UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

Obor: pedagogika – sociální práce

FAKTORY VEDOUCÍ K SYNDROMU VYHOŘENÍ PRACOVNÍKŮ V PŘÍMÉ PÉČI O STARÉ LIDI

Bakalářská práce

Hana Komínková

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 1.4.2011

Děkuji Mgr. Michaele Pugnerové, Ph.D. za její podněty a rady, které mi jako vedoucí mé bakalářské práce poskytovala při jejím zpracovávání.

Obsah

ÚVOD **6**
1 SYNDROM VYHOŘENÍ **7**
1.1 Vymezení pojmu 7
1.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření 8
1.3 Kdo je syndromem vyhoření nejvíce ohrožen 11
1.4 Důsledky syndromu vyhoření 12
1.4.1 Vlastní důsledky vyhoření 12
1.4.2 Dopady na výkon zaměstnání 12
1.5 Možnosti předcházení – prevence syndromu vyhoření 14
1.6 Duševní hygiena 17
2 STAŘÍ LIDÉ **20**
2.1 Změny ve stáří 22
2.2 Příčiny vzniku závislosti starých lidí na pomoci jiných 23
2.3 Změna způsobu života ve stáří 25
3 PRACOVNÍK V PŘÍMÉ PÉČI O STARÉ LIDI **28**
3.1 Nároky kladené na pracovníka v přímé péči o staré lidi 28
PRAKTICKÁ ČÁST **32**
Úvod 32
1 Cíl výzkumu 32
2 Hypotézy 32
3 Zkoumaný soubor 33
4 Aplikovaná metodika 34
5 Výsledky získaných dat 36
6 Shrnutí výsledků 38
6.1 Souhrn k cíli šetření 38
6.2 Ke správnosti hypotéz 38
7 Diskuse 39
ZÁVĚR **41**
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY **42**

SEZNAM GRAFŮ **44**
SEZNAM TABULEK **44**
SEZNAM PŘÍLOH **44**

Úvod

Syndrom vyhoření je v dnešní době poměrně aktuální téma. Tato práce se syndromem vyhoření zabývá v souvislosti s výkonem zaměstnání v pomáhajících profesích, konkrétně s výkonem práce pečovatelky (pracovníka v přímé péči) o staré lidi.

O syndromu vyhoření se nejčastěji hovoří právě ve spojitosti s pracovníky v pomáhajících profesích. Vyhoření může ale postihnout člověka i v jiném zaměstnání a také v jiných oblastech lidského života (v manželství, rodičovství).

Jak už napovídá samotný význam pojmu vyhoření, jde o to, že člověk přestává hořet pro určitou věc, ztrácí motivaci pro určitou věc, nevidí cíl ve své činnosti a ta ho pak přestává naplňovat. Následně ztrácí radost a uspokojení z vykonané práce. Tato skutečnost má vliv na celkovou kvalitu života a vnímání smysluplnosti svého žití. Ovlivňuje nejen samotného člověka, ale také jeho okolí.

Další část bakalářské práce se zabývá stářím a změnami, které toto období doprovázejí. O stáří nelze říci, že se týká především starých lidí, protože k němu spěje život každého člověka. Všichni jsou tedy tímto vědomím v průběhu svého života do jisté míry ovlivněni. Každý může předpokládat, že jednou zestárne. Ve stáří se člověk často potýká s mnoha těžkostmi, ale na druhou stranu právě toto období přináší také mnohé pozitivní stránky – životní moudrost a nadhled.

Poslední část se zabývá pracovníky v přímé péči. Jsou zde uvedeny některé skutečnosti, které mohou představovat rizikové faktory z hlediska vzniku syndromu vyhoření pečovatelů a pečovatelek. Poslední kapitola tedy vychází a navazuje na poznatky z předchozích dvou kapitol.

Praktická část se zaměřuje na zjištění míry vyhoření pracovníků v přímé péči o staré lidi. V této části bakalářské práce byl realizován výzkum formou dotazníkového šetření.

1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je poměrně známým jevem. Nejčastěji se o něm hovoří v souvislosti s výkonem zaměstnání, může se ale také objevovat v jiných oblastech v lidském životě. Na následujících stránkách se budeme tímto pojmem zabývat především ve spojitosti s výkonem profese, což nejvíce odpovídá účelu a tím také daným možnostem bakalářské práce.

1.1 Vymezení pojmu

Definicí k vymezení pojmu „syndrom vyhoření“ lze nalézt mnoho, také jeho pojetí se v nich často prolíná. Některé vycházejí z příčin, které syndrom vyhoření vyvolávají, jiné spíše popisují stav vyhořelého člověka.

Snad z celkového hlediska nejobsáhleji pojatou definicí a také nejčastěji uváděnou je ta následující:

Pines a Aronson (in Křivohlavý, 1998, s. 10) vymezují syndrom vyhoření (v angličtině burnout) následovně: *„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné.“*

Dále například Kennerley (1998, s. 36) hovoří o syndromu vyhoření jako *o „stresu z přepracování“; uvádí, že „tento pojem se užívá k označení závažné reakce na chronický stres“*. Autorka jej tedy spojuje přímo s příčinou, o které se domnívá, že syndrom vyhoření nejčastěji způsobuje.

Rush (2003, s. 7) definuje syndrom vyhoření jako *„druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky“*.

V Psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2009**,** s. 586) je syndrom vyhoření definován jako *„ztráta profesionálního zájmu n. osobního zaujetí u příslušníka někt. z pomáhajících profesí“*. Je zde na něj nahlíženo zejména jako na „ztrátu“zájmu o práci, činorodosti, zaujetí, apod. Zajímavé také je, že je zde syndrom vyhoření přímo uváděn jako ohrožující pracovníky vykonávající pomáhající profese.

V Psychologickém slovníku (Hartl, Hartlová, 2009) je u vymezení pojmu možno nalézt tři stadia syndromu vyhoření. Počáteční stadium se projevuje neustálým časovým skluzem při práci (nutnost provést velké množství práce s malou časovou dotací pro tuto činnost), toto stádium přechází ve ztrátu systému (v chaos) tj. druhé stádium, ve třetím stadiu dochází k únavě a poklesu motivace k práci, nechuti k výkonu práce, která dříve byla vnímána jako zajímavá.

Podobně k pojmu přistupuje také Křivohlavý (1998), který ve své knize hovoří o syndromu vyhoření jako o „ztrátě nadšení“ pro výkon práce, která dříve člověka zajímala a naplňovala. Autor dále uvádí, že předpokladem vzniku tohoto syndromu je pro práci „hořet“ (anglicky burn), pokud člověk nevykonává práci ani zpočátku s nadšením, syndrom vyhoření se ho netýká – nemůže ztratit nadšení pro výkon povolání, protože toto nadšení nikdy neměl.

Kallwass (2007, s. 9) hovoří o syndromu vyhoření jako o *„stavu extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží“*.

Při vymezení pojmu, lze tedy vycházet z jeho charakteristik, což řada autorů, zabývajících se tímto pojmem, činí.

Syndrom vyhoření také dobře vystihuje jeho název v angličtině - burnout syndrom, tj. ztráta hoření, plání pro určitou věc.

Stibalová (2010) rozlišuje akutní a chronickou formu.

K akutnímu syndromu vyhoření může dojít po několika měsících. Vzniká u nadšených, často u nových pracovníků, kteří vykonávají práci s plným nasazením, vlivem pracovního přetížení, nevhodných pracovních podmínek i jiných vlivů pak může dojít k vyhoření.

Chronický syndrom vyhoření vzniká po delší době výkonu práce, většinou vlivem zevšednění, kdy pracovník nevidí smysl ve vykonávané práci, ocenění za ni mu nepřipadá dostatečné, dochází k frustraci a převládá stereotyp.

1.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Příčin vedoucích k syndromu vyhoření je v dostupné literatuře zabývající se tímto fenoménem uvedeno mnoho.. V uvedení příčin, které lze nazvat jako základní, či zásadně ovlivňující riziko vzniku syndromu vyhoření, se autoři často shodují.

Jako nejčastější příčina bývá většinou uváděn stres.

Křivohlavý (1998) uvádí následující zobecněné okolnosti vzniku tohoto syndromu:

- Stres a přetížení
- Frustrace
- Negativní vztahy mezi lidmi
- Přílišná emocionální zátěž
- Vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce

Stres a přetížení - působení stresorů a distres. Roli hraje především dlouhodobá zátěž stresové situace a zvláště pokud se člověk dostává do distresové situace, tj. do nezvládnutelně těžkého psychického napětí.

Dle Atkinsonové (in Vágnerová, 1999) jsou subjektivně nepřiměřené nároky (nadměrné nároky) jedním z charakteristických znaků stresových situací. Vágnerová (1999, s. 33) stres definuje jako *„stav nadměrného zatížení či ohrožení“*.

Frustrace – neuspokojení našich potřeb a očekávání. Může se zde jednat o očekávání nejen finančního ohodnocení, ale také uznání, ocenění práce. Očekávání je individuální, míra očekávání jednotlivých lidí je odlišná. Nedojde-li k jejich splnění, může se dostavit frustrace.

Vágnerová (1999, s. 31) jako frustrující uvádí situaci, *„ kdy je člověku znemožněno uspokojit nějakou, subjektivně důležitou potřebu, ačkoli si myslel, že uspokojena bude. Frustrace je neočekávaná ztráta naděje na uspokojení. Taková situace vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé bilance. Pozitivní očekávání při jejím vzniku hraje důležitou roli.“*

Negativní vztahy mezi lidmi. Mohou to být negativní vztahy na pracovišti (velká míra devalvace, nedůvěra, soupeření, malá míra vzájemné úcty apod.), ale také špatné vztahy v rodině (rozvrat v manželství, nedůvěra, malá míra vzájemného porozumění, nezájem mezi členy rodiny, apod.).

Přílišná emocionální zátěž – na pracovníka je vyvíjen nepřiměřeně velký tlak na kladné emocionální vztahy mezi lidmi. Například na sociálního pracovníka, který je přitom často v kontaktu se stěžujícími si a hrubě se chovajícími se klienty.

Vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce. Jde například o nepřiměřenou kontrolu, nesmyslnost požadavků, problémy s autoritou, nadměrnou

míru odpovědnosti, potíže s vzájemnou komunikací, apod.

Stres bývá často uváděn jako jedna z nejvýznamnějších příčin. Vliv má zejména to, jak dlouho je člověk stresu vystaven. *„Bývá obvyklé, že chronický či protrahovaný stres přechází v syndrom vyhoření.“* (Krahulová, 2010, s. 22)

Kennerleyová (1998, s. 36) se zmiňuje o stresu z přepracování. Uvádí, že *„příznaky stresu z přepracování nebo syndromu vyhoření se podobají příznakům jiných stresových poruch, ale liší se od nich tím, že si je postižení obvykle nepřipouštějí, dokud se reakce na stres neprojeví velice výrazně“*.

Stibalová (2010) uvádí jako nejvýznamnější příčiny syndromu vyhoření psychosociální stres (tj. zátěž, kterou na pracovníka klade samotná profese) a vnitřní faktory (tj. osobnostní nastavení jednotlivce).

Dle Hučína (2005, s. 12) nejčastěji syndrom vyhoření vzniká *„následkem dlouhodobé nerovnováhy mezi investicí do práce a ziskem z ní“*. Pracovníkům pak chybí pocit osobního uspokojení z vykonané činnosti, přestože celkové pracovní nasazení je vysoké. Dle autora jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženi právě pracovníci pomáhajících profesí. U pomáhajících profesí se pracovníci často nesetkávají s takovou odezvou ve výsledku své práce, jakou by po předchozí vynaložené námaze mohli očekávat. Často je jejich prací „pouhé“ předcházení či zmírňování určitého jevu, přičemž se tento stav stále zhoršuje.

Jednou z příčin syndromu vyhoření pracovníků pomáhajících profesí mohou být také nereálné, přehnaně idealistické představy o určité profesi a také nereálné představy (vytváření si rádoby líbivého obrazu) o sobě samém. Místo altruismu pak lze hovořit spíše o egoistickém narcismu. Narušením tohoto falešného sebeobrazu pak může vést k ztrátě motivace k výkonu profese (Schmidbauer, 2000).

K syndromu vyhoření může také dopomoci přehnané jednostranné nasazení pracovníka, který zapomíná na zdravé udržení hranic mezi pracovníkem a klientem. Kopřiva (1997) hovoří o nutnosti zachování zdravého altruismu. Dále také zmiňuje důležitost zachování si empatie ve vztahu ke klientovi a současně zakotvení v sobě samém. Pracovníci často, při špatném pochopení asertivního jednání, zaměňují nácvik asertivity za nácvik egoismu. Jejich představy o sociální práci pak nejsou reálné a příliš je emočně i psychicky vyčerpávají.

1.3 Kdo je syndromem vyhoření nejvíce ohrožen

Příčiny, které k vzniku syndromu vyhoření přispívají nebo jej způsobují, mohou být podmíněny zvenčí – riziky, které sebou vykonávaná profese nese, ale i osobnostními předpoklady každého člověka.

Riziko vzniku syndromu vyhoření je vyšší u některých profesí. Jsou to např. lékaři, zdravotní sestry, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, učitelé, policisté, pracovníci pošt, dispečeři, telefonistky, právníci, pracovníci věznic, profesionální funkcionáři jako politici, manažeři, dále také příslušníci ozbrojených sil, duchovní a řádové sestry a další (Kebza, Šolcová, in Stibalová, 2010).

Křivohlavý (1998) hovoří o syndromu vyhoření v souvislosti s následujícími oblastmi povolání. Ohroženi jsou lidé zaměstnaní v oblasti zdravotnictví, školství, hospodářství a administrativy, sociální péče a služeb.

Více ohrožení jsou také lidé s určitými osobnostními dispozicemi. Kallwass (2007) hovoří o lidech, kteří špatně hospodaří se svými duševními a tělesnými rezervami. Do této skupiny patří osoby s perfekcionistickými rysy, dále lidé permanentně pochybující, nevěřící ve své schopnosti (tj. lidé s nízkým sebehodnocením), v neposlední řadě lidé s nadměrně vyvinutou potřebou harmonie, kteří v úsilí, aby nedošlo k nedorozumění či negativní reakci kolegy, se přetěžují a snaží se vše zvládnout sami.

Také Křivohlavý (2001) uvádí u kterých lidí s jakými osobnostními rysy se syndrom vyhoření objevuje nejčastěji. Kromě perfekcionisty (uvedeno výše), hovoří o:

- člověku, který je zprvu nadšen tím co dělá avšak časem toto nadšení ochablo,
- člověku, který na sebe neustále klade příliš vysoké požadavky,
- člověku, který pracuje nad úroveň své kapacity,
- člověku, původně nejvýkonnějším a neproduktivnějším,
- člověku, původně nejodpovědnějším a nejpečlivějším,
- člověku, kterého je možno nazvat workholikem,
- člověku, který prožívá neúspěch jako osobní porážku,

- člověku, který není s to vymanit se ze spárů neustále se zvyšujících nároků na něho kladených,
- člověku, který věnuje málo času odpočinku, relaxaci,
- člověku, který žije v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech.

1.4 Důsledky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření zapříčiňuje změny ve vnímání člověka. Změněné vnímání (sebe samého i okolí – pracoviště, kolegů, klientů, i celkové pojetí světa) pak způsobuje proměny v chování na pracovišti, které jsou popsány níže.

1.4.1 Vlastní důsledky vyhoření

Člověku, u kterého se syndrom projevuje, v podstatě „dochází palivo“ – životní energie, kterou dříve měl, motivace k vykonávání činnosti, která jej zajímá a naplňuje, radostné uspokojení z dobře vykonané činnosti.

Rush (2003) uvádí jako hlavní důsledky vyhoření následující:

- ztráta smyslu života,
- ztráta pozitivního vnímání sebe,
- pocit osamocenosti v dnešním světě,
- pocit zášti a hořkosti,
- pocit, že je všechno beznadějné.

Vyhořelý člověk v celkově negativním světle vidí nejen sám sebe, ale negativní postoj přenáší k celkovému vnímaní světa (ztráta smyslu života, vše je beznadějné).

.

1.4.2 Dopady na výkon zaměstnání

Syndrom vyhoření se projevuje změnou v chování pracovníka. O syndromu vyhoření lze hovořit pokud se člověk chová jinak než při nástupu do zaměstnání. Pokud se od počátku choval stejně „špatně“, nelze toto chování vyvozovat z důsledků vyhoření (Matoušek a kol., 2008).

Při sledování syndromu vyhoření jsou u jedince klíčové tři faktory: (Maslach, in Hučín, 2005)

- Míra emocionálního vyčerpání
- Proces depersonalizace
- Pocit uspokojení z práce

„U ohroženého člověka nejsou emoční investice vyváženy emočním ziskem z práce, jeho emoční zdroje se postupně vyčerpávají až k úplné apatii.“ (Maslach, in Hučín, 2005, s. 13) V pomáhajících profesích je následkem neschopnost empatie, kdy se pracovník sice chová profesionálně, ale klienti z něj cítí chlad a odtažitost. Neschopnost empatie může vést k negativnímu až cynickému postoji ke klientu. Pracovník ztrácí schopnost vnímat klienty jako individuality, ztrácejí u něj na osobitosti. Sám pracovník přestává svůj pracovní výkon hodnotit pozitivně, přestává pracovat efektivně, což má vliv na jeho sebehodnocení.

Mezi typické projevy syndromu vyhoření patří (Matoušek a kol, 2008):

- Neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se delším kontaktům s nimi, konflikty s klienty.
- Lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klientů.
- Práci je věnováno nutné minimum energie, pracovník se výrazně víc než v práci angažuje v mimopracovních aktivitách.
- Preference administrativních činností a činností směřujících ven z vlastní instituce před činnostmi, jež vyžadují kontakt s klienty.
- Důraz na pracovní pozici, na služební postup, na formální pravomoci, na mzdu, na jiné výhody plynoucí ze zaměstnání.
- V úvahách o účinnosti služby, příp. i o budoucnosti klientů převládá skepse.
- Časté pracovní neschopnosti, žádosti o neplacené volno, někdy i těhotenství.
- Omezování komunikace s kolegy, někdy i konflikty s nimi.
- Pocity depersonalizace, vyčerpání.
- V ojedinělých případech i zneužívání klientů.

1.5 Možnosti předcházení – prevence syndromu vyhoření

Autoři se ve většině možností předcházení syndromu vyhoření shodují. Prevence by měla být zaměřena jak na fyzickou stránku tak i na duševní. Zejména lidé, kteří mají velké pracovní nasazení a věnují práci mnoho času by neměli zapomínat na pravidelný odpočinek a relaxaci, naopak k „vyčištění hlavy“ od problémů a starostí pomáhá také pravidelný pohyb. K syndromu vyhoření mají často sklony lidé s malým sebehodnocením, trpící nízkou sebedůvěrou, vhodné je tedy naslouchat svým pocitům a potřebám. Asertivně se bránit přetěžování od ostatních kolegů, učit se komunikovat otevřeně a jasně, umět říci ne.

Např. Krahulová (2010) doporučuje zaměřit se při prevenci na následující oblasti uvedené dále v textu. Rady jsou zaměřeny na předcházení syndromu vyhoření pracovníků v pomáhajících profesích. Některé rady jsou určeny samotným pracovníkům, některé spíše jejich vedoucím, osobám, které jsou pověřeny řízením.

Sociální síť – rozvíjet a udržovat vztahy s druhými lidmi, mít s kým sdílet radosti i těžkosti. Dle Křivohlavého (2001, s.102) *„se sociální sítí rozumí soubor všech k danému jedinci zaměřeních podpůrných dyadických vztahů v rámci relativně větší skupiny lidí“*. Křivohlavý (2001, s.104) dále zdůrazňuje význam sociální opory, když říká, že *„sociální opora je chápána jako jeden z nejdůležitějších pozitivních faktorů modifikujících a moderujících nepříznivý vliv různých negativných životních situací na psychický i fyzický zdravotní stav člověka, na jeho pohodu (well-being) a na kvalitu jeho života.“*

Vztah člověka sama k sobě – mít rád sám sebe (jen pak může mít člověk rád i ostatní), budování zdravého sebevědomí, reálného sebehodnocení. Umět říct „ne“, učit se asertivnímu chování. Rush (2003, s. 72) v souvislosti s vyhořením hovoří o nutnosti budovat sebedůvěru, přičemž dodává, že *„sebedůvěra se buduje prostřednictvím častého a úspěšného splnění krátkodobých cílů, které postupem času nabírají na složitosti i délce.“*

Interpersonální pracovní vztahy – podílet se na rozvíjení harmonických a partnerských vztahů na pracovišti.

Pracovní podmínky – upravit pracovní podmínky tak, aby pracovní prostředí

bylo vnímáno jako příjemné.

Úprava pracovních podmínek obnáší také splnění následujících požadavků. (Křivohlavý, 1998):

- Uvolnění z centra napětí – mít možnost se občas uvolnit a odpočinout si, může mít formu místnosti, kde je možné se uchýlit, nebo také formu mimořádné dovolené, jako účinného prostředku proti totálnímu psychickému vyhoření.
- Oproštění se od administrativního a byrokratického balastu – omezení zbytečného byrokratismu na minimum.
- Zjednodušení příliš složitých pracovních postupů.
- Obohacení práce – zpestření jednotvárné práce (humorem, umožnění větší míry společenského soužití), týká se oživení pracovních porad, zavedení podnikového školení, podnikové rekreace.
- Spolupráce – rozvíjení kooperace, která by měla převažovat na soupeřením a rivalitou.

Při úpravě pracoviště je vhodné zaměřit se na následující aspekty: (Křivohlavý, 1998)

- Privátnost prostředí – zejména u některých činností (promýšlení postupů, uvažování) je nutné, aby měl pracovník prostor ve kterém nebude nikým rušen, a bude se moci do činnosti plně ponořit.
- Hluk – nejvíce rušící jsou příliš hluboké a vysoké tóny a také přerývaný a nepravidelný hluk.
- Světlo – nevhodná je oslňující žárovka, příliš málo nebo i mnoho světla.
- Tepelná pohoda – nejde zde jen o přiměřenou teplotu v místnosti, ale také vlhkosti vzduchu, apod.
- Klid – nejde jen o nepřítomnost hluku, ale není vhodné časté vyrušování při činnosti (častým vyzváněním telefonů, druhými kolegy, apod.).

Organizace práce - umět si práci vhodně zorganizovat, rozčlenit si čas na práci, vytvořit si určitý harmonogram.

Dle Křivohlavého (1998) úspěšnost organizace práce závisí na splnění následujících požadavků:

- Ujasnění si, co se od koho očekává (co kdo má vykonat).

- Stanovení pracovních úkolů s ohledem na možnosti realizace – nároky na zaměstnance by měli být přiměřené, a měly by odpovídat jeho kompetencím.
- Zpětná vazba – kontrola, zda to, co bylo stanoveno, bylo uděláno a jakým způsobem.
- Flexibilita - je opakem rigidity, pokud je to možné, měl by zaměstnanec mít možnost uplatnění vlastních postupů, flexibilita může také znamenat přeložení zaměstnance na jinou práci, pokud mu hrozí syndrom vyhoření.
- Kompletizace – člověk je spokojenější pokud vidí výsledek celé své práce, je proto vhodné, aby pracovník měl možnost podílet se na celém pracovním procesu.
- Uznání – projevy uznání zvyšují spokojenost zaměstnanců, jde nejen o uznání prostřednictví finančních prostředků, ale také slovním vyjádřením.

Pozitivní přístup – umět najít i v obtížné situaci něco pozitivního o co je možné se opřít, vidět věci z širšího kontextu. Lidé s pozitivním laděním jsou vůči vyhoření odolnější.

Zájem o vlastní zdraví – umět hospodařit s energií, odpočinout si, načerpat nové síly. Vhodné je vyhradit si na relaxaci pravidelnou dobu, kdy člověk nebude ničím a nikým rušen. Rush (2003) doporučuje lidem, kteří se cítí vyhořelí, nejprve se zaměřit na posílení fyzické stránky (důležité je nejprve odstranit fyzické vyčerpání), a to odpočinkem, dovolenou. Aby si člověk skutečně odpočinul, doporučuje dodržovat určitá pravidla, např. naprosto vypustit z mysli (nezabývat se tím) co se děje v práci, nejlépe s sebou nebrat služební telefon a nepřijímat hovory ze zaměstnání, nebrat si s sebou žádnou práci, každý den na dovolené se věnovat něčemu jinému – např. různým sportům, turistice, rybaření, jízdě na koni apod.

Krahulová (2010) dále doporučuje také najít si čas na pravidelnou relaxaci, poslouchání hudby nezapomínat na důležitou roli spánku a také na potřebu pohybu, který pomáhá odreagovat se od běžných problémů a starostí.

V prevenci vyhoření hraje důležitou roli také otázka smysluplnosti. V širším kontextu lze hovořit o vnímání smysluplnosti svého života – zda samotný život člověk vnímá jako smysluplný. Zda jej vnímá jako koloběh překážek a námahy (a nevidí smysl v jejich zvládání ale jen nutnost) nebo zda těžkosti, které život přináší, bere jako výzvu a nějaký smysl v nich nalézá.

Od toho se pak odvíjí i vnímání překážek v zaměstnání. Mohou být vnímány smysluplně – člověk ví, že jejich překonáním i něco získá (může to být jen dobrý pocit z toho, že se zachoval podle svého svědomí), ale také mohou být chápány jako závaží, které dotyčnému jen zbytečně ubírají energii (Křivohlavý, 1998).

1.6 Duševní hygiena

Prevence syndromu i následná řešení vyhoření s psychohygienou úzce souvisí. Lze se domnívat, že většina lidí, zvláště ti, kteří se v průběhu své profesní dráhy se syndromem vyhoření museli sami potýkat, často nevěnovali duševní hygieně dostatek pozornosti a její význam v životě člověka podcenili.

O duševní hygieně samozřejmě nelze hovořit jen v souvislosti s lidmi, kteří chodí do zaměstnání, ale má význam v životě každého člověka. Přesto lze předpokládat, že zaměstnanci (v případě této bakalářské práce konkrétně pracovníci v přímé péči), kteří jsou v neustálém kontaktu s lidmi, jsou z tohoto důvodu ve svém zaměstnání vystaveni velkému emocionálnímu tlaku. Čas věnovaný duševní hygieně je tedy pro ně velmi důležitý.

Míček (1984, s. 9) vymezuje pojem duševní hygiena jako *„systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy“*.

Míček (1984, s. 14) uvádí k souvislosti s vykonávanou prací a duševní hygienou následující: *„Kvalita pracovního výkonu těsně souvisí s duševní rovnováhou; snad nejmarkantněji je to znát u těch profesí, jejichž těžiště je v jednání s lidmi.“* Dále dodává: *„Vyrovnaný člověk se dovede koncentrovat při práci a uvolnit se při odpočinku, zatímco nevyrovnaný dělá obojí polovičatě a pracuje neefektivně.“* Nedílnou součástí duševního zdraví člověka je jeho osobní vyrovnanost, která má pak vliv nejen na kvalitu vykonané práce, ale také na jeho subjektivní spokojenost.

Autor zdůrazňuje v souvislosti s duševní hygienou nezastupitelnou úlohu spánku, výživy, správného dýchání, odpočinku, dále také pohybu, tělesné práce a cvičení. Vliv těchto faktorů na duševní a tělesné zdraví je v současné době často zmiňován, nebude tedy zde dále rozváděn. Pokusíme se na tomto místě více zaměřit na sociální aspekty duševní hygieny, které jsou méně známé a méně často rozpracované v běžné literatuře či časopisech. Vzhledem k tomu, že se tato práce

zabývá psychickým vyhořením pracovníků v přímé péči, kteří jsou v neustálém kontaktu s lidmi, jak s klienty, tak s ostatními spolupracovníky (v rámci týmové práce), znalost sociálních aspektů duševní hygieny má při jejich práci velký význam.

Míček (1984) hovoří o těchto pravidlech při jednání s druhými lidmi:

- Kladné naladění vůči lidem – člověk se většinou chová podle toho, jak předpokládá, že si druhý člověk o něm myslí, že by se měl chovat. Kdo vidí na druhém kladné stránky, kdo druhého kladně posuzuje, svým postojem u něho vyvolává kladnou odezvu v chování.
- Naslouchání – naslouchání předpokládá snahu dát druhému dostatek prostoru k vyjádření a snahu poslouchajícího pochopit a akceptovat plný význam sdělení. Není tedy vhodné přerušovat druhého v řeči, neposlouchat, co druhý říká, či poslouchat pouze slova bez vnímání jejich obsahu. Naslouchání znamená být pozorný a otevřený.
- Mluvení - při mluvení nepodléhat některým obranným mechanismům, např. projekci. Lidé se často při jednání s druhými zaměří spíše na nedostatky, než na klady. Také kritika druhého by měla být doprovázena chválou a oceněním jiných kladných stránek.
- Upřímnost, otevřenost, odložení masky.
- Nepředstíraný zájem o druhé lidi – vycházet vstříc v rozhovoru, abychom se o daném člověku co nejvíce dověděli, co jej zajímá, co jak vnímá apod.
- Přiměřená citlivost k potřebám druhých lidí.

Míček (1976) v rámci duševní hygieny vyzdvihuje význam sebepoznání. Sebepoznáním začíná vlastní sebevýchova a autoregulace. Díky sebepoznání se vědomí o sobě samém stává objektivnějším. Míra porozumění sobě samému má vliv na zlepšení adaptace a upevňování duševního zdraví. Člověk může své chování pozorovat, lépe mu porozumět a ovlivňovat jej pravidelnými každodenními reflexemi, úvahami, např. také psaním deníku, zapisováním svých myšlenek a jednání během dne. Také od druhých lidí může člověk získat mnoho cenných informací o svém chování, zvláště pokud je schopen je posuzovat a přijímat bez předsudků a objektivně.

Z výše uvedeného vyplývá, že péče o vlastní duševní zdraví, snaha porozumět sobě samému, svým myšlenkám, obavám a úzkostem může být jednou z cest, jak účinně předcházet nebo zvládat syndrom vyhoření. Samotné uvědomění si svého stavu, postoje k svému zaměstnání může být začátkem nového přístupu k sobě i k druhým. Člověk často nemá možnost ovlivnit vnější, často nevhodné podmínky na pracovišti, ale může začít měnit sám sebe, třeba právě tím, že bude více reflektovat a přemýšlet o svém jednání a naslouchat svým pocitům, kterým dříve nevěnoval pozornost.

2 Staří lidé

Období stáří bývá většinou blíže rozděleno do několika etap. Určení počátku stáří i vymezení jednotlivých etap je vždy spíše přibližné. Autoři je často vymezují mírně odlišně.

Vágnerová (2000) dělí stáří na období raného stáří, věk nad 75 let označuje jako pravé stáří. V dostupné literatuře zabývající se pojmem stáří, bývá často uváděno členění dle Světové zdravotnické organizace. Toto členění uvádí např. také Říčan (2004):

- 60 – 75 let rané stáří
- 75 - 90 pokročilý věk, vlastní stáří
- nad 90 let – vysoký věk, dlouhověkost

Vymezení stáří dle věku ale nelze stanovit jednoznačně. Například Sýkorová (2007, s. 47) uvádí následující. *„Sociálním markerem stáří je obligatorně stanovený věk odchodu do starobního důchodu, jakkoli se chronologický věk jeví být ke klasifikaci lidí jako „starých“ problematický i z biologického a psychologického hlediska. Jedinci totiž zejména ve třetím věku disponují značnými, aktivovatelnými fyzickými a kognitivními rezervami.“*

Dále autorka uvádí, jak nahlíží na stáří sami senioři. Většina starých lidí považuje za rozhodující pro označení sebe nebo někoho jiného jako starého zhoršený zdravotní stav (zhoršeným zdravotním stavem příznačným pro stáří většinou myslí zhoršení smyslů nebo úbytek duševních schopností či vznik duševních poruch).

Podobně je na problematiku vymezení pojmu „stáří“ nahlíženo také v Sociologickém slovníku, kde je tento termín vymezen následovně. *„Fáze životního cyklu, která nastává většinou po skončení ekon. činnosti a je doprovázena fyzickými a duševními změnami. Nedá se vymezit pouze věkem, protože individuální rozdíly mezi jedinci jsou velké.“ (Jandourek, 2001, s. 237)*

„Starý člověk bývá charakterizován svou příslušností k věkové skupině definované dosažením 60, resp. 65 let. Je spojován se sociálním statusem důchodce, je považován za neaktivního či neproduktivního a předpokládány jsou i zdravotní charakteristiky spojené s involucí ztrátou funkčních schopností, multimorbiditou, postupnou ztrátou soběstačnosti.“ (Matoušek a kol., 2005, s. 163) Takto by zřejmě

starého člověka definovala většinová společnost. Postoj většiny lidí ke stáří je spíše negativní, staří lidé bývají vnímáni jako přitěžující část, která nemá co nabídnout. Většinová společnost si často staré lidi spojuje s odčerpáváním finančních prostředků společnosti souvisejících s výplatou důchodů a zvýšenou zdravotní péčí.

Pozitivní přínos stáří pro ostatní lidi a pro celou společnost, bývá často nedoceněný. Nedoceněno je také stáří jako etapa života, která nepředstavuje jen těžkosti a problémy, ale může být přínosem pro samotného člověka i jeho blízké.

Stáří je důležitá etapa lidského života, lze tvrdit, že pro samotného člověka, může být tou nejdůležitější etapou života, je to čas, kdy se člověk zamýšlí na svým životem, hodnotí jej a reflektuje.

Dle Eriksona (in Vágnerová, 2000, s. 444) je *„hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života jako celku a pochopením jeho smyslu.“*

Také Říčan (2004, s. 382) hovoří o Eriksonově pojetí integrity (celistvosti ve stáří). Jako její opak uvádí „zoufalství“. *„Stáří je tvrdou zkouškou, ve které neobstojí životní nepravda, neupřímnost k sobě i k jiným, citová kocovina zbývající po prázdném životě malých lásek.“*

Stáří je etapa života, ve které již není co předstírat, na co si hrát. Právě schopnost vidět život z této perspektivy, může být velmi obohacující.

Pichaud, Thareauová (1998, str. 14) uvádí o přínosu stáří následující. *„Stáří může také přinášet ovoce, které se jmenuje moudrost, shovívavost nebo třeba humor, tichost, schopnost vidět věci a lidi do hloubky (pozorování, kontemplace), rozeznávat určitá pozitiva v samotě, nacházet smysl života a smrti.“*

Starý člověk díky svým životním zkušenostem, radostem i zklamáním, překonaným utrpením, které život přináší, je schopen nahlížet na druhé, sebe a život z jiné stránky než mladší člověk, který většinou vnímá život zase jinak. Samozřejmě záleží na osobnostních předpokladech, vůli a schopnosti nadhledu každého člověka. Mnozí lidé se ve stáří litují, chovají se negativně k ostatním, neustále si stěžují na své trápení (plynoucí ze zdravotních problémů, postupné ztráty soběstačnosti nebo třeba pocitu osamocení). Tyto projevy u starého člověka je potřeba chápat, stáří může být svým způsobem nejen nejpřínosnějším (ve smyslu dosažení integrity, nalezení smyslu života, apod. jak je uvedeno výše), ale také tím nejobtížnějším obdobím, které na člověka klade velké nároky.

2.1 Změny ve stáří

Ve stáří dochází k mnoha změnám. Nejen ke změnám duševním a tělesným, ale často ke změnám ve způsobu života. Většinou dochází k ukončení výdělečné činnosti, odchodu do důchodu, dále také může dojít ke změně bydliště, což většinou souvisí se zhoršením zdravotního stavu, kdy starý člověk není schopen žít sám a potřebuje pomoc jiných osob. Může se přestěhovat k příbuzným, pokud tuto možnost nemá, novým bydlištěm se většinou stává domov pro seniory.

„Pro stáří je charakteristické, že se ztráty a životní zvraty nahromadí a staří lidé se pak stávají slabší a zranitelnější.“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 26) Autoři dále uvádí, že staří lidé většinou častěji než ostatní musí čelit velkým životním ztrátám (ztráta zaměstnání odchod do důchodu, ztráta životního partnera apod.) a změnám. To vše pro ně představuje velký psychický tlak.

Pichaud, Thareauová (1998) hovoří o několika velkých životních změnách, které jsou pro stáří nejpříznačnější:

- **Odchod do důchodu**

Odchod do důchodu sebou přináší mnoho aspektů. Člověk mění svou identitu, dřív byl spojován s výkonem určité profese „něčím byl“, nyní je „jen důchodce“. Většinou již není tolik v kontaktu s lidmi jako když chodil do zaměstnání. Musí si sám organizovat a řídit svůj čas. Najednou má hodně volného času, který by měl smysluplně zaplnit. Na mnoho lidí často doléhá samota, připadají si zbyteční, neví co si počít s nově nabytým časem.

Pozitivní stránkou odchodu do důchodu je skutečnost, že je pak více volného času, který senioři mohou trávit s blízkými rodinnými příslušníky a přáteli. Ve stáří často dojde k utužení vztahů mezi sourozenci, bratranci, sestřenicemi, kamarády, apod. (Říčan, 2004).

„Odchod do důchodu zasahuje všechny složky lidské osobnosti, mění prožívání, uvažování a chování starého člověka. Ovlivňuje jeho postoj ke světu i k sobě samému.“ (Vágnerová, 2000, s. 466)

V Sociologickém slovníku (Jandourek, 2001, s. 238) je uvedeno, že odchod do důchodu *„má konkrétní společenské a psychologické důsledky, protože často znamená ztrátu statusu, zmenšení příjmu, snížení životního standardu, ztrátu pracovní rutiny trvající desítky let, snížení respektu (zkušenosti už nejsou pro mládež*

použitelné), konec kontaktů s kolegy.“

- **Odchod dětí a narození vnoučat**

Manželé zůstávají sami, mají na sebe více času než když žili spolu s dětmi. Často dochází k upevnění vztahu, nebo také naopak k rozvíření skrytých konfliktů. Manželé se také můžou cítit osamoceně, zvláště pokud mají s partnerem rozdílné zájmy, či představy o vhodném vyplnění nabytého času či pokud spolu nemají o čem hovořit. Samotou také většinou trpí osamělý rodič (ovdovělý či rozvedený) jehož dítě opustilo původní domov. Situace se často zlepší příchodem vnoučat – rodičovskou roli nahradí role prarodiče. Ti pak získávají větší pocit užitečnosti.

- **Biologické a fyzické změny**
- **Smrt partnera, blízkých lidí a vrstevníků**

Smrt partnera patří mezi nejtěžší změny ve stáří, s partnerem odchází společné sdílení radostí i obav. Pozůstalému partneru chybí přítomnost zemřelého, zůstávají jen vzpomínky. Ve stáří také ubývá přátel a známých, člověk zůstává osamocen.

„Ovdovění vede k opuštěnosti a zvýšení pocitu osobní bezvýznamnosti.“ (Vágnerová, 2000, s. 481)

Dle Vágnerové (2000) smrt partnera často ovlivní následující složky života:

- zvýší se pocit ohrožení, prázdnoty a osamocení, může dojít ke ztrátě smyslu života,
- dochází ke zhroucení struktury navyklého denního režimu, ztrátě jeho smyslu,
- může dojít ke zhoršení ekonomické situace.

- **Změna bydlení případně vstup do domova důchodců**

Zhoršení zdravotního stavu, neschopnost zajistit sám své potřeby, udržovat dům, osamocení, často vede k přestěhování se do zařízení poskytující sociální služby. Změna bydlení sebou většinou přináší pocit vykořenění, opuštění bydlení se kterým je člověk spjat (prožil zde většinu svého života, dům má spojen s výchovou dětí, apod.) nutnost zvykat si na nové lidi a odlišný způsob života.

2.2 Příčiny vzniku závislosti starých lidí na pomoci jiných

Závislost starého člověka na pomoci jiných lidí, je většinou chápána jako úbytek osobní autonomie.

Zajímavý výzkum uvádí např. Sýkorová (2007), která se pokusila zjistit jak sami senioři vnímají pojem „být autonomní ve stáří“. Autorka uvádí, že nejčastěji senioři pojem vlastní autonomie chápali ve spojitosti s fyzickou soběstačností. Dále pak shrnuje výsledky výzkumu. *„Shrneme-li, pak autonomie ve významu fyzické soběstačnosti znamená pro seniory být schopen či umět postarat se o sebe a domácnost sám, nepotřebovat druhé, resp. nebýt na ně odkázán, nemuset žádat druhé o pomoc, nedoprošovat se a nebýt jim zavázán a nezatěžovat druhé.“* Zajímavé je také následující zjištění ve výzkumu. *„Několik seniorů upřesnilo soběstačnost jako stav, kdy jim nehrozí institucionalizace…“* (Sýkorová, 2007, s. 85).

Někteří staří lidé tedy ztrátu své vlastní soběstačnosti, z níž většinou vyplývá závislost na pomoci druhých, vnímají jako stav, kdy je nutné opustit vlastní bydlení a přesunout se do domova pro seniory.

Tošnerová (2009, s. 14) hovoří o strachu starých lidí ze ztráty závislosti následovně, uvádí co si lidé s pod tímto pojmem představují. *„Mezi hrozby stáří patří obava ze ztráty nezávislosti. Obava je spojena s pojmy: bezmoc, ponížení, ignorace okolí, strach z odloučení, ztráta autonomie, nesoběstačnost.“*

Dienstbier (2009) uvádí následující druhy závislosti u starých lidí:

- Fyzická – potíže s pohybem a vykonáváním běžných každodenních aktivit.
- Psychická – projevuje se poruchou myšlení.
- Socioekonomická – souvisí s neschopností postarat se o bydlení, lékařské ošetření, stravování.

„Ztráta nezávislosti může být výsledkem změn zdravotního (tělesného nebo duševního) stavu objektivně stanoveného lékařem (ne naší domněnkou) či následkem ekonomických nebo psychosociálních okolností.“ (Tošnerová, 2009, s. 15)

Samotné psychické nebo tělesné změny ve stáří jsou přirozeným procesem, které většinou nevedou k závislosti na péči jiných osob. Ta může vzniknout jako důsledek psychického nebo tělesného onemocnění. Častými onemocněními postihujícími psychiku starého člověka jsou stařecká demence a Alzheimerova choroba. Např. Dienstbier (2009) hovoří o demenci jako o nejčastější psychické poruše ve stáří.

Staří lidé trpí i jinými psychickými poruchami. Například Říčan (2004) uvádí, že se ve stáří často vyskytují neurózy, demence, změny osobnosti, paranoidita a deprese.

Podle Pichauda a Thareauové (1998) nejčastějšími onemocněními ve stáří jsou:

- Cévní mozková příhoda
- Artróza
- Ateroskleróza
- Šedý zákal
- Demence
- Deprese
- Osteoporóza
- Parkinsonova choroba

2.3 Změna způsobu života ve stáří

Při zhoršení soběstačnosti staří lidé většinou chtějí zůstat ve svém přirozeném prostředí. V mnoha rodinách dobře funguje mezigenerační pomoc, kdy příslušníci rodiny jsou ochotni postarat o svého dědečka, babičku, otce, matku nebo třeba strýce, tetu. V některých rodinách zastává péči o starého člověka jedna osoba, někdy se střídá celá rodina. Péči rodiny lze vhodně doplnit odebíráním sociálních služeb od poskytovatelů těchto služeb – terénní pečovatelské služby. Nebo si senior může vystačit jen se službami od pečovatelské služby bez větší pomoci rodiny.

„Pečovatelská služba představuje pomoc, která starému člověku umožňuje žít navyklým způsobem života v soukromí vlastního bytu.“ (Vágnerová, 2000, s. 495)

Dle Vágnerové (2000) pečovatelská služba představuje nejen konkrétní pomoc starému člověku, ale příchodem pečovatelky do domácnosti seniora jsou spojeny i další aspekty. Kontakt s pečovatelkou představuje pro starého člověka formu sociálního kontaktu a také psychické podpory.

Někteří senioři ale na pomoc rodiny z různých důvodů spoléhat nemohou nebo nechtějí a nabídka terénních pečovatelských služeb je pro ně vzhledem k vysoké míře nesoběstačnosti nedostačující. Řešením situace v těchto případech bývá odchod do domova pro seniory.

„Staří lidé přijímají odchod do domova důchodců jako nutnost v situaci, kdy dosavadní status není z nějakého důvodu možné udržet. V Pacovský (1994)

připomíná, že v našich podmínkách se lidé pro odchod do domova důchodců rozhodují teprve tehdy, když jsou ve špatném zdravotním stavu a přestávají být soběstační.“ (Vágnerová, 2000, s. 499)

Umístnění do domova pro seniory nebo jiné instituce představuje pro starého člověka zásadní změnu životního stylu. S touto změnou souvisí ztráta zázemí a s ním spojené identity, dochází ke ztrátě pocitu bezpečí známého prostředí. Umístění do ústavu potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti a je chápáno jako signál blížícího se konce života (Vágnerová, 2000).

Říčan uvádí (2004, s. 337) špatné snášení změny jako jeden z rysů stáří. *„Čím je člověk starší, tím větším traumatem je pro něj stěhování nebo jiná větší životní změna“*.

Průběh adaptace (Vágnerová, 2000) závisí na míře dobrovolnosti rozhodnutí o umístění do ústavního zařízení.

1. Proces adaptace na nedobrovolné umístění do ústavního zařízení:

- Fáze odporu - projevují se negativní emoce, staří lidé se mohou projevovat negativisticky, agresivně, hostilně vůči personálu i vůči ostatním obyvatelům, starý člověk hledá náhradního viníka za to, že musí žít v ústavním zařízení.
- Fáze zoufalství a apatie – vyčerpání se, zjištění že odpor k ničemu nevede, nastává útlum, apatie až rezignace. Tento stav může přetrvat až do smrti.
- Fáze vytvoření nové pozitivní vazby – navázání nového pozitivního vztahu (k někomu z personálu, k některému z obyvatelů), naplňuje se potřeba sdílení, starý člověk má pocit že život získává nový smysl.

2. Proces adaptace na dobrovolný odchod do ústavního zařízení

- Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu – staří lidé se snaží orientovat se v novém prostředí, získávají informace o novém domově, o způsobu života v něm, bývají často přecitlivělí, srovnávají předchozí bydlení (způsob života) s nynějším.
- Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu – smíření se s opuštěním starého domova, se změnou způsobu života, navazování nových kontaktů.

Přesto, že představa přestěhování se do domova pro seniory bývá u starých lidí vnímána často negativně, skutečnost může být naprosto jiná. Většina domovů pro seniory se snaží vytvořit takové prostředí, aby zde jejich obyvatelé mohly žít plnohodnotným životem.

Rheinwaldová (1999, s.10) hovoří o domovech důchodců následovně. *„V domovech důchodců by měli najít nový, bezpečný domov, kde budou moci spokojeně žít. Nový domov by měl poskytovat nejen důstojné bydlení a nutnou zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chátrání, a to jak fyzického tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu. Měl by pomáhat lidem žít, bavit se, mít se na co a z čeho těšit.“*

3 Pracovník v přímé péči o staré lidi

„Péče znamená také vztah. Nejde však o vztah, který by byl navíc nebo na okraji. Jde o vztah zahrnutý do péče, vztah, který je její součástí.“ Autoři dále doplňují. *„Pokud má být vztah opravdový, musí zahrnovat všechny dimenze jedince: fyzickou, psychickou, sociokulturní i duchovní. Člověk v něm musí být pojímán jako jedinečná, svobodná, odpovědná bytost.“* (Pichaud, Thareauová,1998, s.65)

Pracovník v přímé péči o staré lidi bývá většinou mezi lidmi i v literatuře označován jako pečovatel, pečovatelka. Konkrétně je vymezen v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde je označen jako pracovník v sociálních službách.

Leclerc (in Pichaud, Thareauová, 1998) rozlišuje následující typy pomáhajících:

- Autoritativní – má snahu vnutit starému člověku své názory a rozhodnutí.
- Manipulující – nevyužívá svého postavení a své moci k vnucení svých rozhodnutí, ale snaží se druhého zmanipulovat tak, aby dosáhl svého.
- Ochranitelský – snaží se pomáhat přespříliš, brání tím starému člověku rozvíjet své schopnosti.
- Spolupracující – snaží se pomoci zachovat a rozvíjet a autonomii starého člověka. Pomáhá v čem je potřeba ale všímá si schopností starého člověka, pomáhá mu, aby se o sebe, pokud je to možné, mohl postarat sám.

3.1 Nároky kladené na pracovníka přímé péči o staré lidi

– možné příčiny syndromu vyhoření

„Mnozí pracovníci v domovech důchodců u sebe pozorují stresové reakce v podobě únavy, nedostatku energie, podrážděnosti, negativního přístupu k sobě, druhým a k práci.“ (Rheinwaldová, 1999, s. 80) Autorka dále dodává. *„Pracovníci mívají často chuť od všeho utéct, cítí se vyčerpaní, mají pocit prázdnoty a osamělosti. Zdá se jim, že veškerá práce je blokována nepřekonatelnými překážkami a že jediné řešení je vše vzdát.“*

Na pracovníky v přímé péči jsou kladeny poměrně velké nároky.

Rheinwaldová (1999, s. 80) uvádí, že *„pracovníci se seniory zastávají práci, která je náročnější než mnohá jiná zaměstnání. Spojuje v sobě totiž více profesí.“* Autorka upozorňuje na psychologickou stránku tohoto povolání, která je podle ní stejně, ne-li více důležitá než běžná rutinní práce, kterou vykonávají.

Rizikovými faktory, přispívajícími ke vzniku syndromu vyhoření pracovníků v přímé péči o staré lidi mohou být:

- **Velký důraz na vztah mezi pracovníkem a klientem**

Pracovníci v přímé péči jsou téměř neustále v kontaktu s klienty. Jedná se o povolání, u kterého je vztah mezi pracovníkem a klientem velmi důležitý.

Kopřiva (1997) upozorňuje na skutečnost, že na pomáhající profese jsou kladeny zvláštní nároky. Nejdůležitějším nástrojem zde není „jen“ odbornost ale také vztah mezi pracovníkem a klientem. Klient se často z různých důvodů ocitá v závislém postavení, od pracovníka očekává náklonnost, trpělivost a vcítění. *„Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.“* (Kopřiva, 1997, s. 15)

Venglářová (2007, s. 81) uvádí následující. *„Vztah je nutné navázat se všemi klienty. Ne vždy a ne všichni klienti jsou nám sympatičtí. Pak musíme zapojit profesionalitu, vůli a překonávat úskalí, aby vztah fungoval. To je citově náročné.“ Dále dodává. „ Navazování vztahu je běh na dlouhou trať. Zvláště u seniorů jsme často odmítnuti, klienti si důvěru v nás vytváří dlouho, bojí se zklamání.*

Také Kopřiva (1997, s. 28) uvádí, že *„…nikdo nemůže účinně pracovat s kýmkoliv a že každý pomáhající potkává potřebné, kteří v něm budí záporný vztah.“*

- **Náročnost z hlediska vlastní vyrovnanosti se stářím a umíráním**

Pracovníci pečující o staré lidi se v zaměstnání často setkávají se smrtí. Také tato skutečnost na ně klade velké nároky.

„Vztah je často ukončen smrtí klienta nebo jeho překladem do jiného zařízení ve zhoršeném stavu. Obranou před smutkem může být podvědomá tendence se příliš emočně neangažovat. Zůstat chladnějším.“ (Venglářová, 2007, s. 81)

Také nevyrovnanost s představou vlastního stáří může být zdrojem stresu.

Kopřiva (1997, s. 22) uvádí, že *„ při práci se starými, chudými, osamělými a postiženými lidmi vůbec hodně záleží na životní filozofii pomáhajícího. Pro toho, kdo vidí smysl života v práci pro společnost, se může zdát působení v domově důchodců jako málo produktivní.“* Autor dále doplňuje. *„U starých lidí podle něj už o nic*

nejde, vše důležité už bylo rozhodnuto dávno. Jiný pomáhající naopak vnímá osamělost ve stáří jako důležitý a dramatický životní zápas, …“

- **Chování obyvatel (klientů) – negativní klienti**

Vágnerová (2000, s. 495) uvádí, že *„vztah k pečovatelce poměrně snadno nabývá méně přiměřené, emočně vyhraněnější, event. i ambivalentní podoby (která zahrnuje protikladné, pozitivní i negativní city).“*

Autorka hovoří o nebezpečí přehnaně pozitivního nebo naopak negativního vnímání pečovatele. V prvním případě hrozí nadměrná, nepřiměřená fixace na osobu pečovatele, v druhém případě, může být pečovatel vystaven častému podezírání, obviňování a z toho plynoucím konfliktům.

- **Práce s klienty trpícími demencí**

Rheinwaldová (1999, s. 81) uvádí že *„pracovníci jsou vystaveni stresu, jestliže mají ve vztahu k dezorientovaným lidem některá očekávání, která se jim mohou těžko splnit.“* Autorka uvádí některá nerealistická očekávání pracovníků od klientů, jako je např. očekávání, že klienti se budou chovat podle pravidel, budou se kontrolovat apod.

- **Nevhodný postoj vedení instituce (nepochopení náročnosti práce) – fyzické, psychické přetížení**

„Burn-out neplyne pouze z chování obyvatel, ale často i z nepochopení ředitele, který si neuvědomuje přílišnou psychickou zátěž, která vedle fyzického přetížení vyčerpává personál.“ (Rheinwaldová, 1999, s.82)

Například Venglářová (2007) uvádí následující předpoklady pro vznik syndromu vyhoření pracovníků v přímé péči:

- **Přítomnost stresorů**

Příčinou stresu může být obava o osud klienta, konflikty s klienty, také obava z kritiky, zda je péče vykonávána dobře, apod..

- **Frustrace**

Pracovník potřebuje vědět, že jeho práce je smysluplná. Pokud se snaží svou profesi vykonávat v souladu se svým nejlepším svědomím, vynaloží mnoho své energie a přesto není jeho práce oceněna, může se dostavit frustrace.

- **Negativní vztahy mezi spolupracovníky**

Mezi pracovníky se mohou vyskytnout nedorozumění, spory a nekolegiální chování. Pracovník v přímé péči pracuje v týmu, konflikty se spolupracovníky, zvláště pokud je vůči sobě vnímá jako nespravedlivé, mohou být psychicky velmi vyčerpávající.

- **Vliv prostředí, pracovních podmínek, organizace práce**

Velký vliv má míra svobody a kontroly, negativně působí nesmyslné požadavky, konflikty s nadřízeným, špatná komunikace s vedením nebo nepřiměřené zatěžování pracovníků.

Výkon povolání pracovníka v přímé péči může být náročné vlivem více faktorů, které mohou být příčinou vzniku syndromu vyhoření. Některé faktory plynou přímo ze specifiky klientů – starých lidí, některé mohou být společné pro všechny pracovníky v pomáhajících profesích.

Praktická část

V praktické části bakalářské práce byl zpracován výzkum formou dotazníkového šetření.

Úvod

Výzkum byl zaměřen na zjištění míry syndromu vyhoření pracovníků v přímé péči.

Syndrom vyhoření se může vyskytovat v mnoha profesích, osoby vykonávající některé profese jsou ale vyhořením ohroženy více než jiné. Povolání v sociální sféře mezi ně určitě patří. Proto jsem se rozhodla zaměřit výzkum právě na pracovníky v přímé péči. Jejich profese na ně klade velké nároky, protože jsou v neustálém kontaktu s klienty - seniory. Také některé charakteristiky této skupiny klientů, starých lidí, mohou představovat určitou zátěž.

Na druhou stranu je tato práce je velmi potřebná, pro pracovníky je často naplňující a smysluplná, mnoho z nich ji vykonává upřímně a s opravdovým zájmem.

1 Cíl výzkumu

Zjistit do jaké míry je syndrom vyhoření přítomen u pracovníků v přímé péči o staré lidi.

2 Hypotézy

Hypotéza 1: Předpokládáme, že většina pracovníků v přímé péči o staré lidi není postižena syndromem vyhoření. Tzn. že syndromem vyhoření je postižena méně než polovina respondentů.

Hypotéza 2: Předpokládáme, že u pracovníků s dlouholetou praxí (nad 10 let) je míra syndromu vyhoření vyšší, než u zaměstnanců s krátkodobější praxí (do 5- ti let).

3 Zkoumaný soubor

Dotazníkového šetření se zúčastnili zaměstnanci S-centra v Hodoníně a Centra služeb pro seniory v Kyjově. O vyplnění dotazníků byli požádáni zaměstnanci profesně zařazení jako pracovníci v sociálních službách (dle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zkoumaný soubor tvoří celkem 42 osob. Z toho 2 muži a 39 žen.

V následujících tabulkách uvádíme věkové rozložení a strukturu respondentů dle rodinného stavu a délky praxe.

Tabulka č. 1.: Věkové rozmezí

Věkové rozmezí:	**Počet respondentů:**
18-25 let	2
26-30 let	1
31-40 let	11
41-50 let	21
51 a více let	7

Tabulka č. 2.: Rodinný stav

Rodinný stav:	**Počet respondentů:**
Svobodný/svobodná	5
Ženatý/vdaná	25
Rozvedený/rozvedená	9
Vdovec/vdova	3

Tabulka č. 3.: Délka praxe

Délka praxe:	**Počet respondentů:**
Do 5-ti let	16
6 až 10 let	13
11 až 15 let	2
16 až 20 let	2
21 a více let	9

4 Aplikovaná metodika

Informace byly získány formou dotazníkového šetření.

V první části dotazníku byly zařazeny otázky na pohlaví, věk, rodinný stav a délku praxe respondentů.

K měření míry syndromu vyhoření byl použit dotazník BM – psychického vyhoření. Autory dotazníku jsou Ayala Pines, PhD. a Elliot Aronson, PhD. Dotazník je chráněn copyrightem. Copyright © 1980 Ayala Pines, PhD, and Elliot Aronson, PhD.

Dotazníkovou metodou BM lze zjistit míru psychického vyhoření.

Dotazník BM je zaměřen na následující aspekty:

1. Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání.
2. Pocity emocionálního vyčerpání.
3. Pocity (psychického) duševního vyčerpání.

Dotazník (viz příloha č. 1) tvoří 21 otázek, z nichž 4 (tj. otázky č. 3, 6, 19, 20) jsou zaměřeny na zjištění míry (častosti) kladného ladění dotazovaných, zbývající otázky (tj. 17 otázek) na míru (častost) záporných pocitů.

Otázky jsou zaměřeny na to, jak často vnímá posuzovaná osoba uvedený pocit, či zkušenost. Všechny otázky jsou uzavřené. Jednotlivé možnosti odpovědi u otázek (celkem 7 možností) jsou odstupňovány od nikdy až vždy. Jednotlivé odpovědi jsou obodovány. Sečtení hodnot (bodů) vede k vypočtení hodnoty BM, tj. hodnoty psychického vyhoření.

Výsledky lze interpretovat dle následující škály:

- Hodnota BM = 2 a nižší – výsledek lze hodnotit z hlediska psychologie zdraví jako dobrý.
- Hodnota BM = až 3 – výsledek lze hodnotit jako uspokojivý.
- Hodnota BM leží mezi 3,0 až 4,0 – autoři doporučují zamyslet se nad životem a prací, ujasnit si řebříček hodnot.
- Hodnota BM = 4,0 až 5,0 - přítomnost syndromu vyhoření lze považovat za prokázanou.

- Hodnota BM je vyšší nežli BM = 5 – výsledek lze považovat za „havarijní signál“. Výsledek není uspokojivý, lze hovořit o vysoké míře syndromu vyhoření.

Dotazníkového šetření se zúčastnili pracovníci v sociálních službách, pracující v sociálních zařízeních poskytující sociální službu - domov pro seniory (dle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). O vyplnění dotazníků byli požádáni zaměstnanci S-centra v Hodoníně a Centra služeb pro seniory v Kyjově prostřednictvím sociální pracovnice v zařízení S-centrum v Hodoníně a vrchní sestry v Centru služeb pro seniory v Kyjově. Aby byla zajištěna anonymita při vrácení vyplněných dotazníků, byly tyto odevzdávány do připravených uzavřených papírových boxů – krabic. Celkem bylo rozdáno 45 dotazníků, vyplněných bylo vráceno 42.

K ověření správnosti hypotézy č. 2 byly použity následující statistické metody: Dvouvýběrový F-test pro rozptyl a následně Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů.

5 Výsledky získaných dat

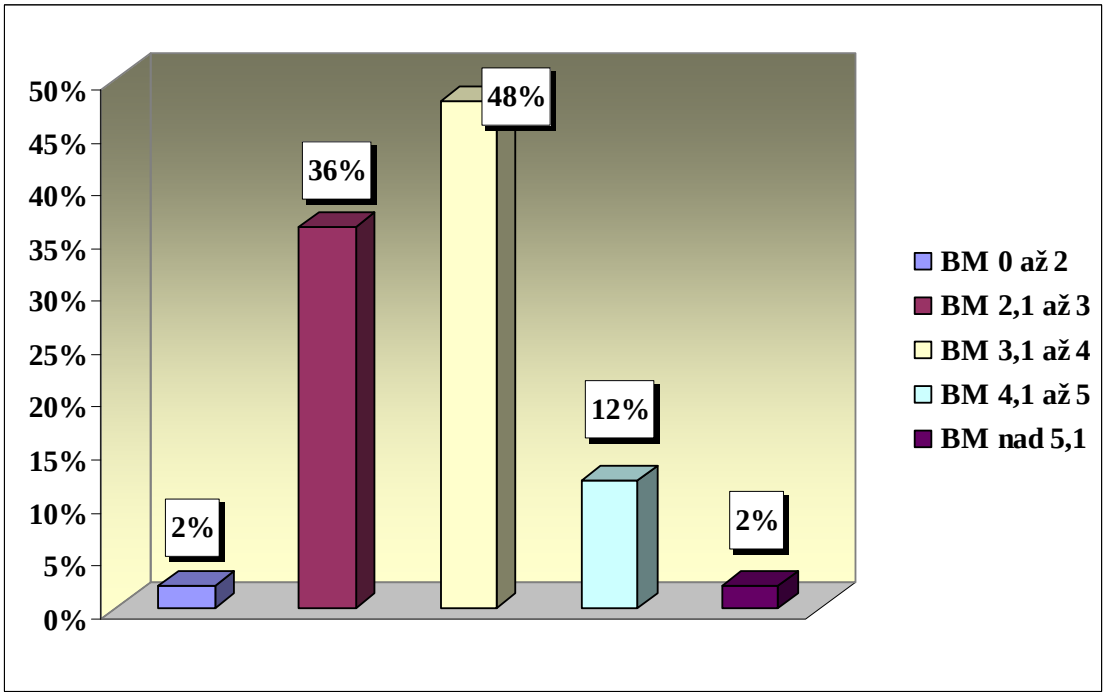
Nejprve byla vypočtena hodnota BM u jednotlivých dotazníků. Dle výsledné hodnoty BM byly tyto zařazovány do škály znázorňující výsledek z hlediska psychologie zdraví. Četnosti výsledných hodnot BM byly vyjádřeny v procentech. Výsledky byly znázorněny tabulkou a grafem.

Tabulka č. 4.: Struktura souboru dle míry syndromu vyhoření.

Výsledek z hlediska psychologie zdraví	**Výsledná hodnota BM**	**Počet respondentů (absolutní četnost)**	**v % (relativní četnost)**
Dobrý	0 až 2	1	2%
Uspokojivý	2,1 až 3	15	36%
Mezní stav	3,1 až 4	20	48%
Přítomnost syndromu vyhoření	4,1 až 5	5	12%
Vysoká míra vyhoření	vyšší než 5,1	1	2%
Celkem	-	42	100%

Mezní stav syndromu vyhoření byl zjištěn u téměř poloviny zúčastněných osob, tj. u 48% z celkového počtu. Jako uspokojivý stav z hlediska ohrožení syndromem vyhoření lze hodnotit výsledek u 36% respondentů. O přítomnosti syndromu vyhoření lze hovořit u 14% respondentů z toho jedna osoba tj. 2% je postižena vysokou mírou vyhoření. Nejlepšího (dobrý výsledek z hlediska psychologie zdraví) i nejhoršího (z hlediska vysoké míry syndromu vyhoření) výsledku dosáhla vždy pouze jedna osoba (2%).

Graf č. 1 – Struktura souboru dle míry syndromu vyhoření



Pro úplnost přikládáme grafické zpracování odpovědí na jednotlivé otázky z dotazníku v příloze č. 2.

Tabulka č.5.: Výsledky T-testu - ověření hypotézy č. 2

	Osoby s krátkodobou praxí (do 5-ti let)	Osoby s dlouhodobou praxí (nad 10 let)	t (stat.)	t (krit.)	Statistická významnost na hladině významnosti 0,05
Průměr	3,2125	3,284615	-0,30358	1,710882	není

Mezi mírou vyhoření zaměstnanců s kratší praxí (do 5-let) a zaměstnanců s dlouholetou praxí (nad 10 let) nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

Výsledky použitých statistických metod (Dvouvýběrový F-test pro rozptyl a Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů) jsou přiloženy v příloze č. 3.

6 Shrnutí výsledků

6.1 Souhrn k cíli šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit do jaké míry je syndrom vyhoření přítomen u pracovníků v přímé péči o staré lidi.

Bylo zjištěno, že nejvyšší počet respondentů se z hlediska syndromu vyhoření nachází v tzv. mezním stavu, který předchází fázi, kterou lze hodnotit jako stav, kdy je syndrom vyhoření přítomen. Jedná se o téměř polovinu zúčastněných (tj. 48%). O postižení syndromem vyhoření lze hovořit u 14% respondentů, z toho u 2% byla zjištěna vysoká míra vyhoření.

6.2 Ke správnosti hypotéz

Hypotéza č. 1: Většina pracovníků v přímé péči o staré lidi není postižena syndromem vyhoření. Tzn. že syndromem vyhoření je postižena méně než polovina respondentů.

Tato hypotéza byla potvrzena. Postižení syndromem vyhoření bylo zjištěno u 14% respondentů, z toho pouze u 2% (tj. 1 osoba) lze hovořit o vysoké míře vyhoření. Nicméně z výzkumu vyplynulo, že téměř polovina respondentů (48%, tj. 20 osob) se nachází ve fázi, kterou lze nazvat mezní stav syndromu vyhoření. Přítomnost syndromu vyhoření nebyla zjištěna celkem u 38%, tj. u 16-ti osob, z toho u 2% (1 osoba) lze hodnosti stav jako dobrý, u 36% (15 osob) jako uspokojivý.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že u pracovníků s dlouholetou praxí (nad 10 let) je míra syndromu vyhoření vyšší, než u zaměstnanců s krátkodobější praxí (do 5- ti let).

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Mezi mírou vyhoření osob s praxí do 5-let a zaměstnanců s praxí nad 10 let nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

7 Diskuse

Ve výzkumu jsme se soustředili na objasnění otázky, do jaké míry jsou syndromem vyhoření ohroženi pracovníci v přímé péči o staré lidi.

Byl potvrzen předpoklad, že většina pracovníků v přímé péči není syndromem vyhoření postižena.

V uvedených výsledcích je nutno připustit možnost určité míry zkreslení, která mohla být zapříčiněna následujícími faktory:

V odpovědích většina respondentů uváděla odpovědi „někdy“, časté uvádění prostřední odpovědi může znamenat malou angažovanost pracovníků pro vyplňování dotazníků, kdy tito nevěnovali potřebnou pozornost svým pocitům, nezamysleli se nad nimi tak, jak by bylo potřebné pro získání objektivních výsledků.

Z hlediska zjištěných výsledků by tento fakt mohl potvrzovat skutečnost, která z výzkumu vyplynula, tj. že nejvyšší počet respondentů se dle zjištěné hodnoty BM nachází ve fázi, která byla nazvána jako mezní stav syndromu vyhoření. Autoři dotazníku (in Křivohlavý, 1998) zde uvádí doporučení zamyslet se nad svým životem a prací, nad stylem a smysluplností vlastního života a ujasnit si řebříček hodnot. Malá míra zaujetí zamyslet se nad svými skutečnými pocity a uvedení prostřední, pro respondenty z hlediska zamyšlení se nad sebou „nejjednodušší odpovědi“ (na které „není co zkazit“) nemusí být chápána jen v souvislosti s vyplňováním dotazníků, ale může poukazovat na nevěnování se svým pocitům také v reálném životě a zaměstnání.

Dále je nutno připustit možnost, že respondenti odpovídali na otázky pro ně žádoucím způsobem. Tímto by mohlo být dosaženo z hlediska zjištěné míry vyhoření lepších výsledků, než které by byly zjištěny upřímným vyplněním dotazníku.

Výzkumu se zúčastnili zaměstnanci dvou sociálních zařízení (S- centra v Hodoníně a Centra služeb pro seniory v Kyjově). Výsledky jsou tedy do jisté míry ovlivněny právě pracovními podmínkami, přístupem k zaměstnancům na pozicí pracovníků v přímé péči v těchto zařízeních.

Určité zkreslení získaných dat může být způsobeno také malým počtem osob ve výběru.

Křivohlavý (1998) uvádí jako předpoklad vniku syndromu vyhoření prvotní nadšení pro výkon určité profese. Pokud člověk toto nadšení nikdy neprožíval, nebezpečí vyhoření se ho netýká, neboť nikdy „nehořel“. Otázkou zde tedy zůstává i

skutečnost, zda zúčastnění respondenti toto nadšení na počátku jejich profesní dráhy na pozici pracovníků v přímé péči o staré lidi, skutečně zažili a je tedy u nich možné hovořit o syndromu vyhoření. Nelze vyloučit, že určitý počet zúčastněných respondentů pracuje v uvedených zařízeních ne z důvodu zájmu o tuto profesi, ale spíše z důvodů mnohem pragmatičtějších (zaměstnání je zde bráno od počátku jako nutný zdroj obživy, což vzhledem k vysoké míře nezaměstnanosti v regionu nelze vyloučit). Výkon této profese tedy pro ně od počátku mohl být vnímán jako spíše jako nutnost, docházka do zaměstnání tedy ani zpočátku nemusela být prožívána radostně, ale mohla být doprovázena negativními pocity, nebo lhostejnými pocity k náplni práce, což nepřináší zaměstnanci radostné uspokojení nad smysluplně, dobře vykonanou prací.

U provedeného výzkumného šetření tedy nelze opomenout uvedené faktory, které mohli do určité míry přispět ke zkreslení zjištěných výsledků.

Bylo by také zajímavé srovnat výsledky tohoto výzkumu s dotazníkovým šetřením s respondenty pracujícími s jinou cílovou skupinou, než jsou staří lidé, např. s dětmi. Uvedeným dotazníkovým šetřením nebylo možné zjistit do jaké míry je vznik syndromu vyhoření ovlivněn právě tím, že respondenti pečují o staré lidi.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala problematikou syndromu vyhoření v souvislosti s výkonem zaměstnání pracovníka v přímé péči o staré lidi. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je rozčleněna do tří kapitol. V první kapitole jsme se zabývali vymezením pojmu „syndrom vyhoření“, uvedením a porovnáním definicí od různých autorů, dále vymezením příčin vyhoření, bylo zmíněno kdo je vyhořením nejvíce ohrožen a jaké jsou jeho důsledky na výkon zaměstnání. Závěr kapitoly byl věnován prevenci syndromu vyhoření a byl zmíněn podstatný význam duševní hygieny v předcházení psychickému vyčerpání.

Další kapitola se zabývala starými lidmi a stářím jako posledním a významným obdobím lidského života. Byly zmíněny charakteristické změny provázející toto období a s tím související proměny ve způsobu života starých lidí. V poslední kapitole byl vymezen pojem „pracovník v přímé péči“ a pokusili jsme se odpovědět na otázku jaké jsou možné příčiny syndromu vyhoření pracovníků v přímé péči o staré lidi vyplývající z nároků které jsou na výkon této profese kladeny.

V praktické části byl realizován výzkum formou dotazníkového šetření. Byl použit dotazník BM – psychického vyčerpání, kterým bylo možné zjistit míru psychického vyhoření zúčastněných respondentů. Z výzkumu vyplynulo, že většina pracovníků nebyla postižena syndromem vyhoření, nicméně v mezním stavu vyhoření se nacházelo 48% respondentů, o přítomnosti syndromu bylo možno hovořit u 14% zúčastněných osob.

Zároveň nebyl potvrzen předpoklad, že délka praxe souvisí s mírou vyhoření, mezi mírou vyhoření pracovníků s délkou praxe nad 10 let a mírou vyhoření pracovníků s délkou praxe do 5-ti let nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

Seznam použitých pramenů a literatury

DIENSTBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 1. vydání, Praha: Radix. 2009. 184 s. ISBN 978-80-86013-88-0

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník.* Praha: Portál. 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X

HUČÍN, J.: Když se práce stane noční můrou. Psychologie 7.-8., 2005, 11-15.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník.* 1. vydání, Praha: Portál. 2001, 288 s. ISBN 80-7178-535-0

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě.* 1. vydání, Praha: Portál. 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7

KENNERLEYOVÁ, Helen. *Jak zvládat úzkostné stavy.* 1. vydání, Praha: Portál. 1998. 192 s. ISBN 80-7178-266-1

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese.* 3. vydání, Praha: Portál. 1997, 147 s. ISBN 80-7178-318-8

KRAHULOVÁ, K.: Stres a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích. Sociální péče 10, 2010, 22 – 24.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení.* 1. vydání, Praha: Grada-Avicentrum. 1998. 129 s. ISBN 80-7169-551-3

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* 1. vydání, Praha: Portál. 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce.* 2. vydání, Praha: Portál. 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi.* 1. vydání, Praha: Portál. 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002

MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena.* 1. vydání, Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1984. 208 s. ISBN 46-00-27/1

MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví.* 1. vydání, Praha: SPN. 1976. 200 s. ISBN 14-619-76

PICHAUD, Clément, THAREAUOVÁ, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání, Praha: Portál. 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání, Praha: Grada. 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8

RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. 1. vydání, Praha: Návrat domů. 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vydání, Praha: Portál. 2004. 392 s. ISBN 80-71-78-829-5

SCHMIDBAUER, Wolfgang.: *Psychická úskalí pomáhajících profesí.* 1. vydání. Praha: Portál. 2000. 176 s. ISBN 80-7178-312-9

STIBALOVÁ, K.: Co je to Burnout syndrom. Sociální péče 10, 2010, 20-21.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří*. 1. vydání, Praha: Sociologické nakladatelství. 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1. vydání, Brno: Computer Press. 2009. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 1. vydání, Praha: Portál.1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*.1. vydání, Praha: Portál. 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* 1.vydání, Praha: Grada. 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

Seznam grafů

Graf č. 1.: Struktura souboru dle míry syndromu vyhoření

Seznam tabulek

Tabulka č. 1.: Věkové rozmezí

Tabulka č. 2.: Rodinný stav

Tabulka č. 3.: Délka praxe

Tabulka č. 4.: Struktura souboru dle míry syndromu vyhoření

Tabulka č. 5.: Výsledky T-testu - ověření hypotézy č. 2

Seznam příloh

Příloha č. 1.: Dotazník

Příloha č. 2.: Grafické zpracování odpovědí na jednotlivé otázky v dotazníku

Příloha č. 3.: Výsledky použitých statistických metod k ověření hypotézy č. 2

Příloha č.1: Dotazník

Dotazník k výzkumnému šetření

Dobrý den,

rádi bychom Vás požádali o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je zcela anonymní. Je zaměřen na faktory vedoucí k syndromu vyhoření pracovníků v přímé péči o seniory.

Děkujeme Vám za Váš čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Odpověď prosím zakroužkujte.

1. **Pohlaví:**

a) muž
b) žena

2. **Věk:**

a) 18 - 25 let
b) 26 - 30 let
c) 31 - 40 let
d) 41 - 50 let
e) 51 a více let

3. **Rodinný stav:**

a) svobodný/svobodná
b) ženatý/vdaná
c) rozvedený/rozvedená
d) vdovec/vdova

4. **Délka praxe (na pozici pracovníka v přímé péči o seniory)**:

a) do 5-ti let
b) 6 - 10 let
c) 11 - 15 let
d) 16 - 20 let
e) 21 a více let

Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Použijte následující odstupňování (odpověď zakroužkujte):

(Následující dotazník je chráněn copyrightem. Copyright © 1980 Ayala Pines, Ph.D. and Elliot Aronson, Ph.D.)

1. Byl jsem unaven.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

2. Byl jsem v depresi (tísni).

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

3. Prožíval jsem krásný den.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

4. Byl jsem tělesně vyčerpán.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

5. Byl jsem citově vyčerpán.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

6. Byl jsem šťasten.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

7. Cítil jsem se vyřízen (zničen).

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

8. Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

9. Byl jsem nešťastný.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

10. Cítil jsem se uhoněn a utahán.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

11. Cítil jsem se jako by uvězněn v pasti.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

12. Cítil jsem se jako bych byl nula (bezcenný).

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

13. Cítil jsem se utrápen.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

14. Tížily mne starosti.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

16. Byl jsem sláb a na nejlepší cestě k onemocnění.

a) nikdy d) někdy f) obvykle
b) jednou za čas e) často g) vždy
c) zřídka kdy

17. Cítil jsem se beznadějně.

a) nikdy
b) jednou za čas
c) zřídka kdy
d) někdy
e) často
f) obvykle
g) vždy

18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.

a) nikdy
b) jednou za čas
c) zřídka kdy
d) někdy
e) často
f) obvykle
g) vždy

19. Cítil jsem se pln optimismu.

a) nikdy
b) jednou za čas
c) zřídka kdy
d) někdy
e) často
f) obvykle
g) vždy

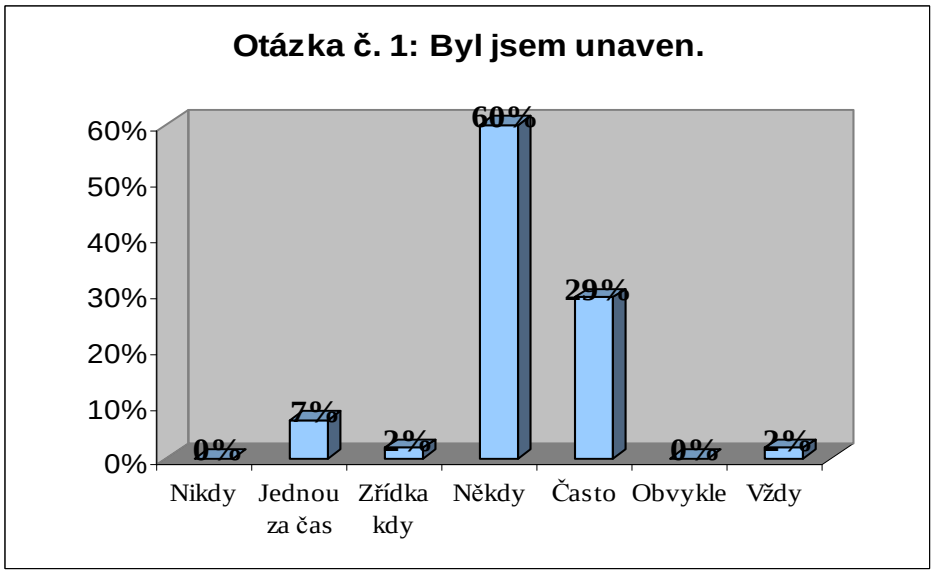
20. Cítil jsem se pln energie.

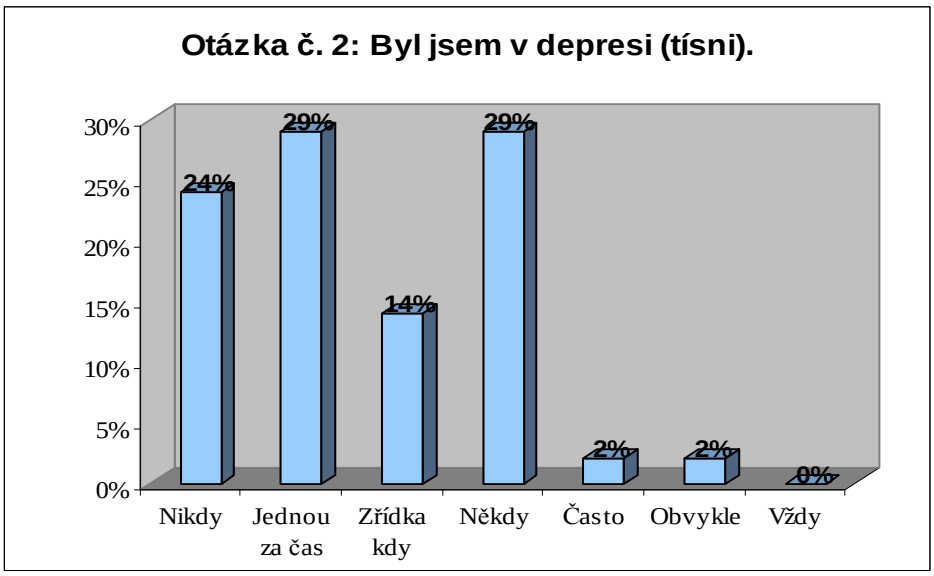
a) nikdy
b) jednou za čas
c) zřídka kdy
d) někdy
e) často
f) obvykle
g) vždy

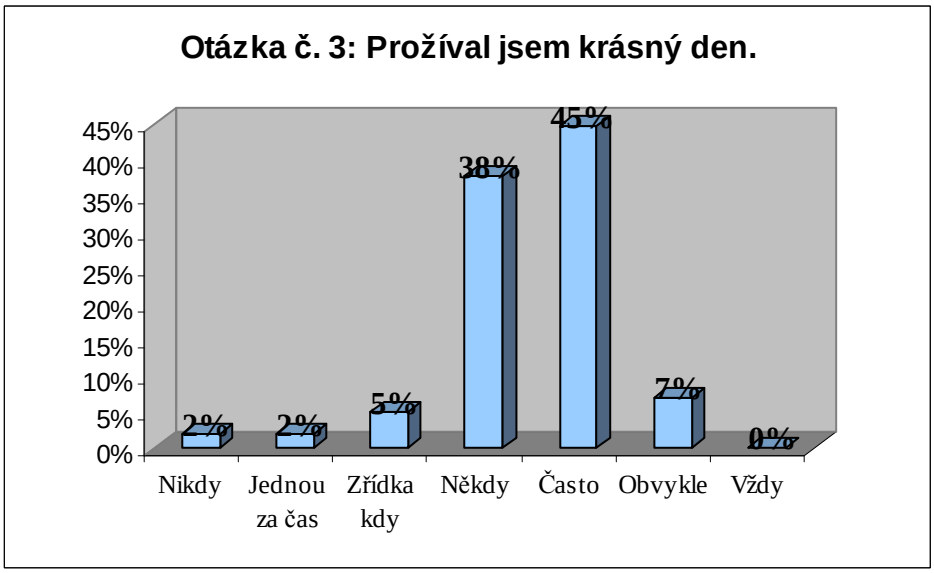
21. Byl jsem pln úzkostí a obav.

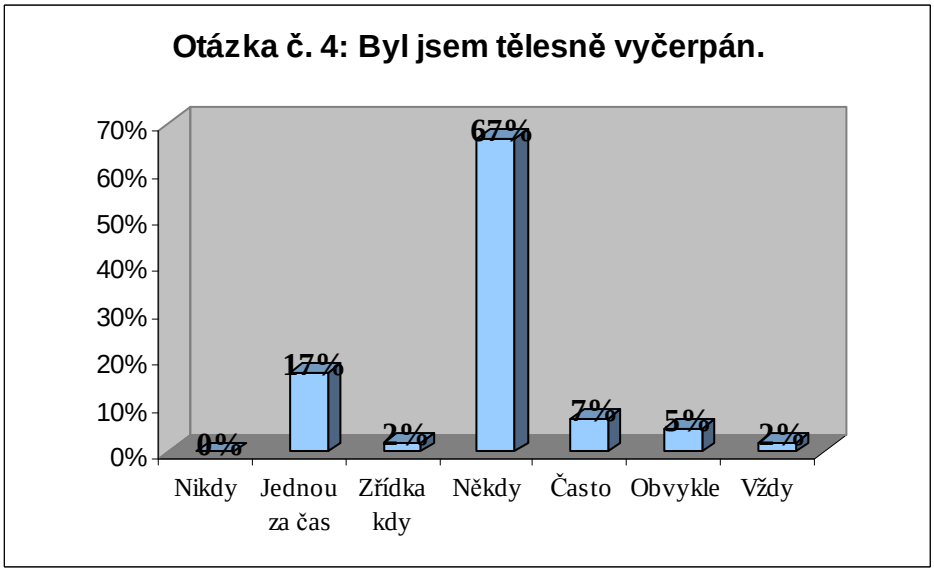
a) nikdy
b) jednou za čas
c) zřídka kdy
d) někdy
e) často
f) obvykle
g) vždy

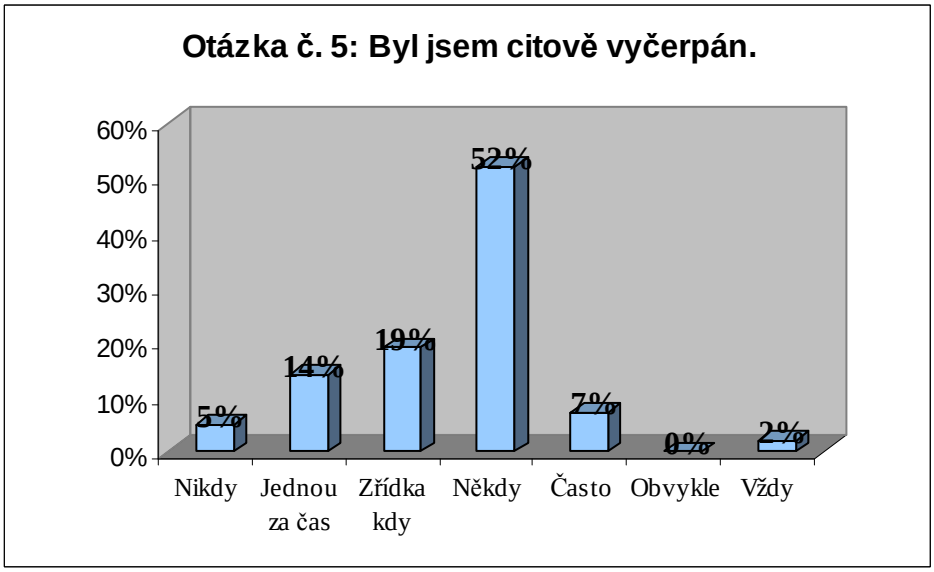
Příloha č. 2.: Grafické zpracování odpovědí na jednotlivé otázky v dotazníku

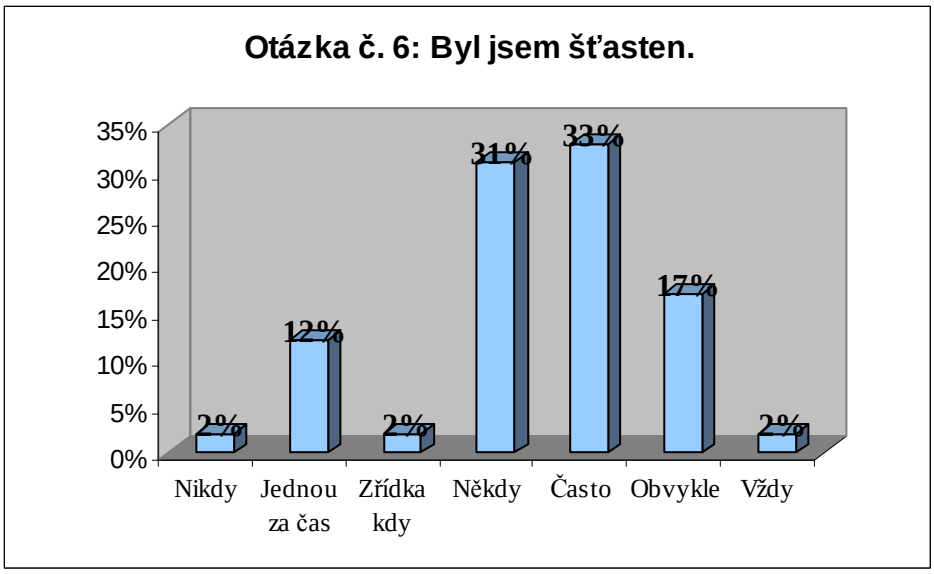


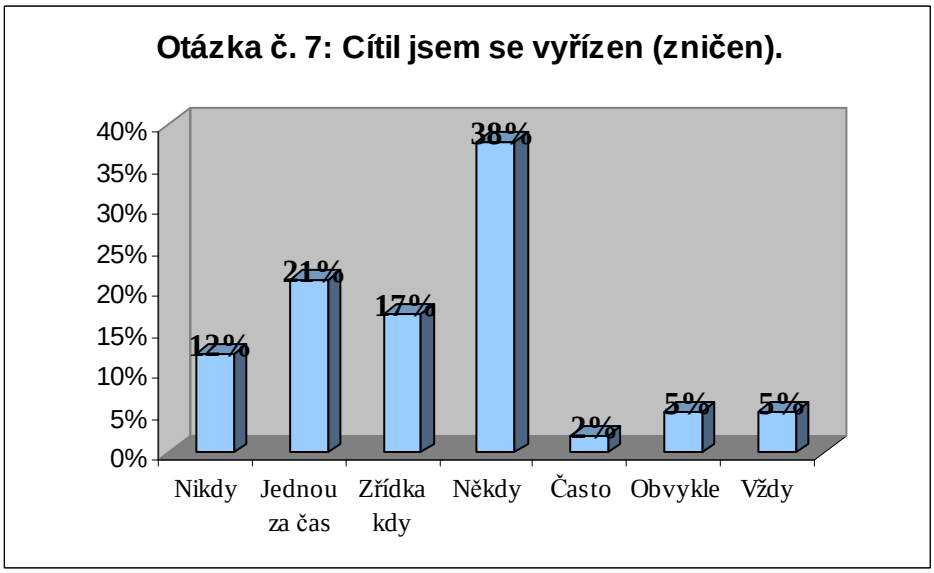


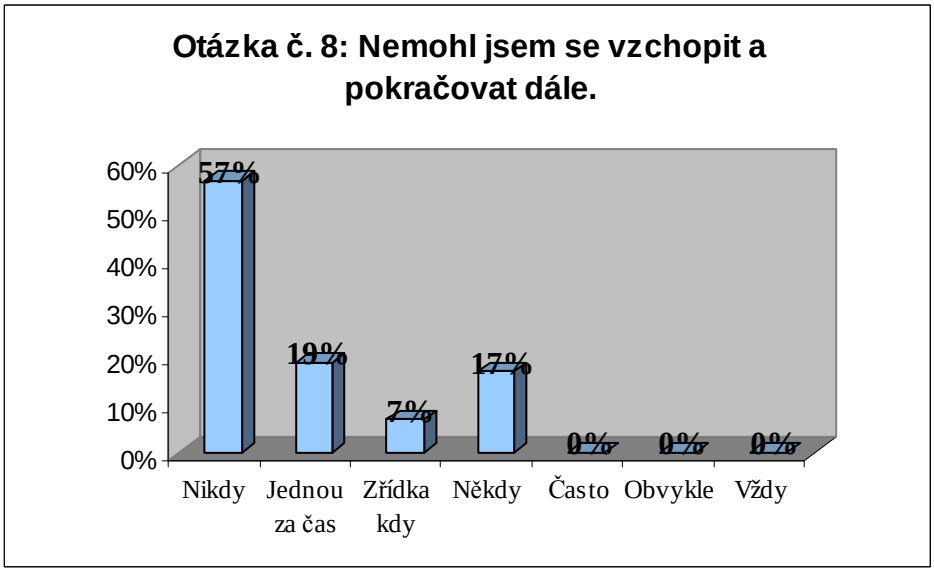


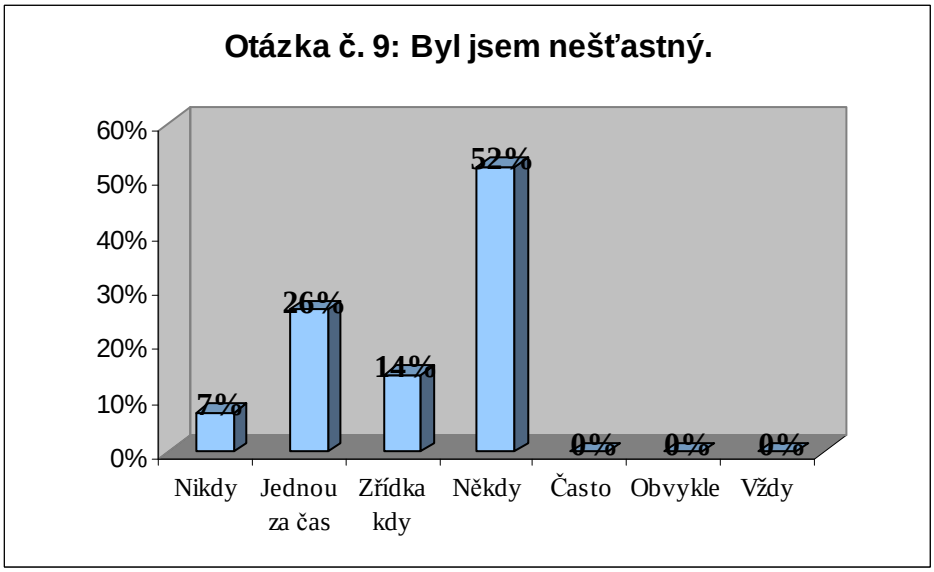

Otázka č. 4: Byl jsem tělesně vyčerpán.
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
0%
17%
2%
67%
7%
5%
2%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

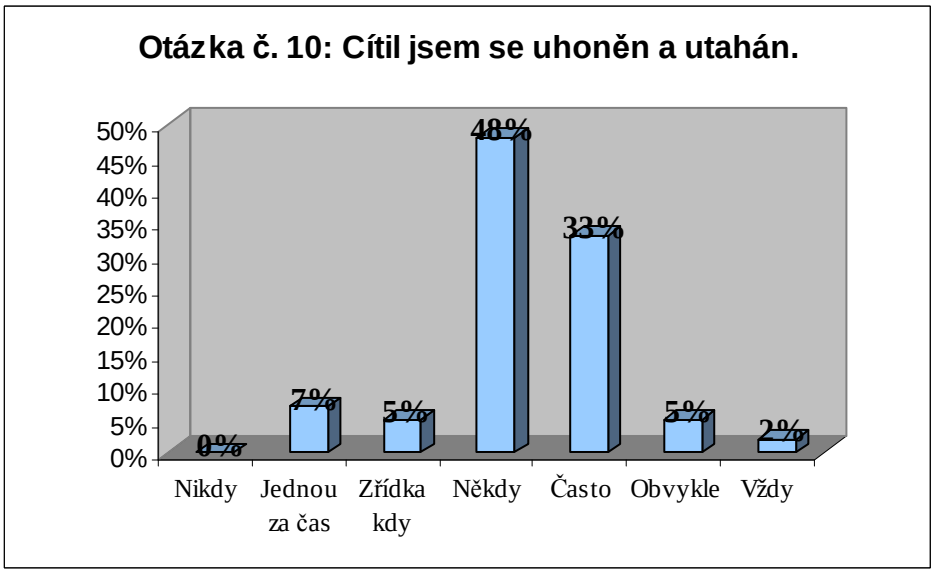

Otázka č. 5: Byl jsem citově vyčerpán.
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
5%
14%
19%
52%
7%
0%
2%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

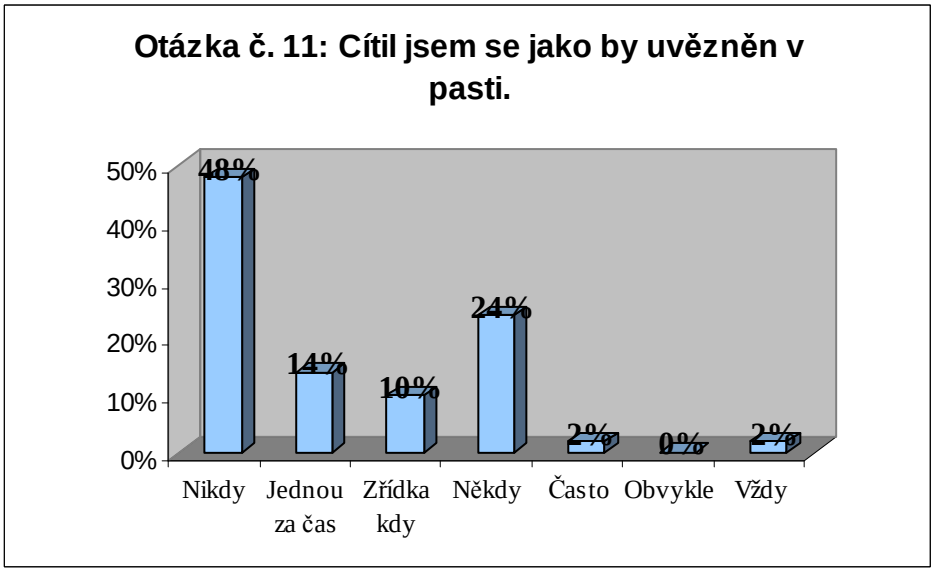

Otázka č. 6: Byl jsem šťasten.
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
2%
12%
2%
31%
33%
17%
2%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

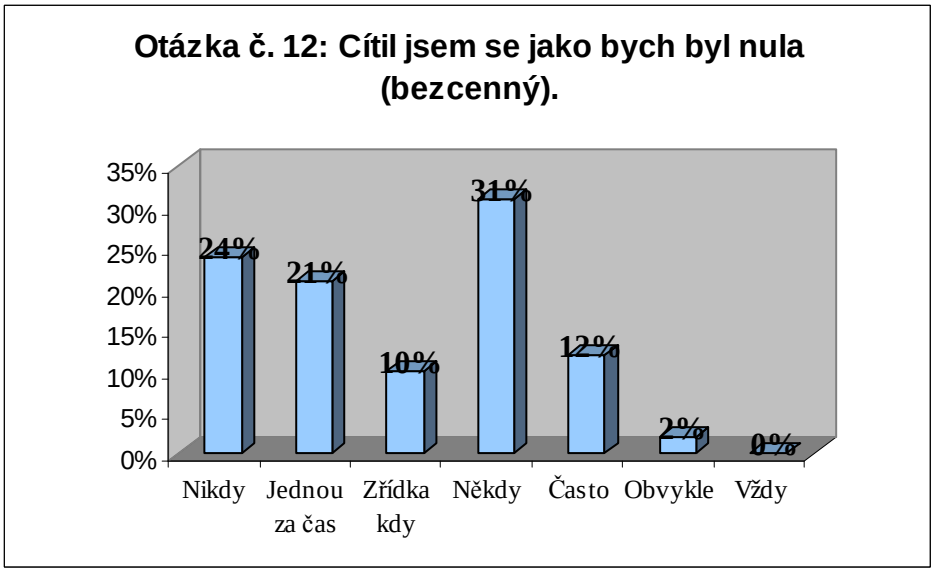

Otázka č. 7: Cítil jsem se vyřízen (zničen).
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
12%
21%
17%
38%
2%
5%
5%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

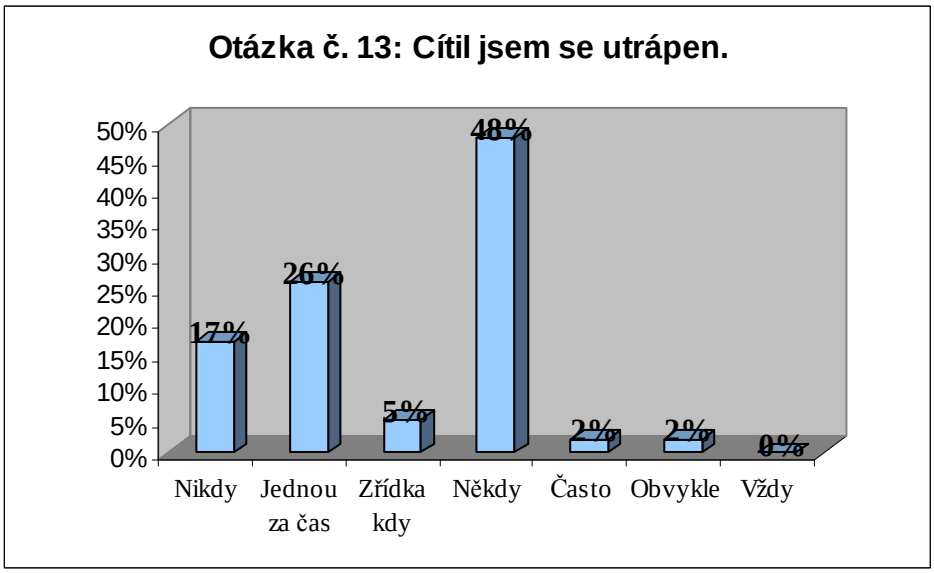

Otázka č. 8: Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále.
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
57%
19%
7%
17%
0%
0%
0%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

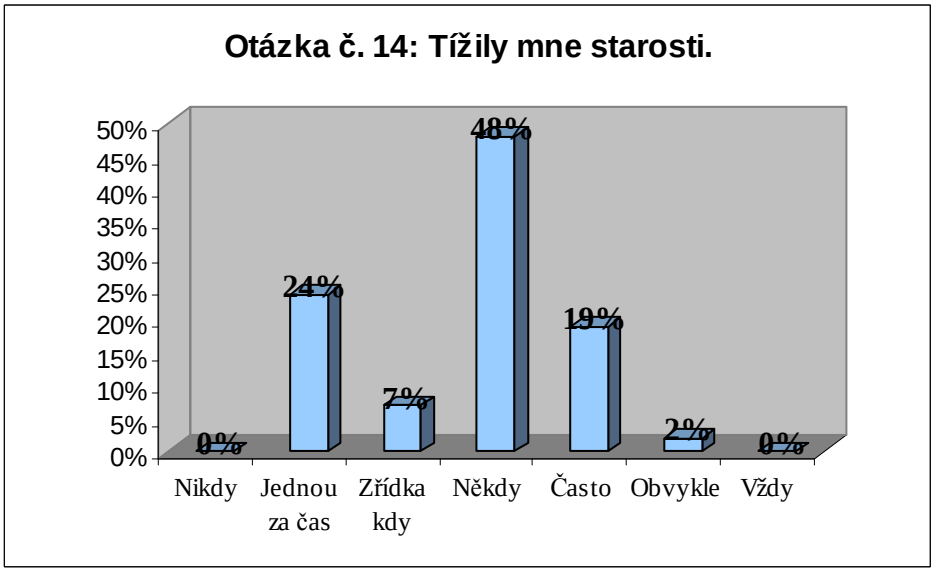

Otázka č. 9: Byl jsem nešťastný.
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
7%
26%
14%
52%
0%
0%
0%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

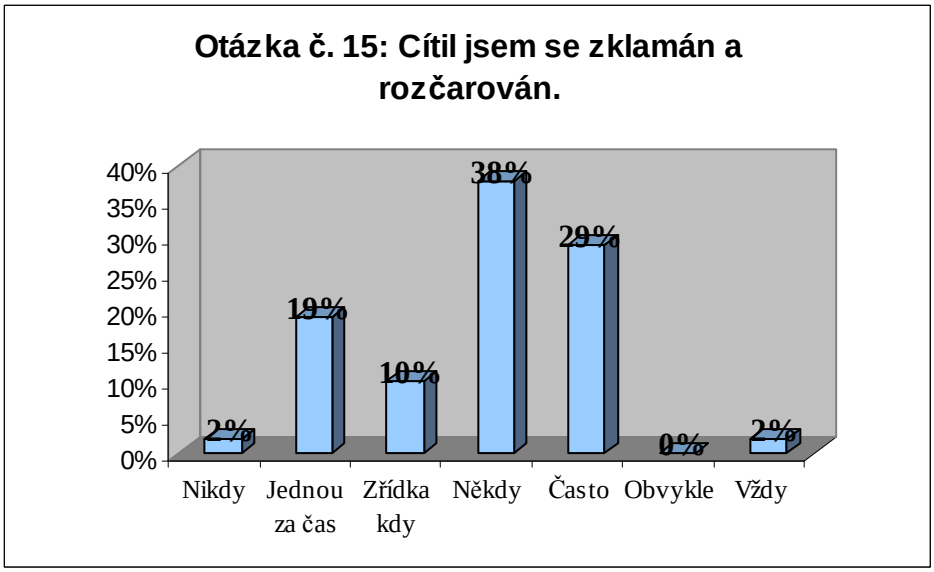

Otázka č. 10: Cítil jsem se uhoněn a utahán.
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
0%
7%
5%
48%
33%
5%
2%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy


Otázka č. 11: Cítil jsem se jako by uvězněn v pasti.
50%
40%
30%
20%
10%
0%
48%
14%
10%
24%
2%
0%
2%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

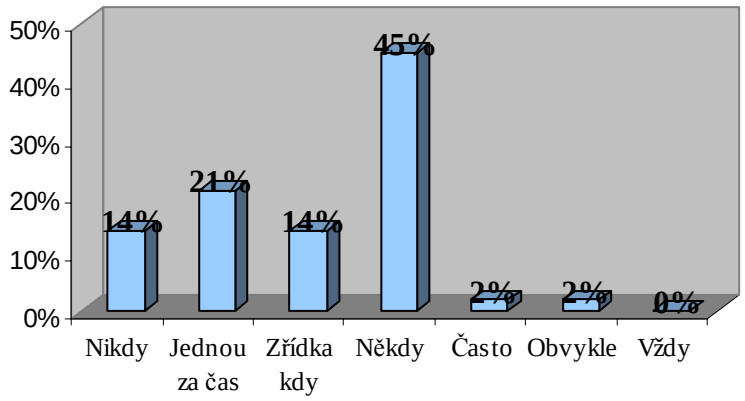

Otázka č. 12: Cítil jsem se jako bych byl nula (bezcenný).
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
24%
21%
10%
31%
12%
2%
0%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy


Otázka č. 13: Cítil jsem se utrápen.
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
17%
26%
5%
48%
2%
2%
0%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

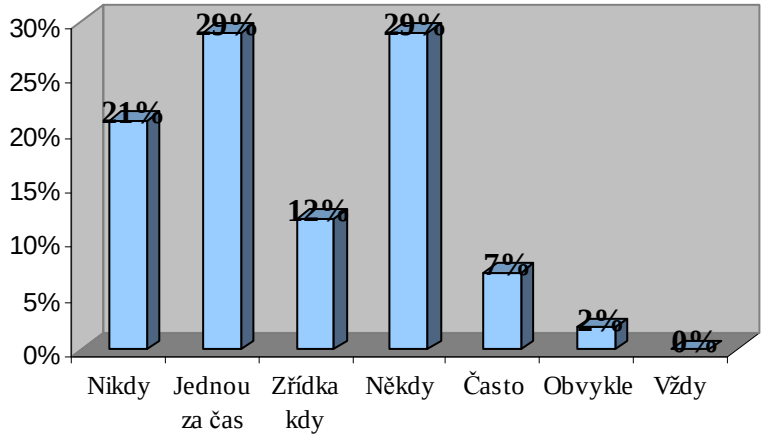

Otázka č. 14: Tížily mne starosti.
50%
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
0%
24%
7%
48%
19%
2%
0%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy


Otázka č. 15: Cítil jsem se zklamán a rozčarován.
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
2%
19%
10%
38%
29%
0%
2%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

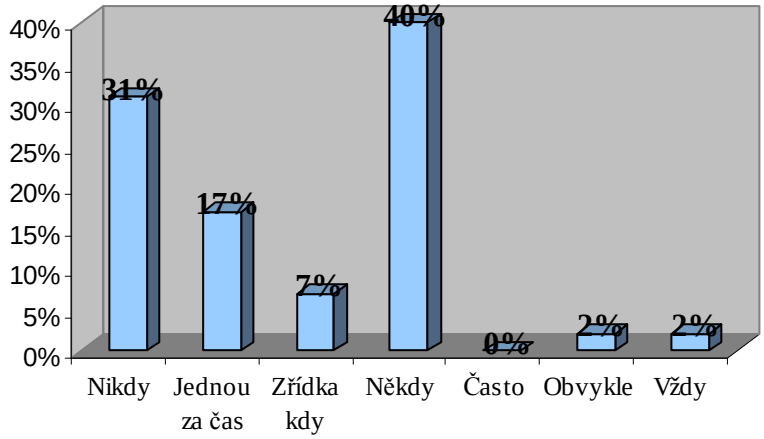
Otázka č. 16: Byl jsem sláb a na nejlepší cestě k onemocnění.

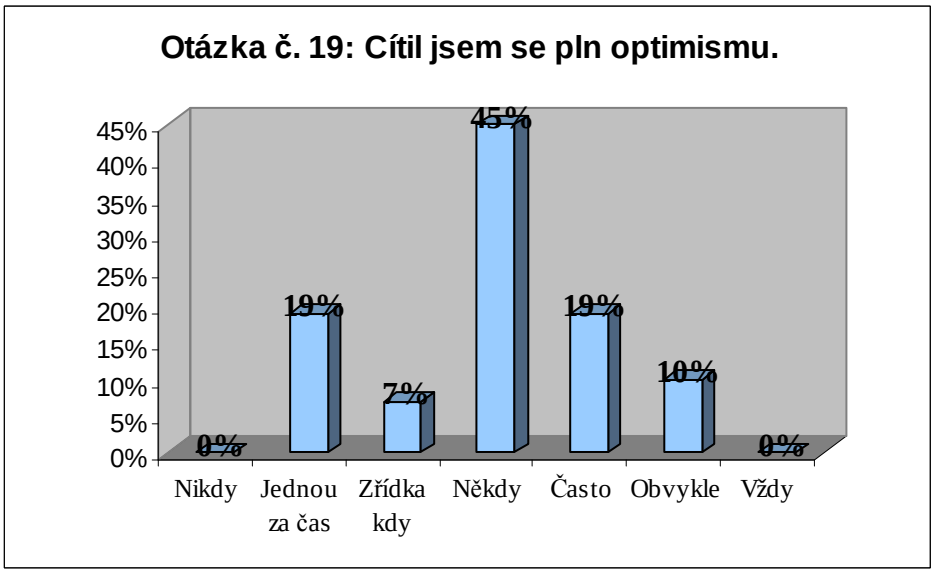


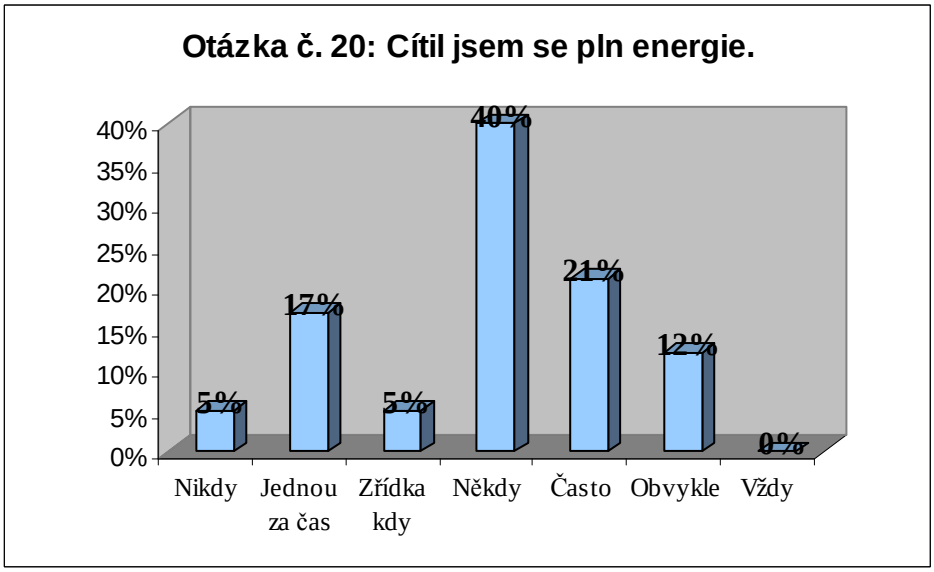
Otázka č. 17: Cítil jsem se beznadějně.

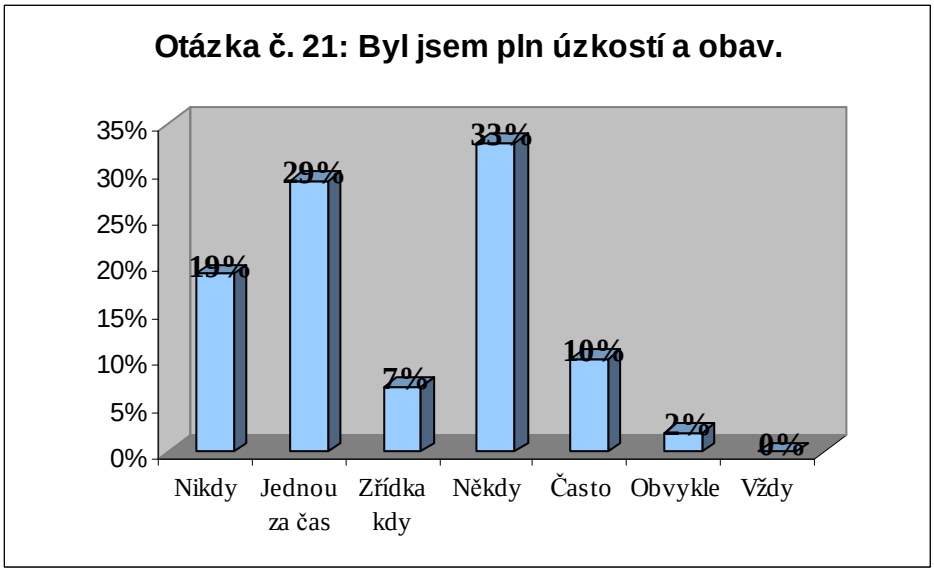


Otázka č. 18: Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.




Otázka č. 19: Cítil jsem se pln optimismu.
45%
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
0%
19%
7%
45%
19%
10%
0%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy


Otázka č. 20: Cítil jsem se pln energie.
40%
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
5%
17%
5%
40%
21%
12%
0%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy


Otázka č. 21: Byl jsem pln úzkostí a obav.
35%
30%
25%
20%
15%
10%
5%
0%
19%
29%
7%
33%
10%
2%
0%
Nikdy
Jednou za čas
Zřídka kdy
Někdy
Často
Obvykle
Vždy

Příloha č. 3.: Výsledky použitých statistických metod k ověření hypotézy č. 2

Dvouvýběrový F-test pro rozptyl

	Soubor 1	*Soubor 2*
Stř. hodnota	3,2125	3,284615
Rozptyl	0,341167	0,45641
Pozorování	16	13
Rozdíl	15	12
F	0,7475	
P(F<=f) (1)	0,293246	
F krit (1)	0,403989	

Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů

	Soubor 1	*Soubor 2*
Stř. hodnota	3,2125	3,284615
Rozptyl	0,341167	0,45641
Pozorování	16	13
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	24	
t stat	-0,30358	
P(T<=t) (1)	0,382034	
t krit (1)	1,710882	
P(T<=t) (2)	0,764067	
t krit (2)	2,063899	

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Komínková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Pugnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Faktory vedoucí k syndromu vyhoření pracovníků v přímé péči o staré lidi
Název v angličtině:	Factors Leading to the Burnout Syndrome in Care Workers Working with Old People
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření, vymezením pojmu, jeho příčinami, uvádí kdo je nejvíce vyhořením ohrožen, popisuje jeho důsledky, předkládá možnosti předcházení se zdůrazněním významu duševní hygieny. Dále se zabývá stářím, starými lidmi, uvádí příčiny vzniku závislosti a pojednává o změně způsobu života ve stáří. Závěr teoretické části popisuje nároky, které jsou kladeny na pracovníka v přímé péči o staré lidi. Praktická část se zaměřuje na zjištění míry syndromu vyhoření pracovníků v přímé péči o staré lidi.
Klíčová slova:	Syndrom vyhoření, příčiny, důsledky, staří lidé, změny ve stáří, pracovník v přímé péči, míra syndromu vyhoření
Anotace v angličtině:	The thesis deals with the burnout syndrome, the definition of the term, its causes, shows who is at the most risk of burn-out, describes it´s effects, suggests the ways of prevention and the importance of mental health. Further, the work deals with the old age, old people, mentions the causes of addiction and discusses the change of life style in old age. Conclusion of the theoretical part describes the demands placed upon staff in direct care of the elderly. Practical part focuses on the degree of burn-out of workers in direct care of the elderly.
Klíčová slova v angličtině:	Burn-out syndrome, causes, consequences, old people, changes in old age, worker in direct care, degree of burn-out syndrome
Přílohy vázané v práci:	**Příloha č. 1.:** Dotazník **Příloha č. 2.:** Grafické zpracování odpovědí na jednotlivé otázky v dotazníku

	Příloha č.. 3.: Výsledky použitých statistických metod k ověření hypotézy č. 2
Rozsah práce:	44 stran
Jazyk práce:	český