprese. Mezi hlavní příznaky unipolární deprese se řadí:

Negativní myšlenky – jde o negativní představy o světě jak materiálním, tak i sociálním, negativní představy o sobě i o druhých lidech, černé vidění současného stavu světa i negativní myšlenky na budoucnost.

Negativní nálady – daný člověk je smutný, zamlklý, skleslý, bez chuti k životu, nešťastný, často pláče, a to i poměrně dosti dlouho. Tato nálada je výrazná již ve chvíli, kdy tento člověk ráno vstává. Často je úzkostný a snadno se vzruší.

Negativní chování – člověk je malátný, nerozhodný, pasivní a často má až sebevražedné myšlenky (nejraději by nebyl).

Negativní fyzické projevy – v běžné praxi (rutinních projevech). To, co dříve například manuálně dělal s virtuozitou sobě vlastní, to v situaci, kdy má „ normální depresi“, mu nejde. Pomalu to zkouší udělat znovu, a když mu to opět nejde, tak se vzdává.¹⁸

¹⁶ Křivohlavý, J. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada Publishing, 2012. str. 87

¹⁷ Hartl, P., Hartlová, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2009. str. 105

¹⁸ Křivohlavý, J. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada Publishing, 2012. str. 88

Diagnostika deprese

Protože existuje několik typů depresí, je nutné v případě určení o jakou depresi se jedná, aby psycholog stanovující diagnózu měl jistotu. K tomu mu slouží soubor kritérií dle mezinárodně užívaných norem. V případě unipolární deprese se u jedince většinou vyskytují následující příznaky: „depresivní nálada, ztráta zájmu o obvykle běžně prováděné činnosti, ztráta chuti k jídlu, obtíže se spánkem, zpomalení běžných pohybů, ztráta energie, pocity bezcennosti a nadměrné viny, snížená kognitivní aktivita a zhoršená koncentrace, myšlenky na sebevraždu.“¹⁹

Biologický původ deprese

„V mozku je něco jako náladové centrum – není to ale určitá struktura, kterou by bylo možné vidět třeba na CT, kde má být rovnováha neurotransmiterů (jsou to látky, které přenášejí vzruchy mezi jednotlivými mozkovými buňkami).

Příčiny vzniku deprese

Stres – když prožíváme duševní napětí – buď proto, že jsme citlivější, nebo proto, že se nám staly události, které nás rozrušují (ztráta blízkého, propuštění z práce,...).

Vrozené dispozice – dispozice zděděné po rodičích

Hormony – hladiny hormonů mohou ovlivňovat náladové centrum (nejčastější je působení ženských pohlavních hormonů).

Působení světla – naše mozkové náladové centrum je dobíjeno přes oční nervy množstvím přijatého světla.

Působením škodlivých návykových látek poškozujících mozek – alkohol a drogy

¹⁹ Křivohlavý, J. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada Publishing, 2012. str. 89

Léčba deprese

Antidepressiva – léčbu zahajuje psychiatr; trvá zpravidla minimálně 10-14 dní než začnou působit a užívají se minimálně půl roku

Psychoterapie a psychohygienu – v psychoterapeutickém programu je důležité ukázat pacientům jakým způsobem žít, aby se deprese nevracely – kdo dobře dodržuje psychohygienu, většinou deprese nemá. Pacienti se učí jak si poradit s jednotlivými příznaky deprese a jak se z deprese případně i svépomocí dostat. Využívá se i Gestalt psychologie – psychoanalyticky orientovaná skupinová psychoterapie naučí pacienta správně a pravidelně relaxovat.

V léčbě pacientů s depresí jsou důležité všechny tyto složky, protože někdy nevyjdeme se samotnými léky – pacienti se sice polepší, ale problémy zůstávají, stejně tak špatný životní styl a deprese se chronifikují, samotná psychoterapie ani změna životního stylu často nepomůže pacientům, kteří mají na depresi dispozici, nebo je těžší.²⁰

Vyhoření a stres

STRES

„H. Seleyem (1950) definován jako charakteristická fyziologická odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, které se projevuje prostřednictvím *adaptačního syndromu*, nebo také bývá označován za chorobu století jako termín všeobecně užívaný pro konflikt, úzkost, frustraci, vyšší aktivizaci a situace nepříjemně pociťované vůbec.

H. Cooper a M.H. Appley (1966) definují stres jako stav organismu, kdy jeho integrita je ohrožena a organismus musí zapojit všechny schopnosti na svoji ochranu.

Definice podle H.J. Eysencka (1967) – individuální rozdíly mohou být ovlivněny vrozenou reaktivitou nervového systému a dalšími osobními charakteristikami, které určují psychologický stresový práh a stresovou toleranci.

²⁰ www.dobrapsychiatrie.cz/deprese-a-jeji-lecba

R.S. Lazarus (1966) upozorňuje, že značnou roli hraje kognitivní odhad, který může být jednou jako ohrožující, jindy jako zvládnutelný.²¹

Stres se vyvíjí ve třech fázích, přičemž ve fázi třetí (vyčerpání) dochází ke vzniku syndromu vyhoření. Stres je příčina, vyhoření důsledek. Mnoho vědců je přesvědčeno, že určitá míra stresu na pracovišti je dokonce zdravá, ve smyslu lepší motivace zaměstnanců. Pokud se člověk nachází ve zdravé stresové situaci, podává mnohem lepší výkon.

Syndrom vyhoření se rozvine na základě dlouhotrvajícího, chronického stresu, který je způsoben řadou stresorů: „jedná se o **stresory psychické** (mnoho změn během krátké doby), **stresory fyzické** (hluk, hlad) a **stresory sociální** (konflikty na pracovišti). Za stresory je tedy považováno vše, co člověka zatěžuje, na straně druhé jsou to salutory, které pomáhají člověku zvládat stresovou situaci.“²²

Každý z nás se zajisté alespoň jednou v životě ocitl ve stresové situaci, vždy se ale nemusí jednat pouze o stres v negativním slova smyslu. Často člověk pocítuje také příjemný, pozitivní stres, který je vyvolán na základě příjemné události. Touto příjemnou událostí může být svatba, narození dítěte nebo úspěšné složení zkoušky. Stres tohoto charakteru bývá označován jako *eustres*, opakem je pak *distres*, který je člověkem vnímán jako velmi nepříjemný. Distres je vyvolán nějakou nepříjemnou, negativní událostí, jako je například smrt v rodině, odchod jednoho z rodičů od rodiny, závažné onemocnění v rodině apod.

„Vnímání stresu je individuální a to, jestli budeme situaci vnímat jako stresovou nebo ne, záleží především na našem zhodnocení dané situace a zhodnocení možností tuto situaci zvládnout. Stres mohou vyvolat jednak traumatické události, což jsou mimořádně nebezpečné situace, které se vymykají běžné lidské zkušenosti, a jednak běžné situace, se kterými se můžeme setkat každý den.“²³

„Jedno ze současných pojetí vlivu stresu na naše zdraví hovoří o tom, že stres působí jako startér či spouštěč téměř každé nemoci. Přitom termínem spouštěč se rozumí ně-

²¹ Hartl, P., Hartlová, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2009. str. 568

²² Křivohlavý, J. Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada Publishing, 2010. str. 25

²³ Novotný, J. S. Psychologie zdraví a duševní hygiena pro sociální pedagogy. Brno: IMS, 2009. str. 19

co obdobného tomu, s čím se setkáváme u pušky či revolveru – stlačení páčky, které uvede chod výbuch v hlavni.²⁴

„Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO) neklasifikovala doposud vyhoření jako nemoc, na místo toho je zde uvedena tzv. Neurastenie, která má podobné symptomy jako syndrom vyhoření, i když je v posledních letech zaznamenán výrazný nárůst psychicky nemocných jedinců.

Samotné příčiny vyhoření leží jednak v pracovním prostředí, a jednak v osobnostních faktorech.²⁵

Zvládání stresu

Pod pojmem zvládání stresu si můžeme představit to, „co děláme, jak se chováme, jak jednáme. Zvládnout stres znamená zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu.

Strategie zvládání stresu (Copingové strategie) - tedy postupy, které je možné při zvládání stresu použít:

- plánovat hledání řešení daného problému;
- uklidňování rozrušených emocí;
- utkat se s těžkou situací;
- distancování se od stresové situace;
- hledání pozitivních stránek nastalé situace;
- hledání sociální opory;
- přijetí osobní odpovědnosti za nastalou situaci;
- snaha vyhnout se stresové situaci.

²⁴ Novotný, J. S. Psychologie zdraví a duševní hygiena pro sociální pedagogy. Brno: IMS, 2009. str. 26

²⁵ Schewior-Popp, S. Thiemes pflege. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG, 2012. str. 169

Při zvládání stresu jde o dva druhy činností: na jedné straně jde o odstraňování toho, co nás zatěžuje, na straně druhé pak o posilování našich vlastních sil pro boj se stresem.²⁶

1.5 Diagnostika syndromu vyhoření

Diagnostikovat syndrom vyhoření je velice obtížné. Většinou se syndrom vyhoření diagnostikuje na základě základních anamnestických údajů, a také na základě posuzování pozorovatelných příznaků u takto postižených jedinců. K diagnostice syndromu vyhoření se nejčastěji používají psychologické metody, kterých se využívá v podobě dotazníků. Mezi základní nástroje pro diagnózu a měření vyhoření patří:

„**Maslachové škála vyhoření pro pomáhající profese** (*Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*, MBI) obsahuje 22 různých výpovědí osob v pomáhajících povoláních a sestavily ji Maslachová a Jacksonová (1981).

Maslachové škála vyhoření pro povolání (*Maslach Burnout Inventory – General Survey*) měří vyhoření ve všech povoláních pomocí 16 výpovědí. Tento prostředek vychází z dřívějšího MBI a vytvořila jej Maslachová s kolegy v Berkeley Group (Maslach a kol., 1996).

Škála znechucení (*Tedium Scale*) se skládá z 21 výpovědí a měří četnost určitých pocitů a postojů pracovníků k sobě samým, k práci a ke klientům. Vyvinuli ji Aronson, Pinesová a Kafryová (1981).²⁷

Maslach Burnout Inventory (MBI) dotazník je v současnosti nejpoužívanějším dotazníkem k diagnostice syndromu vyhoření. MBI dotazník se ve svém zjišťování orientuje na oblast emocionálního vyčerpání, oblast depersonalizace a na oblast osobního uspokojení. Oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace jsou zaměřeny negativně a oblast osobního uspokojení laděna pozitivně. Účelem MBI dotazníku byla zjištění, jak pracovníci v pomáhajících profesích vnímají svoji práci i své klienty, se kterými jsou denně v kontaktu. Blíže specifikují tento dotazník specifikován v praktické části této diplomové práce.

²⁶ Křivohlavý, J. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. str. 27-29

²⁷ Maroon, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. str. 71

Maslachové škála vyhoření pro povolání se zaměřuje na pocity vyčerpání a cynismus u zaměstnanců, vztahuje se také na negativní postoje a odcizení se práci. Účelem je zjistit pohled dotazovaných ke své práci a jejich postoj vůči práci.

Škála znechucení se zaměřuje na prožívání určitých pocitů a postojů sociálního pracovníka k sobě samému, ke své práci a klientům. Na sedmistupňové škále se měří vyčerpání fyzické, emocionální a mentální.

1.6 Prevence syndromu vyhoření

Prevenici syndromu vyhoření musíme vnímat jako nesmírně důležitou, protože je méně náročná, nežli pak samotná léčba již rozvinutého syndromu vyhoření. Známe celou řadu preventivních opatření jak ze strany vlastní osoby, tak ze strany zaměstnavatele. Především to co sám jedinec může pro sebe udělat je, naučit se zvládat stresové situace a naučit se oddělovat práci od svého soukromého života. Člověk by si neměl nosit práci domů, i když to některé povolání vyžaduje. Základ prevence spatřujeme v rovnováze mezi prací a odpočinkem. Ten kdo má náročnou práci po stránce fyzické, by si měl osvojit některé relaxační techniky, a naopak povolání náročné na psychiku potřebuje vyvážit nějakou manuální činností. Významnou roli zde hraje také zdravý životní styl, dostatečný spánek, a především rodina nebo nejbližší přátelé, kteří přispívají k psychické pohodě jedince.

V pracovním procesu je to zase zaměstnavatel, který může pro své zaměstnance udělat velmi mnoho. Během pracovního dne by měly být zaměstnancům umožněny pravidelné a dostatečné přestávky nejlépe v místnosti určené právě pro oddech, kde by měl zaměstnanec alespoň trochu soukromí a klid k regeneraci.

Pracovní neschopnost a snížená pracovní aktivita jsou nejčastější projevy syndromu vyhoření v pracovním chování, proto by si měl zaměstnavatel uvědomit význam prevence a investovat peníze a čas do ochrany zdraví svých zaměstnanců. Zaměstnavatel může svým zaměstnancům pomoci například pracovním poradenstvím, dobrou informovaností o riziku syndromu vyhoření, a v současné době především prostřednictvím supervize. Kromě zaměstnavatele jsou to také vedoucí pracovníci, kteří by měli mít zájem o své podřízené ve smyslu dobré organizace práce a přesně stanovených cílů. Neméně důležitá je spolupráce a vzájemná podpora ze strany kolegů, pro mnohé je zase nejdůležitější finanční motivace. Prevenci syndromu vyhoření nelze podceňovat už proto, že nemá vliv jen na samotného

zaměstnance, ale i na celý pracovní tým, a tím pádem i na celou organizaci. To vše má samozřejmě i dopad na klientelu těchto organizací.

I když je práce na žebříčku našich hodnot velmi vysoko, neměla by se stát hlavním smyslem našeho života. Měli bychom se naučit hospodařit s časem a vhodně ho umět využít, například pro chvíle strávené s rodinou, s přáteli nebo u nějaké zájmové činnosti.

„Na co se soustředíme, na co upneme pozornost a opravdový zájem, na to proudí naše životní energie.“²⁸

1.6.1 Relaxační techniky a cvičení

„Člověk, který se dlouhodobě snaží dosáhnout něčeho, co zcela přesahuje jeho síly a čemu nepřejí ani momentální okolnosti, na sebe klade přehnané nároky a zvyšuje tím u sebe riziko vzniku burnout syndromu.“²⁹

V případě syndromu vyhoření je tedy nezbytně nutné stanovit si jasné cíle, ať už krátkodobé nebo dlouhodobé, kterých chceme či musíme dosáhnout. Pokud člověk neustále pracuje na 100% i po objevení příznaků syndromu vyhoření, a i přesto se mu daří čím dál méně dosáhnout vytyčených cílů, měl by včas své tempo zpomalit a slevit ze svých nároků, jinak může v brzké době očekávat úplné vyčerpání a celkový kolaps organismu.

Velice účinnou metodou v prevenci vzniku syndromu vyhoření jsou relaxační metody, kdy rozlišujeme šest typů relaxace. Jedná se o autogenní trénink; uvolnění svalstva; jógu, Tai chi, Čchi-kung; hypnózu; meditaci a biofeedback, čili zpětnou vazbu. U těchto relaxačních cvičení je důležité, aby je dotyčný jedinec prováděl v pravidelných intervalech a delší dobu. Jakou relaxační metodu si jedinec zvolí, záleží jen na něm samotném. Je také vhodné předem se dostatečně o těchto metodách informovat. Proti stresu, a tím ke zlepšení nálady napomáhá a patří k nejúčinnějším pravidelný pohyb, při kterém dochází k vyplavování tzv. hormonů štěstí. Tyto hormony-endorfiny, začne tělo vyplavovat při zvýšené fyzické zátěži. Kromě toho, že má pohyb prokázané blahodárné účinky na naši psychiku, je i

²⁸ Suchý, J., Náhlovský, P., Pozitivní emoce. Praha: Grada Publishing, 2012. str. 69

²⁹ Sock, Ch. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada Publishing, 2010. str. 69

výbornou prevencí různých onemocnění jako jsou například rakovina, nemoci pohybového aparátu a oběhového systému. Mimo jiné posiluje vytrvalostní cvičení naše sebevědomí a zvyšuje schopnost koncentrace.

1.6.2 Supervize jako podpůrná struktura

„ Supervize představuje výchovný proces důležitý pro sociální práci, jeho účelem je pomoci sociálním pracovníkům, aby dosahovali dobrých výkonů odpovídajícím způsobem. Hlavním prvkem supervize je vzdělávání.“³⁰

Supervizor, který ve většině případů své klienty nezná, předává pracovníkům a studentům v rámci supervize důležité vědomosti a zkušenosti, proto vnímáme supervizi v oblasti sociální práce jako velice významnou. Protože je supervize procesem plánovaným, systematickým a kontrolovaným, mohou tak díky ní sociální pracovníci svoji funkci plnit mnohem efektivněji. Dále má supervize jedinečné cíle, kterými se liší například od školního vzdělávání. Supervize zlepšuje výkon supervidovaných, povzbuzuje je a podporuje jejich svědomí. Cílem supervize je zůstává především rozvoj dovedností a schopností, osvojování vědomostí, rozvoj a podpora kritického myšlení, rozvoj schopnosti komunikovat a vytvářet dobře fungující mezilidské vztahy. Hlavní důraz tohoto procesu bývá kladen na zvládnání stresu v pracovním prostředí a schopnost řešit profesní problémy.

V rámci supervize se jedná o jakousi spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným, kteří se tedy snaží nalézt vhodná řešení k dané problematice. Supervize má v České republice podstatně mladé kořeny, i když se její počátky vztahují k šedesátým létům 20. století. V této době byla, povinou součástí psychoanalytického výcviku, a až do konce 90. let minulého století se vždy nesla v duchu psychoterapeutických výcviků na těchto školách. „Jedním z prvních pracovišť v oblasti sociálních služeb, kde byla po roce 1989 zavedena supervize, bylo Středisko křesťanské pomoci Diakonie ČCE v Praze. Šlo o supervizi zapojenou do systému řízení organizace.“³¹

³⁰ Maroon, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012. str. 109

³¹ Matoušek, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2008. str. 352

1.6.3 Pozitivní emoce

EMOCE = mezi základní emoce řadíme radost, hněv, smutek, strach a lítost; jsou to emoce, které prožívá každý z nás.

„ Je to zvláštní druh zážitků, jakési „pohnutí mysli“, které v nás vzbuzuje příjemné či nepříjemné pocity a dává nám určitou míru vzrušení. Dalším charakteristickým znakem emocí je jejich osobitý zážitkový obsah, který neumíme či lépe řečeno nemůžeme plně vyjádřit slovy.“³²

Definice emocí bychom našli celou řadu, avšak jednotná definice emocí neexistuje. V čem se ale autoři – odborníci shodují, jsou znaky emocí:

- emoce jsou maximálně subjektivní záležitostí – dva totožné podněty mohou u různých jedinců vyvolat různé emoce
- slovy jsou těžko vyjádřitelné
- jsou univerzální, tzn., že doprovázejí všechny druhy duševní činnosti
- jsou aktualizovány konkrétní situací v daném okamžiku
- jsou neopakovatelné
- jsou podmíněné, setrvačné
- většina emocí jsou polární (protilehlé); láska x nenávisť radost x smutek
- jsou smíšené
- vnímané ve dvou protipólech – příjemné x nepříjemné
- jsou obtížně přístupné nestrannému (objektivnímu) rozboru (analýze)

Kde vznikají emoce?

Emoce mají úzkou souvislost s naším mozkiem, neboť „ mozek se významným způsobem podílí na vzniku a formování emocí a spousta odborníků považuje mozek za „sídlo“ emocí.

³² www.lidske-emoce/poruchy-emoci/

Typy emocí

Podle délky trvání dělíme emoce na:

AFEKTY → rychlý vznik, bouřlivý průběh, krátké trvání

NÁLADY → trvalejší emoční reakce, malá intenzita, delší trvání

DLOUHODOBÉ CITOVÉ VZTAHY → např. VÁŠNĚ, jsou dlouhodobé, trvalé city; jsou zaměřeny na konkrétní bytosti, věci či aktivitu

Podle kvality se emoce dělí na:

NIŽŠÍ EMOCE → instinkty, pudy (většinou vrozené reakce); např. pocit únavy, hladu

VYŠŠÍ EMOCE → nejsou vrozené, člověk je získává v průběhu života; např. estetické postoje, sociální jednání.³³

„ Pozitivní emoce spolu s optimismem jsou dost možná tím rozhodujícím faktorem, který působí na naše zdraví. Žít bez emocí nelze. Žít s negativními emocemi je nepříjemné, skličující a bolestné.“³⁴

Emoce potřebuje každý z nás k životu, především pak ty pozitivní. Takovou pozitivní emoci může být i slunce, když svítí, člověk má totiž pocit, že slunce je jakýmsi dobíječem vybitých baterií. Pozitivní emoce jdou ruku v ruce s dobrou náladou, která je důležitá pro pozitivní postoj k životu. Dobře naladěný, pozitivní, člověk zvládá vše mnohem snadněji, snadněji také přijímá věci takové, jaké jsou.

Co jsou to vlastně pozitivní emoce?

„ Definice pozitivních emocí je stará 2200 let a autorem je Pataňdzali, který bývá nazýván otcem jógy: Realizací obsáhlého přátelství, soucitu, spoluradosti a vyrovnanosti

³³ www.lidske-emoce/zvladani-emoci/

³⁴ Suchý, J., Náhlovský, P. Pozitivní emoce. Praha: Grada Publishing, 2012. str. 18

jak vůči slasti a strasti, tak vůči zbožnému a nezbožnému jednání, získává se utišení duševní přirozenosti.³⁵

Pozitivní emoce tvoří základ pro pozitivní myšlení. Lidem, kteří pozitivně myslí se také daleko lépe daří dosáhnout vytyčených cílů, doslova můžeme říci, že na co pozitivně naladěni lidé sáhnou, se jim daří. Myslím si, že v případě pozitivních emocí hraje důležitou roli i to, s jakým typem lidí se setkáváme. Lidé negativně naladěni nám dokáží sebrat velké množství energie.

Pozitivní emoce jsou zakořeněny hluboko v našem nitru, záleží tak na charakterových vlastnostech každého jedince, jakým způsobem bude dál své pozitivní emoce rozvíjet. Zásadní vliv na rozvoj pozitivních emocí má zajisté rodina, která je primární skupinou, a tudíž v oblasti rozvoje jedince nejdůležitější. I ta sebemenší věc, která nám přináší radost, odráží naše pozitivní emoce, a proto bychom si i drobností měli vážit.

„Není nutno se neustále přihloupě usmívat a myslet si, že jsme pozitivní. Pozor na strojený, mechanický úsměv. Za upřímným úsměvem musí být vnitřní postoj člověka k sobě i k lidem ostatním.“³⁶

1.7 Léčba syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se vyvíjí pomalu a často nepozorovaně, proto člověk ani nemusí tušit, že mu hrozí riziko vyhoření. Je důležité uvědomit si svůj stav, zda jde o vážný, a v tomto případě jej nepodceňovat. Pokud si je člověk vědom toho, že tento stav již svými silami nezvládá, měl by se obrátit na odborníka. Záleží tedy na člověku samotném, jak se k tomuto problému postaví. Především musí chtít on sám něco pro sebe udělat a začít se léčit, a to co nejdříve. Zde je nejdůležitější podpora ze strany rodiny a nejbližšího okolí. Nejúčinnější volbou bývá v tomto případě psychoterapie. Účinek psychoterapie spočívá v tom, že člověk může vyjádřit vše, co ho trápí, a psychoterapie na základě těchto poznatků hledá možná řešení. Pomáhá udržet emoce a chování jedince pod kontrolou. V rámci psychoterapeutické pomoci se rozlišuje pomoc prostřednictvím poradenství, kdy jedinec získává užitečné informace, jak obtížné situace a krizi zvládnout, dále to může být vzájemná pomoc

³⁵ Suchý, J., Náhlovský, P. Pozitivní emoce. Praha: Grada Publishing, 2012. str. 20

³⁶ Suchý, J., Náhlovský, P. Pozitivní emoce. Praha: Grada Publishing, 2012. str. 102

mezi lidmi se stejnými problémy, nebo je to již zmiňovaná psychoterapie, kdy jedinci pomáhá situaci zvládnout odborník, a který, vyžaduje-li to stav postiženého, může nasadit farmakoterapii.

1.8 Syndrom vyhoření ve vztahu k profesím

Tak jak si žádné onemocnění nevybírání koho postihne, nevybírání si ani syndrom vyhoření, což znamená, že může ve své podstatě postihnout kohokoliv z nás. V dnešní úspěšné době je to tak i se zaměřením mé profese. Řeklo by se, že syndrom vyhoření postihuje vždy konkrétní a pouze ty samé profese. Jelikož vnímáme, ale nápor na pracovníky už v dnešní době téměř ve všech pracovních profesích ze stran zaměstnavatelů, roste také riziko zaměstnanců, že mohou být potenciálními oběťmi syndromu vyhoření. Mezi nejohroženější patří samozřejmě ty profese, jejichž pracovní náplní je neustálý styk s lidmi, či pomoc druhým lidem. To jsou v první řadě lékaři, následně zdravotní sestry pracující především s pacienty, kteří trpí nevléčitelnou nemocí nebo pracující se seniory. Třetí nejohroženější skupinou jsou právě sociální pracovníci pracující s lidmi, kteří se ocitli v těžké životní situaci či trpí nějakou formou poruch chování. Následují profese jako například učitelé, policisté, lidé pracující na vedoucích pozicích, manažeři, faráři i nezaměstnaní, nebo také ženy v domácnosti. Mnozí lidé mění svoji práci mnohdy, až už jsou vyhořelí. Většinou si zvolí profesi, jejíž náplní je zcela něco jiného, nežli to, co obnášela profese původní. Jeden můj známý se třemi vysokoškolskými tituly, velice nadaný člověk, změnil dvakrát místo v bance, kde zaujímal vždy vysoké postavení. Na tom druhém postu nedokázal pracovat ani celý rok. Nyní dělá to, po čem celý život toužil. Pronajal si stánky s občerstvením na vlakovém nádraží. A i když někdy nejde obchod podle jeho představ, cítí se i tak plný energie a elánu do života.

Co jsou pomáhající profese?

„Pomáhající profese neboli *helping professions*, je souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak

aby pomoc mohla být účinnější; patří sem lékaři, zvl. Psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové.³⁷

Pomáhající profese jsou založeny na vztahu pomáhajícího pracovníka a klienta. Pracovník v pomáhající profesi se může skrze toto povolání realizovat, mít pocit užitečnosti a potřeby, může si tak i vynahrazovat pocit osamění nebo utěšit svoji touhu po uznání. Vztah by měl být založen na profesionálním přístupu pracovníka pomáhající profese, který je tu především od toho, aby napomáhal druhým lidem, kteří se ocitli v nějaké tíšňové situaci. Klient musí mít v pracovníka důvěru, mít pocit, že mu druhá strana naslouchá, že mu rozumí. Naopak by však klient neměl zneužívat přílišné dobroty a pochopení ze strany pomáhajícího.

1.8.1 Syndrom vyhoření ve vztahu k profesi zdravotní sestry

„ Zkuste mi něco říci o tom, co bych měla dělat, aby mi bylo o trochu lépe. Zkuste mě pohladit po duši, když to všechno na mě padá a já klasám. Porad'te mi, co dělat, abych se v tom trochu lépe vyznala a žila o chlup lépe, než žiji teď...“³⁸

Roger Schütz

Povolání zdravotní sestry je jedním z nejnáročnějších a nejrizikovějších povolání, jež bývá nejčastěji ohroženo výskytem syndromu vyhoření. Ostatně jak dokazují výzkumy zabývající se touto problematikou. Přitom není důležité, na kterém oddělení zdravotní sestra působí. Výskyt syndromu vyhoření je v odvětví zdravotnictví spojen především se stereotypní prací, s dlouhodobou hospitalizací některých pacientů nebo také s péčí o pacienty s psychickým onemocněním, či s chronickou nevléčitelnou nemocí. Zda se syndrom vyhoření dostaví dříve či později závisí i od typu oddělení. Celková zátěž zdravotních sester, se odráží jak v oblasti fyzické, kde je nejvíce zatížena páteř a celý pohybový aparát, hlavně v části dolních končetin, tak v oblasti psychické ve smyslu neustálého přizpůsobení se no-

³⁷ Hartl, P., Hartlová, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2009. str. 185

³⁸ Křivohlavý, J. Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada Publishing, 2010. str. 9

vým stávajícím podmínkám a náhlým změnám, dále pak ve smyslu zodpovědnosti a flexibility. Často je zasažena i duševní stránka sestry.

Zdravotní sestra, u které jsou již příznaky syndromu vyhoření přítomny, není již déle schopna vykonávat svoji práci na 100%, v práci provádí jen ty nejnnutnější úkony, o nic víc nejví zájem. Vyhýbá se komunikaci i přítomnosti se svými kolegy, ale straní se i svých pacientů. Sestra ztrácí pochopení a cit pro své pacienty, některé své povinnosti nechává svým kolegyním a vyčkává konec směny.

Jelikož zdravotní sestry bývají většinou vystaveny neustálému stereotypu na svém pracovišti, je nezbytně nutné a vhodné snažit se vytvořit a udržet dobrý pracovní tým, ve kterém si mohou být zdravotní sestry vzájemnou oporou. Dalším takovým vhodným ochranným prostředkem je ocenění za vykonanou práci a dobrá motivace ze strany klientů, kolegů i ze strany nadřízeného. Donedávna bylo pro zdravotní sestru největší odměnou právě ocenění z řad klientů či personálu, bohužel v dnešní době toto ocenění nahradila odměna finanční, která se stává také často jedinou motivací v zaměstnání. Vhodným ochranným prostředkem je i neustálé zvyšování kvalifikace v daném oboru, kterou si tak zdravotní sestra rozšiřuje svůj profesní obzor.

Zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření bylo prokázáno u zdravotních sester pečujících o seniory. Zde sestra dennodenně setkává se stejnými tvářemi svých pacientů, často i několik let. Pacienti trpí většinou stejnými onemocněními, takže sestra vše vnímá už jen jako rutinu. V této oblasti je nejdůležitější vybudovat si vztah se seniorem, což bývá většinou dlouhodobou záležitostí, protože senioři jsou ve většině případů k sestrami nedůvěřiví. Toto všechno pojí přechod seniora ze svého přirozeného prostředí do prostředí zcela nového. Senior byl po dlouhá léta zvyklý na svůj vlastní režim dne, který se mu ze dne na den razantně změnil, a on se s tím teď musí sám nějak vyrovnat. V tomto případě velice záleží na přístupu personálu, který by měl seniorovi umožnit běžnou činnost, na kterou byl celé roky zvyklý. Jenom tak může personál pomoci seniorovi, aby byl přechod do nového prostředí co nejšetrnější, a aby si získal důvěru seniora. Ve vztahu seniora a zdravotní sestry je důležitá komunikace, a to verbální i neverbální (pomocí gest a mimiky). Při práci se seniorem se sestra musí také „obrnět“ velkou dávkou trpělivosti a přesunout profesionalitu do pozadí. Nezbytná je samozřejmě i spolupráce a komunikace zdravotní sestry s rodinou seniora.

1.8.2 Syndrom vyhoření ve vztahu k profesi sociálního pracovníka

„ Ne každá osobnost má sklony k vyhoření. Skromný člověk s malými nároky je méně ohrožený. Dynamická osobnost usiluje o zlepšení výkonu. Podle Freudenbergera si budoucí sociální pracovník musí uvědomit motivaci své volby pomáhající profese. Má vyhledávat kompenzaci a podporu a být schopen čelit důležitým otázkám.“³⁹

H. Freudenberger vyčlenil typologii potenciálních obětí syndromu vyhoření, mezi které řadí typ sociálního pracovníka silně angažovaného a citově zainteresovaného, tento pracovník pracuje s vysokým nasazením, ale bez zpětné vazby, což v praxi znamená, že se mu nenavrátí to, co do dané činnosti vložil. Dalším typem je sociální pracovník, který bere práci jako prostředek k uspokojení jeho vlastních potřeb, to znamená, že většinu svého času tráví převážně na pracovišti. Protože je osobní život pro člověka nesmírně důležitý, projeví se u tohoto pracovníka brzy příznaky syndromu vyhoření. Autoritativní pracovník s potřebou mít vše pod kontrolou patří také k potenciálním obětem vyhoření. Takový pracovník je přesvědčený, že nikdo neudělá práci stejně dobře jako on sám. K vyhoření v tomto případě dochází z důvodu nerovnováhy každodenního života, který je plný nekontrolovatelných situací.

Obecnými předpoklady pracovníka pomáhající profese jsou především „zdatnost a inteligence, přitažlivost, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a empatie.“⁴⁰

V rámci zdatnosti se u pracovníka pomáhající profese upřednostňuje fyzická zdatnost, protože se vychází z toho, že pomáhat druhým je těžká a vysilující práce. Mimo jiné se u těchto pracovníků předpokládá i dobrá emoční a sociální inteligence. Co se přitažlivosti týče, má se na mysli přitažlivost nejen fyzická, ale i intelektová. Dalším z předpokladů je tedy důvěryhodnost pracovníka pomáhající profese, do které se zařazují „složky jako je diskretnost, spolehlivost, využívání moci, porozumění.“⁴¹

Komunikační dovednosti jsou nezbytně nutné v oblasti tohoto povolání především proto, že bez komunikace by pracovník mohl jen stěží navázat jakýkoliv kontakt se svým klientem. Také by tuto práci nemohl vykonávat člověk bez empatií, která v sobě zahrnuje vcítění se a porozumění problémům klienta.

³⁹ Maroon, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál, 2012. str. 45

⁴⁰ Matoušek, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2008. str. 52

⁴¹ tamtéž

Nejzranitelnějšími sociálními pracovníky jsou mladí začínající pracovníci plní elánu a ambicí, které si s sebou do pracovního procesu přinášejí. Tito mladí jedinci svou obětavostí a velkými ideály vstupují do reálného světa, ve kterém očekávají naplnění svého poslání. Pomáhat druhým lidem v jejich nesnadné životní situaci berou jako samozřejmou povinnost a náplň své pracovní činnosti. O složitěji se pak vyrovnávají s následným nezdařením, který vnímají jako osobní selhání. Sociální pracovníci, kteří pozitivně vnímají svůj vlastní obraz osoby, jsou na tom mnohem lépe po stránce empatické, a jsou lépe připraveni čelit překážkám na pracovišti. Hlavním důvodem pro stav vyhoření u sociálního pracovníka tkví ve vysokých požadavcích, které jsou na jeho osobu kladeny. To způsobuje nízkou míru kontroly a dochází k psychickému tlaku, dysfunkci a vytváření negativních emocí. Stejně tak jako povolání zdravotních sester, vyžaduje i profese sociálního pracovníka intenzivní dennodenní kontakt s klienty. Náplň práce sociálního pracovníka je převážně postavena na pomoci lidem v kritických životních situacích. Sociální pracovník je tak neustále vystaven problémům a utrpení ze strany svých klientů, kteří očekávají pomocnou ruku. I zde většinou chybí zpětná vazba, takže sociální pracovník funguje spíše v roli dárce, ale již nikoliv v roli příjemce.

1.8.3 Syndrom pomáhajících

„ Syndrom pomáhajících je podle W. Schmidbauera (2000) specifická narcistická porucha, jejímž prostřednictvím pracovník v pomáhající profesi řeší, většinou nevědomě, své rané trauma odmítnutého dítěte. Trpí hladem po porozumění a uznání. Tímto syndromem netrpí jen jednotlivci, ale celé instituce – zdravotnické, pedagogické a sociální.“⁴²

V pomáhajících profesích jde o pomoc druhým, kdy pracovník pomáhající profese je vždy ten, který pomáhá a radí, zatímco klient pouze čeká a přijímá. Z toho vyplývá, že pracovník je pouhý posluchač, který se k dané problematice vyslovuje v rámci své profesionality, ale není tu od toho vyjadřovat vlastní potřeby.

„ Povolání pomáhajícího vyžaduje soustavnou supervizi, protože při práci, kterou vykonávají, se nelze řídit pouze vlastním svědomím. Krátkodobá cvičná terapie je dobrým

⁴² Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. str. 59

začátkem, přestože jen těžko se v ní dá navodit situace, v níž by se pomáhající stal opravdovým příjemcem pomoci. Ve výcviku je kvůli jiným, ne kvůli sobě.⁴³

1.9 Systém péče v domovech pro seniory v České republice

„ Pracovníci, kteří vykonávají v oblasti sociálních služeb odbornou činnost, jsou definováni citovaným zákonem č. 108/2006 Sb. Na poskytování sociální služby participují pracovníci různých oborů. Jejich spolupůsobení je prezentováno jako charakteristický rys sociální služby.

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost:

- sociální pracovníci – upraveno zákonem o sociálních službách;
- pracovníci v sociálních službách – upraveno zákonem o sociálních službách;
- zdravotničtí pracovníci – upraveno zdravotnickými předpisy (zákon č. 96/2004);
- pedagogičtí pracovníci – upraveno školskými předpisy.⁴⁴

Profesi sociálního pracovníka jsem všeobecně zmínila již výše, v této kapitole se však budu zajímat o charakteristiku sociálního pracovníka v pobytovém zařízení, kterým je v této práci domov pro seniory. Jako na každého sociálního pracovníka, jsou i v pobytových zařízeních typu domova pro seniory, kladeny vysoké kvalifikační požadavky. „ Kvalifikační požadavky musí být splněny v rozsahu stanoveném v § 110 a 111 sociálního zákona:

- úspěšně absolvované vyšší odborné vzdělání sociálního zaměření, jako je sociální práce, sociální pedagogika, sociálně právní činnost apod.;
- úspěšně absolvované vysokoškolské vzdělání sociálního směru zakončené státní závěrečnou zkouškou (titul Bc. nebo Mgr.);
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v rozsahu alespoň 200 hodin + praxe v trvání nejméně pěti let (týká se ukončeného studia jiného

⁴³ Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. str. 59

⁴⁴ Malíková, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. str. 86

zaměření nežli sociálního).“⁴⁵

Základními předpoklady pro výkon sociálního pracovníka je samozřejmě jeho zdravotní stav, odborná způsobilost, způsobilost k právním úkonům a bezúhonnost, s povinností dalšího vzdělávání. Sociální pracovník, v rámci výkonu svého pracovní činnosti v domově pro seniory, je podřízen vedení tohoto zařízení, úzce spolupracuje s celým ošetřujícím týmem, který většinou tvoří staniční sestra, všeobecné zdravotní sestry, fyzioterapeut, ergoterapeut, případně další sociální pracovník. Hlavní náplní pracovní činnosti sociálního pracovníka v domově pro seniory je uzavírání smluv týkajících se poskytování sociálních služeb v tomto zařízení, kdy pracovník poskytuje základní informace všem zájemcům o sociální služby. Při přijetí nového klienta do domova pro seniory projednává s klientem veškeré záležitosti nutné pro přijímací proceduru, což v sobě zahrnuje podpis formulářů, informace o chodu zařízení, pracovník seznamuje klienta s ostatními spolubydlícími a na závěr zakládá osobní spis nově přijatého klienta s veškerou dokumentací k tomu potřebnou. Sociální pracovník se také zajímá o celkovou adaptaci klienta do nového prostředí, zjišťuje přání a požadavky klienta i spokojenost klienta s poskytovanou sociální službou.

Po ukončení pobytu klienta v zařízení jedná s příbuznými, kterým předává osobní věci klienta, poskytuje příbuzným informace a psychickou podporu, uzavírá nebo kompletuje osobní spis klienta při úmrtí klienta, nebo při jeho překlada do jiného zařízení. Veškerá pracovní činnost sociálního pracovníka se řídí platnými zákonnými normami.

Kvalifikační požadavky kladené na pracovníka v sociálních službách jsou:

- „základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 150 hodin;
- střední všeobecné nebo střední odborné vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 200 hodin;
- základní vzdělání, střední vzdělání, střední odborné vzdělání nebo vyšší odborné

⁴⁵ Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. str. 86-91

vzdělání“⁴⁶

Od pracovníka v sociálních službách se dále očekává zdravotní a odborná způsobilost a bezúhonnost. Pracovní činnost v sobě zahrnuje tři základní složky, a to přímou obslužnou péči o klienty ve smyslu pomoci při základních denních činnostech a hygieně, pomoc při oblékání, pomoc při uspokojování základních lpsychosociálních potřeb apod. Další složkou pracovní činnosti je základní výchovná nepedagogická činnost, která spočívá v upevňování základních hygienických a společenských návyků, rozvíjení pracovních návyků, volnočasové aktivity a zájmy, asistenční služba a osobní asistence. Poslední třetí složkou pracovní činnosti pracovníka v sociálních službách označujeme jako pečovatelskou činnost spočívající v komplexní péči o domácnost či v zajišťování sociální pomoci. Pracovník v sociálních službách je podřízen vrchní či staniční sestře, při její nepřítomnosti pak všeobecné zdravotní sestře. Hlavní náplní práce tohoto pracovníka je např. pomoc při příjmu potravy, pomoc s úklidem a prádlem, pomoc při osobní hygieně; pracovník také zajišťuje klientovi dopravu k volnočasovým aktivitám nebo na bohoslužbu, doprovází klienta při procházce apod. Dále provádí úklid pokojů, provádí dezinfekci povrchů a prostor podle stanoveného harmonogramu, dováží stravu z centrální kuchyně,...

Kvalifikační požadavky a předpoklady pro výkon povolání u zdravotnických pracovníků se liší podle dosaženého vzdělání. Předpoklady pro výkon povolání vrchní sestry se odvíjí opět od způsobilosti jak k právním úkonům, tak odborné a zdravotní způsobilosti, nutná je i zde bezúhonnost a nepostradatelná je registrace sester. V hierarchii v oblasti ošetrovatelské péče nelékařských pracovníků je vrchní sestra nejvýše postaveným pracovníkem a je podřízena vedoucímu zařízení. Vrchní sestře je podřízen celý ošetrovatelský tým. Vrchní sestra spolupracuje s lékaři a supervizorem, rozpracovává nové metody práce v ošetrovatelské a zdravotně-sociální péči, dohlíží na profesní rozvoj podřízených pracovníků; plánuje, koordinuje, kontroluje ošetrovatelskou a zdravotnickou péči, řeší případné stížnosti či připomínky klientů apod. Vede evidenci a kontroluje zdravotnický materiál a veškeré prádlo, podává návrhy na vybavení potřebnými pomůckami, organizuje práci všech svých podřízených pracovníků, svolává a řídí porady apod.

⁴⁶ Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. str. 92

Předpoklady pro výkon povolání všeobecné zdravotní sestry jsou stejné, jako je tomu u vrchní sestry. Všeobecná sestra je podřízena vrchní sestře a nadřízená pracovníkům v sociálních službách. Náplní pracovní činnosti je zajišťování odborné zdravotní a ošetrovatelské péče u svých klientů, poskytuje první pomoc, ovládá postupy odborných zdravotních výkonů, ovládá a dodržuje ošetrovatelské standardy, zaškoluje nové pracovníky, podává informace vrchní sestře, asistuje lékaři při různých vyšetřeních či výkonech apod.

„ Starý člověk, který žije osaměle a nemůže očekávat pomoc a péči od své rodiny, zvažuje ústavní péči, ale většinou neví, podle jakých kritérií by si měl vybrat konkrétní domov důchodců. Ve stejných rozpacích se nacházejí členové rodiny, kteří uvažují o ústavní péči pro svého seniora. Ideální by bylo, pokud by si mohl senior nebo jeho rodina vybrat z pestré nabídky zařízení různého zaměření.“⁴⁷

Senior nebo příbuzní si vybírají sociální zařízení vždy podle svých předem stanovených kritérií. První dojem, který na ně sociální zařízení typu domova pro seniory udělá, je důležitý pro následné rozhodování, zda si tento nový domov zvolit či nikoliv. Celkové prostředí domova pro seniory vnímáme jako nesmírně důležité především po psychické stránce, na kterou nové prostředí působí. Tak, jak si podle prostředí a celkové vybavenosti vybírají potenciální klienti svůj nový domov, volí si podle stejných kritérií své nové pracoviště i zájemci o práci v tomto typu sociálního zařízení. Každému z nás se přeci jen v příjemném a hezkém prostředí pracuje mnohem lépe, nežli v nějakém starém šedivém domě. V rámci studia i své práce jsem měla možnost navštívit několik domovů pro seniory u nás i v Rakousku. Jasné mi vždy bylo, že nejdůležitější je financování těchto komplexů spolu s kapacitou lůžek. Malý domov pro seniory s kapacitou 30 lůžek na tom bude samozřejmě daleko lépe nežli domov s kapacitou 120 lůžek pro své klienty. Významným kritériem pro volbu místa pobytu ve stáří bývá vybavenost domovů nejmodernějšími pomůckami, které usnadňují práci nejen personálu, ale především klientům samotným. Samozřejmostí už snad každého domova pro seniory je jeho bezbariérový přístup. Menší domovy mohou mnohem účelněji rozdělit finance, které jsou také na první pohled znát. V rámci bakalářského studia jsem měla možnost navštívit domov pro seniory v Břeclavi s kapacitou 120 lůžek, a i když bylo tohle zařízení před částečnou rekonstrukcí, nepůsobilo moc přitažlivě ani zvenčí, ani zevnitř. Na pokojích bylo vedle sebe namačkáno většinou 6 postelí, ke kte-

⁴⁷ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2007. str. 90

rým se ošetřovatelka dostala, jen pokud byla dobře fyzicky zdatná, nebo netrpěla nadváhou. Na pokojích tak neměly věci své místo a klienti své soukromí. I přesto všechno zde ale pracoval velice příjemný a ochotný personál.

„Práce a pracovní prostředí patří k významným determinantám zdravotního stavu jednotlivce i celé populace. Vedle vlivu pozitivního může mít práce na zdraví i vliv negativní sahající od bezvýznamných změn přes závažnější důsledky (nemoci z povolání) až po případy smrtelné.“⁴⁸

1.10 Systém péče v domovech pro seniory v Rakousku

„Právní rámec pro výkon povolání zdravotní sestry a ošetřujícího personálu tvoří zákon z roku 1997 (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997).

Profese diplomované zdravotní sestry (DGKS) zahrnuje ošetřovatelskou část opatření k udržování nebo opětovné navrácení zdraví a zabránění onemocnění. K tomu především patří:

- péče a starost o lidi všech věkových kategorií u tělesných a psychických onemocnění;
- péče a starost o tělesně či duševně postižené lidi, o těžce nemocné a umírající;
- spolupůsobení na procesu rehabilitace;
- spolupráce u diagnostických a terapeutických výkonů na lékařské nařízení.

Dále obnáší pracovní činnost diplomované zdravotní sestry organizaci péče, dokumentaci procesů péče, provedení péče, plánování péče, kontrolu a dozor nad ošetřovatelským týmem, zaučování žáků zdravotnických škol, aplikaci veškerých léků apod.

Pracovní náplň ošetřovatele/ošetřovatelky v sobě zahrnuje péči a podporu jak klientům tak jejich příbuzným; hlavním úkolem ošetřovatelů je provádět ošetřující opatření; znalost základních technik péče a mobilizování klientů; pomoc při hygieně a při příjmu

⁴⁸ www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi

stravy. Činnost, kterou může ošetřovatel vykonávat pod dohledem: aplikace léků; aplikace inzulínu u pacientů s Diabetem; měření tlaku, teploty a váhy.⁴⁹

Na vrcholu ošetřovatelského týmu stojí staniční sestra, která se zodpovídá vedení zařízení, stejně tak jako je tomu u nás, následuje diplomovaná zdravotní sestra, pod kterou spadají ošetřovatelé a tzv. pomocníci na oddělení (uklízečky), kteří se starají o hygienu a pořádek na oddělení, případně mohou pomoci při příjmu potravy u nesoběstačných klientů.

Současným trendem v rámci ošetřovatelské péče, především v domovech pro seniory, je většina času strávena u **dokumentace**. Na dokumentaci a práci s počítačem je v současné době u našich jižních sousedů kladen obrovský důraz, bohužel. Vše je nutné zdokumentovat, sebemenší škrábnutí či kýchnutí, vše musí být písemně doloženo. Tímto způsobem se vedení domova pro seniory brání Magistrátu, který rozhoduje o finančních prostředcích pro tyto typy sociálních zařízení.

Charakteristika pracovního prostředí se dá v podstatě přirovnat k popisu pracovního prostředí u nás v české republice. I zde si klient nebo jeho rodina vybírá hlavně podle prvního dojmu, zrovna tak i personál. Jelikož já sama jsem prošla několika rakouskými domovy pro seniory, jak jsem již zmiňovala výše, musím konstatovat, že je na první pohled znát, že se nacházíte v jiném státě. Domovy pro seniory v Rakousku přitahují pozornost člověka už na první pohled, zajímavá fasáda, upravený suterén před a okolo domova, na kterém si naši sousedé zakládají, neminete také bez povšimnutí. I při vstupu do budovy nemáte vůbec pocit, že se nacházíte v sociálním zařízení určeném pro starší občany. V první řadě působí vše na naši psychiku, a to naši rakouští sousedé moc dobře vědí. A i když už se i my v České republice pomalu dostáváme také na vyšší celkovou úroveň týkající se všech typů sociálních zařízení, přeci jen se máme toho ještě hodně co učit. Rakouské domovy pro seniory nabízejí přeci jenom svou vybaveností a pomůckami mnohem lepší zázemí svým klientům i svým zaměstnancům.

⁴⁹ Překlad z rakouských právních podkladů pro studenty: Rechtliche Grundlagen: Sanitätsrecht. Nostrifikationslehrgang, September 2005

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 METODIKA VÝZKUMU

Vlastní výzkumné šetření probíhalo v jednom českém domově pro seniory a v jednom rakouském domově pro seniory. V původně vybraném domově pro seniory v Rakousku, se mi dotazníkové šetření natolik zkomplikovalo, že jsem byla nucena hledat náhradní řešení, ovšem i zde jsem se nesetkala se vstřícností a ochotou spolupracovat. Výběr domovů pro seniory nebyl náhodný. Kritéria jsem stanovila předem a podle nich jsem vybrala místo pro mé dotazování. Jak český domov pro seniory, tak i ten rakouský jsou státem spravovaná sociální zařízení. Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 30 respondentů, z toho vždy 15 českých a 15 rakouských dotazovaných respondentů. Jednalo se o pečující personál, a také o sociální pracovníky, kteří přicházejí též do přímého styku se seniory. Zmíněný dvojí pohled jsem stanovila jako důležitý metodologický postup. Celý výzkum probíhal v samotném areálu sociálních zařízení za plného pracovního provozu.

2.1 Charakteristika domova pro seniory ve Valticích

V dnešní době existuje celá řada různých typů zařízení sociálních služeb. Rozlišují se podle zaměření poskytované péče. Jsou to např. centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, azylové domy, hospice, nízko prahová zařízení pro děti a mládež, a podobně. Jedná se buď o ambulantní typ služby, nebo o pobytovou celoroční službu. U nás je v současné době také velmi rozsáhlá terénní péče o seniory.

V této práci se zaměřuji pouze na jeden typ sociálního zařízení, a to na domovy pro seniory. Domovy se rozdělují podle způsobu financování na státní a soukromé, které se orientují spíše na movitější klientelu. Liší se i svou kapacitou a cílovou skupinou klientů. Každý domov pro seniory má své zásady pro poskytování služeb a různé druhy poskytovaných služeb. Sociální služby jsou v těchto zařízeních klientům poskytovány nepřetržitě 24 hodin denně, a to na základě individuálního plánu a potřeb klienta.

Pro svou práci jsem si vybrala jeden český komornější domov pro seniory, jež v následujícím textu stručně charakterizuji.

Domov pro seniory – Modřínova, Valtice

Adresa: Modřínova 527, 691 42 Valtice

Vedoucí: Ludmila Čechová, + 420 733 535 816, + 420 519 352 977

Email : domov@valtice.eu, ludmila.cechova@valtice.eu

„Sociální služba je zde poskytována dle § 49 zák. 108/2006 Sb. v platném znění. Oprávnění k poskytování služby vzniklo registrací u Krajského úřadu JMK.“

„Domov pro seniory ve Valticích vznikl přestavbou infekčního oddělení místní nemocnice. Je bezbariérovým zařízením s kapacitou 31 míst v budově hlavní, a s kapacitou 8 lůžek v budově protější, kde je poskytována péče pouze klientů upoutaným na lůžko. V hlavní dvoupatrové budově mají své pokoje soběstační klienti, nebo klienti vyžadující minimální péči. Ubytování zde je nabízeno v jedno a dvoulůžkových pokojů. Domov poskytuje klientům pobytové sociální služby, pečovatelskou službu a odlehčovací službu. Cílovou skupinu tvoří senioři se zdravotním postižením, s chronickým postižením a s kombinovaným postižením, ze zákona jsou to ale lidé starší 65 let. Posláním domova pro seniory ve Valticích je poskytovat služby seniorům, kteří mají z důvodu věku či nepříznivého zdravotního stavu sníženou soběstačnost a umožnit jim prožití klidného a důstojného stáří.“

Domov pro seniory je velmi hezky a moderně vybaven. Bezbariérová koupelna s WC slouží vždy třem klientům. Koupelna je situována uprostřed, pokoje pak po stranách. Pokoje klientů jsou zařízeny jednoduše, ale účelně. Postel, velká skříň, malá komoda, na které je umístěná televize, a jedna až dvě poličky patří ke standardnímu vybavení pokoje. Pokud to prostor dovoluje, je na pokoji také stůl a dvě židle. Jedna 80letá klientka, která mi dovolila nahlédnout do svého soukromí, měla zase prostor místo stolu vyplněný květinami. Každý pokoj je také jinak barevně vymalován, převládá ale žlutá a zelená barva. Na prvním patře je docela malá sesterna a menší společenská místnost s televizí. Dole v suterénu je větší jídelna, kde má každý klient už své místo. Dále se zde nachází kancelář paní ředitelky a ordinace praktického lékaře, který sem dochází jednou za týden. Je zde i několik malých místností sloužících jako sklad různého potřebného materiálu a pomůcek. Součástí celého komplexu je také větší zahrada, ve které si můžou klienti domova sami něco vypěstovat. O volný čas klientů se stará jedna z pečovatelek, která má kurz zaměřený na volnočasovou aktivitu. Ta s klienty vyrábí většinou něco z papíru nebo se klientky věnují plete-

ní. Klienti se mohou volně pohybovat po městě, jednou týdně si mohou v doprovodu pečovatelky zajet nakoupit.

Při návštěvě domova pro seniory ve Valticích jsem byla velmi mile překvapena kvalitou poskytovaných služeb a celkovým zařízením. Domov je dotován z rozpočtu města Valtice, které si na domově velmi zakládá, a investice sem vložené jsou opravdu vidět již na první pohled. Celé zařízení včetně personálu i klientů na mne velice zapůsobilo. Jedinou věcí, kterou bych vytkla, je snad jen malá budova pro ležící klienty, která je od hlavní budovy jako by odtrhnutá, odříznutá. To byl pro mne jediný rušivý element během celé návštěvy. Sama bych tento domov doporučila svým příbuzným.⁵⁰

2.2 Charakteristika domova pro seniory v Poysdorfu

*„Pro lidi, kteří na základě svého stáří nebo na základě nějakého jiného omezení nemohou již dále žít ve svém bytě bez pomoci, se nabízí řada sociálních služeb, jako např. jídlo na cestách (Essen auf Rädern), domácí péče (Heimhilfe), domácí ošetrovatelská služba (Hauskrankenpflege) apod., které ulehčují život těchto lidí u nich v domácím prostředí. Tyto služby jsou poskytovány od **Beratungszentrum Pflege und Betreuung**.“* (poradenské centrum péče a ošetřování).

Mezi zařízení poskytující sociální služby v Rakousku patří např. bydlení pro staré osoby, denní centra pro seniory, hospicová centra, bydlení pro psychicky nemocné osoby, apod. V Rakousku se rozlišují dva základní typy sociálních zařízení pro starší a nemohoucí osoby. Jednak se jedná o zařízení, ve kterých spolu žijí starší lidé, kteří z nějakých psychických, fyzických nebo sociálních důvodů nemohou nebo nechtějí nadále žít osamoceni. Klienti si v těchto zařízeních mohou vybrat z různých sociálních služeb, na které mají nárok, případně také nevyužít žádnou ošetrovatelskou službu. V těchto zařízeních bydlí přibližně 4 až 8 osob, dle velikosti bytů. V druhých typech zařízení jsou nabízeny různé možnosti bydlení a péče, ve kterých mohou být starší a nemohoucí osoby podle potřeby péče ošetřovány, pokud je domácí péče již nedostačující.

Je všeobecně známo, že zdravotnictví a také sociální zařízení jsou v Rakousku na mnohem lepší úrovni nežli u nás. Mají snad lepší sociální systém nebo umí lépe hospodařit

⁵⁰ Juřenová, L. Sociální bydlení jako jedna z možností řešení situace seniorů. Bakalářská práce, 2012.

s penězi? Pro tuto práci jsem si vybrala nově vybudovaný komplex domova pro seniory nedaleko českých hranic.

Haus der Barmherzigkeit – Poysdorf

Adresa: Laaerstrasse 102, 2170 Poysdorf

Vedoucí: Andrea Pichler

Telefon: + 43 2552 208 11 – 0

Email : poysdorf(at)hausderbarmherzigkeit.at

„Domov pro seniory Das Haus der Barmherzigkeit nabízí dlouhodobou péči lidem s chronickými onemocněními a lidem s postižením. Pro kvalitu života klientů se zde kontinuálně zlepšuje pracovní průběh v péči, medicíně, terapii, pedagogice a vedení. V nově vybudovaném komplexu otevřeném teprve v květnu 2011, svým klientům nabízí 120 kvalitních lůžek. Dále zde nabízí obsáhlé ošetřování a kvalitní péči 24 hodin denně. Součástí nabízených služeb jsou Psychoterapie, Ergoterapie, úlevové masáže. Lidem se speciálním onemocněním a potřebami je zde nabízena speciální péče. Cílovou skupinou klientů jsou osoby starší 60 let. Klienti a jejich potřeby stojí vždy ve středu zájmu celého týmu domova pro seniory, také věří, že kvalita lidských vztahů potvrzuje kvalitu péče.“

Jednopatrový obrovský komplex situovaný na klidné okrajové části Poysdorfu nabízí svým klientům péči v tom nejlepším prostředí, které by seniorům mělo připomínat jejich domácí prostředí. V přízemí budovy se nachází recepce, menší kavárna či restaurace, dále prostory určené k rehabilitaci a různým dalším terapiím i velká společenská místnost. Na patře se nacházejí jedno až třílůžkové pokoje, velká jídelna, sesterna a úklidové místnosti. Koupelna s WC jsou součástí každého pokoje. Pokoje jsou standardně a krásně vybavené, s veškerými pomůckami ulehčující mobilizaci či transport klienta. O volný čas klientů se každý den starají 3 sociální pracovnice, které mají předem nachystaný program.

Domov pro seniory v Poysdorfu mne přímo očaroval už na první pohled zvenčí. Personál i klienti se ke mně chovali vcelku mile, i když jsem cítila určitou míru zaujatosti vůči mně jako cizince. Tento faktor jsem zde určila jako rušivý prvek pro mne. Jinak není

tomuto domovu co vytknout. Finance, které sem jdou z rozpočtu města i Sociálního fondu jsou opravdu velice dobře a znatelně investovány. Motto domova pro seniory v Poysdorfu zní: „Každý člověk potřebuje domov.“⁵¹

2.3 Cíle výzkumu

Hlavním cílem této diplomové práce je srovnání výskytu syndromu vyhoření u pracovníků v českém a rakouském domově pro seniory, což bývá spojováno s pracovními podmínkami, zda samotné pracovní podmínky mohou mít vliv na výskyt syndromu vyhoření. Dalším stěžejním bodem mé práce je podrobnější zkoumání toho, zda má na výskyt syndromu vyhoření vliv pohlaví pečujícího personálu, či délka odpracovaných let. Zajímá mne také taktéž dosažené vzdělání personálu ve výše uvedených domovech pro seniory. Navrhuji také možné řešení zmíněného problému jak snížit riziko výskytu syndromu vyhoření u personálu pracujícího v českém a rakouském domově pro seniory. Základ celé diplomové práce tvoří informace získané od náhodně vybraných respondentů.

2.4 Stanovení hypotéz

H1 – Předpokládám, že výskyt syndromu vyhoření u pečujícího personálu v domově pro seniory v Poysdorfu v Rakousku bude nižší, než výskyt syndromu vyhoření u pečujícího personálu v domově pro seniory ve Valticích.

H2 – Personál pečující o seniory s delší praxí bude vykazovat vyšší odolnost vůči vzniku syndromu vyhoření, nežli personál pečující o seniory s kratší praxí.

H3 – Předpokládám, že míra výskytu syndromu vyhoření u žen pečujících o seniory bude častější, než u mužů pečujících o seniory.

⁵¹ Juřenová, L. Sociální bydlení jako jedna z možností řešení situace seniorů. Bakalářská práce, 2012.

H4 – Vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaný personál pečující o seniory je méně ovlivněn vznikem syndromu vyhoření, nežli je tomu u personálu s nižším vzděláním.

2.5 Výzkumné metody sběru dat

Výzkumná část práce vychází jak z metod kvantitativních, tak z metod kvalitativního výzkumu. Hlavní metodou sběru dat v rámci kvantitativního výzkumu je dotazníkové šetření. Pro první část dotazníkového šetření jsem si vypracovala vlastní dotazník, druhou polovinu tvořil dotazník používaný pro zjišťování syndromu vyhoření u profesí přímo pracujících s lidmi. Z metod kvalitativního výzkumu jsem opět použila metodu zúčastněného pozorování vybraného vzorku respondentů. Výběr obou použitých metod byl záměrný, jelikož kombinací obou mohu získat potřebné množství informací nezbytně nutných ke vhodnému zpracování stanovených cílů této práce.

2.5.1 Dotazník

„Ve společenských vědách a vědách o člověku existuje mnoho výzkumných otázek, na které je obtížné hledat odpovědi ptaním se jednotlivých lidí tváří v tvář. Zvláště tam, kde potřebujeme jednu a tutéž sadu otázek zadat velkému počtu lidí, bude výhodnější, když jim ji zadáme najednou – simultánně.“⁵²

Dotazník platí obecně za nejpoužívanější metodu k získávání údajů, proto jsem si jej zvolila hlavním zdrojem informací. Pro první část dotazníkového šetření jsem si vypracovala vlastní dotazník zaměřený na základní údaje o respondentovi. Pomocí vlastního dotazníku jsem se snažila zjistit věk respondenta, jeho vzdělání a dosavadní praxi i informace o pracovním prostředí, dále pak vztahy s kolegy na pracovišti, či znalosti týkající se právě syndromu vyhoření. Pro svou práci jsem použila dotazník s uzavřeným typem otázek. V dotazníku jsem se nejprve respondentovi představila a seznámila ho s tématem diplomové práce, také jsem požádala o spolupráci. Dotazníkové šetření bylo anonymní a

⁵² Ferjenčík, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2010. Str. 183

účast respondentů zcela dobrovolná. Dotazník byl samozřejmě vypracován jak v jazyce českém, tak i v jazyce německém. Respondenty jsem motivovala sladkou odměnou. Získaná data z dotazníku budou následně vyhodnocena v podobě grafů a blíže popsána. Vypracovaný dotazník je součástí práce v příloze č. 1.

2.5.2 Maslach Burnout Inventory

Pro druhou část dotazníkového šetření mi posloužil Maslach Burnout Inventory, dotazník v současné době velmi používaný k zachycení syndromu vyhoření. Autorkami dotazníku jsou Christine Maslach a Susan Jackson. Dotazník tvoří 22 položek a míru výskytu syndromu vyhoření zachycuje ve třech základních dimenzích: dimenze emocionálního vyčerpání (emotional exhaustion), deperzonalizace a dimenze osobního uspokojení (personal accomplishment).

K prokázání přítomnosti syndromu vyhoření slouží jako nejvýznamnější ukazatel právě první zmiňovaná dimenze, a to emocionální vyčerpání, které s sebou přináší také ztrátu chuti do života, ztrátu motivace, nezáměr o jakoukoli činnost, což jsou základní příznaky syndromu vyhoření. Mnoho autorů se v rámci tohoto dotazníku odvolává ještě na vyčerpání fyzické.

Další dimenzí je depersonalizace, která se objevuje nejčastěji u osob se zvýšenou potřebou kladné odezvy od svého okolí. Pokud se tato odezva nedostaví, chovají se tyto jedinci vůči druhým osobám bez úcty a respektu.

Poslední dimenzí, na kterou se MBI dotazník zaměřuje je osobní uspokojení, jehož nedostatek bychom našli u osob s nízkou mírou sebehodnocení a sebedůvěry. Tito jedinci si málo věří a málo si sami sebe cení, proto jim chybí dostatečná energie potřebná ke zvládnutí stresových situací a konfliktů.

Vyhodnocení MBI dotazníku spočívá v součtu bodů u jednotlivých položek. Respondent připsuje k jednotlivým položkám čísla na základě svých pocitů. Výsledky se zaznamenávají do tabulky a grafu. Maslach Burnout Inventory – dotazník bude součástí diplomové práce v příloze č. 2.

2.5.3 Zúčastněné pozorování

„Pozorování je jistě nejznámějším a nejstarším způsobem, jakým se člověk dozvídá o světě kolem sebe. Pozorování patří k nejzákladnějším technikám sběru dat.“⁵³

Pozorování je většinou zaměřeno na sociální vztahy, činnost a prostředí zkoumaného respondenta, a patří mezi kvalitativní výzkumné metody. Pozorovatel se stává přímým účastníkem procesu pozorovaných osob, a tato metoda pozorování se nazývá též pozorováním participačním. Rozlišujeme ještě pozorování přímé. Nevýhodou těchto metod bývá to, že pozorované osoby se nemusí chovat přirozeně, což může vést ke zkresleným, a tím pádem nepřesným výsledkům. Jinou formou pozorování je pozorování skryté, strukturované a pozorování nestrukturalizované.

⁵³ Ferjenčík, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2010. Str. 151

3 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

3.1 Dotazník č. 1 – vlastní strukturovaný dotazník

Celkový obsah vlastního dotazníku byl sestaven tak, aby byl dostatečně srozumitelný a otázky v něm uváděné směřovaly k cílům práce. V samotném úvodu výzkumního šetření jsem respondenty instruovala, jak správně při vyplňování dotazníků postupovat. Pokud i tak někdo něčemu dostatečně neporozuměl, byla jsem dotyčným plně k dispozici. Dotazník byl anonymní a dobrovolný, získaná data byla vyhodnocena v podobě grafů a blíže popsána.

Výzkumný soubor respondentů se skládal v tomto případě z 30 dotazovaných respondentů, z nichž 15 respondentů byli pracovníci ošetřujícího týmu v domově pro seniory ve Valticích, a ostatních 15 respondentů bylo z domova pro seniory v rakouském Poysdorfu. Otázky položené v úvodu vlastního strukturovaného dotazníku se zaměřovaly na demografickou stránku respondenta, jako je pohlaví, věk respondenta, dosažené vzdělání či délka praxe. Následovaly otázky vztahující se k pracovním podmínkám, vztahům na pracovišti. Druhá část vlastního strukturovaného dotazníku se přímo dotýkala jevů souvisejících nějakým způsobem se syndromem vyhoření. Byly to například otázky typu, zda se respondent cítí být vyhořelý nebo naopak užitečný, a podobně.

Je všeobecně známo, že jakýkoliv kontakt a práce se seniory je nesmírně náročné ať už po stránce psychické, fyzické i emocionální. Riziko výskytu syndromu vyhoření u ošetřujícího personálu pracujícího v různých typech sociálních zařízení určených pro seniory je tak mnohonásobně vyšší, nežli je tomu u jiných profesí. Zde je to spojeno se stereotypem pracovní náplně, jako je každodenní styk se stejnými pacienty, kteří mají téměř podobná onemocnění, stereotypní péče, v podstatě stereotypní dennodenní výplň volnočasových aktivit seniorů což je spojeno s diagnózou seniora. Zde se má na mysli, jakou aktivitu seniorovi jeho onemocnění vůbec dovoluje. Nejdůležitější je zapojení seniora do pracovního procesu, jeho spolupráce se zdravotníkem a hlavně komunikace, ať už verbální či neverbální.

Senior musí mít pocit, že mu zdravotník rozumí, naslouchá mu, že je zde pro něj. Musí si získat jeho důvěru a navázat přátelský vztah a přátelskou atmosféru. Zdravotník se dostává do pozice, kdy seniorovi nahrazuje rodinu, někdy tak může vzniknout velmi silné pouto mezi zdravotníkem a pacientem. Toto pouto většinou přetrvává až smrt seniora nebo

odchod pracovníka ze zařízení, či do důchodu. Na druhou stranu je to právě ošetřující personál, který komunikuje a spolupracuje s rodinou seniora. Zdravotní sestra se také často stává jedinou osobou, jež udržuje vztah mezi seniorem a jeho rodinou.

V této kapitole se zabývám již výše zmiňovanými otázkami týkajícími se demografických determinant. V první řadě jsou to otázky ve vztahu k pohlaví respondenta.

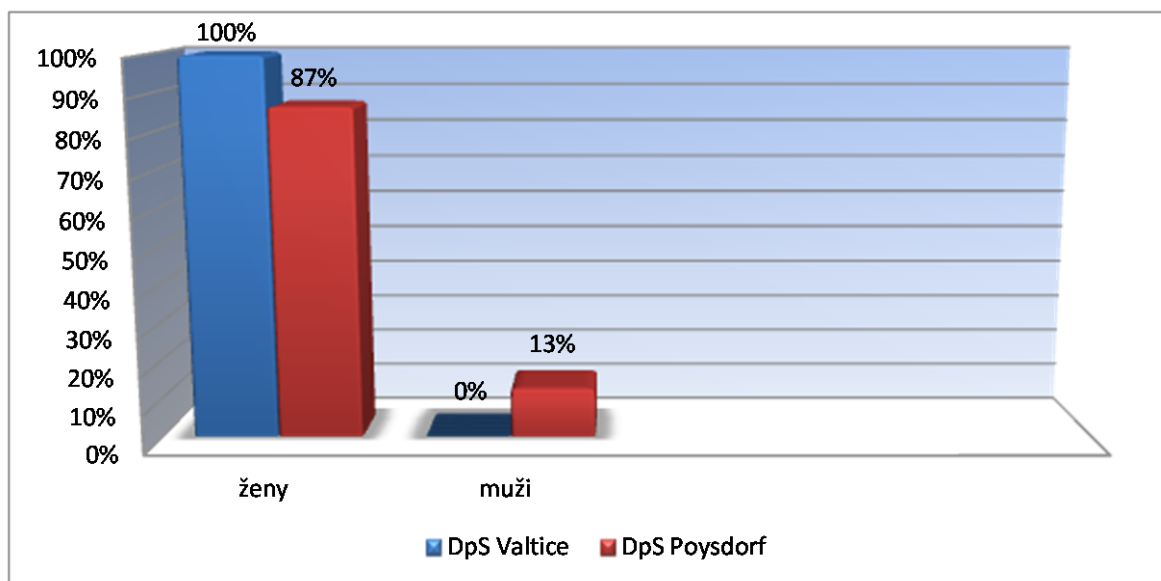
I když by se mohlo zdát, že ošetřování pacientů, neméně pak starší populace, je čistě ženskou záležitostí, setkáváme se v současné době čím dál častěji i s tak zvanými zdravotními bratry, tedy s mužskou populací z řad ošetřujícího personálu. U nás v České republice není možná ještě toto povolání pro muže zcela běžné, u našich jižních a západních sousedů jde ovšem již o zcela běžnou záležitost. Troufám si dokonce, na základě vlastní zkušenosti, říci, že zastoupení mužů a žen v této profesi je u našich sousedů téměř vyrovnané. Proto mne ani moc neudivilo zjištění, že dotazníkového šetření v rámci českého domova pro seniory se účastnili výlučně respondenti ženského pohlaví.

V domově pro seniory v rakouském Poysdorfu byli mezi dotazovanými respondenty i 2 zástupci mužského pohlaví z celkového počtu 15 respondentů. I přesto, že jsem věřila v hojnější účast mužů v mém dotazníkovém šetření, jsem i s touto nízkou účastí spokojená. Přece jen je to pořád více, nežli ve valtickém domově pro seniory.

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Muži	0	13
Ženy	15	2
Celkem	15	15

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Relativní četnost

Další otázka se tedy také věnovala demografickému jevu, a to věku výzkumného vzorku. Většina, tedy 6 dotazovaných respondentů pracujících v domově pro seniory ve Valticích, je ve věku 51 let a více. Druhou skupinu zastupují osoby od 36 let do 50 let věku. Poslední, třetí skupinou, je ošetřující personál v nejmladší věkové kategorii do 35 let. Z výše uvedených údajů tak vyplývá, že nejvyšší zastoupení v ošetřujícím týmu v domově pro seniory ve Valticích má nejstarší věková skupina nad 50 let, naopak nejmenší skupinu tvoří nejmladší zaměstnanci domova.

Dotazníkové šetření v domově pro seniory v Poysdorfu mi poskytlo informace, ze kterých vyplynulo, že nejpočetnější věkovou kategorií je nejmladší věková skupina v rozmezí mezi 20 – 35 lety. Těchto respondentů bylo celkem 9, následovala věková kategorie v rozmezí 36 – 50 lety, která zahrnovala 5 z dotazovaných respondentů, a pouze jeden respondent byl starší 51 let.

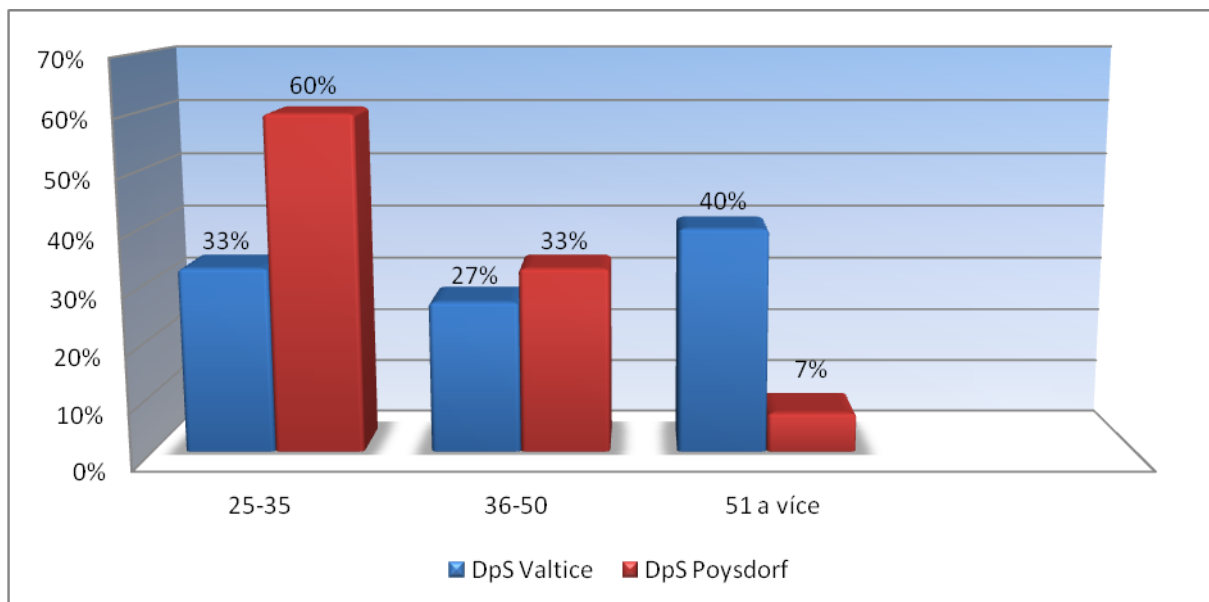
Z uvedených informací tak zjišťujeme, že v českém domově pro seniory pracuje personál vyšší věkové kategorie, kdežto personál domova pro seniory v Rakousku tvoří mladí lidé mezi 20 a 35 lety. Podle mého názoru takto razantní rozdíl ve věku ošetřujícího personálu tkví právě v pracovním prostředí. I když domov pro seniory ve Valticích prošel nákladnou rekonstrukcí a už zvenčí působí příjemně, přeci jenom jsou zde roky domova

znát. Naopak domov pro seniory v Poysdorfu je nově postavený a byl slavnostně otevřen teprve v roce 2011.

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
25-35	5	9
36-50	4	5
51 a více	6	1
Celkem	15	15

Graf č. 2 Věk respondentů



Relativní četnost

Následovaly otázky vztahující se k tématu dosaženého vzdělání. K mému údivu mělo pouze 6 dotazovaných respondentů domova pro seniory ve Valticích, tedy nejpočetnější skupina, vzdělání na úrovni střední zdravotnické školy, následoval personál s nižším vzděláním, což bylo 5 dotazovaných respondentů dotazníkového šetření. Vždy pak jeden dotazovaný dosáhl vzdělání vyššího odborného na úrovni Dis., vzdělání bakalářské nebo magisterské. Jeden respondent dokonce uvedl vzdělání dosažené na Střední zemědělské vinařské škole. Dle mého názoru je to spojeno s nedostatkem kvalifikovaného personálu v těchto typech sociálního zařízení.

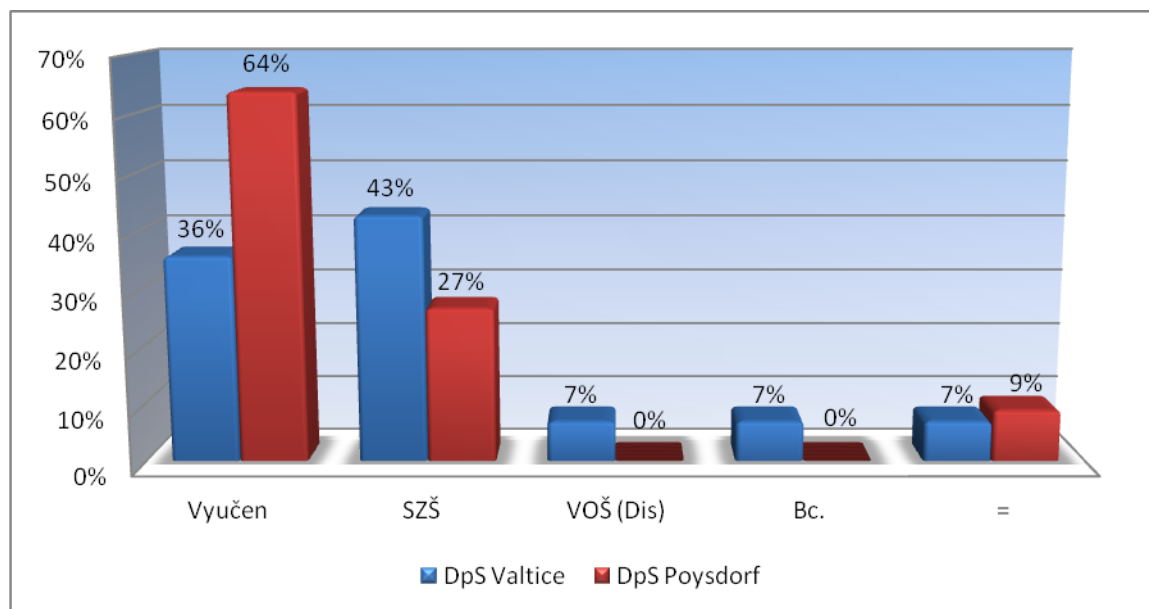
V domově pro seniory v Poysdorfu jsem zjistila, že úroveň vzdělání pečujícího personálu je zde mnohem nižší, nežli je tomu v českém domově pro seniory. Z celkového počtu 15 respondentů je 7 vyučeno, pouze 3 respondenti mají vzdělání na úrovni české střední zdravotnické školy a jeden respondent disponuje titulem Mgr.. Pravdou ovšem zůstává, že 4 respondenti mi na tuto otázku neodpověděli, nelze tudíž z takto získaných údajů vyvodit 100% závěry.

Já sama jsem pracovala v Rakousku jako zdravotní sestra od roku 2006 (nyní jsem na rodičovské dovolené), a mohu tedy z vlastní zkušenosti potvrdit, že v ošetřujícím týmu vždy převládaly rakouské ošetřovatelky. Rakouských diplomovaných sester pracovalo v tomto oboru jen poskrovnu. Vždy mi to ošetřovatelky vysvětlovaly tím, že nechtějí mít v práci tolik zodpovědnosti, jako má diplomovaná zdravotní sestra. Mnoho ošetřovatelek mělo původní povolání zcela jiné, a aby mohly vykonávat ošetřovatelskou péči, bylo pouze nutné absolvovat několikaměsíční kurz.

Tabulka č. 3 Dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Vyučen	5	7
SZŠ	6	3
VOŠ (Dis)	1	0
Bc.	1	0
Mgr.	1	1
Celkem	14	11

Graf č. 3 Dosažené vzdělání respondentů



Relativní četnost

Dotazníkové šetření týkající se délky praxe bylo taktéž jedním z dílčích cílů této diplomové práce. Jeden dotazník mi byl vrácen bez vyplnění této dotazníkové položky, 2 respondenti pracují v tomto oboru déle než 26 let. Následně pak 6 respondentů uvádí praxi v oboru mezi 6-15 lety a stejný počet respondentů pracuje v oboru méně než 6 let. To se týkalo dotazníkového šetření ve valtickém domově pro seniory.

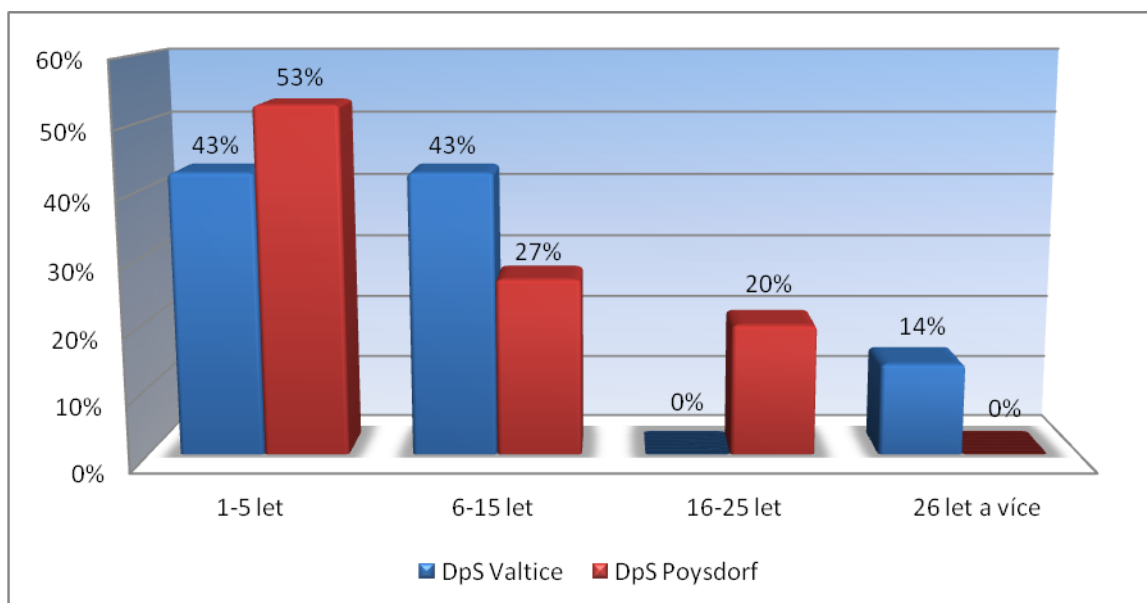
V rámci odpovědí rakouského personálu bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinu tvoří respondenti pracující v tomto oboru méně než 6 let. Těchto respondentů bylo celkem 8. Následovala skupina 4 respondentů s délkou praxe v rozmezí 6 – 15 let. 3 respondenti se v oboru ošetrovatelství pohybují v rozmezí mezi 16 – 25 lety. S praxí delší 26 let a více jsem se u pracovníků rakouského domova pro seniory nesešla.

Z tohoto výzkumného šetření opět vyplývá jistý rozdíl mezi českou a rakouskou stranou, kdy z výše uvedeného můžeme usoudit, že rakouský personál je v porovnání s českým personálem služebně mladší. Z toho lze také usoudit, že rakouský personál pracující v domově pro seniory, je méně zkušený.

Tabulka č. 4 Délka praxe v oboru

Délka praxe v oboru	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
1-5 let	6	8
6-15 let	6	4
16-25 let	0	3
26 let a více	2	0
Celkem	14	15

Graf č. 4 Délka praxe v oboru



Relativní četnost

Dále jsem prostřednictvím vlastního strukturovaného dotazníku zjišťovala, zda jsou respondenti vůbec spokojeni s výběrem svého povolání. Opět jeden respondent ve Valticích nevedl na tuto otázku svoji odpověď. Zbývajících 14 respondentů odpovědělo spíše kladně. 7 z nich by si stejné povolání nejspíš vybralo znovu, 2 respondenti by si tohle povolání zvolili určitě znovu. Další 2 dotazovaní by si stejné povolání znovu spíše nezvolili a 3 respondenti odpověděli zcela jednoznačně, že by si stejné povolání již nevybrali. Z těchto údajů můžu usoudit na spokojenost většiny dotazovaných respondentů.

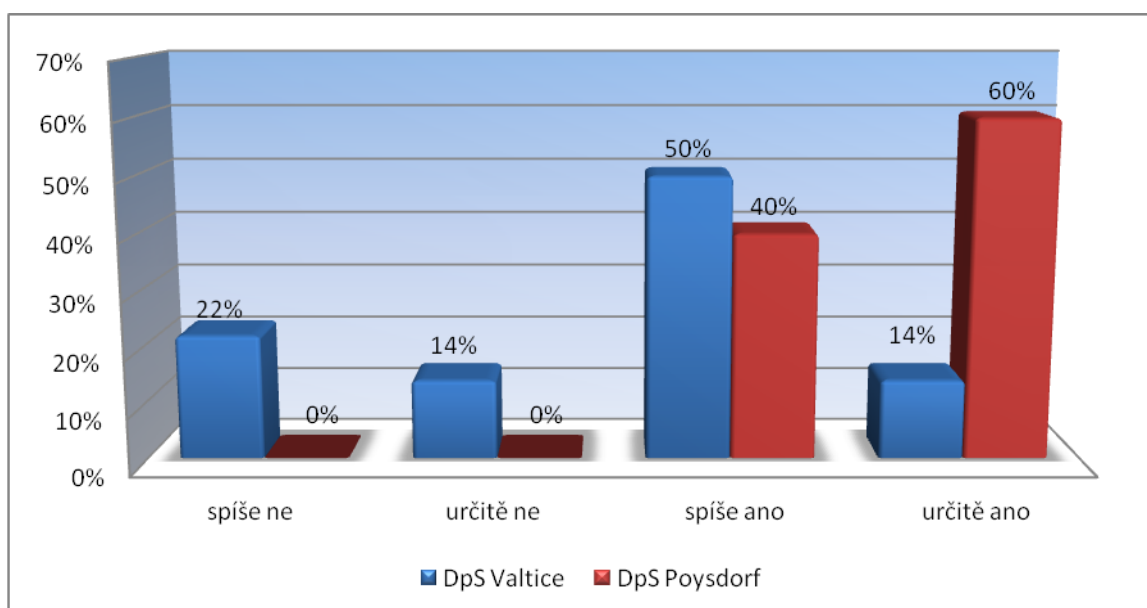
V Poysdorfu dopadlo výzkumné šetření na otázku volby povolání v podstatě stejně jako u českých respondentů, tedy kladně. 9 z 15 dotazovaných by si stejné povolání zvolilo určitě znovu, zbývajících 6 respondentů by si jej zvolilo pravděpodobně znovu. I v tomto případě lze usoudit na jednoznačnou spokojenost respondentů.

I když oba výzkumné vzorky ukazují zcela jasně svůj kladný postoj k volbě povolání, větší spokojenost přeci jen vyjadřují respondenti v Rakousku. Doposud jsem se v rámci dotazníkového šetření setkávala s větší mírou pozitivních výpovědí u rakouského personálu.

Tabulka č. 5 Volba povolání respondentů

Volba povolání	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Spíše ne	3	0
Určitě ne	2	0
Spíše ano	7	6
Určitě ano	2	9
Celkem	14	15

Graf č. 5 Volba povolání respondentů



Relativní četnost

Pokoušela jsem se také zjistit míru spokojenosti personálu s pracovními podmínkami. Jelikož se oblast zdravotnictví a ošetrovatelství nejen u nás neustále potýká s problémem nedostatku kvalifikovaného personálu, snaží se nejširší odborná veřejnost o neustálé vylepšování pracovního prostředí a podmínek pro pracovníky v této oblasti. Špatné

nakládání s finančním rozpočtem v tomto odvětví v rámci celé České republiky je ovšem stále stejně znatelné. Personál tímto tak ztrácí motivaci, což se projevuje i v celkovém přístupu ošetřujícího personálu ke svým klientům.

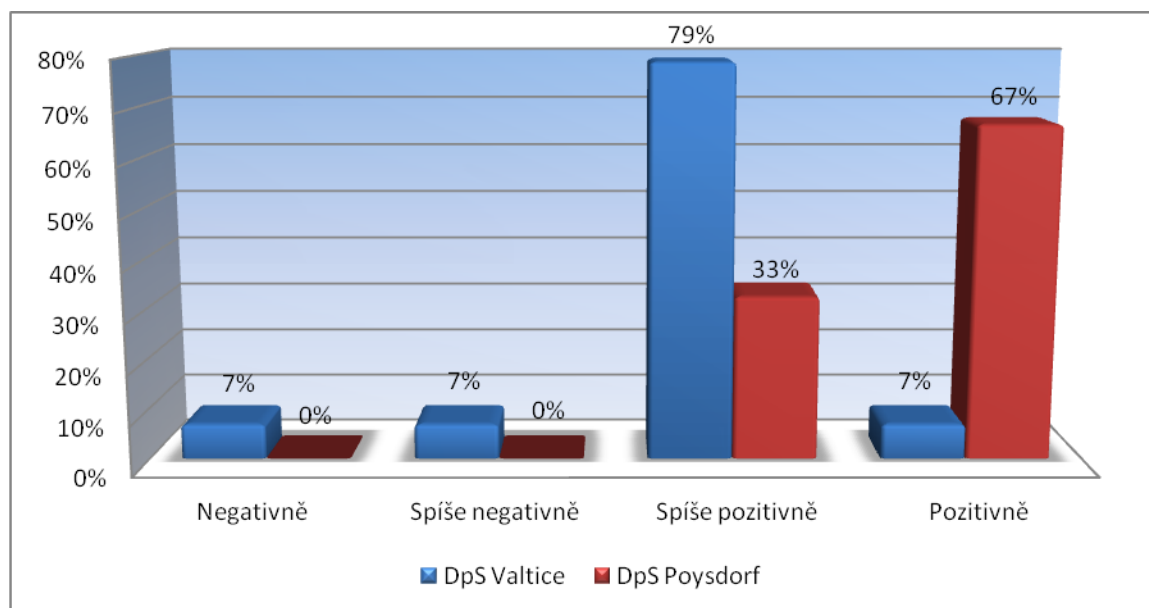
Ze zkoumaného vzorku dotazníkového šetření v domově pro seniory ve Valticích odpovědělo spíše pozitivně 11 respondentů, jeden respondent odpověděl pozitivně zcela jednoznačně, naproti tomu se jeden respondent vyjádřil k problematice pracovních podmínek naopak pouze negativně a jeden spíše negativně. U jednoho respondenta mi odpověď opět chyběla. Co se vztahů na pracovišti mezi kolegy týče, odpovědělo všech 15 dotazovaných respondentů absolutně pozitivně, a to bez jediné výjimky.

Na rakouské straně jsem se setkala s pouze pozitivním hodnocením pracovních podmínek. 10 respondentů se vyjádřilo zcela a jasně pozitivně, 5 respondentů hodnotilo pracovní prostředí spíše pozitivně. Na otázku zda by v pracovním prostředí respondenti rádi něco změnili nebo vylepšili, se mi dostala 6 krát odpověď typu spíše ano, 5 respondentů by spíše nic neměnilo, jeden respondent by jistě nic neměnil a naopak jeden by jistě něco zlepšil. Dva dotazovaní neuvedli své odpovědi.

Tabulka č. 6 Pracovní podmínky a vztahy na pracovišti

Pracovní podmínky a vztahy	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Negativně	1	0
Spíše negativně	1	0
Spíše pozitivně	11	5
Pozitivně	1	10
Celkem	14	15

Graf č. 6 Pracovní podmínky a vztahy na pracovišti



Relativní četnost

Druhá polovina otázek se již zabírala samotným zjišťováním „vyhoření“ u respondentů. Opět začínám s popisem u českého domova pro seniory. Na otázku zda se cítí být respondent unavený/á, mi odpovědělo 8 dotazovaných, že někdy. Následovaly odpovědi typu často, a to v 5 případech a dva dotazovaní se cítí unavení jen zřídka. S těmito otázkami souvisely i otázky následně pokládané, týkající se fyzického a psychického vyčerpání, kdy většina dotazovaných zvolila odpověď někdy, přičemž převládalo vyčerpání psychické. Jeden z respondentů zase odpověděl, že se nikdy necítí být psychicky vyčerpaný, což mě velmi překvapilo.

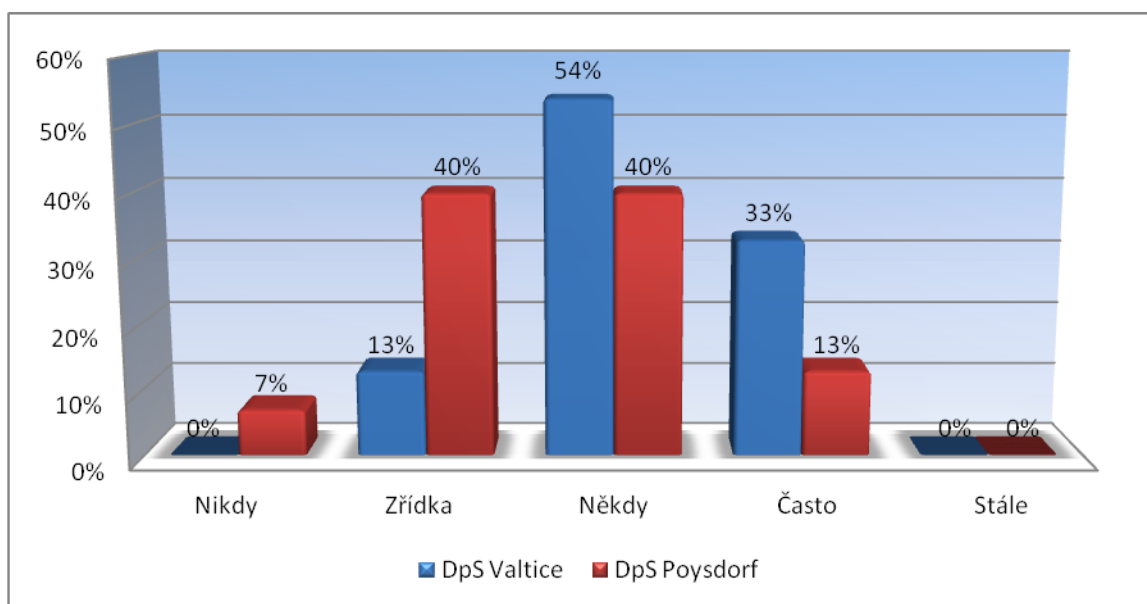
Následné výzkumné šetření v Poysdorfu prokázalo pocit únavy jen někdy v 6 případech, 6 respondentů se cítí unavených zřídka, 2 často a jeden respondent se necítí být nikdy unavený. V souvislosti s psychickým a fyzickým vyčerpáním odpověděli dotazovaní většinou zřídka, a převládalo vyčerpání fyzické, na rozdíl od českých respondentů.

V této části výzkumu lze zaznamenat výrazný rozdíl mezi českými a rakouskými respondenty. Osobně shledávám velmi zajímavé, že rakouský personál se cítí být vyčerpaný spíše fyzicky nežli psychicky.

Tabulka č. 7 Pocit únavy, fyzického/psychického vyčerpání

Pocit únavy, vyčerpání	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Nikdy	0	1
Zřídka	2	6
Někdy	8	6
Často	5	2
Stále	0	0
Celkem	15	15

Graf č. 7 Pocit únavy, fyzického/psychického vyčerpání



Relativní četnost

Zda se respondent cítí vyhořelý, nebo naopak užitečný, jsem se také pokoušela pomocí dotazníku zjistit. Na otázku zda se respondent cítí být vyhořelý, jich 10 z nich odpovědělo, že nikoli, naopak pouhá třetina dotazovaných, tedy 5 respondentů odpovědělo, že vyhoření při své práci pociťuje. Často užitečným pro své klienty se cítí být 7 z dotazovaných respondentů, někdy užitečným se cítí být 4 respondenti, 2 zřídka a 2 dotazovaní neu-

vedli svoji odpověď. Kupodivu žádný z dotázaných se necítí být užitečný stále, nebo naopak nikdy užitečný svým klientům.

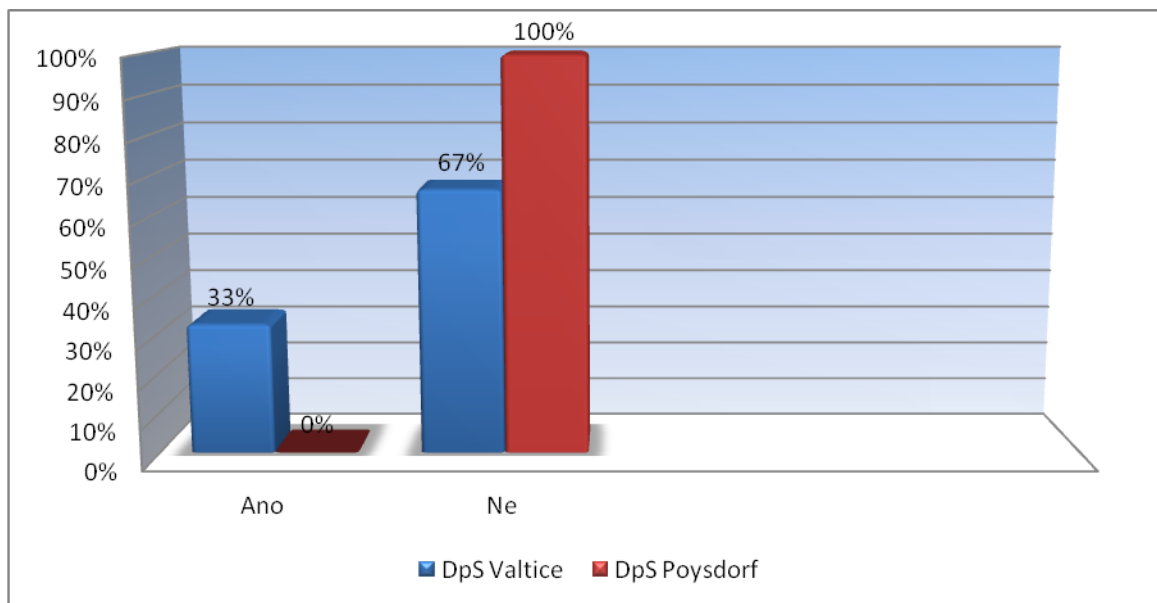
Na druhé straně všech 15 rakouských respondentů odpovědělo opět zcela překvapivě, že se vyhořelí necítí být. Často užitečných se těchto respondentů cítí být taktéž většina, a to 8 z 15 dotazovaných. 7 respondentů se cítí být užitečných vždycky.

V tomto případě se můžeme odvolávat na mladý personál, který působí v oblasti péče o seniory teprve krátkou dobu. Svou úlohu zde zajisté opět hrají i již výše zmiňované příjemnější pracovní podmínky rakouského domova pro seniory.

Tabulka č. 8 Pocit vyhoření

Pocit vyhoření	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Ano	5	0
Ne	10	15
Celkem	15	15

Graf č. 8 Pocit vyhoření

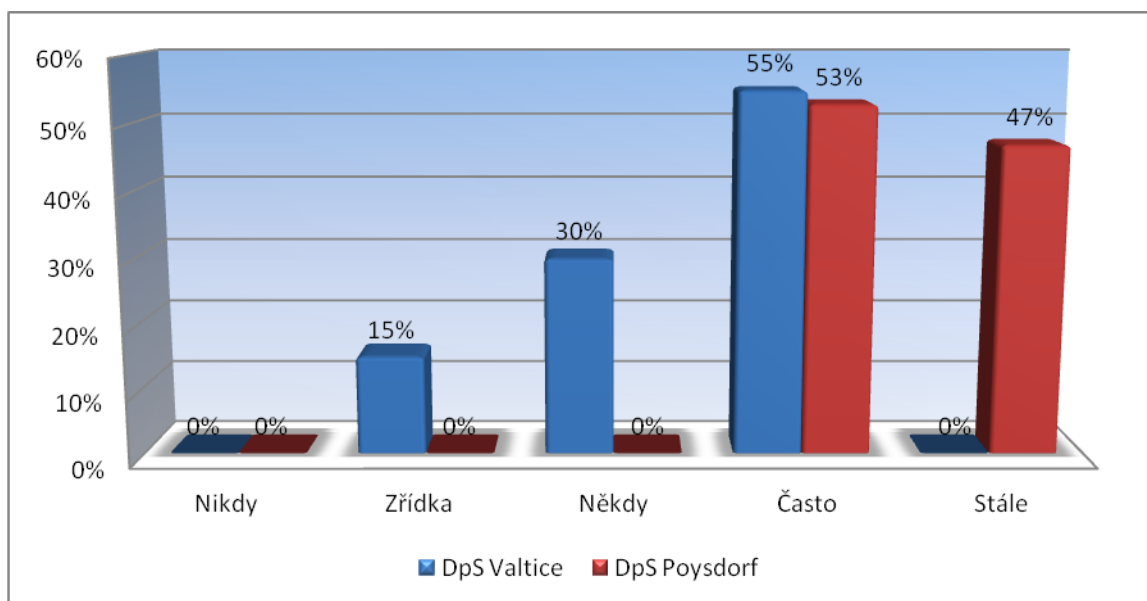


Relativní četnost

Tabulka č. 9 Pocit užitečnosti

Pocit užitečnosti	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Nikdy	0	0
Zřídka	2	0
Někdy	4	0
Často	7	8
Stále	0	7
Celkem	13	15

Graf č. 9 Pocit užitečnosti



Relativní četnost

Respondenti také odpovídali, jestli jim „jdou lidé na nervy“ a jestli se na pracovišti vyskytují problémy stěžující jejich práci. Pokud na druhou polovinu otázky zněla odpověď **ano**, byl dotčený požádán, aby uvedl, jakého jsou problémy charakteru. 8 z 15 dotázaných respondentů uvedlo, že jim jdou ostatní lidé na nervy jen někdy, ostatní pak odpovídali, že jen zřídka. Nikdo z dotazovaných nevedl zcela jednoznačnou kladnou, či zápornou odpověď.

Problémy, které by stěžovaly práci na pracovišti má 5 respondentů. Tyto problémy pociťují především v rozdělení kompetencí a nedostatečné komunikaci. Jeden z dotázaných nevedl, jakého jsou jeho problémy charakteru.

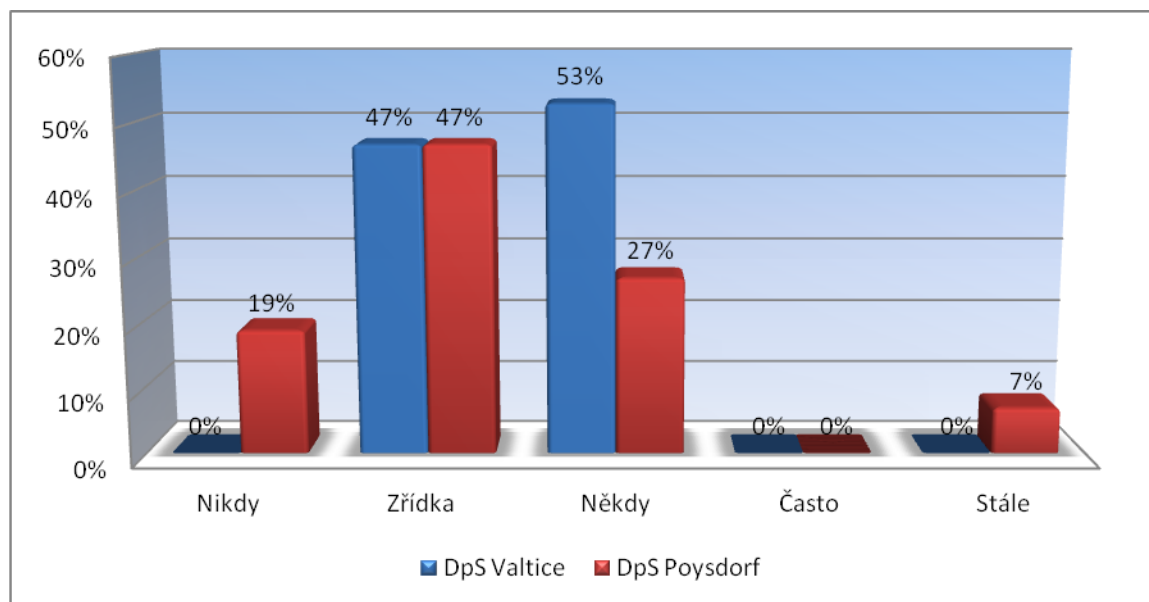
Co se výzkumu v rakouském domově pro seniory týče, dopadlo šetření následovně: převážná část respondentů, celkem 7, uvedlo, že jim jdou lidé na nervy zřídka, dalším 4 respondentům jdou lidé na nervy někdy. 3 dotazovaní respondenti uvedli jako svou odpověď nikdy, jeden respondent odpověděl, že mu jdou pořád lidé na nervy.

Problémy stěžující práci na pracovišti nepociťuje žádný z dotazovaných respondentů. Z čehož usuzuji na 100% spokojenost rakouského personálu. I zde se totiž opět setkáváme především s kladnými odpověďmi rakouských respondentů.

Tabulka č. 10 Jdou Vám lidé na nervy

Jdou Vám lidé na nervy	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Nikdy	0	3
Zřídka	7	7
Někdy	8	4
Často	0	0
Stále	0	1
Celkem	15	15

Graf č. 10 Pocit užitečnosti



Relativní četnost

Poslední dvě otázky se zabývaly přímo pojmem syndromu vyhoření a dostatečné informovanosti respondentů o tomto jevu i otázkou, zda je práce pracovníků domova pro seniory ve Valticích oceňována ze strany klientů. Dostatečně informován o syndromu vyhoření se cítí být 10 respondentů, což je valná většina výzkumného vzorku. O syndromu vyhoření naopak vůbec neslyšeli 2 respondenti, další 3 jsou spíše neinformováni.

Pocit docenění své práce ze strany klientů má celkově 12 respondentů, z nichž jeden odpověděl zcela jasně ano, ostatní odpověděli spíše ano. Jeden respondent se cítí být při své práci nedocenený, 2 respondenti uvedli, jakou svou odpověď nevím.

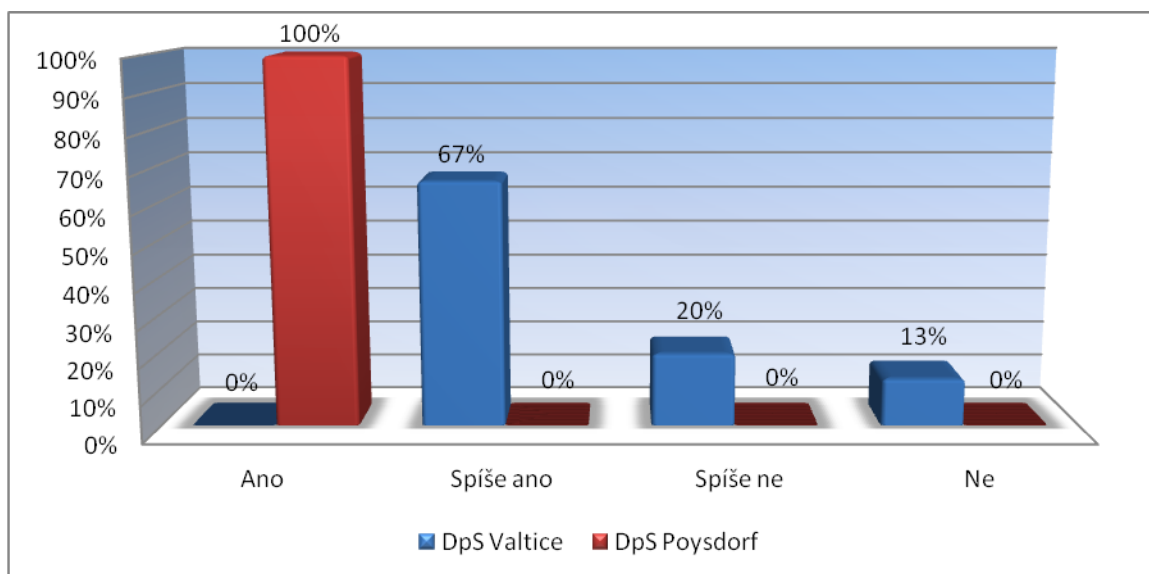
Odpovědi výzkumného vzorku v rakouském domově pro seniory byly opět zcela pozitivní. Z celkových 15 respondentů má 9 pocit, že klienti jejich práci oceňují, 4 respondenti si myslí, že jejich práce spíše oceněna je ze strany klientů. Dva dotazníky mi byly vráceny bez odpovědi na tuto otázku. Dále pak všech 15 respondentů odpovědělo, že jsou informováni o syndromu vyhoření.

I v těchto odpovědích nalézáme jasné rozdíly u dotazovaných respondentů.

Tabulka č. 11 Informovanost o syndromu vyhoření

Informovanost	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Ano	0	15
Spíše ano	10	0
Spíše ne	3	0
Ne	2	0
Celkem	15	15

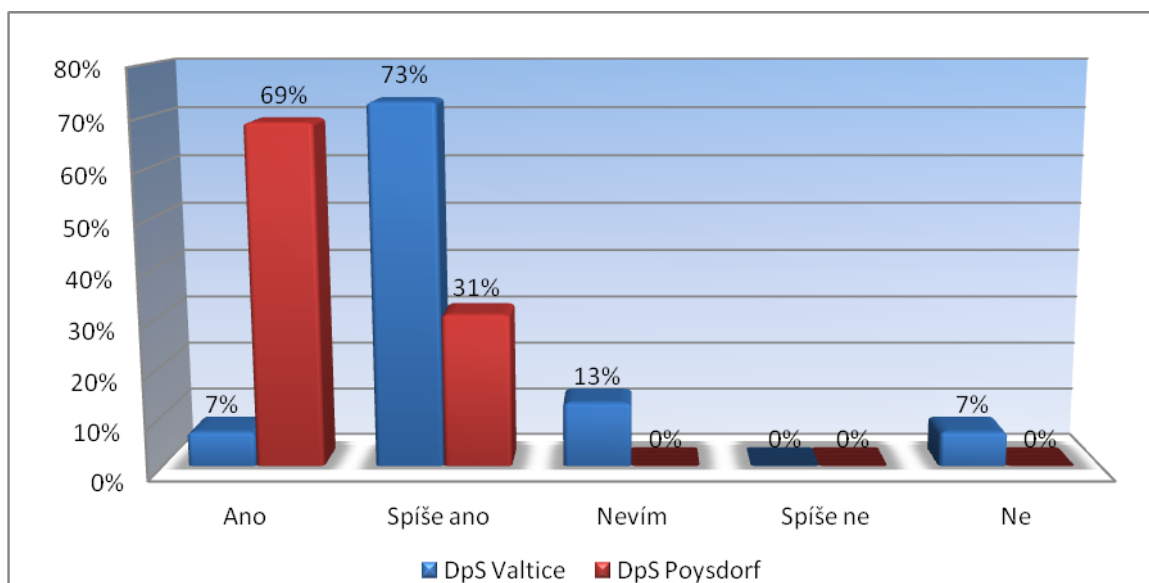
Graf č. 11 Informovanost o syndromu vyhoření

**Relativní četnost**

Tabulka č. 12 Ocenění práce ze strany klientů

Ocenění práce	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Ano	1	9
Spíše ano	11	4
Nevím	2	0
Spíše ne	0	0
Ne	1	0
Celkem	15	13

Graf č. 12 Ocenění práce ze strany klientů



Relativní četnost

3.2 Dotazník č. 2 – Maslach Burnout Inventory

Druhou částí dotazníkového šetření pro tuto diplomovou práci byl standardizovaný MBI dotazník, který poprvé vyzkoušeli odborníci v praxi v roce 1981. V současné době je nejpoužívanějším nástrojem k měření vyhoření a následnému stanovení diagnózy. MBI dotazník slouží pouze pro oblast pomáhajících profesí. Dotazník obsahuje celkem 22 položek, z čehož se jich 9 vztahuje k emocionálnímu vyčerpání, 8 položek k osobnímu uspokojení a 5 k depersonalizaci. Pokud je součet bodů u výpovědí týkajících se emocionálního vyčerpání a depersonalizace vysoký a s nízkým součtem u výpovědí směřujících k osobnímu uspokojení, bývá tento respondent ohrožen syndromem vyhoření. Abychom mohli určit míru syndromu vyhoření, poslouží nám k tomu rozlišení do tří stupňů, stupeň nízký, mírný a vysoký stupeň míry syndromu vyhoření, který svědčí již o přítomnosti syndromu vyhoření u daného jedince.

Hlavním cílem MBI dotazníku je zjistit, jak pracovníci pomáhajících profesí vnímají svoji práci a jak vnímají dennodenní kontakt se svými klienty, či s jinými lidmi, se kterými denně spolupracují.

Četnost výskytu syndromu vyhoření: 0 – nikdy; 1 – jednou za rok; 2 – jednou za měsíc; 3 – několikrát za měsíc; 4 – jednou týdně; 5 – několikrát za týden; 6 – denně.

Emocionální vyčerpání

nízké 0 – 16 bodů

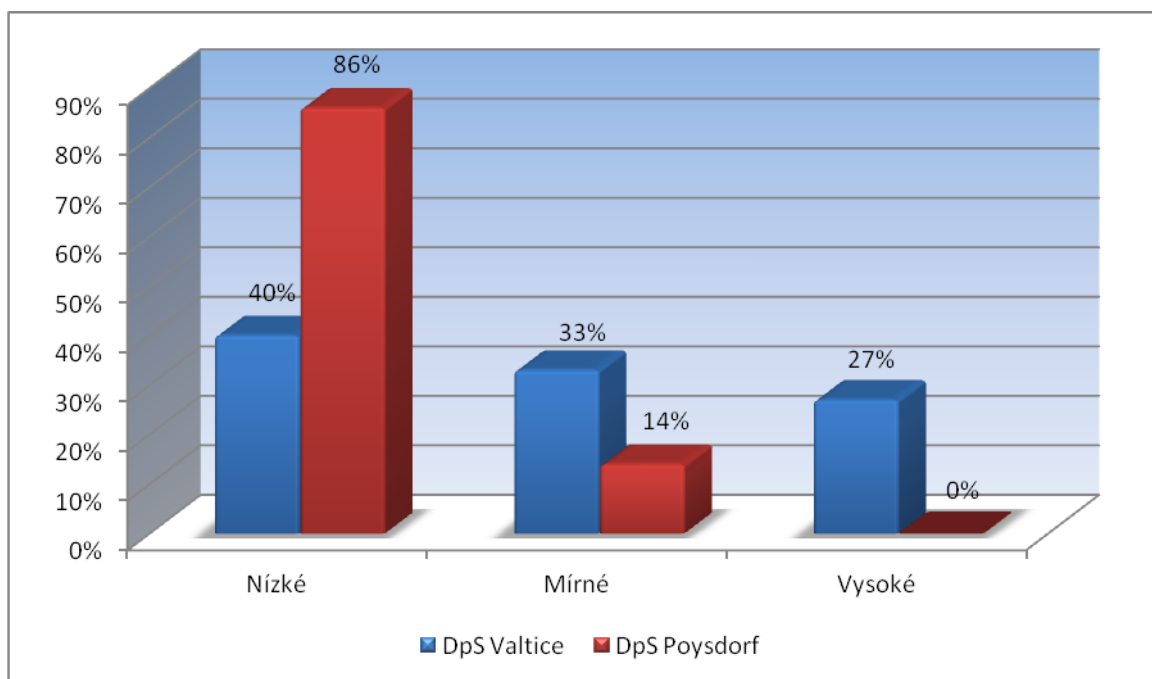
mírné 17 – 26 bodů

vysoké 27 a více bodů

Tabulka č. 13 Míra emocionálního vyčerpání u pracovníků domova pro seniory

Emocionální vyčerpání	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Nízké	6	12
Mírné	5	2
Vysoké	4	0
Celkem	15	14

Graf č. 13 Míra emocionálního vyčerpání u pracovníků domova pro seniory



Relativní četnost

Pro zjištění míry emocionálního vyčerpání u respondentů mi tedy posloužilo zmiňovaných 9 položek MBI dotazníku, které se přímo na emocionální vyčerpání vztahují, jsou to položky č. 1,2,3,6,8,13,14,16,20. Ze záznamu v tabulce a grafu sestavených pro pracovníky domova pro seniory ve Valticích vyplývá zjištění, že silné emocionální vyčerpání vykazují 4 z 15 respondentů, u dalších 5 respondentů byla zjištěna mírná míra výskytu syndromu vyhoření a u zbylých 6 respondentů dokonce nízká míra výskytu syndromu vyhoření. Zjišťuji tedy překvapivě spíše pozitivní výsledky této části dotazníkového šetření v rámci první části MBI standardizovaného dotazníku.

O mnoho lépe ovšem dopadlo výzkumné šetření této části MBI standardizovaného dotazníku u našich jižních sousedů, kde vysoká míra výskytu syndromu vyhoření nebyla zjištěna u žádného respondenta, 2 respondenti vykazují mírné emocionální vyčerpání, a 12 dotazovaných respondentů vykazuje nízkou míru výskytu syndromu vyhoření. Jeden dotazník mi byl vrácen bez vyplnění položek MBI standardizovaného dotazníku.

Depersonalizace

nízká 0 – 6 bodů

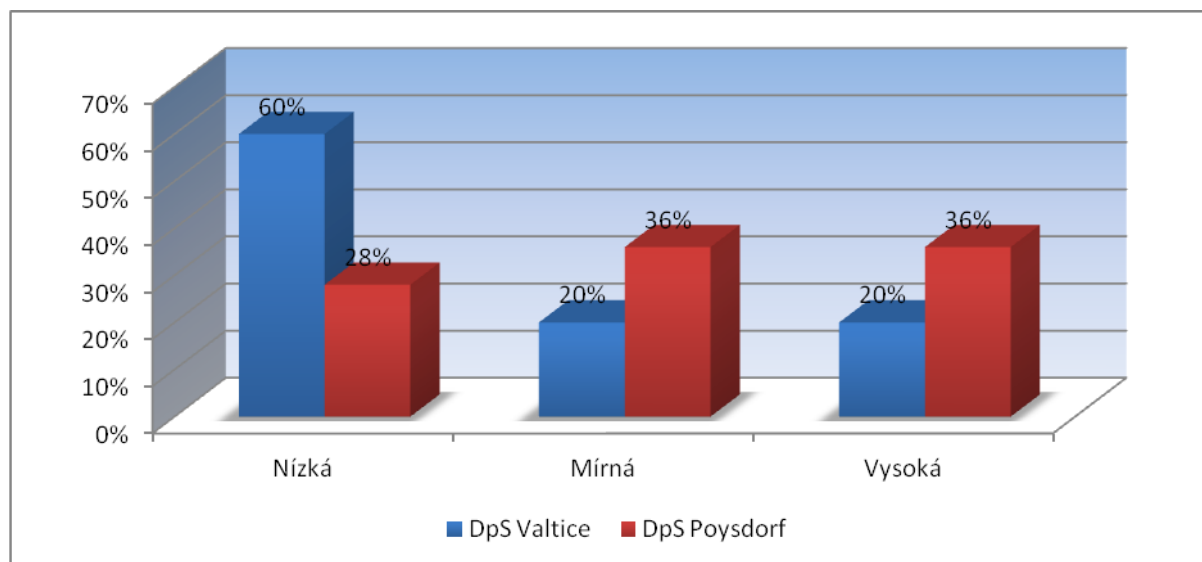
mírná 7 – 12 bodů

vysoká 13 a více bodů

Tabulka č. 14 Míra depersonalizace u pracovníků domova pro seniory

Míra depersonalizace	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Nízká	9	4
Mírná	3	5
Vysoká	3	5
Celkem	15	14

Graf č. 14 Míra depersonalizace u pracovníků domova pro seniory



Relativní četnost

Pro zjišťování míry depersonalizace u pečujícího personálu v domovech pro seniory byly použity položky číslo 5, 10, 11, 15 a 22 z MBI standardizovaného dotazníku. Po vyhodnocení položek vztahujících se k depersonalizaci jsem zjistila vysokou míru výskytu syndromu vyhoření u 3 respondentů z celkového počtu 15 dotazovaných ve valtickém domově pro seniory, mírné riziko v oblasti depersonalizace bylo zjištěno taktéž u 3 respondentů a zbývajících 9 respondentů vykazuje nízkou míru výskytu syndromu vyhoření v oblasti depersonalizace.

Oblast depersonalizace byla zkoumána také v domově pro seniory v Poysdorfu, kde, jak jsem již zmiňovala výše, jeden respondent vrátil MBI standardizovaný dotazník nevyplněný. Vysokou míru vyhoření ukázal výzkum u 5 respondentů, u stejného počtu respondentů, tedy u 5, byla zjištěna mírná míra výskytu, a pouze 4 respondenti vykázali nízkou míru výskytu syndromu vyhoření. Výzkum této části MBI standardizovaného dotazníku ukazuje na mírnější výsledky valtického personálu.

Osobní uspokojení

nízké 0 – 31 bodů

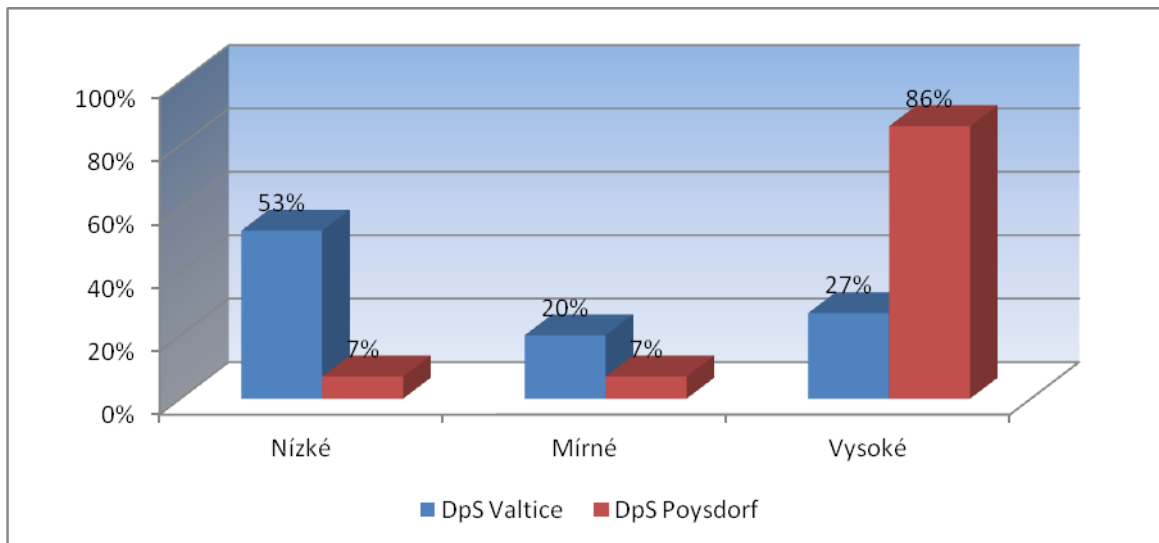
mírné 32 – 38 bodů

vysoké 39 a více bodů

Tabulka č. 15 Míra osobního uspokojení u personálu v domově pro seniory

Osobní uspokojení	Absolutní četnost	
	DpS Valtice	DpS Poysdorf
Nízké	8	1
Mírné	3	1
Vysoké	4	12
Celkem	15	14

Graf č. 15 Míra osobního uspokojení u personálu v domově pro seniory



Relativní četnost

Úroveň osobního uspokojení u dotazovaných respondentů jsem zjišťovala na základě položek číslo 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21 z MBI standardizovaného dotazníku. Následně bylo zjištěno, že nízké osobní uspokojení vnímá 8 respondentů, tedy většina z dotazovaných, mírný stupeň osobního uspokojení byl zjištěn u 3 respondentů a zbývajících 4 respondenti vykazovali vysokou míru osobního uspokojení. Zde ve výsledcích vidíme zvýšené riziko vyhoření u většiny dotazovaných respondentů.

Rakouské výzkumné šetření mi nabídlo následující výsledky: nízká míra osobního uspokojení byla prokázána pouze u jediného respondenta, stejně tak u mírného stupně výskytu vyhoření v oblasti osobního uspokojení, tedy u jediného respondenta. Naopak vysokou míru osobního uspokojení prokázalo dotazníkové šetření u 12 zbývajících dotazovaných respondentů. Jeden respondent své odpovědi neuvedl

3.3 Testování a ověřování hypotéz

H1 – Předpokládám, že výskyt syndromu vyhoření u pečujícího personálu v domově pro seniory v Poysdorfu bude nižší, než výskyt syndromu vyhoření u pečujícího personálu v domově pro seniory ve Valticích

Při testování první hypotézy jsem zkoumala míru výskytu syndromu vyhoření v jednom českém a jednom rakouském domově pro seniory. Ze závěrů dotazníkového šetření, jak u vlastního strukturovaného dotazníku, tak i u MBI standardizovaného dotazníku, vyplývá, že první předpoklad, čili první hypotéza se potvrdila. Personál v domově pro seniory v Poysdorfu vykazuje nižší riziko výskytu syndromu vyhoření, než je tomu u personálu v domově pro seniory ve Valticích.

H2 – Personál pečující o seniory s delší praxí bude vykazovat vyšší odolnost vůči vzniku syndromu vyhoření, nežli personál pečující o seniory s kratší praxí.

Testováním druhé hypotézy jsem zjišťovala vztah mezi odpracovanými lety pečujícího personálu a syndromem vyhoření. Zde mohu konstatovat, že druhá hypotéza se na základě získaných informací nepotvrdila, jelikož personál s delší praxí pracuje v českém domově pro seniory ve Valticích, kde výzkum prokázal vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření. Výzkumné šetření v rámci vlastního strukturovaného dotazníku a MBI standardizovaného dotazníku ukázalo, že personál mladší věkové kategorie pracuje v rakouském domově pro seniory, a zároveň výzkum prokázal jednoznačně větší spokojenost tohoto personálu téměř ve všech zásadních bodech výzkumu, a tudíž nízké riziko vzniku syndromu vyhoření.

H3 – Předpokládám, že míra výskytu syndromu vyhoření u žen pečujících o seniory bude častější, než u mužů pečujících o seniory.

Na základě testování třetí hypotézy jsem se věnovala vlivu pohlaví na vznik syndromu vyhoření. Ověřováním této hypotézy jsem došla k závěru, že nelze jednoznačně

potvrdit či vyvrátit výše stanovený předpoklad, neboť v domově pro seniory ve Valticích byla 100% účast ženského pohlaví na dotazníkovém šetření, a v domově pro seniory v Poysdorfu byla mužská část populace zastoupena pouze ve dvou případech. Zde sice dopadlo výzkumné šetření lépe, ale vzhledem k velice malému výzkumnému vzorku respondentů mužského pohlaví nemůžu vyvodit jednoznačné závěry.

H4 – Vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaný personál pečující o seniory je méně ovlivněn vznikem syndromu vyhoření, nežli je tomu u personálu s nižším vzděláním.

Testováním poslední hypotézy jsem se zabývala vztahem mezi úrovní vzdělání pečujícího personálu a syndromem vyhoření. Jelikož mi v rámci dotazníkového šetření u vlastního strukturovaného dotazníku chyběly čtyři odpovědi rakouského personálu, není možné porovnávat takto získaná data. Ze získaných údajů tak nelze vyvodit 100% závěry, tudíž se tato hypotéza nepotvrdila.

3.4 Závěry a hodnocení výzkumu

Tato diplomová práce se zabývala problematikou výskytu syndromu vyhoření u personálu pečujícího o seniory. Celý výzkum byl postaven především na dotazníkovém šetření, neméně pak na metodě zúčastněného pozorování. Samotný výzkum probíhal v jednom českém a jednom rakouském domově pro seniory. I přesto, že jsem se v rámci výzkumného šetření snažila co nejméně zasahovat do průběhu pracovního dne a v obou domovech pro seniory mě z předchozího výzkumného šetření v rámci mojí bakalářské práce dobře znali, s upřímnou ochotou spolupracovat jsem se setkala pouze v domově pro seniory ve Valticích.

První část dotazníku se věnovala demografickým údajům respondentů, následovaly údaje týkající se syndromu vyhoření. Závěry této první části jsou následující: oslovení respondenti pracují v jednom z typů sociálního zařízení určených k péči o seniory. Tímto typem sociálního zařízení byl domov pro seniory, což bylo předem stanoveno jako kritérium výzkumu této práce. V rámci dotazníkového šetření dominovaly zcela jednoznačně ženy, průměrný věk respondentů byl v rozmezí mezi 25 – 35 lety s převahou nižšího stupně vzdělání. Dalšími jevy, kterými se práce zabývala, byla délka praxe v oboru, která je

důležitým ukazatelem při zjišťování výskytu syndromu vyhoření. Nejčastěji uváděná délka praxe v oboru byla do šesti let, a to u 46% respondentů. Nezbytným údajem v oblasti výskytu syndromu vyhoření jsou také pracovní podmínky, se kterými je spokojeno 90% respondentů. Za dobré až výborné označilo všech 30 dotazovaných vztahy na pracovišti. Ve zkoumaném souboru se pouhých 16% respondentů blíží hranici vyhoření, což se odráží i v odpovědích v druhé části dotazníkového šetření, tedy MBI standardizovaného dotazníku.

Část druhá z MBI standardizovaného dotazníku prokázala, že v obou domovech pro seniory jsou pracovníci ohroženi emocionálním vyčerpáním jenom nepatrně, tedy nízkým stupněm vyhoření, a to v 13%, v oblasti depersonalizace pak dosáhlo nízkého stupně vyhoření pouhých 13 respondentů z celkového počtu 30 respondentů, což je 43%. Tento výsledek ukazuje na vysoký stupeň vyhoření v této oblasti. Riziko vyhoření ve vztahu k osobnímu uspokojení bylo zaznamenáno pouze u 9 respondentů, naopak 16 respondentů vykazuje na základě výzkumu vysoký stupeň osobního uspokojení, tedy 53% respondentů.

Vysoké riziko výskytu syndromu vyhoření v oblasti depersonalizace může být spojeno s náročností této profese, protože personál pracující se seniory se potýká s mnohem výraznějším stereotypem při své práci, než je tomu u jiných profesí. Klienti, tedy senioři, mají ve většině případů podobné diagnózy, což je spojeno v podstatě se stejným typem péče o tyto klienty, tudíž se sestra v geriatrii nemá možnost, a mnohdy ani potřebu, se dále vzdělávat. Navíc je celý tento dlouhodobý a náročný proces uzavřen smrtí pacienta, aniž by se naskytla možnost jakéhokoli výrazného zlepšení jeho stavu. To vše má samozřejmě vliv na přístup pečujícího personálu k této práci.

První hypotéza měla za úkol zjistit, zda existuje rozdíl mezi výskytem syndromu vyhoření mezi českým a rakouským personálem pracujícím v domově pro seniory, která se potvrdila. Až na oblast depersonalizace vykazuje rakouský personál nízkou míru vyhoření. Druhá a čtvrtá hypotéza se dotýkala faktorů v přímé souvislosti se zaměstnáním pečujícího personálu. Obě tyto hypotézy se mi nepotvrdily. Hypotéza třetí se vztahovala k demografickému jevu, kterým bylo pohlaví respondentů účastněných dotazníkového šetření. Vzhledem k minimální přítomnosti mužského elementu v rámci tohoto výzkumného šetření jsem bohužel nemohla vyvodit jednoznačné závěry.

ZÁVĚR

Svou diplomovou prací jsem se snažila přiblížit syndrom vyhoření u personálu, který dennodenně pečuje o seniory. Obsah práce je rozdělen do dvou částí, a to teoretické a praktické. Část teoretická pojednává o celkové problematice syndromu vyhoření, část praktická seznamuje čtenáře se samotnými metodami výzkumu a jeho výsledky. V rámci výzkumu jsem se snažila najít odpovědi na otázky týkající se demografických determinant a jejich vztahu se syndromem vyhoření a současně hledat odpovědi na otázky související přímo s povoláním personálu pracujícího se seniory. U každé práce je nutné určit si jasné cíle, čeho chceme vlastně dosáhnout, a kterým aspektům je třeba se věnovat. K tomu je potřeba stanovit si a zpracovat hypotézy, bez kterých by celý výzkum nebylo možné provést.

Když jsem v úvodu diplomové práce sestavovala hypotézy, předpokládala jsem, že se mi alespoň tři ze čtyř stanovených hypotéz potvrdí. Překvapením tak pro mne v závěru práce byla skutečnost, že ze čtyř hypotéz se mi potvrdila pouze jedna. Například jsem předpokládala, že čím delší praxi v oboru má personál pečující o seniory, tím více bude odolný vůči syndromu vyhoření. Výzkum ovšem prokázal, že nejpočetnější skupinou personálu pracujícího v domově pro seniory, byla skupina nejnižší věkové kategorie.

Cílem práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl mezi pracovními podmínkami v rakouském a českém domově pro seniory ve vztahu k výskytu syndromu vyhoření. Z výzkumného šetření za pomoci dotazníku byly vyvozeny závěry, že i přes spokojenost všech 30 dotazovaných respondentů, nabízí svým pracovníkům mnohem lepší pracovní podmínky a prostředí přeci jen rakouský domov pro seniory.

I přesto, že veřejnost již věnuje syndromu vyhoření dostatek pozornosti, poukazují zjištěná data v této práci ještě neustále na nedostatečnou informovanost těch, kterých se toto téma nejvíce dotýká, tedy pracovníků pomáhajících profesí. Měli bychom tedy více apelovat na samotné zaměstnance v těchto profesích i na jejich nadřízené, aby začali brát rizika syndromu vyhoření zcela vážně, a aby si obě strany uvědomily náročnost tohoto povolání. Především oblast péče o seniory je nesmírně náročná práce bez pozitivní vize do budoucna, jelikož i přes veškerou snahu pečujícího personálu nedochází k výraznému zlepšení zdravotního stavu klienta, spíše naopak. To může u zdravotníka vyvolat pocit zbytečného a marného úsilí, a svou práci tak může hodnotit jako bezvýznamnou. Je důležité nepodceňovat prevenci a jakékoli prvotní signály, které by se mohly v syndrom vyhoření

rozvinout. Každý z nás by měl mít také nějakou mimopracovní zájmovou činnost, při které by si odpočinul a načerpal nové síly, protože jen svěží mysl a tělo jsou tou nejlepší zbraní proti vyhoření.

Doporučení pro praxi

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom je možné označit za nemoc dnešní doby, která může zasáhnout do života každého z nás. Na základě výzkumu a jeho výsledků jsem dospěla k závěru, že nejdůležitější je především prevence syndromu vyhoření, kdy má člověk i v dnešní uspěchané době ještě neustále pestrou škálu možností, jak posílit svého ducha i tělo. Od oblíbené sportovní aktivity, přes relaxační cvičení, až po vyhledání odborné pomoci v případě krizové situace. Člověk by si měl v první řadě uvědomit, že i ostatní lidé mohou mít problémy podobného charakteru, proto je nutné neuzavírat se před světem, pokud na sobě jedinec začne pociťovat nějakou změnu ve svém chování, a hlavně musí komunikovat a svěřit se svými problémy. Jenom tak může být vyhořelému jedinci poskytnuta pomoc. Největší vliv na vznik syndromu vyhoření má pracovní prostředí, proto je zde nutné apelovat na zaměstnavatele, aby si začali vážit svých zaměstnanců a prováděli preventivní opatření v podobě různých preventivních programů. Důležitým prvkem je také komunikace se svými kolegy i zaměstnavatelem, kterému by se zaměstnanec měl svěřit s problémy, pokud tyto zasahují do jeho pracovní činnosti. Zvykem současných zaměstnavatelů je také, v rámci šetření, zadávat práci určenou více pracovníkům pouze jednomu. To vede k brzkému pocitu vyčerpání a ztrátě motivace, což je nezbytným faktorem a hnací silou v práci. K motivaci pracovníků přispívá značnou mírou i finanční motivace, která je ovšem v oblasti zdravotnictví a oblasti sociální na velice nízké úrovni. Tyto dvě oblasti se taktéž neustále potýkají s nedostatkem pracovních sil, což by mělo významný pozitivní vliv na psychickou i fyzickou pohodu pracovníků.

Každý člověk by si měl najít svou životní cestu, něco, pro co má smysl žít, protože:

„Kdo nemá proč žít, nenachází ani moudrý způsob pro to, jak žít“.

Viktor E. Frankl

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Atkinson, R. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3

Ferjenčík, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9

Hartl, P., Hartlová, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1

Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9

Juřenová, L. *Sociální bydlení jako jedna z možností řešení situace seniorů*. Brno: 2012. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií Brno. Vedoucí práce Marcela Zvonařová.

Kern, H. a kol. *Přehled psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-121-2

Křivohlavý, J. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 978-80-247-0818-8

Křivohlavý, J. *Optimismus, Pesimismus a prevence Deprese*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4007-2

Křivohlavý, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-726-8

Křivohlavý, J. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0

Lüllmann, H. a kol. *Barevný atlas farmakologie. Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-973-X

Makrošová, I. *Německo – český, česko – německý Lékařský slovník*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0218-5

Malíková, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3

Marečková, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006.

ISBN 80-247-1399-3

- Marková, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1
- Maroon, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9
- Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8
- Matoušek, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0
- Matoušek, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9
- Menche, N. *Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3., vollständig überarbeitete Auflage*. München: Urban & Fischer, 2004. ISBN 3-437-26770-1
- Minirth, F. a kol. *Jak překonat vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2011. ISBN 978-80-7255-252-8
- Nakonečný, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0
- Novotný, J. S. *Psychologie zdraví a duševní hygiena pro sociální pedagogy*. Brno: IMS, 2009.
- Pokorná, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8
- Radvan, E., Vavřík, M. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: IMS, 2012
- Schewior-Popp, S. *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung. 12. Auflage*. Stuttgart: 1973 Georg Thieme Verlag KG, 2012. ISBN 978-3-13-500012-1
- Schmid, B., Hartmeier, C., Bannert, Ch. *Arzneimittellehre für Krankenpflegeberufe*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, 2003. ISBN 3-8047-1975-9
- Stock, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5
- Suchý, J., Nálovský, P. *Pozitivní emoce*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4375-2

Vágnerová, M. *Základy psychologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0841-9

Vašina, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: IMS, 2010.

Venglářová, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

Vízdal, F. *Základy psychologie*. Brno: IMS, 2009.

Internetové odkazy:

blog.aktualne.cz/blogy/radkin-honzak.php

www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi

www.pozitivni-psychologie.cz/clanky/co-je-pozitivni-psychologie.html

www.dobrapsychiatrie.cz/deprese-a-jeji-lecba

www.lidske-emoce.com/zvladani-emoci

www.lidske-emoce.com/poruchy-emoci

www.wikipedia.org/wiki/HerbertFreudenberger

de.wikipedia.org/wiki/Pflegepersonal

de.wikipedia.org/wiki/Burnout-Syndrom

www.psychomeda.de/online-tests/burnout-test.html

www.aerzteblatt.de/archiv/113220

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník č.1

Příloha č. 2 Dotazník č.2 - MBI Dotazník Maslach Burnout Inventory

Příloha č. 3 Fragebogen Nr.1

Příloha č. 4 Fragebogen Nr. 2 - MBI Fragebogen: Maslach Burnout Inventory

Příloha č. 2.

Dotazník č. 2

MBI Dotazník: Maslach Burnout Inventory

V tomto dotazníku prosím doplňte u každé otázky číslo označující podle níže uvedeného znázornění sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

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

1. Práce mne citově vysává
2. Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3. Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
2. Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
3. Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi
4. Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá
5. Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
6. Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce
7. Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji
8. Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
9. Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým

10. Mám stále hodně energie
11. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
12. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
13. Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
14. Práce s lidmi mi přináší silný stres
15. Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
16. Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
17. Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého
18. Mám pocit, že jsem na konci svých sil
19. Citové problémy v práci řeším velmi klidně-vyrovnaně
20. Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy

Děkuji Vám za čas a ochotu věnovanou vyplňování dotazníku.

Příloha č. 4.

Fragebogen Nr. 2

MBI Fragebogen: Maslach Burnout Inventory

In diesem Fragebogen fühlen Sie bitte bei jeder Frage die Nummer aus nach- Darstellung-
siehe unten- Stärke der Gefühle, die Sie gewöhnlich erleben.

Stärke der Gefühle: überhaupt nicht 0-1-2-3-4-5-6-7 sehr stark

2. Meine Arbeit belastet mich.
3. Am Ende des Arbeitstages fühle ich mich an der Unterseite der Kräfte.
4. Wenn ich in der Früh aufstehe und denke ich nach meiner Arbeitsprobleme, fühle ich mich müde.
5. Ich verstehe die Gefühle meiner Patienten sehr gut.
6. Ich habe das Gefühl, dass mit den Patienten von meiner Seite manchmal wie mit unpersönliche Dinge behandelt wird.
7. Den ganzen Tag mit den Menschen zu arbeiten is wirklich anstrengend für mich.
8. Ich bin in der Lade die Probleme meiner Patienten effektiv zu lösen.
9. Ich fühle „Ausbrennung“, Erschöpfung von meiner Arbeit.
10. Ich fühle, dass ich die Menschen in meiner Arbeit positiv beeinflussen und einstellen kann.
11. Seit dem ich in diesem Beruf tätig bin, bin ich weniger empfindlich zu den Menschen geworden.

12. Ich mache mir Sorgen, dass die Leistung meiner Arbeit macht mich emotional schwer.

13. Ich habe immer noch eine Menge Energie.

14. Meine Arbeit bringt mir Frustration, Unzufriedenheit.

15. Ich habe das Gefühl, dass ich meine Aufgaben so hart erfülle, dass ich mich erschöpft fühle.

16. Es interessiert mich jetzt schon nicht so viel, was mit meinen Patienten los ist.

17. Die Arbeit mit den Menschen belastet mich sehr stark.

18. Ich kann bei meinen Patienten eine entspannte Atmosphäre bilden.

19. Bei der Arbeit mit meinen Patienten fühle ich mich erfrischt und ermutigt.

20. Für die Jahre meiner Arbeit war ich erfolgreich und habe viel Gutes gemacht.

21. Ich fühle mich wie ich am Ende meiner Kräfte wäre.

22. Die emotionale Probleme in der Arbeit löse ich sehr ruhig, gleichmässig.

23. Ich fühle, dass die Patienten einige ihre Probleme zu mir zuschreiben.

Ich danke Ihnen für Ihre Bereitschaft und Zeit, die Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens verbracht haben.