

Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí pracujících se seniory

Bc. Marie Šálková

Diplomová práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Marie Šálková**
Osobní číslo: **H150163**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí při práci se seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k požadavkům a předpokladům pro profese pracovníků pomáhajících profesí, vybraných sociálních služeb a problematiky syndromu vyhoření.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 2. V Praze: Vyšehrad, 2015. ISBN 978-80-7429-552-2.

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

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace. ISBN 978-80-7195-573-3.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80247-2170-5.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Zuzana Hrnčířiková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

22. listopadu 2016

Termín odevzdání diplomové práce:

20. dubna 2017

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2016


doc. Ing. Anžka Lengalová, Ph.D.
děkanka

L.S.


Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

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 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.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně
14.3.2014



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;

²⁾ Vysoká škola nejvýše ze zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 sdělné nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ať je-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školské 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 Školské 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 věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení škýbějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí pracujících se seniory v souvislosti s poskytovaným druhem služeb a dalšími faktory. Teoretická část se zabývá specifiky pomáhajících profesí, popisu příčin, vývoje a předcházení syndromu vyhoření. Další část obsahuje popis jednotlivých pobytových a terénních služeb. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkumné šetření syndromu vyhoření, které objasňuje a testuje závislost mezi typem poskytované služby, vybranými faktory a výskytem syndromu vyhoření.

Klíčová slova: Syndrom vyhoření, pracovník pomáhajících profesí, sociální služby, senior, supervize.

ABSTRACT

The master thesis is aimed at the occurrence of burnout syndrom of workers of helping professions who work with the elderly people; in relation to the specific services provided and other factors. The theoretical part of the thesis consists of specifics of helping professions, description of causes and the development and prevention of burnout syndrome. The second part consists of description of particular residential and outreach services. The factual part consists of quantitative research survey of burnout syndrome, clarifying and testing the dependence of the type of service provided and selected factors on the occurrence of burnout syndrome.

Keywords: Burnout, worker helping professions, social services, senior, supervisit.

Děkuji paní PhDr. Zuzaně Hrnčířikové, Ph.D za její ochotu, čas a úsilí, které vynaložila při vedení mé diplomové práce. Dále mé poděkování patří všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a v neposlední řadě mé nejbližší rodině a kolegům v práci za trpělivost, podporu a toleranci nejen během psaní této práce, ale i během celého studia.

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

V Třebelovicích 19. 4. 2017

.....

Marie Šálková

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE	13
1.1 SPECIFIKA POMÁHAJÍCÍ PROFESÍ	13
1.2 PŘEDPOKLADY A POŽADAVKY NA PRACOVNÍKY POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ.....	14
1.2.1 Práva klientů a pracovníků	16
1.2.2 Hranice ve vztahu s klientem	17
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	19
2.1 DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	19
2.2 PŘÍČINY VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	20
2.2.1 Příčiny spočívající na jedinci	20
2.2.2 Příčiny spočívající na organizaci.....	20
2.2.3 Příčiny spočívající na společnosti	21
2.3 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	21
2.4 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ	23
2.5 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	25
2.5.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)	25
2.5.2 Burnout Measure (BM)	26
2.5.3 Orientační dotazník	26
2.5.4 Sémantický diferenciál.....	26
2.5.5 Personal Subjective Analysis (PSA)	26
2.5.6 Psychologické studie	26
2.6 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	27
2.6.1 Relaxační metody	27
2.6.2 Psychoterapie	28
2.6.3 Léčba farmakologickými přípravky	29
2.7 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	30
2.7.1 Prevence na pracovišti.....	30
2.7.2 Osobní prevence.....	32
3 SPECIFIKACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	34
3.1 POBYTOVÉ SLUŽBY	37
3.2 TERÉNNÍ SLUŽBY	38
4 SENIORSKÁ POPULACE	40
4.1 STÁRNUTÍ POPULACE.....	40
4.2 STÁRNUTÍ JEDNOTLIVCE.....	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	43
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	44

5.1	CÍL VÝZKUMU	44
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY A STANOVENÍ HYPOTÉZ	44
5.3	CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ METODY	45
5.4	VÝBĚR RESPONDENTŮ	46
5.5	DISTRIBUCE A NÁVRATNOST DOTAZNÍKŮ	46
5.6	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	47
5.7	VYHODNOCENÍ DAT.....	49
5.7.1	Rozložení dle pohlaví.....	49
5.7.2	Rozložení dle věku	50
5.7.3	Rozložení dle délky praxe v oboru.....	51
5.7.4	Rozložení dle počtu pracovníků v týmu.....	52
5.7.5	Rozložení dle víry	53
5.7.6	Rozložení dle vzdělání v oboru	54
5.7.7	Rozložení dle popracovního zařazení	55
5.7.8	Rozložení dle druhu poskytované služby.....	56
5.7.9	Interpretace výsledků dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)	57
5.8	OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ	59
5.8.1	Ověření hlavní hypotézy	59
	Hypotéza č. 1	61
	Hypotéza č. 2	63
	Hypotéza č. 3	65
	Hypotéza č. 4	66
	Hypotéza č. 5	67
	Hypotéza č. 6	69
5.9	DISKUSE A INTERPRETACE DAT	71
5.10	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	73
	ZÁVĚR	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	76
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	79
	SEZNAM GRAFŮ	80
	SEZNAM TABULEK.....	81
	SEZNAM PŘÍLOH.....	82

ÚVOD

Pomáhající profese díky své náplni bývají často pokládány více za poslání, než klasické povolání. Při výběru těchto profesí není možné hledět na finanční ohodnocení, ocenění finanční mnohdy bývá nižší, než v jiných oborech. Člověk si je vybírá především díky dobré vůli udělat něco pro druhé a určité dávce altruismu, proto uspokojení jim mnohdy přináší potěšení z dobře vykonané práce a z prospěchu těch, jimž se věnují.

Pomoc poskytující jedinci ve svém nadšení zapomínají na úskalí, která toto povolání přináší a to na syndrom vyhoření. Člověk tedy vyhoří, protože včas „nenatankuje novou pohonnou látku“.

Syndrom vyhoření jako téma diplomové práce jsem si zvolila z profesních důvodů. Pracuji v sociálních službách několik let. Sama na sobě a u svých kolegů pozoruji určitý posun v přístupu k tomuto povolání. Mnohdy díky nedostatku pracovníků v pomáhajících profesích dochází k přetěžování. Práce se seniorskou populací bývá náročná nejen po psychické stránce, tak i po fyzické stránce a to především v přímé obslužné péči, přesto je mnoha lidmi podceňována a znevažována. Pro lepší vyrovnání se s úskalími této profese je důležité další vzdělávání pracovníků ve všech oborech potřebných pro tuto profesi, ale také péče o ně a to například nabídkou relaxačních pobytů, poskytnutí zpětné vazby od vedení, nezapomínat na supervizi a dalších aktivit, které mohou pomoci předcházet syndromu vyhoření.

V diplomové práci se zaměřuji na pomáhající profese pracující se seniory a to na pracovníky sociálních služeb a zdravotní sestry. Tyto dvě povolání jsou v každodenním přímém styku s uživateli služeb. Jejich náplní je přímá péče, která mnohdy je velmi náročná především díky nenadálým situacím které je nutno okamžitě co nejlépe řešit, což vyžaduje od personálu pohotovost, odbornost, často diplomatické jednání řešení intimních situací. Velmi důležitá je týmová spolupráce. Pro potřeby výzkumu jsem zvolila sociální služby – pobytová zařízení a terénní zdravotní a pečovatelskou službu. Tyto služby jsem volila pro srovnání díky jejich rozdílnému pracovnímu prostředí.

V teoretické části diplomové práce vycházím z pojetí sociální pedagogiky jako životní pomoci. První část se zabývá specifiky a požadavky pomáhající profese, předpoklady pro sociální práci se zabývám v další části. Téma syndromu vyhoření je v literatuře zpracováno v obecné podobě aplikovatelné pro všechny pracovní profese, kterých se týká. Při prostudování publikací zaměřených na oblast sociálních pracovníků je patrné, že většina z

nich čerpá z knih Křivohlavého (1998, 2012), Kebzy a Šolcové (2003), a Bartošikové (2006). Kapitola „Syndrom vyhoření“ obsahuje souhrn této problematiky. V dalších částech se zabývám specifikací sociálních služeb a problematikou seniorské populace.

Cílem diplomové práce je zjistit souvislost mezi syndromem vyhoření a pracovním prostředím, v kterém je služba vykonávána. Dílčí části výzkumu si kladou za cíl zjistit spojitosti mezi danými faktory a syndromem vyhoření. V případě zájmu účastníků výzkumu bude poskytnuta zpětná vazba předáním výsledků testů.

Empirická část mé diplomové práce má formu kvantitativního výzkumu. Výzkumnou metodou je anonymní dotazník. První část se skládá z faktografických otázek týkající se získání dat popisující vzorek respondentů a výskyt faktorů, na který je výzkum syndromu vyhoření zaměřen. Druhá část obsahuje standardizovaný dotazník MBI týkající se syndromu vyhoření, který je k dispozici v publikaci Venglářové (2011, s. 42). Autorkami tohoto dotazníku jsou Maslach a Jackson (Bartošiková, 2006, s. 69).

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Slovník sociální práce specifikuje pomáhající profese jako profese vznikající ve spojitosti se zmenšujícím se významem rodiny a jiných tradičních systémů sociální podpory. Cílem je poskytování institucionalizované podpory, v širším pojetí k nim patří medicína, psychologie, pedagogika, sociální práce. Středem zájmu pomáhajících je klient jako osoba se všemi svými rolemi a potřebami. Profesionálové vykonávající tuto profesi jsou závislí na klientech, protože právě oni ospravedlňují existenci jejich profese. Pomáhající profese kladou na pracovníky specifické nároky. Počítá se mezi ně psychická a fyzická zdatnost, inteligence, empatie, důvěryhodnost, komunikační schopnosti a přitažlivost pro klienty. Také vysoká emocionální zátěž, se kterou se musí pomáhající pracovníci často potýkat (Matoušek, 2008, s. 140).

1.1 Specifika pomáhající profesí

Pomáhající profese se zabývají zdravotně sociální prací, míra vzájemného propojení závisí na konkrétním pojetí profese. U pracovníků v sociálních službách a zdravotních sester pracujících se seniory je propojení zdravotní a sociální stránky velmi blízké. Základem pro tuto práci je vytvoření dobrého vztahu založeného na důvěře, porozumění a pocitu bezpečí. K založení takového vztahu mohou pomoci základní etické principy zdravotně sociální práce (Kutnohorská, 2007, s. 18).

- *Advokacie* - snaha akceptovat požadavek etické správnosti hledaného řešení. Každý má důvody v dané situaci uplatnit svoje řešení, proto je třeba porozumět dobře chování druhého, neodsuzovat, pokusit se o rozumový vhled a opřít se o zkušenosti a empatii.
- *Autonomie* - princip přistupovat k zainteresovaným osobám jako k rovnocenným partnerům. Autonomní osoba je schopna rozhodovat na základě individuálních úvah, jednat podle svých zájmů, zvládat a ovlivňovat způsob každodenního života podle určitých pravidel a představ. Jde zde o zachování pocitu nezávislosti, který souvisí s pocitem důstojnosti. Respektovat autonomii je velmi důležité při pomoci překonávání závislosti klientů na cizí pomoci. Pro autonomii je důležitá volnost jednání a převzetí odpovědnosti.
- *Cílevědomost* – každé jednání člověka sleduje cíl, který je mu vlastní. Sledovat tyto i vzdálené cíle můžeme označit jako cílevědomost, jeden z význačných rysů

člověka. Cílevědomé jednání bývá promyšlené, proto je pokládáme za svobodné rozhodnutí a původce za něj nese plnou zodpovědnost.

- *Důstojnost* – je spojena s úctou, autonomií, respektem a ovládním. Při poskytování péče a služeb je důležité nejen důstojnost zachovávat, ale i posilovat. Právo na důstojnost je jedním z základních práv zakotvených v Deklaraci lidských prav (OSN, 1948).
- *Důvěrnost* – vztah mezi uživatelem a pracovníkem založený na předávání ověřených informací, který vede k důvěryhodnosti, ta pro klienta znamená poskytování nestranné, odborné a diskrétní péče.
- *Mlčenlivost* – základní podmínka při poskytování citlivých informací uživatelem. Pracovník přebírá odpovědnost, že informace mu sdělené nebudou poskytnuty dál, ale je zde možnost dilematické situace, kdy se řeší „mlčenlivost versus ochrana klienta“.
- *Spravedlnost* – respekt, úcta k právu, ale také rozměr etický, který je širší než právní. Etický rozměr znamená nestranné rozhodování, uznání práv nejen vlastních, ale i druhého, v širším slova smyslu spravedlnost znamená dělat to co je dobré v etickém slova smyslu, nebo to co je správné (Kutnohorská, 2007, s. 18).

1.2 Předpoklady a požadavky na pracovníky pomáhajících profesí

Pohled na požadavky pro pracovníky pomáhajících profesí jsou ještě dnes, pro mnohé ovlivněny modelem církevních ošetřovatelských řádu.

Práce v pomáhajících profesích je náročná jak po fyzické stránce, tak po stránce psychické, proto každý pracovník by měl především správně ohodnotit sám sebe, své možnosti. Sebepoznání, jako neustálé uvědomování si svých vlastností, schopností, nedostatků a pocitů pomáhá, porozumění chování klientů a svému vztahu k nim.

Mezi předpoklady pro zvládnutí nároků pomáhajících profesí patří:

- Poznat sám sebe, reálně nahlédnout na svoji osobu.
- Všimnout si sebe a svých reakcí. Není možné odpoutat se celkově od svých starostí, proto je důležité hledat zdroj a řešení nepohody. Dobře fungující tým pozná dle reakcí možné starosti jedince a mnohdy dokáže pomoci.
- Dokázat komunikovat o svých potřebách, představách a potížích (Venglářová, 2011, s. 14).

Sociální dovednosti a schopnosti pracovníků pomáhajících profesí:

- *Sociální percepce* - schopnost vnímání druhých a dle stavu emocí druhého dokázat zvolit správný přístup, strategii.
- *Prívětivost, sociabilita, komunikativnost* - jde především o vyjádření vztahu, zájmu, umění dobře se ptát, správně vyjadřovat a umění naslouchat.
- *Schopnost týmové práce* - dobře fungující tým je základem dobré spolupráce.
- *Řešení konfliktů* - způsoby reakcí a chování při řešení konfliktů je důležité osvojovat si během celého života. Důležitá je snaha hledání motivů, kompromisů, řešení (Venglářová, 2011, s. 15 – 16).

Hrozenská a Dvořáčková (2013, s. 117 - 118) předpoklady pro pracovníky pomáhajících profesí shrnuje takto:

- *Zdatnost a inteligence* – fyzická zdatnost v pomáhajících profesích je velmi důležitá, mnohdy se jedná o těžkou a vysilující práci. Prohlubování si dosavadních znalostí, seznamování se s novými praktickými technikami a teoriemi je nezbytné. Přírozenou složkou by měly být socioemoční dovednosti a sociální inteligence.
- *Přitažlivost* – mnohdy se jedná o přirozené sympatie, ale díky určité myšlenkové a názorové shodě, nebo správným jednáním s klienty se pracovník stává odborníkem ve svém oboru. Důležitou roli může hrát věková příbuznost a následná spontánní náklonnost k pracovníkovi.
- *Důvěryhodnost* – znamená diskrétnost, spolehlivost, porozumění atd. Klient vnímá pracovníkův smysl pro čestnost, srdečnost a otevřenost.
- *Komunikační dovednosti* – jsou základní a důležité pro navázání vztahu pracovníka s klientem a případné pomoci řešit jeho problém. K těmto dovednostem patří:
 - fyzická a duševní přítomnost,
 - naslouchání – schopnost vnímat verbální i neverbální signály vysílané klientem, ať jsou vysílána otevřeněji nebo skrytě, sledovat projevy klienta je dobré při rozhovoru, tak i v běžném životě,
 - empatie – představuje vhled do světa klienta, vcítění se do jeho pocitů, problémů, do jeho uvažování, schopnost reagovat na jeho chování s porozuměním – je to forma lidské komunikace, která zahrnuje jak naslouchání a porozumění, tak sdělování porozumění klientovi,

- analýza klientových prožitků – schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovi pocity, zážitky a chování.

Péče o druhé zahrnuje schopnost porozumění světu klienta tak, jak jej vnímá on sám. Pracovníci jsou vystaveni velkým psychickým i fyzickým nárokům, které si žádá toto povolání, proto jsou vystaveni určitým rizikům, jedním z těch závažných bývá především syndrom vyhoření.

Existují tři základní předpoklady sociální práce:

- Úcta ke klientovi.
- Přesvědčení o jedinečnosti každého jedince, ale zároveň tato jedinečnost závisí na vzájemnosti s ostatními lidskými bytostmi.
- Přesvědčení o tom, že každý jedinec je schopen růstu a změny (Matoušek et. al., 2003, s. 37).

1.2.1 Práva klientů a pracovníků

Při poskytování sociální služby a péče seniorům je třeba neopomíjet jejich nezpochybnitelná práva, respektovat je, zohledňovat a dodržovat. Pro práci pracovníků v pomáhajících profesích je důležité si uvědomovat jedinečnost každého klienta, což vytváří předpoklad respektu, úcty a tolerance a přispívá k dobrým mezilidským vztahům.

Ochrana práv uživatelů, jejich příbuzných a blízkých je jedna ze zásadních věcí. Důležité je nejen dodržování práv klientů, ale také jejich povinností. Větší pozornost si zaslouží i další skupina osob a to jsou samotní pracovníci v sociálních službách, kteří se na péči o uživatele podílejí a pomáhají v nelehké situaci.

Tlak na ochranu a dodržování práv v mnoha případech vede k extrému, kdy mnoho klientů a jejich příbuzných se snaží pouze uplatňovat svá práva a strana povinností bývá silně opomíjena. Toto mnohdy přemrštěné poukazování pouze na práva a to jak od klientů tak jejich příbuzných mají pro pracovníky mnohdy devalvující charakter. Pracovníci jsou mnohdy přiváděni do nelehkých situací, zvyšuje se slovní napadání, obviňování a především vynucování si nepotřebné péče, tím dochází k zneužívání poskytované péče daným zařízením. Takto jednající lidé odůvodňují své chování tím, že mají právo „protože oni si přece platí“. Mnohdy zapomínají na práva druhých, pečujících osob, ale také svých spoluuzivatelů služby, pro které je tento stav diskriminující. Jednou z forem předcházení těmto situacím je pečlivé projednání přesného rozsahu poskytované služby.

V oblasti práv pracovníků je důležitým a častým jevem, nadměrné přetěžování pracovníků. Důležitá je míra požadavků na pracovníka a poskytnutí časového prostoru pro provedení požadavků, nesmí se zapomínat, že se jedná o práci s lidmi a tuto práci nelze nanormovat, každý klient má své tempo, které je potřeba při poskytování péče respektovat. Zaměstnavatel by měl brát ohled na tento narůstající tlak ohledně požadavků, povinností a jednostranné zdůrazňování práv klientů, tento stav působí demotivujícím způsobem a mnohdy vede u pracovníků k syndromu vyhoření.

Ideálním stavem je oboustranné respektování a dodržování práv všech stran a to jak ze strany klientů, příbuzných, pracovníků tak i managementu. Řešení situace vyžaduje systémová řešení od jednotlivců, tak i poskytovatelů (Malíková, 2011, s. 52 – 53).

1.2.2 Hranice ve vztahu s klientem

Klíčovou dimenzí je vymezení hranic při poskytování péče a to především ve vztahu profesionál – klient, jde o dělítko, které určí kompetence jednotlivých účastníků pečovatelského procesu. S vědomím hranic se člověk nerodí, tvoří se během individuálního psychického vývoje. Pro efektivní práci s klienty je třeba mít tyto zřetelné hranice, které je možné i opakovaně vyjasňovat a dbát na pravidlo srozumitelnosti, zřetelnosti a důsledků. Porušování hranic může docházet ze strany klientů například formou manipulace, v těchto situacích přichází ke slovu asertivita – sebeprosazení. Porušování hranic může docházet také ze strany pracovníka, jde o „splývání“, kdy pracovník si záležitosti klienta bere za vlastní. Důvody mohou být různé například:

- Zamezení pocitu samoty pracovníka a nahrazením pocitem potřebnosti pro klienta.
- Sebeobětování ve prospěch klienta, kdy dochází k přehnané péči i v oblastech, které klient dokáže zvládnout sám.
- Porušování autonomie klienta, kdy pracovník vše dělá za klienta.
- Ztotožnění se s klientem na bázi soucitu, kdy je pracovník zcela zahlcen skutečností, která se klientovi děje.

Pracovníci si mnohdy riziko splývání uvědomují a v některých případech jako obranu zvolí netečnost, ale to není pro pomáhající profese ideální stav.

Přirozeným stavem dobře ustanovené hranice jsou hranice polopropustné, kdy se člověk stará o své potřeby a udržuje soběstačnost, vstupuje do vztahů s okolím, přijímá to, co se mu jeví dobré a to co se mu jeví špatné odmítá. Nepropustnost hranice se objevuje

v situacích, kdy pracovníci jsou zahlceni těžkými situacemi klientů a snaží se od nich odpoutat. Tato odpoutání se mohou dít pomocí cynických hovorů, nebo soustředěním se pouze na praktickou stránku věci (Kopřiva, 1997, s. 76 – 80).

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Pomáhající profese se nezdá se setkávat s bolestmi a těžkými osudy lidí, o které pečují, proto se nejprve začalo hovořit o syndromu vyhoření v souvislosti s těmito profesemi. V současnosti se rozšiřuje i do dalších oblastí lidského života – od manažerů až po ženy na mateřské dovolené.

2.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření byl pod názvem „burn – out“ popsán a uveden v roce 1974 Freudengergerem. Termín burnout byl původně užíván ve spojení se stavem u lidí závislých na alkoholu v chronickém stádiu závislosti. Později se užívání tohoto termínu rozšířilo také na pojmenování totožných stavů u osob opojených prací – workoholismem. Později začal být termín „burnout“ užíván také v souvislosti s pracovníky, u nichž se objevují projevy letargie, zoufalství a bezmocnosti (Křivohlavý, 1998, s. 46).

Freudengerger popsal syndrom vyhoření následovně:

„U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnost setřást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpání, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování): například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny“ (Freudengerger in Venglářová, 2011, s. 24).

Janáčková (2008, s. 77) popisuje syndrom vyhoření jako důsledek profesionální selhání vyvolaného vyčerpáním, díky zvyšujícím se požadavkům okolí, ale také od samotného jedince.

Myron D. Rusch (2003, s. 7) syndrom vyhoření popsal na základě vlastní zkušenosti. Své pocity a zkušenosti s touto problematikou popsal jako spojení určitého druhu stresu, emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, jejichž příčinou je sled určitých událostí týkající se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince.

2.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Vznik syndromu vyhoření můžeme dělit do tří skupin a to na příčiny spojené přímo s daným jedincem, s organizací a se společností.

2.2.1 Příčiny spočívající na jedinci

Příčiny na úrovni psychické se zakládají na reaktivním základním postoji a slabé dimenzi sebeřízení, negativní myšlení, ztrátu smyslu u každodenních činností, neúčinné zvládnání stresu, nahromadění nepříznivých životních událostí.

Příčiny na úrovni tělesné znamenají nedostatek odolnosti vůči zátěži, který je dán konstitučně i temperamentovým založením člověka. Velký podíl na výskytu syndromu sehrává nezdravý způsob života (Křivohlavý, 2012, s. 43 – 44).

Rizikové faktory osobnosti:

- Vzorce chování.
- Vnitřní hlas patří mezi vnitřní motivátory – základní postoje a zásady, kterými se podvědomě řídíme („Buď silný, buď dokonalý“).
- Nízká odolnost jak fyzická, psychická také emocionální a povahová (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 64).

Každý člověk, který se rozhoduje pro práci v pomáhajících profesích, by měl zhodnotit své předpoklady pro tuto profesi za pomoci sebepoznání.

2.2.2 Příčiny spočívající na organizaci

Jedná o specifické charakteristiky pracovního prostředí, které podporují rozvoj syndromu vyhoření:

- extrémní míra svobody a stejně extrémní míra kontroly,
- nesmyslnost požadavků,
- autorita – konflikty formální a osobní autority,
- odpovědnost – nadměrná míra odpovědnosti a nedostatek prostředků k odpovědné realizaci, ale také pocit mizivé odpovědnosti u pracovníka,
- neplnění úkolu trvajících delší období, je potřeba mít možnosti a prostředky k výkonu své práce,
- očekávání by měla být přesně stanovena a měla by být realistická,

- sociální komunikace a to jak horizontální, tak vertikální je nutná pro dobrou vzájemnou informovanost,
- nadměrné požadavky kladené na pracovníky,
- nedostatečné ohodnocení pracovníků finanční a slovní (Křivohlavý, 2012, s. 43 -44),
- obavy pracovní místo a nejistota v důsledku nových typů pracovních smluv,
- obava z nucené změny pracoviště nařízené zaměstnavatelem (Stock, 2010, s. 32).

Kelnarová a Matějková (2014, s. 63 – 64) dělí rizikové faktory v zaměstnání:

- zvýšenou pracovní zátěž,
- nedostatek samostatnosti,
- špatný kolektiv,
- nespravedlnost,
- konflikt hodnot, kdy nařízení vedení jsou v rozporu s vnitřními hodnotami a přesvědčením pracovníka.

2.2.3 Příčiny spočívající na společnosti

Dnešní moderní společnost klade stále větší požadavky na jedince. Vyvíjí tlak k stále větším a lepším výkonům, nutí k soutěživosti, hodnotí jen dle množství úspěchu. Všechny tyto požadavky mnohdy bývají důvodem syndromu vyhoření (Rush D., 2003, s. 30 – 31).

Mezi důležité potřeby každého jedince je společenské uznání, projevy úcty druhými, velmi důležité je uznání od primární skupiny. Budování dobrých vzájemných vztahu v rodině, na pracovišti, v zájmové skupině je dobrý předpoklad, že v případě vyhoření je možné se opřít o ochrannou sociální síť, tvořenou dobrými mezilidskými vztahy (Křivohlavý, 2012, s. 40 – 42).

2.3 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření mají tři základní symptomy:

- Vyčerpání – kdy převažují pocity emočního a fyzického vysílení, v některých případech mohou být tyto pocity spojovány s depresí. Po stránce emoční se jedná o pocity sklíčenosti, bezmoci, beznaděje, ztráta sebeovládání, pocity strachu, prázdnoty, ztráty odvahy a osamocení. Po fyzické stránce především nedostatek

energie, svalové napětí, náchylnost k onemocnění, poruchy spánku, paměti, soustředění, náchylnost k nehodám.

- *Odcizení* – v práci, tak ve svém okolí. Jde celkový lhostejný postoj k okolí. U pracovníků pomáhajících profesí v sociální sféře, kde bývá často velká emocionální zátěž, může distancovaný přístup ke klientům vést k závažným problémům.

Odcizení je postupná ztráta idealismu, cílevědomosti a zájmu, místo nich nastupuje cynismus, klienti jsou vnímáni jako přítěž, nadřízení jako ohrožení, spolupracovníci jako nepříjemná přítěž.

Vnitřní rezignace se může vyznačovat podrážděností nebo naopak úplnou apatií. Pracovní problémy si dotyčný přenáší domů, rodina a přátelé si všimají změn. V extrémních případech dochází k přetrhání dosavadních sociálních vazeb, k dobrovolné izolaci.

- *Pokles výkonnosti* – často bývá způsoben subjektivním hodnocením, jedinec ztrácí důvěru ve vlastní schopnosti a považuje se za neschopného a díky tomu k poklesu výkonnosti opravdu dochází. Prodlužuje se doba na zvládnání běžných úkolů a stojí mnohonásobně více energie a sil. Prodlužuje se doba k regeneraci organismu mnohdy ani dovolená nestačí, aby jedinec nabral síly (Stock, 2010, s. 19 – 23).

Dělení příznaků dle Křivohlavého:

- *Subjektivní příznaky* prožívá sám jedinec. Patří sem únava, snížené sebehodnocení, snížení pocitů profesionální kompetence, špatné soustředění, snadného podráždění, negativismus a celá řada příznaků stresového stavu při absenci organického onemocnění.
- *Objektivní příznaky* jsou viditelné pro okolí vyhořelého pracovníka. Jde především o pozorovatelnou po řadu měsíců trvající sníženou výkonnost (Křivohlavý, 2012, str. 68).

Příznaky syndromu vyhoření můžeme rozdělit na oblast psychickou, fyzickou a emocionální.

- *Psychická úroveň* – dostavuje se negativismus především k sobě samému, vše se jeví ve „špatném světle“ – nepovedené. Objevuje se cynismus, pesimismus a hostilita ve vztahu k práci i osobním životě. Objevuje se výrazný pocit duševního a emocionálního vyčerpání, dále dochází k poklesu až ztrátě motivace („mám toho

až po krk“, „cítím se jako vyždímaný“). Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti, beznaděje, malé smysluplnosti vlastní práce. Dostavují se poruchy soustředění, zapomnětlivost, pocit, že život nemá smysl, stav může eskalovat až k sebevražedným myšlenkám.

- *Fyzická úroveň* – stav celkové únavy organismu, apatie, ochablosti, rychlé unavitelnosti. Dostavují se bolesti nejrůznějšího charakteru, mohou to být bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, poruchy krevního tlaku, zažívací obtíže, dýchací obtíže, bolesti hlavy, poruchy spánku, bolesti ve svalech, přetrvávající tenze, zvýšené riziko vzniku závislosti.

- *Emocinální úroveň* – útlum sociability, nezáměr o hodnocení ze strany druhých osob. Objevuje se výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami. Zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí. Nízká empatie se projevuje často u osob s původně vysokou empatií. Narůstání konfliktů. Rodina a přátelé přestávají být zdrojem radosti a stávají se přítěží (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 64 – 65).

Příznaky se u každého jednotlivce mohou vyskytovat v různé návaznosti, mohou mít různý průběh, sílu, ve většině případů se neobjevují všechny příznaky u jedné osoby (Poschkamp, 2013, s. 35).

2.4 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření není jenom určitý konečný stav, ale především stále se vyvíjející proces trvající několik měsíců, v některých případech i několik let. Stává se, že vývoj může začít již při nástupu motivovaného a nadšeného pracovníka pomáhající profese. Elán a optimismus je mnohdy důvodem, proč se stává nekritický k sobě samému a nevnímá signály únavy a trvale se přetěžuje.

Syndrom vyhoření se skládá z několika fází. Nejprve bývá emoční vyhoření, na které bývají vnímavější ženy, psychické vyhoření a ztráta inspirace bývá dalším stupněm. Fyzické vyčerpání vedoucí k psychosomatickému onemocnění je další důsledek dlouhodobého potlačování vlastních potřeb (Kebza, Šolcová, 2003, s. 13).

Dělením syndromu vyhoření do fází se zabývá mnoho autorů. Venglářová v knize *Sestra v nouzi* udává dělení dle Kraska – Lüdecke 2007:

„Nadšení – v popředí jsou jasné ideály, jasný cíl, kvalita práce, smysluplnost, srší nápady a dochází k přetěžování se.

Stagnace – počáteční nadšení upadá, slevování ze svých ideálů.

Frustrace – pracovníka začínají zajímat otázky efektivity a smyslu vlastní práce, objevuje se tunelové vidění: má v hlavě jen svoji práci, nic jiného ho nezajímá, cítí se osamělý se svými problémy, velká deziluze a zklamání.

Apatie – Pracovník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá jen nejnnutnější práce, vyhýbá se komunikaci s klienty, může se vyskytnout i tzv. HH – syndrom (z anglického helplessness – bezmoci a hopelessness – beznaděje).

Vyhoření – vyčerpání, negativismus, lhostejnost a naprosté vyhýbání se profesním požadavkům“ (Venglářová, 2011, s. 28 – 29).

Další dělení dle Poschkampa (2013, s. 36 – 39), který je názoru, že optimální je klasifikace pěti fází. Pořadí jednotlivých fází je:

Nadšení – v této fázi se mohou stát spouštěči syndromu velká očekávání, cíle a přehnané zaujetí.

Šok z praxe – nebo také zahořknutí vůči práci, příčinou bývá idealizovaný obraz versus neuspokojivá realita.

Únava – neustálé přetěžování, organizační nedostatky postupně demotivují a snižují pracovní výkon.

Skleslost – zapříčiněná emocionálním vyčerpáním se projevuje negativně v rodinných a partnerských vztazích.

Existenční beznaděj – projevuje se především nespavostí, snížením imunity, zažívacími problémy a bolestmi různého druhu.

Syndrom vyhoření má individuální průběh, jednotlivé fáze nemusí propuknout posloupně. Důležitým kritériem je zde samotný jedinec, jeho životní situace, jeho vnitřní síla, rezervy a především způsob chování v životních situacích a konfliktech (Prieß, 2015, s. 50 – 52).

2.5 Diagnostika syndromu vyhoření

Základem diagnostiky syndromu vyhoření u jednotlivých pracovníků je často výsledkem pozorování příznaků u jedinců vedoucím pracovníkem, případně spolupracovníky (Kebza, Šolcová, 2003, s. 17). Diagnostika jedinců, u kterých sledujeme příznaky syndromu vyhoření, spočívá kromě anamnestického zhodnocení, také ve fyzikálním vyšetření pacienta.

Psychologické metody diagnostiky jsou především v podobě dotazníků, jejich předností je snadnější využitelnost. V praxi se nejčastěji užívají dotazníkové metody: Maslach Burnout Inventory dotazník (MBI), který mapuje oblast emocionálního vyčerpání, depersonalizaci a uspokojení z práce, Burnout Measure (BM) dotazník psychického vyhoření (Venglářová, 2011, s. 29). Syndrom vyhoření však můžeme diagnostikovat i pomocí jiných metod a to sice tzv. sémantickým diferencíálem nebo pomocí psychologických studií (Křivohlavý, 1998, s. 55).

2.5.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Dotazník slouží k diagnostice syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Skládá se ze tří faktorů. Dva z nich jsou laděné negativně, týkají se depersonalizace a emocionálního vyčerpání. Třetí z nich je laděna pozitivně, týká se osobního uspokojení z práce. Dotazník obsahuje celkem 22 položek pro stanovení stupně syndromu vyhoření (Venglářová, 2011, s. 42). Autorkami tohoto dotazníku jsou Maslach a Jackson (Bartošíková, 2006, s. 69).

MBI dotazník rozdělujeme do tří oblastí:

- **emocionální vyčerpání – EE:** je doprovázeno ztrátou chuti k jídlu, ztrátou jakékoliv motivace, fáze se počítá za nejpřesnější ukazatel syndromu vyhoření,
- **depersonalizace – DP:** projev oblasti psychického vyčerpání, projevuje se hlavně u osob s potřebou kladné odezvy, v případě nedostatku této odezvy dochází k zahořknutí, stáhnutí se do sebe a k následným projevům syndromu vyhoření,
- **osobní uspokojení z práce – PA:** lidé, kteří trpí nízkou hodnotou zdravé sebedůvěry, nedokážou si sami sebe dostatečně cenit, bývá pro ně charakteristický i snížený pracovní výkon (Křivohlavý, 2012, s. 55).

2.5.2 Burnout Measure (BM)

Dotazník měří pocity fyzické vyčerpanosti, slabosti a únavy, dále pocity emocionálního vyčerpání, ke kterým se vztahují pocity úzkosti, beznaděje a v neposlední řadě jsou zde měřeny pocity psychického vyčerpání, které odrážejí pocity osobní bezcennosti. Autory dotazníku jsou Pines, Aronson a Kafry. (Bartošíková, 2006, s. 70).

2.5.3 Orientační dotazník

Jedná se o typ selfmonitoringu, pomocí autodotazníků, nebo také diagnostická samoobsluha. Metoda vhodná pro každého. Pomocí tohoto dotazníku může jedinec zjistit, v jaké fázi syndromu vyhoření se ocitá. Výhodou je, že respektuje psychické vyhoření jako proces a ne jako momentální stav. V orientačním dotazníku nacházíme 24 položek, které slouží k diagnostice syndromu vyhoření. Autory jsou Hawkins, Minirth, Maier a Thursman (Křivohlavý, 1998, s. 42 – 43).

2.5.4 Sémantický diferenciál

Sémantický diferenciál znamená jemné odlišení významu slov, pracuje s bipolárními adjektivy. Bipolární adjektiva jsou na obou stranách extrémní, například cítím se bezcenný – cítím plně hodnotný. Mezi těmito výkyvy je stupnice, která má určité číselné rozpětí, jedinec určuje křížkem na této stupnici, bod, kde cítí, že se nachází (Křivohlavý, 1998, s. 41).

2.5.5 Personal Subjective Analysis (PSA)

Personal Subjective Analysis – subjektivní hodnocení vlastní situace, je jednoduchá nedotazníková metoda, kdy si za pomoci úsečky, na jejichž koncích jsou dány protichůdné, extrémní hodnoty citění, označíme bod, v kterém se nalzáme dle našich pocitů (Křivohlavý, 2012, s. 57).

2.5.6 Psychologické studie

Psychologické studie potvrzují pozorování určitých rozdílů, které se nachází mezi jedinci. V modelových situacích jsou prokázány rozdíly chování jednotlivců a zjišťovány souvislosti. Ze studijních postřehů vychází následné dělení dle určité charakteristiky lidí a to na jedince, kteří snadno podléhají těžkým situacím a skupinu jedinců, kteří bojují až

dokonce. Psychologická studia mohou dospět k závěru, u kterých skupin se syndrom vyhoření vyskytuje častěji (Křivohlavý, 1998, s. 43).

2.6 Léčba syndromu vyhoření

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, která proběhla v dubnu 2014, klasifikovala toto onemocnění. Nyní ho můžeme najít pod termínem Syndrom vyčerpanosti a to pod číselným kódem F 48.0. (MKN 10 III. díl, 2014, str. 505).

Syndrom vyhoření provází mnoho příznaků, které způsobují postiženému komplikace jak v profesním, tak v osobním životě, proto základním krokem je uvědomit si a přiznat sám sobě, že nastaly vážné potíže. Syndrom vyhoření se většinou týká jedinců velmi houževnatých a zaměřených na výkon. Především pro tento typ, ale i pro ostatní je obtížné připustit, že není něco v pořádku. Důvodem bývají pocity bourajících se životních jistot a kolabující profesní, mnohdy i soukromý život.

V prvotních fázích je možné pomoci sám sobě, důležité je mít zachovaný náhled nad svým chováním a dokázat se podívat na své jednání s odstupem. V případě zvládnutí této fáze a správného zpracování problému, získané zkušenosti mohou být dále využity k osobnímu rozvoji a zlepšení sebevědomí.

V akutní fázi je třeba vyhledat odbornou pomoc z oblasti psychologie, psychoterapie či psychiatrie (Venglářová, 2011, s. 38 – 39).

Pro léčbu syndromu vyhoření jsou vhodné relaxační metody, psychoterapie a další psychoterapeutické přístupy. V některých případech se pro podpoření léčby používají farmakologické přípravky.

2.6.1 Relaxační metody

Spojení prevence případné léčby syndromu vyhoření a relaxačních technik znamená především dopřát si vše ve správné míře, zachovat rovnováhu mezi námahou a odpočinkem. Relaxační cvičení mohou pomoci nalézt vnitřní klid a to jak uvolňovací, tak posilovací techniky.

Člověka postiženého syndromem vyhoření provází vyšší míra stresu organismu. Na tyto stresové projevy organismus reaguje napětím sympatika, aktivní části vegetativního nervového systému, dochází k vyplavování adrenalinu – stresového hormonu. Pokud tento

stav přetrvává a nedochází k uvolnění napětí, dochází v kůře nadledvin k sekreci hormonu kortizolu, který reguluje hladinu cukru a množství minerálních látek v krvi. Vzrůstá svalové napětí, zhoršuje se prokrvení kůže, stoupá krevní tlak, zvyšuje se srdeční frekvence, zpomaluje se činnost střev a tvorba žaludečních šťáv.

Relaxační cvičení je třeba provádět pravidelně. Cílem je aktivizace parasymptatika. Přeprogramování organismu z nadměrné aktivity sympatiku k posílení parasymptatika je časově náročné, zejména je – li jedinec vystaven trvalému tlaku a působení několika stresových faktorů současně.

Relaxační metody:

- autogenní trénink podle Schultze,
- uvolnění svalů podle Jacobsona,
- asijské techniky – joga, Tai chi, Čchi – kung,
- (auto) hypnóza,
- (nenáboženská) meditace, tak zvané bdělé snění,
- Biofeedback – biologická zpětná vazba.

Všechny tyto metody jsou kladně vědecky ověřené a jednoznačně přínosné (Stock, 2010, s. 70 –71).

Další alternativní relaxační techniky:

- aromaterapie,
- arteterapie,
- muzikoterapie,
- relaxace prostřednictvím barev (Venglářová, 2011, s. 69).

2.6.2 Psychoterapie

Psychoterapie je proces, při kterém dochází díky psychologických postupům a metodám k pomoci lidem vnitřně destabilizovaným, často nemocným a nešťastným. Psychoterapie zahrnuje prevenci, léčbu a rehabilitaci založenou na vzájemném vztahu a komunikaci mezi psychoterapeutem a klientem (Vymětal, 2010, s. 7).

Důležitý je vztah klienta a psychoterapeuta jako člověka, který se mu snaží porozumět, jeví o něj osobní zájem a je pro něj přirozenou autoritou znamenající pro nemocného oporu a jistotu, naději ve změnu k lepšímu. Jednou z podmínek je důvěra. Osobnostní

charakteristiky psychoterapeuta důležité pro vztah ke klientovi je akceptace klienta, empatie a autenticita terapeuta (Vymětal, 2010, s. 142).

Psychoterapeutické přístupy:

- **Dynamická psychoterapie, psychoanalýza:** tato metoda pracuje na zvládnání úzkostných stavů, postupného budování sebevědomí, případně naučení se odvaze postavit se sám za sebe (Praško, 2005, s. 50).
- **Kognitivně behaviorální terapie:** metoda pracuje se zvládnání úzkosti, obav, tělesných symptomů a životních problémů (Praško, 2005, s. 56).
- **Skupinová psychoterapie:** probíhá ve skupinách 8 – 12 osob. Metoda za pomoci skupiny hledá spojitost mezi úzkostnými stavy a vzorci chování. Cílem je změna vzorce chování (Sekot, 2014, s. 641).
- **Logoterapie:** princip je založený na dvou krocích – první se zaměřuje na nalezení realistického pohledu na věc a druhým krokem je rozšíření pohledu jedince (Ulrichová, 2011, s. 200 – 202).

2.6.3 Léčba farmakologickými přípravky

Syndrom vyhoření je spojen s tělesnými, psychickými a emocionálními problémy. Především stres provázející syndrom vyhoření vyvolává mnohdy závažné fyziologické problémy, které je mnohdy třeba řešit farmakologickými přípravky.

Tato léčba je podpůrná a sama o sobě syndrom vyhoření nevyléčí.

- *Antidepresiva* – tlumí deprese, smutek, apatii, strach a stavy beznaděje (Praško, 2005, s. 45).
- *Anxiolytika* – tlumí nepříjemné prožitky snižující kvalitu života, které vyvolává strach a úzkost (Praško, 2005, str. 44).

Fyzické obtíže mohou pomoci odstranit tyto druhy farmakologických přípravků:

- *Stimulancia* – stimulují pomocí urychlení psychomotoriky, zabraňují ospalosti.
- *Analgetika* – léčiva tlumící různé druhy bolestí.
- *Hypnotika* – řeší různé druhy nespavosti (Suchopár et al., 2009, s. 238 – 237).

2.7 Prevence syndromu vyhoření

Základním pilířem předcházení syndromu vyhoření je prevence, která by měla obsahovat dostatečnou osvětu, informovanost a práci s celým pracovním týmem například nabízením teambuildingových aktivit. Informovaný člověk může sám na sobě pozorovat určité příznaky a zhodnotit zda je schopen pomoci si sám nebo navštívit odborníka. Důležité je, aby se na prevenci podílel každý zaměstnanec, ale především každý zaměstnavatel.

Křivohlavý (2012, s. 28) postupy prevence syndromu vyhoření dělí:

- *Interní postupy* nám ukazují, že k syndromu vyhoření dochází především u lidí zaměřených na jeden cíl. Výzkumy prokázaly, že lidem nejvíce ohroženým syndromem chybí tyto charakteristiky – přiměřené riskování, snaha o důsledné informování o výsledcích své činnosti, plánovitost a subjektivní pojem úspěchu.
- *Externí přístupy* obsahují sociální oporu, předávání rad a zkušeností od lidí, kteří vyhořeli nebo se o vyhořené starali.

2.7.1 Prevence na pracovišti

Prevence na pracovišti je jedno z nejdůležitějších opatření. Zaměstnavatel by měl mít neustále na paměti jejich důležitost a nepodceňovat jejich význam.

Vztahy na pracovišti – vytváření příjemné tvůrčí atmosféry s jasně rozdělenými rolemi a povinnostmi. Minimalizace napjaté atmosféry nebo možného lobbingu.

Ohodnocení za práci – zaměstnavatel by si měl být vědom potřeby dostatečného hodnocení pracovníků a to jak finančního, tak potřeby vědomí, že práce má smysl, že zaměstnavatel si jeho práce cenní a váží.

Kontrolní systém – správně nastavený kontrolní systém může zabránit mnoha nedorozuměním a fatálním důsledkům. Důležité je, aby nebyl příliš byrokratický a pro zaměstnance ponižující.

Vhodné načasování – správné načasování jednotlivých pracovních úkonů a systému přestávek je základem pro utváření dobrých pracovních podmínek. Přetěžování, především dlouhodobé, snižuje rapidně výkonnost a zvyšuje riziko chyb z nepozornosti a únavy.

Nabídka aktivit k odreagování od pracovní činnosti – možnost vybrat si ze spektra nabídek činností zvýhodněných zaměstnavatelem například návštěvy divadel, tělocvičen, masáží, relaxačních pobytů atd. (Kelarová, Matějková, 2014, s. 67 – 68).

Celoživotní vzdělávání – jedná se především o zvyšování si dovedností a znalostí v daném oboru pomocí akreditovaných kurzů, seminářů, stáží, odborných konferencí. Mimo jiné je ve vlastním zájmu pracovníka číst odbornou literaturu, časopisy a sledovat novinky ve svém oboru.

Zajištění vhodných pracovních podmínek – znamená vyhovující prostředí pro výkon dané činnosti a to v prostředí vhodném pro klienty, tak pro zaměstnance. Zajištění technických, hygienických, personálních požadavků.

Teambuilding – za pomoci různorodých aktivit napomáhá zlepšení společenských vztahů, sociálních interakcí, napomáhá vymezení rolí v rámci plněného úkolu, podporuje lepší komunikaci a spolupráci mezi členy týmu. Pro rozvoj organizace a dobrou spolupráci týmu je důležitý „společný tah na branku“, vytváření efektivních pracovních vztahů a hledání řešení problémů v rámci týmu. Důležitým prvkem pro spolupráci je znalost kolegů i mimo pracovní činnosti (Venglářová, 2011, s. 169, 174).

Balintovské skupiny – systematická metoda v supervizi. Při setkáních skupin o počtu 6 – 12 osob se řeší konfliktní situace nebo problematické vztahy s klienty (Venglářová, 2011, s. 158).

Střídání skupin klientů, změna pracoviště - další alternativa prevence syndromu vyhoření pomocí odvrácení hrozby stereotypu.

Supervize – supervize pomáhá očistit se od negativních emocí, porozumět lépe situaci, neřešit konflikty agresí či únikem, ale komunikací vedoucí k hlubšímu dorozumění. Supervizor, jakožto odborník na vedení poradenského rozhovoru, může pomoci k pochopení, změně komunikačního stylu, lepší spolupráci, především z důvodu, že ve vztazích aktérů není zaangažován, stojí vně systému, má potřebný náhled. Základním pravidlem supervize je bezpečný vztah, důvěra vůči supervizorovi.

V supervizi jde především o profesionální rozvoj pracovníka:

- zvyšováním a získáváním dovedností,
- poskytnutím pomoci při řešení obtížných případů,
- zvládání emočně náročných a stresujících situací,
- dalším vzděláváním pracovníka (Venglářová, 2011, s. 88).

Supervize je pomoc podpora pro ty, kteří sami pomáhají. Vzniká na základě objednávky (zakázky), kdy vzniká pro obě strany závazný kontrakt.

Supervizi dělíme podle zaměření na druhy:

- *Individuální* – vhodná pro situace příliš osobní, pro práci pracovníka s klientem na individuálním úkolu, pro řešení situace porušení hranic a řešení etických témat atd.
- *Týmová* – práce ve skupině, kdy tématem může být určitý případ nebo předmětem supervize je tým sám – tzv. supervize týmu v které se ošetřují týmové vztahy a komunikační kanály v týmu.
- *Supervize organizace* – je pomoci zejména pro vedoucí pracovníky a manažerský tým. Pomáhá optimalizovat způsob řízení, stanovit potřebné cíle, správně využívat komunikační kanály, zefektivnit spolupráci týmů (Veltrubská, http://www.ivavel.cz/texty/Supervize_a_co_s_ni.pdf).

2.7.2 Osobní prevence

Předcházení syndromu vyhoření se týká především každého pracovníka, jeho přístupu k problematice a snahy o spokojený život.

Vhodná životospráva – životospráva je jedním ze základních kamenů prevence, od kterého se odvíjí celkové zdraví. Jedná se propojení vyvážené stravy, dostatku spánku, odpočinku, vhodné sportovní aktivity atd. (Praško, 2005, s. 198).

Relaxační a meditační techniky – výčet technik je zmíněn v kapitole léčba.

Volnočasové aktivity – pro psychické zdraví jsou velmi prospěšné především díky možnosti odreagování, možnosti trávení času s rodinou a přáteli a tím upevňování vztahových vazeb, které později mohou fungovat jako podpůrná síť (Venglářová, 2011, s. 35).

Pozitivní a realistické myšlení – nelehké pro jedince, kterým v tomto brání jejich temperamentové založení. Přijmout skutečnost s nadhledem a lehkostí, použít úsměv mnohdy ulehčí situaci (Praško, 2005, s. 197 – 199).

Oddělování pracovního a soukromého života – dlouhodobé přenášení pracovních problémů do soukromé sféry může narušit rodinné vztahy a naopak nadměrné zatěžování týmu svými problémy přináší nesoulad týmu (Venglářová, 2011, s. 37).

Asertivita – schopnost, která není dána každému, ale lze se jí naučit. Jedná se o schopnost vyjádřit svůj názor, bránit se manipulaci, dokázat říci ne, já nevím, je mi to jedno a neprožívat pocity výčitek (Novák, 2012, s. 26 – 27).

Sebereflexe a sebepoznání – má hodnotící a popisnou dimenzi. Sebeoznání je složitější proces než poznávání druhých. Sebeoznání je především realistické uvědomění si svých vlastností, dovedností, nedostatků. Tato poznání nám může pomoci při pochopení okolního světa, ulehčení adaptace a zvládnání náročných situací (Venglářová, 2011, s. 35 – 36).

Time management - schopnost efektivního plánování svého času. Správná organizace a plánování aktivit je důležitou technikou, která pomůže zvládat i těžké stresové situace. Mnohdy vede k vyjasnění priorit a k využití skrytých časových rezerv, které je možno využít pro vlastní rozvoj (Lojda, 2011, s. 42).

Víra – víra má pro každého jedince vlastní význam. Z epistemologického hlediska jde o přesvědčení, že něco je skutečné a pravdivé. Náboženské a psychologické hledisko je zaměřeno na důvěru v osobu, nauku, instituci, ale také ve vlastní poznatky, sebe sama a svůj úsudek (<https://cs.wikipedia.org/wiki/Víra>). Víra, nemusí být zrovna určité náboženství, ale také přesvědčení, víra sama v sebe. Důležité je, že v mnoha případech se může stát pomocníkem, o kterého se lze opřít.

3 SPECIFIKACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Specifikace a poskytování sociálních služeb je v České republice vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Sociální služba je soubor činností, které pomáhají a podporují člověka při řešení nepříznivé sociální situace pomocí poskytování služeb ambulantních, terénních nebo pobytových, zaměřených na určité skupiny klientů a jejich problémy.

Pojetí sociální politiky v ČR se řadí ke konzervativnímu modelu s prvky sociálně demokratického nebo také skandinávského modelu. Z praktického pohledu v oblasti konzervativní to znamená snahu o upřednostnění domácí rodinné péče. Skandinávský model je zmiňován v souvislosti s dostupností pobytové péče (Kalvach, 2011, s. 217).

Poskytovatelé sociálních služeb mají tyto povinnosti dané zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění:

- Srozumitelnou formou zajišťovat dostupnost informací o poskytované službě.
- Zájemce o službu informovat o povinnostech, úhradách a způsobu poskytování služby, tak jak to vyplývá ze smlouvy o poskytování služeb.
- Zajistit a vytvářet podmínky při poskytování služby tak, aby bylo možné naplňovat lidská práva.
- Mít vypracovaná vnitřní pravidla, která zajišťují poskytování služby a respekt k právům uživatelů.
- Průběh služby plánovat podle osobních cílů, potřeb a schopností uživatel, hodnotit průběh služby, vést individuální záznamy, zapisovat výstupy hodnocení do individuálních plánů.
- Žadatelé o službu musí být vedeni v evidenci o službu.
- Řídit se standardy kvality vypracovanými pro každou službu.
- Uzavřít smlouvu s osobou pokud tomu nebrání zákonné důvody.
- Obecnímu úřadu s rozšířenou působností neprodleně oznámit ukončení poskytované služby osobě, která se neobejde bez další pomoci a podpory a mohl by se ocitnout v situaci ohrožující život, zdraví. Osoba s tímto oznámením musí souhlasit (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, přinesl povinnost poskytovatelům sociálních služeb vytvořit soubor kritérií kvality poskytované dané sociální služby – standardy kvality sociálních služeb. Vypracování a následné dodržování se vztahuje na všechny druhy sociálních služeb. Poskytovatel si je musí zpracovat a modifikovat podle poskytovaných druhů služeb a jejich rozsahu, na své konkrétní podmínky a pro svoji cílovou skupinu, je nutné, aby odpovídaly reálné situaci a vyhovovaly klientům služeb. Velký přínos zavedení sociálních standardů přinesl v možnosti porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb a zařízení se stejným druhem služby (Malíková, 2011, s. 69 – 70).

Standardy jsou děleny do tří základních kategorií:

- *Procedurální standardy č. 1 – 8*, obsahují systematický návod jak má daný druh poskytované služby vypadat, vymezit rámec sociální služby, její kvality s ohledem na ochranu práv klientů a možnosti řešení případných problematických situací. Zajišťují vztah poskytovatel a veřejnost, klient a poskytovatel.
- *Personální standardy č. 9 – 10*, stanovují podmínky pro personální zajištění poskytování sociálních služeb a stanovují povinnost pro zaměstnavatele vytvořit vhodné podmínky pro pracovníky jejich profesní rozvoj
- *Provozní standardy č. 11 – 15*, zajišťují dostupnost a informovanost o službě, havarijní a nouzové situace, pravidla pro mechanismy hodnocení (Malíková, 2011, s. 69 – 70).

Sociální služby a jejich dodržování povinností kontroluje inspekce dle zákona § 88 a §89 o dodržování kvality sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).

Etické principy poskytování sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb musí probíhat nejen v souladu s právními předpisy, ale musí vycházet z obecně platných etických principů. Etické zásady je třeba dodržovat vůči klientům poskytované služby, v interpersonálních vztazích a ve vzájemném přístupu mezi pracovníky.

Skupiny pracovníků v sociálních službách mají podle své odbornosti oficiálně vyhlášené a schválené etické kodexy, které mají pracovníci dodržovat a řídit se jimi.

Etické kodexy a normy pro pracovníky v sociálních službách:

- Etický kodex sociálních pracovníků České republiky nabyt účinnosti 20. 5. 2006, obsahuje etické zásady v souladu s doporučeními s významnými dokumenty (Všeobecná deklarace lidských práv, Charta lidských práv spojených národů, Úmluva o právech dítěte, Ústava České republiky, Listina základních práv a svobod), pravidla etického chování sociálního pracovníka a to ve vztahu k uživateli, zaměstnavateli, kolegům a etické problémové okruhy.
- Mezinárodní etický kodex sociální práce, přijat 2004. Obsahem jsou dané principy a to – lidská práva a lidská důstojnost, sociální spravedlnost.
- Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester přijat 1953. Kodex se zabývá problematikou sestry a spoluobčana, ošetrovatelské praxe, profese, vztahů se spolupracovníky.
- Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, vydán v 2004.
- Etické normy v ošetrovatelském povolání z roku 1991 (Malíková, 2011, s. 56 – 59).

Základní etické zásady pro poskytování sociální služby:

- Nezneužívat nepříznivou sociální situaci klienta, vybrat pro něj tu nejvýhodnější službu.
- Zdržet se projevů pohrdání, neúcty vůči osobě v nepříznivé sociální situaci.
- Problémy osob v nepříznivé sociální situaci nebagatelizovat, nezlehčovat jejich situaci.
- Dát najevo úctu a respekt.
- Nabídnout všechny možné formy pomoci a informací o službách a nechat na osobě v nepříznivé sociální situaci, aby si vybrala službu pro ni nejvhodnější.
- Nezamlčovat důležité informace.
- Nepodvádět klienta.
- Vést seriózní jednání.
- Respektovat rozhodnutí, výběr pomoci vybraný osobou v nepříznivé situaci atd. (Malíková, 2011, s. 54).

Pro potřeby výzkumu diplomové práce jsou specifikovány pobytové a terénní služby využívané seniory.

3.1 Pobytové služby

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění, vymezuje pobytové služby jako služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Domovy pro seniory

V domovech pro seniory jsou poskytovány služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, které potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Nepříznivá sociální situace jim nedovoluje, žít ve vlastním prostředí. Služba zahrnuje poskytování ubytování, stravování, sociální péči, zdravotnické služby a další služby fakultativní, volitelné, doplňkové (Kalvach, 2011, s. 216).

Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Služba zahrnuje poskytování ubytování, stravování, sociální péči, zdravotnické služby a další služby fakultativní, volitelné, doplňkové. Režim zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Odlehčovací pobytové služby

Odlehčovací pobytové služby jsou poskytovány služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Cílem této služby je umožnit odpočinek pečující osobě. Služby poskytují přechodné ubytování po dobu 1 až 3 měsíců. Doba poskytování záleží na poskytovateli. Využití této služby je především z důvodu odlehčení pečující osoby, nebo v případech rychlého zhoršení zdravotního stavu, kdy po hospitalizaci není možný návrat do domácího prostředí, nebo jako přechodné řešení při čekání na poskytnutí pobytové služby.

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Stacionáře se v ČR v důsledku malé poptávky od seniorské populace se zřizují a provozují převážně pro osoby se zdravotním postižením (Kalvach, 2011, s. 216).

Sociální služby a lůžka ve zdravotních zařízeních

V lůžkových zdravotních zařízeních se podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, v plném znění, poskytují pobytové služby osobám, které nevyžadují nemocniční zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemohou být propuštěny, dokud jim nebude zajištěna pobytová, terénní služba nebo zabezpečena péče osobou blízkou (Kalvach, 2011, s. 217).

3.2 Terénní služby

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění, se terénními službami rozumí poskytování služeb v přirozeném sociálním prostředí jedince.

Domy s pečovatelskou službou

Domy s pečovatelskou službou se v některých případech se nesprávně označují jako pobytové služby. Touto službou se rozumí bydlení v domech zvláštního určení a to pro seniory, zdravotně postižené dospělé občany, jejich zdravotní stav dovoluje samostatný život s podporou terénní pečovatelské služby. Součástí domů bývá společná jídelna, knihovna, společenská místnost, v některých případech je součástí i ambulantní služba, denní stacionář, centrum denních služeb sloužící nejen pro obyvatele domu, ale i okolí. Obyvatelé jsou si věkově, zájmově blízcí a díky zajištění terénní péče – pečovatelské služby umožňuje setrvání seniorů v domácím přirozeném prostředí poměrně dlouhou dobu (Kalvach, 2011, s. 217).

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní služba poskytovaná především v domácím prostředí osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Pečovatelské služby pomáhají zvládat péči o sebe a o domácnost. Tyto služby zajišťují:

- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu.
- Pomoc při osobní hygieně.
- Poskytování stravy nebo pomoc při zajištění stravy.
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti (Arnoldová, 2016, s. 35)

Odlehčovací terénní služby

Odlehčovací služby mohou být poskytovány jako terénní, ambulantní nebo pobytové osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Služba poskytovaná jako terénní obsahuje pomoc pečujícím osobám a to převzetím péče o pečovanou osobu v domácím prostředí po přechodnou dobu, potřebnou pro naplnění vlastních potřeb pečujícího, případně vyřízení si potřebných záležitostí pečující osoby. Jde o různou kombinaci činností nabízenou v rámci jiných druhů služeb (Arnoldová, 2016, s. 38).

4 SENIORSKÁ POPULACE

Dnešní doba oslavuje především kult mládí. Stáří je často bráno jako nutné zlo, nevidí ve stáří zkušenost, vyrovnanost, moudrost jako naši předkové. Forma stáří každého jedince je především dána obsahem a stylem celého života, stáří je vyvrcholením individuálního přístupu, jedinečnosti každého jedince (Štílec, 2004, s. 14).

Problematika stárnutí má dvě dimenze a to stárnutí populace a stárnutí jedince.

4.1 Stárnutí populace

Stárnutí populace, demografické stárnutí se stává jednou z nejzávažnějších otázek v celosvětovém měřítku. Příčinami je především proces kdy se zvyšuje podíl seniorů vůči podílu dětí mladších 15 let, důvodem je pokles porodnosti a zároveň pokles měr úmrtnosti.

Důsledky demografického stárnutí se dotýkají sociálních, zdravotních a ekonomických oblastí. Růst nákladů na sociální, zdravotní zabezpečení, společně s udržitelností důchodového systému vyvolává oprávněné obavy v ekonomické oblasti. Stárnutí populace souvisí i s postavením seniorské populace ve společnosti a to v soukromé sféře mezigeneračních vztazích, ale i ve vztazích uvnitř rodiny (Svobodová, 2012).

4.2 Stárnutí jednotlivce

Stárnutí je součástí každého lidského života, kterou provází tělesné – biologické změny, psychické a sociální změny.

- **Tělesné změny** bývají individuální, často nevratné podpořené důsledky nemocí. Je třeba si uvědomit, že již od 30 roku věku každoročně ubývá přibližně 0,8 až 1% funkcí orgánových soustav. Díky zhoršené regeneraci dochází i k viditelným změnám – sešlosti, které člověka mohou změnit, zvýší jeho nedůvěru, zvýší jeho introvertní zaměření, nejistotu, které mohou vést k zaobírání se pouze sama sebou a svými funkcemi a to zapříčiní změny psychické.
- **Psychické změny** jedná se především o úbytek duševních schopností podmíněných fyzickými změnami, který má za následek možnou změnu osobnosti. Zvyšují se projevy negativních vlastností a rysů. Třeba se zaměřit na rozlišení problémového chování, jejichž příčinou je stárnutí nebo duševní porucha.

Psychické charakteristiky seniorů:

Jevy sestupné povahy – pokles vitality, elánu, zpomalení psychomotorického tempa, snížení schopnosti navazovat vztahy, všípivosti výbavnosti.

Funkce, které se věkem nemění – jazykové znalosti, slovní zásoba.

Změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance, vytrvalost, trpělivost.

- **Sociální změny** jsou spojeny se změnou životního stylu, odchodem do důchodu se mění prožívání, vnímání i chování. Člověk je postaven před změnu společenské role a je na připravenosti každého, ale i na společnosti jak se dokáže s touto změnou vyrovnat. Řešení této situace má dva modely:
- *Teorii aktivity* kdy člověk bez zdravotních obtíží zůstává stále aktivní.
- *Teorie stažení* kdy se člověk připraví v předstihu na odchod do důchodu, který má být přirozeným vývojem a ne výsledkem vnějšího tlaku (Dvořáčková, 2012, s. 12–15).

Heterogenita stáří

Seniorskou populaci provází mnoho mýtů, jedním z nich je představa homogenní seniorské populace. Toto pojetí je značně diskriminační stereotypizace starých lidí. Seniorská populace je výrazně heterogenní, neexistuje žádný „typický senior“.

Seniorská populace je:

- heterogenní,
- s převahou ovdovělých žen (nad 80 let je poměr 4 : 1),
- sociální potenciál bývá často podceňován,
- znevýhodněná vůči mladším generacím,
- s potřebou osobního přístupu a podpory svébytnosti.

Periodizace stáří a variabilita priorit:

- *počínající stáří (60/65 – 74 let)* – zájem o pracovní a činnorodé uplatnění, seberealizaci a participaci, jde především o snahu věnovat se koníčkům, zájmům, aktivita věnovaná rodině především péče o vnoučata podpora starých rodičů.
- *vlastní stáří (75 – 84/89)* – nastupují zdravotní problémy a s tím spojené lékařské potřeby, zvyšuje se riziko ovdovění, čas a energie pro provádění potřebných činností a odpočinku se prodlužuje a zvyšuje.
- *dlouhověkost (85/90 a více let)* – snižuje se soběstačnost, zvyšuje se potřeba péče.

Senioři mohou být různí podle svého funkčního stavu:

- *elitní* – jejich výkony překvapují i ve vysokém věku,
- *zdatní* – zvládají náročné prostředí, pracovní aktivity,
- *nezávislí* – zvládají běžný život, ale funkční rezervy a zdraví jsou nižší,
- *křehcí* – jejich zdravotní i funkční stav je labilní,
- *závislí* – nízký zdravotní potenciál, potřeba podpory druhé osoby, služby, dlouhodobou péči,
- *zcela závislí* – upoutaní na lůžko, třeba trvalý dohled především u demencí, potřeba ošetrovatelské péče a služby,
- *umírající* – nutná paliativní péče (Čevela et. al., 2012, s. 27-29).

Pomáhající pracovník se ale během své práce setkává s lidmi v krizi, v závislém postavení, kteří obvykle potřebují více než jen slušnost. Proto, aby se práce pomáhajícího pracovníka nestala pouhým výkonem svěřených pravomocí, je nezbytnou součástí profesionálního vztahu důvěra, přijetí, porozumění, také seznámení se s určitými vědomostmi a dovednostmi týkající se nejen cílové skupiny – seniorské populace, které je péče určena, ale také přímo s potřebami jednotlivých klientů, jejich funkčním stavem.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkumná oblast diplomové práce je zaměřena na zjištění výskytu syndromu vyhoření pracovníků pomáhajících profesí a to pracovníků v sociálních službách a zdravotních sester pracujících v rozdílných službách a to v pobytových zařízeních a terénních službách pro seniory. Domnívám se, že je důležité věnovat pozornost tomuto tématu z důvodů celkového nedostatku zdravotnického personálu díky, kterému často dochází k přetěžování pracovníků, ale také z důvodu stárnutí populace a tím i větší potřeby služeb a pracovníků, kteří se dovedou o seniorskou populaci postarat.

Výzkum proběhne formou kvantitativního výzkumu. Teoreticky v této části vycházím z Chrásky (2007). Etapy kvantitativně orientovaného výzkumu zahrnují stanovení problému, formulaci hypotézy, testování hypotézy a vyvození závěrů, včetně jejich prezentace (Chráska, 2007, str. 12).

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření je prozkoumat souvislosti výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester a pracovníků v sociálních službách, pracujících v přímé obslužné péči a to v pobytových a terénních službách pro seniory. Výzkum se zajímá o to jaký vliv má pracovní prostředí daných služeb na výskyt vyhoření. Výzkum služeb poskytovaných v rozdílném prostředí a s tím spojená četnost výskytu syndromu vyhoření může poukázat na problematiku práce v uzavřených prostorech a v terénu. Dále budu zjišťovat výskyt syndromu vyhoření v souvislosti dalšími faktory jako věk pracovníků, délka praxe, velikost týmu, odborné vzdělání, pracovní zařazení, víra.

5.2 Výzkumné otázky a stanovení hypotéz

Otázky výzkumu jsou zaměřeny na problematiku výskytu syndromu vyhoření ve srovnání s danými faktory (věk, délka praxe, velikost týmu, odborné vzdělání, pracovní zařazení, víra).

Pro výzkum byly vybrány terénní a pobytové služby, které se liší prostředím ve kterém je služba poskytována, proto hlavní výzkumná otázka zní:

Jaký je výskyt syndromu vyhoření u pomáhajících profesí v závislosti na typu poskytované služby?

***Hypotéza:** Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a typem poskytované služby.*

Další otázky a hypotézy se týkají získaných faktografických údajů v první části dotazníku a jejich případné souvislosti se syndromem vyhoření.

1. Jaká je souvislost mezi syndromem vyhoření a délkou praxe?

***H1:** Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a délkou praxe.*

2. Jaká je souvislost mezi syndromem vyhoření a věkem pracovníků?

***H2:** Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a věkem pracovníků.*

3. Jaká je souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a dosaženým vzděláním?

***H3:** Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženým vzděláním a výskytem syndromu vyhoření.*

4. Je rozdíl ve výskytu syndromu vyhoření v závislý na počtu členů v týmu?

***H4:** Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a velikostí týmu.*

5. Je u pracovníků v sociálních službách vyšší výskyt syndromu vyhoření než zdravotních sester?

***H5:** Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a jejich profesí.*

6. Jaký je rozdíl mezi výskytem syndromu vyhoření u věřících pracovníků a nevěřících?

***H6:** Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a jejich vírou.*

5.3 Charakteristika použité metody

Pro získání dat potřebných pro výzkum bylo použito dotazníkového šetření, tedy kvantitativní metody sběru dat, zaměřené na pracovníky pomáhajících profesí. Dotazník

jako efektivní technika pro získání dostatečného množství dat byl uzpůsoben tak, aby bylo možné získat podstatné informace.

Dotazník v úvodní části obsahuje krátké uvedení do problému, dále následuje rozdělení do dvou skupin otázek. První část se skládá z faktografických otázek zaměřených na získání dat popisující vzorek respondentů, které následně budou použity pro srovnání faktorů daných ve výzkumných otázkách s výskytem syndromu vyhoření. Druhá část obsahuje standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) týkající se syndromu vyhoření, který je k dispozici v publikaci Venglářové (2011, s. 42). Autorkami tohoto dotazníku jsou Maslach a Jackson (Bartošíková, 2006, s. 69). Dotazník je dostupný v přílohách – Příloha 1.

5.4 Výběr respondentů

Dotazník byl zaměřen na pracovníky pomáhajících profesí – pracovníky v sociálních službách a zdravotní sestry pracující v rozdílném pracovním prostředí pobytových a terénních službách, na území okresu Třebíč. Respondenti zařazení do výzkumného šetření splňují následující kritéria:

- odbornou způsobilost k výkonu povolání,
- praxe v oboru minimálně 2 roky,
- ochota spolupracovat na dotazníkovém šetření.

Jako druh výběru výzkumného vzorku byl zvolen záměrný výběr, kde dle Chrásky (2007, s. 22) o výběru jistého prvku nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka, nebo úsudek zkoumané osoby.

5.5 Distribuce a návratnost dotazníků

Dotazníky v tištěné podobě, v požadovaném množství dle organizace, byly společně s oznámkovanou obálkou se zpáteční adresou, předány osobně nebo zaslány Českou poštou. Distribuce probíhala v únoru 2017. Dotazníky se po předešlé domluvě vracely do poloviny března. Ze 110 rozeslaných dotazníků se vrátilo 91, což je 83%. Po kontrole doplněných údajů muselo být 6 dotazníků vyřazeno, pro výzkum bylo použito 85 (77%) správně vyplněných dotazníků. Překvapivě u některých dotazníků Maslach Burnout Inventory (MBI) nebyly doplněny hodnoty ve škále, ale otazníky a bylo podotknuto, že škálové hodnocení se nezdá respondentce vhodné, hodnotila by ano/ne a na některé otázky

by měli odpovídat klienti. Ostatní vyřazené dotazníky byly stejně chybně doplněny, všechny přišly ve stejné obálce.

Pro výzkumné šetření bylo použito 85 správně vyplněných dotazníků.

5.6 Způsob zpracování dat

Faktografická data získaná v první části dotazníku – druh poskytované služby, věk, délka praxe, dosažené vzdělání, velikost týmu, pracovní zařazení a víra budou statisticky zpracována, interpretována, dále pak použita při ověřování hypotéz.

Oblast syndromu vyhoření pracovníků pomáhajících profesí je zkoumána pomocí dotazníku MBI – dostupného v publikaci Venglářové (2011, s. 42). Autorkami tohoto dotazníku jsou Maslach a Jackson (Bartošíková, 2006, s. 69).

Maslach Burnout Inventory (MBI) dotazník je druhé části dotazníku, má tři faktory, dva jsou laděny negativně – emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně – osobní uspokojení z práce.

- *EE - stupeň emocionální vyčerpání* – negativně laděný faktor,
- *DP - stupeň depersonalizace* – negativně laděný,
- *PA – stupeň osobního uspokojení* – pozitivně laděný.

Pocity se v dotazníku zaznamenávají pomocí sedmistupňové škály.

Způsob vyhodnocení dotazníků Maslach Burnout Inventory (MBI) je následující:

Pro vyhodnocení je nutné spočítat součet bodových ohodnocení v jednotlivých sub - škálách.

EE - stupeň emocionální vyčerpání: průměrná hodnota = 19,0

0 – 16 nízký

17 – 26 mírný

27 - více vysoký = vyhoření

DP - stupeň depersonalizace: průměrná hodnota = 6,6

0 – 6 nízký

7 – 12 mírný

13 - více vysoký = vyhoření

PA – stupeň osobního uspokojení: průměrná hodnota = 36,8

0 – 31 nízký = vyhoření

38 – 32 mírný

39 – více vysoký

Průměrné hodnoty jednotlivých sub – škál byly získány ze studie: Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from MBI – Human Services Survey by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1996 by Consulting Psychologists Press.

Dotazník je dostupný v přílohách – Příloha 1.

Data získaná v průběhu šetření jsou zpracována pomocí Microsoft Office Excel 2007. Získaná data z dotazníků jsou převedena do elektronické podoby a vytvořena základní tabulka výzkumného souboru, ze které je vytvořena tabulka celkového výskytu odpovědí u jednotlivých otázek dotazníku. Dotazník syndromu vyhoření je vyhodnocen pomocí výpočtu u každé položky EE – emoční vyhoření, DP – depersonalizace a PA – osobního uspokojení z práce. Pro zpracování jsou výsledky syndromu vyhoření, tedy součet bodových ohodnocení v jednotlivých sub-škálách, označeny číselně a to:

nízké – 1,

mírné – 2,

vysoké – 3.

Pro ověření je použit Test dobré shody χ^2 – kvadrát, proto dalším krokem je vytvoření tabulky pozorovaných četností u jednotlivých zkoumaných faktorů a výskytu syndromu vyhoření v jednotlivých oblastech EE – emoční vyhoření, DP – depersonalizace a PA – osobního uspokojení z práce. Z tabulek pozorovaných četností jsou vypočítány očekávané četnosti, dále pak testová kritéria a kritická hodnota. Z kritické hodnoty pak hodnota – p za pomoci funkce CHIDIST, která umožňuje výpočet dle jednotlivých stupňů volnosti pro danou tabulku.

Limity výzkumu

- Limitem výzkumu může být výzkumník sám, především jeho nezkušenost. Při převádění dat do elektronické podoby mohou vzniknout pochybení způsobené lidským faktorem.
- Syndrom vyhoření je citlivé téma, proto může ovlivnit u některých pracovníků motivaci na spolupráci.
- Na rozvoji syndromu se mohou podílet i osobní rysy pracovníků, které výzkum nezahrnuje.
- Dotazník umožňuje anonymitu, předpoklad upřímnosti, ale neumožňuje hlubší poznání.

5.7 Vyhodnocení dat

Výzkumný soubor tvoří pracovníci v sociálních službách a zdravotní sestry pracující v pobytových a terénních službách se seniory v celkovém počtu 85 pracovníků.

5.7.1 Rozložení dle pohlaví

Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že celých 100% tj. 85 dotazovaných je ženského pohlaví.

5.7.2 Rozložení dle věku

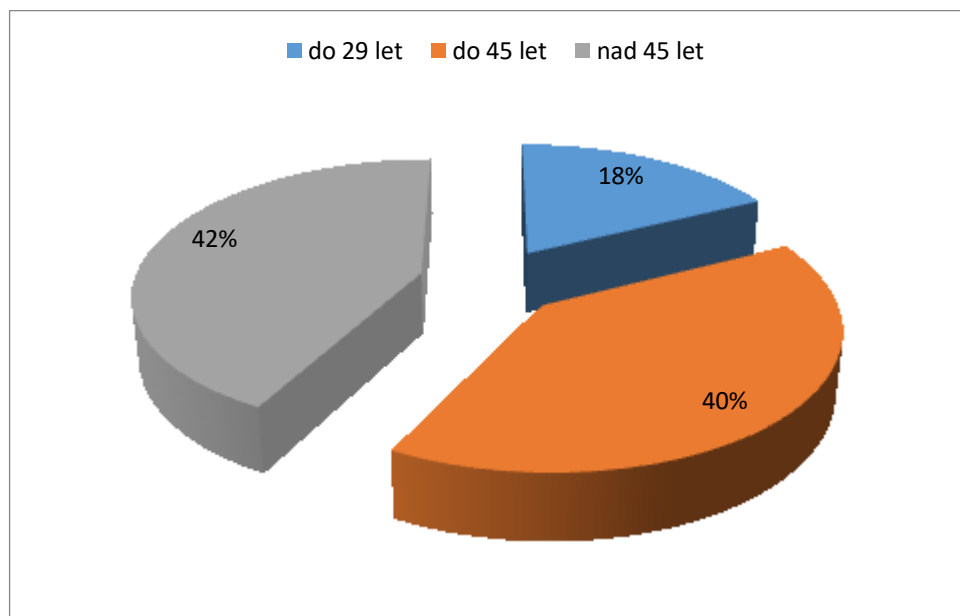
Věk byl rozdělen do kategorií podle Světové zdravotnické organizace, která doporučuje dělení do věkových kategorií:

18 – 29 let mladá dospělost,

30 – 45 let střední dospělost,

nad 45 let starší dospělost.

Graf č. 1: Rozložení dle věku



Věková kategorie nad 45 let je zastoupena 42% tj. 36, střední kategorie je zastoupena 40% tj. 34 pracovníků, nejméně pracovníků je v kategorii do 29 let 18% tj. 15 pracovníků.

5.7.3 Rozložení dle délky praxe v oboru

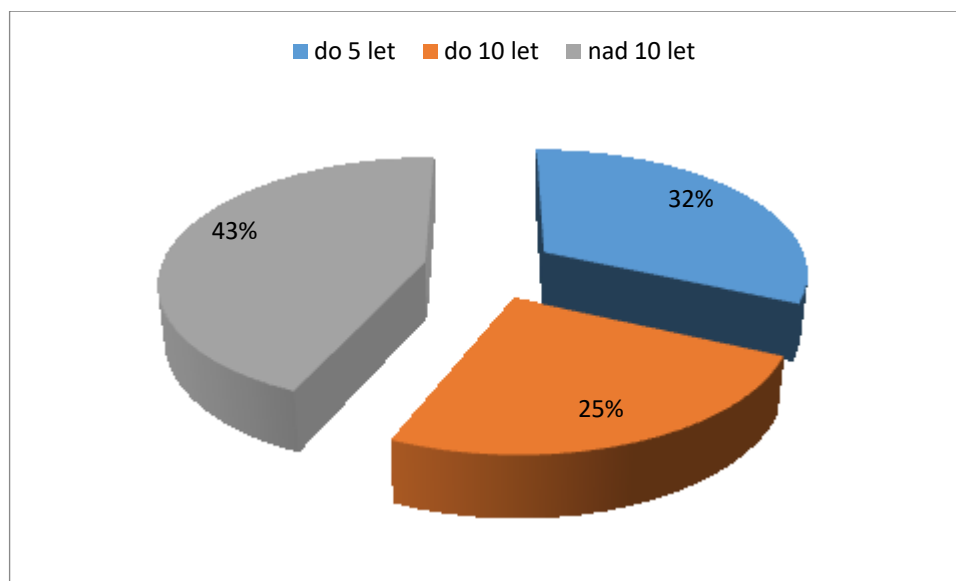
Délka praxe byla rozdělena do kategorií:

Do 5 let,

6 až 10 let,

nad 10 let.

Graf č. 2: Rozložení dle délky praxe



Praxe nad 10 let je zde nejvíce zastoupena 43% tj. 27 pracovníc, 32% tj. 27 pracovníc je s praxí do 10 let, nejméně pracovníků je v kategorii do 5 let 25% tj. 21 pracovníc.

5.7.4 Rozložení dle počtu pracovníků v týmu

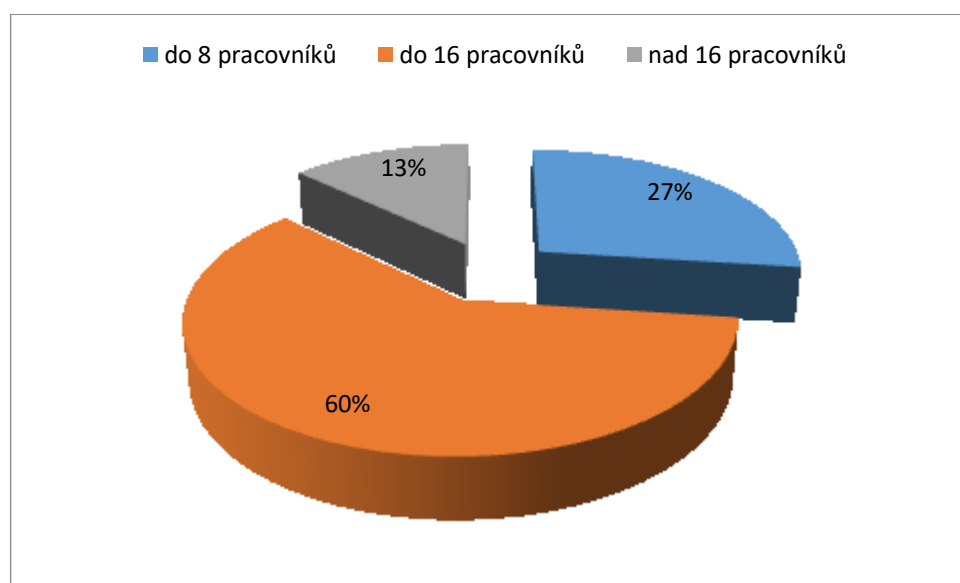
Velikosti týmů byly rozděleny do skupin:

do 8 pracovníků,

do 16 pracovníků,

nad 16 pracovníků.

Graf č. 3: Rozložení dle velikosti týmů

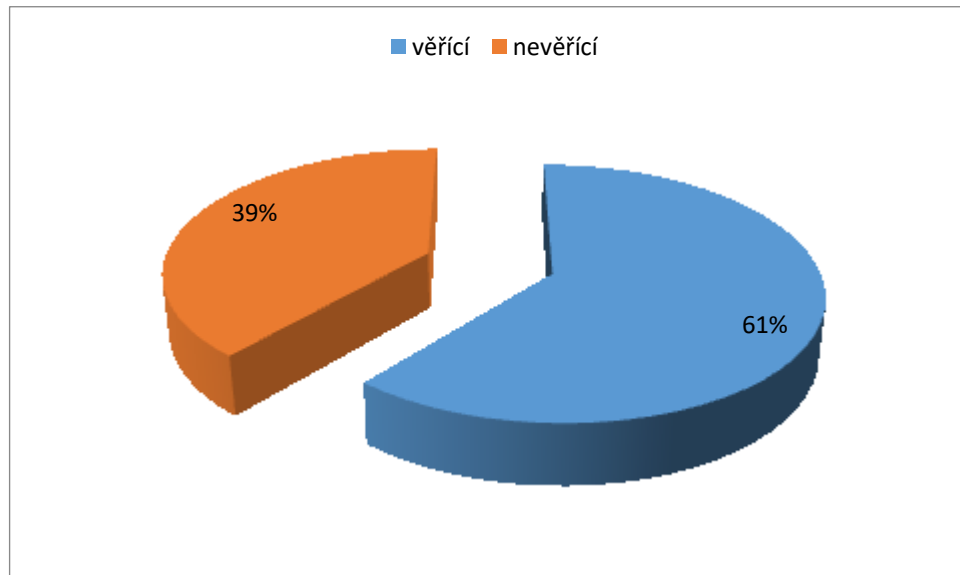


Největší zastoupení mají týmy od 8 do 16 pracovníků 60% tj. 51 pracovníků, týmy do 8 pracovníků jsou zastoupeny 27% tj. 23, nejméně se vyskytují týmy nad 16 pracovníků 13% tj. 11 pracovníků.

5.7.5 Rozložení dle víry

Respondenti si mohli vybrat z kategorií: věřící – nevěřící.

Graf č. 4: Rozložení dle víry



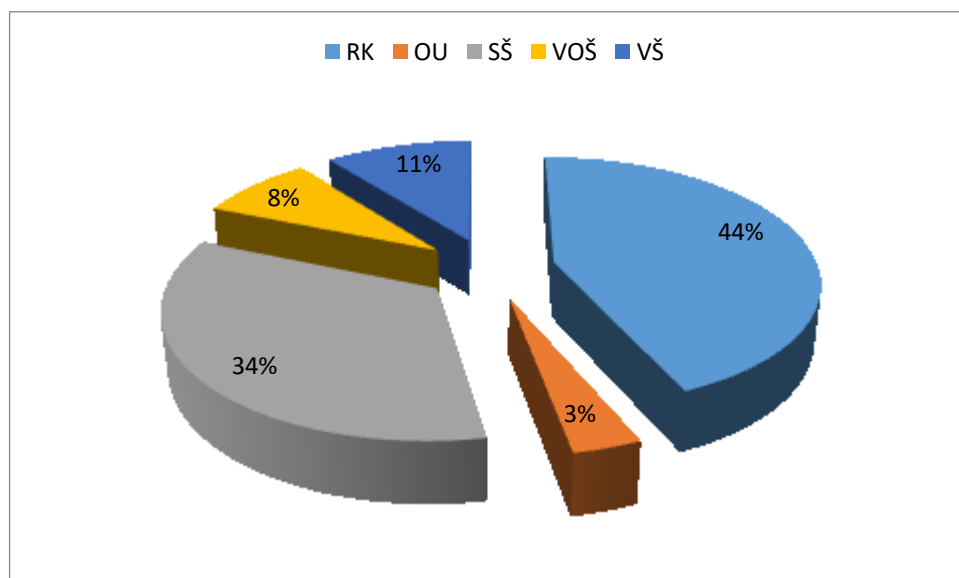
Pracovníků, kteří si vybrali kategorii věřící je 61% tj. 52 pracovníků, 39% tj. 33 pracovníků si vybrali kategorii nevěřící.

5.7.6 Rozložení dle vzdělání v oboru

Vzdělání bylo rozděleno:

- rekvalifikační kurz,
- odborné učiliště,
- střední škola,
- vyšší odborná škola,
- vysoká škola.

Graf č. 5 Rozložení dle vzdělání v oboru

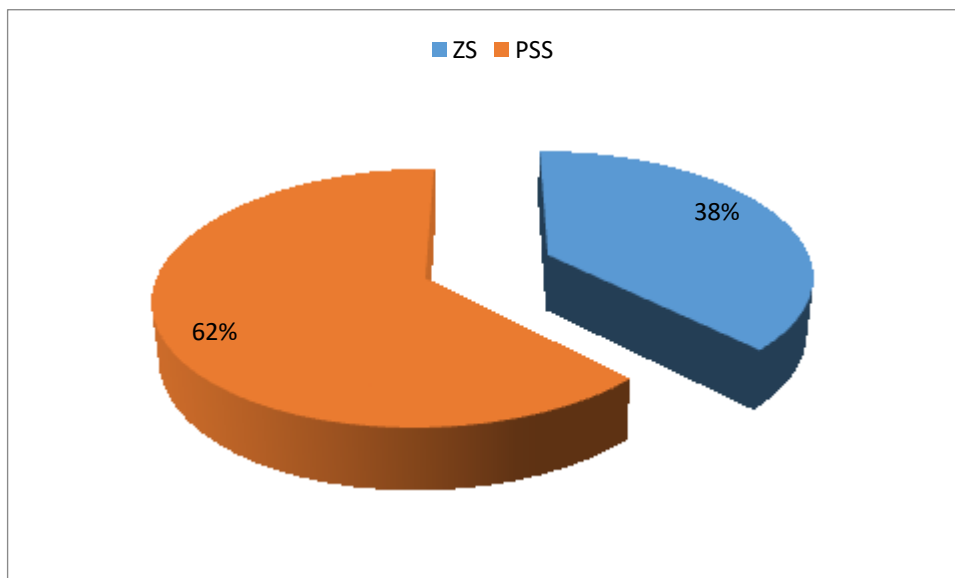


Největší zastoupení 44% tj. 37 pracovníků prošlo rekvalifikačním kurzem, 34% tj. 29 pracovníků má středoškolské vzdělání, 11% tj. 9 pracovníků má vysokoškolské vzdělání, 8% tj. 7 pracovníků má vyšší odborné vzdělání, 3% tj. 3 pracovníci mají odborné učiliště.

5.7.7 Rozložení dle popracovního zařazení

Pracovní zařazení bylo děleno na zdravotní sestry a pracovníky v sociálních službách.

Graf č. 6: Rozložení dle pracovního zařazení

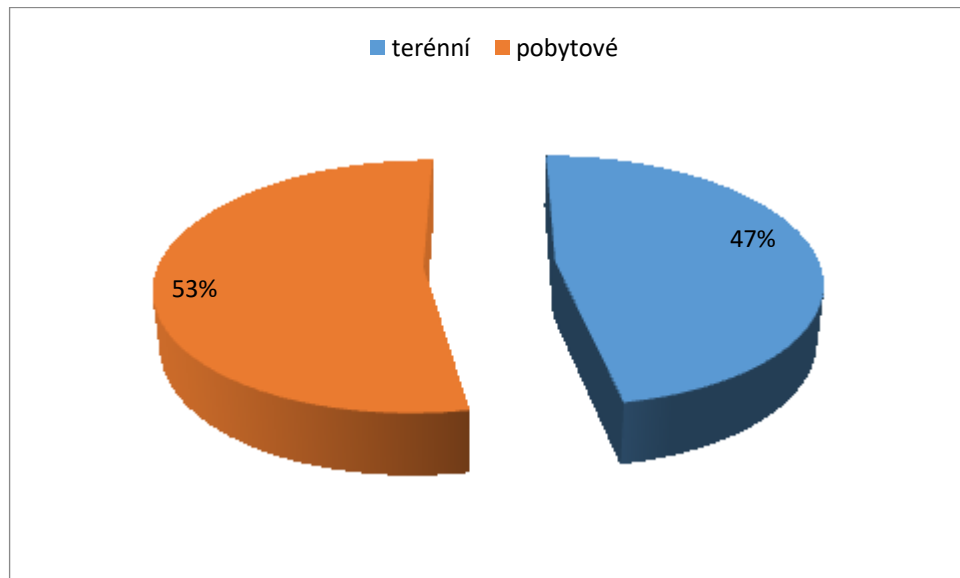


Zastoupení pracovníků v sociálních službách je 62% tj. 53 pracovníků v sociálních službách, zdravotních sester je 38% tj. 32.

5.7.8 Rozložení dle druhu poskytované služby

Dělení poskytovaných služeb: pobytové a terénní.

Graf č. 7: Rozložení dle druhu služby



Vyšší zastoupení mají pobytové služby 53% tj. 45 pracovníků, terénní služby mají zastoupení 47% tj. 40 pracovníků.

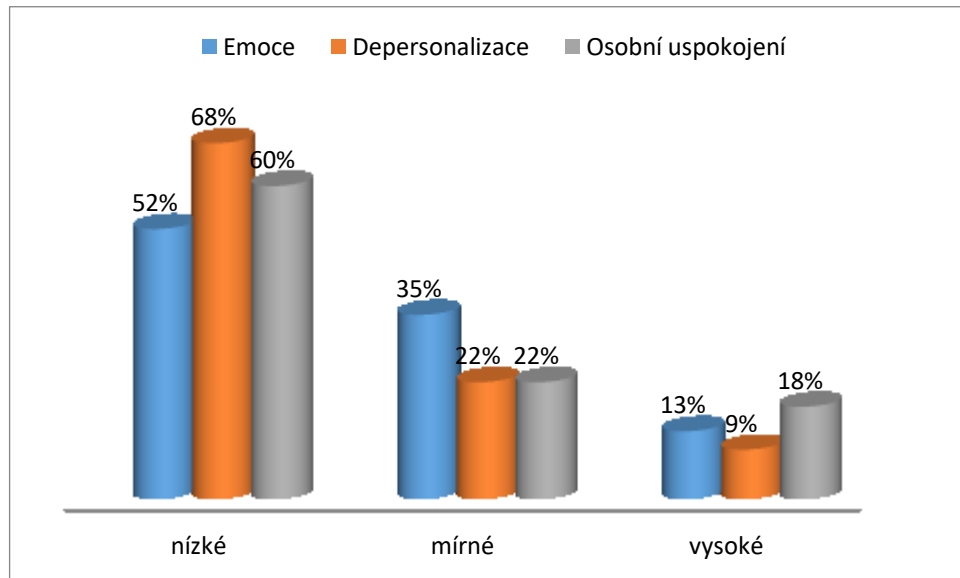
Z těchto údajů můžeme vytvořit profil respondenta výzkumu:

- žena (100%),
- věk nad 45 let (42%),
- praxe nad 10let (43%),
- věřící (61%),
- odborné vzdělání rekvalifikační kurz (44%),
- pracovník v sociálních službách (62%).

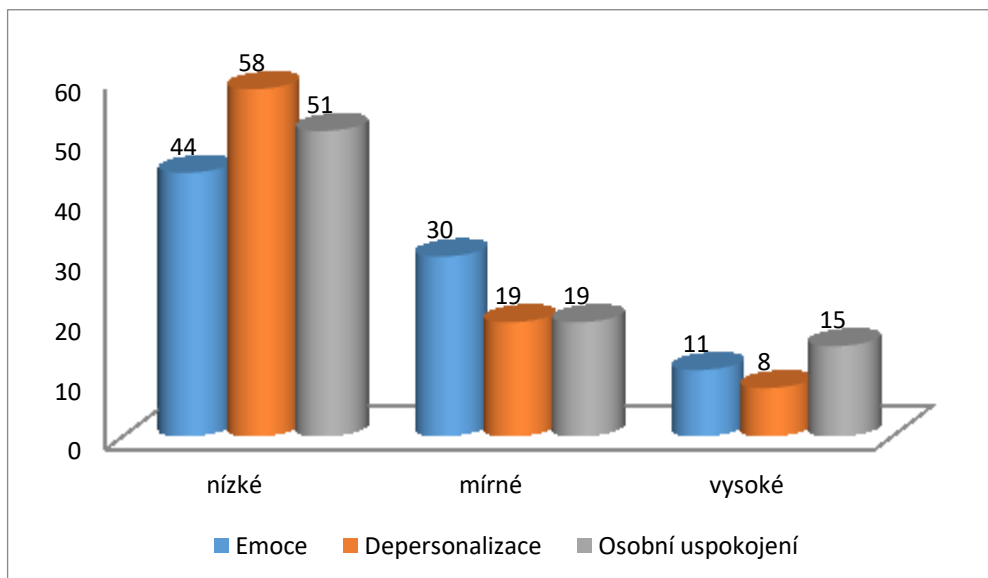
5.7.9 Interpretace výsledků dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)

Dotazník zjišťuje syndrom vyhoření v oblastech emocionálního vyčerpání – EE, depersonalizace – DP, osobního uspokojení – PA.

Graf č. 8 Vyhodnocení MBI dotazníku %



Graf č. 9 Vyhodnocení MBI dotazníku



V oblasti emocionálního vyčerpání má 52% tj. 44 pracovníků nízkou úroveň, 35% tj. 30 pracovníků mírné vyčerpání, 13% tj. 11 pracovníků má vysokou míru vyčerpání tedy trpí syndromem vyhoření.

V oblasti depersonalizace má 68% tj. 58 pracovníků nízkou úroveň, 22% tj. 19 pracovníků mírné známky depersonalizace, 9% tj. 8 pracovníků má vysokou míru depersonalizace tedy trpí syndromem vyhoření.

Oblast osobního uspokojení je pozitivně laděna, bodování na škále je od předešlých oblastí obráceno proto má 60% tj. 51 pracovníků nízké ohodnocení, ale vysokou úroveň osobního uspokojení, 22% tj. 19 pracovníků mírné vyčerpání, 18% tj. 15 pracovníků nízkou úroveň osobního uspokojení tedy trpí syndromem vyhoření.

Výsledky ukazují, že nejvyšší výskyt syndromu vyhoření je v oblasti osobního uspokojení 15 pracovníků, v oblasti emoční vyčerpanosti 19 pracovníků, nejnižší výskyt byl zaznamenán v oblasti depersonalizace 8 pracovníků.

5.8 Ověřování hypotéz

5.8.1 Ověření hlavní hypotézy

Hlavní otázka výzkumu zní:

Jaký je výskyt syndromu vyhoření u pomáhajících profesí v závislosti na typu poskytované služby?

Hlavní otázka je ověřena touto hypotézou:

***H:** Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a typem poskytované služby.*

Část 1 – EE – emocionální vyčerpání

Tabulka č. 1: Závislost mezi druhem služby a EE

SLUŽBY/EE	EE – nízký	EE - mírný	EE - vyhoření	Součet řádky
Terénní	20	13	7	40
Pobytové	24	17	4	45
Celkem	44	30	11	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 2), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 1,426$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,490, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti emocionálního vyčerpání se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a druhem poskytovaných služeb.

*Část 2 – DP – depersonalizace**Tabulka č. 2: Závislost mezi druhem služby a DP*

SLUŽBY/DP	DP - nízký	DP - mírný	DP - vyhoření	Součet řádky
Terénní	27	9	4	40
Pobytové	31	15	4	50
Celkem	58	24	8	90

Tabulka očekávaných (teoretických) četností splňuje podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 2). Četnosti byly větší než 5, proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 0,673$

Vypočítaná p – hodnota = 0,714, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti depersonalizace se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a druhem poskytovaných služeb.

*Část 3 – PA – osobního uspokojení**Tabulka č. 3: Závislost mezi druhem služby a PA*

SLUŽBY/PA	PA - nízký	PA - mírný	PA - vyhoření	Součet řádky
Terénní	25	11	5	41
Pobytové	26	8	10	44
Celkem	51	19	15	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 2,057$

Vypočítaná p – hodnota = 0,358, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti osobního uspokojení se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a druhem poskytovaných služeb.

Závěr:

V žádné z oblastí se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromem vyhoření a druhem poskytované služby.

Hypotéza č. 1

H1: Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a délkou praxe.

Část 1 – EE – emocionální vyčerpání

Tabulka č. 4: Závislost mezi délkou praxe a EE

Délka praxe/EE	EE - nízký	EE – mírný	EE - vyhoření	Součet řádky
do 5 let	15	5	2	22
do 10 let	12	8	4	24
nad 10 let	17	17	5	39
Celkem	44	30	11	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 4 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 7,386$

Vypočítaná p – hodnota = 0,117, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti emocionálního vyčerpání se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a délkou praxe.

*Část 2 – DP – depersonalizace**Tabulka č. 5: Závislost mezi délkou praxe a DP*

Délka praxe/DP	DP - nízký	DP - mírný	DP - vyhoření	Součet řádky
do 5 let	20	5	2	27
do 10 let	17	2	2	21
nad 10 let	21	12	4	37
Celkem	58	19	8	85

Očekávané (teoretické) četnosti nesplňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto nemůžeme použít test dobré shody χ^2 – kvadrát.

Alternativní hypotézu nelze potvrdit ani vyvrátit.

*Část 3 – PA – osobní uspokojení**Tabulka č. 6: Závislost mezi délkou praxe a PA*

Délka praxe/PA	PA - nízký	PA - mírný	PA - vyhoření	Součet řádky
do 5 let	17	7	3	27
do 10 let	13	3	5	21
nad 10 let	21	9	7	37
Celkem	51	19	15	85

Očekávané (teoretické) četnosti nesplňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto nemůžeme použít test dobré shody χ^2 – kvadrát.

Alternativní hypotézu nelze potvrdit ani vyvrátit.

Závěr:

V emocionální oblasti nebyla potvrzena souvislost mezi syndromem vyhoření a délkou praxe. V oblastech depersonalizace a osobního uspokojení nebylo možné potvrdit ani vyvrátit alternativní hypotézu z důvodu nesplnění podmínek dobré aproximace.

Hypotéza č. 2

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a věkem pracovníků.

Část 1 – EE – emocionální vyčerpání

Tabulka č. 7: Závislost mezi věkem a EE

Věk/EE	EE - nízký	EE - mírný	EE - vyhoření	Součet řádky
do 29 let	9	6	1	16
30- 43 let	15	9	6	30
nad 43 let	20	15	4	39
Celkem	44	30	11	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 4 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 3,582$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,465, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti emocionálního vyčerpání se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a věkem pracovníků.

Část 2 – DP - depersonalizace

Tabulka č. 8: Závislost mezi věkem a DP

Věk/DP	DP - nízký	DP - mírný	DP - vyhoření	Součet řádky
do 29 let	11	2	1	14
30- 43 let	22	9	5	36
nad 43 let	25	8	2	35
Celkem	58	19	8	85

Očekávané (teoretické) četnosti nesplňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto nemůžeme použít test dobré shody chí – kvadrát

Alternativní hypotézu nelze potvrdit ani vyvrátit.

Část 3 – PA – osobní uspokojení

Tabulka č. 9: Závislost mezi věkem a PA

Věk/PA	PA - nízký	PA – mírný	PA - vyhoření	Součet řádky
do 29 let	9	4	2	15
30- 43 let	20	8	6	34
nad 43 let	22	7	7	36
Celkem	51	19	15	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 4 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 0,521$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,971, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti emocionálního vyčerpání se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a věkem pracovníků.

Závěr:

V emocionální oblasti a osobního uspokojení nebyla potvrzena souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a délkou praxe. V oblasti depersonalizace nebylo možné potvrdit ani vyvrátit alternativní hypotézu z důvodu nesplnění podmínek dobré aproximace.

Hypotéza č. 3

H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi dosaženým vzděláním a výskytem syndromu vyhoření.

Část 1 – EE – emocionální vyčerpání

Tabulka č. 10 : Závislost mezi vzděláním a EE

Vzdělání /EE	EE – nízký	EE - mírný	EE - vyhoření	Součet řádky
Rekvalifikační kurz	21	12	5	38
Odborné učiliště	2	0	1	3
Střední škola	14	13	2	29
Vyšší odborná škola	5	2	0	7
Vysoká škola	2	3	3	8
Celkem	44	30	11	85

Část 2 – DP – depersonalizace

Tabulka č. 11 : Závislost mezi vzděláním a DP

Vzdělání /DP	DP – nízký	DP - mírný	DP-vyhoření	Součet řádky
Rekvalifikační kurz	27	6	4	37
Odborné učiliště	2	0	1	3
Střední škola	19	8	2	29
Vyšší odborná škola	5	2	0	7
Vysoká škola	5	3	1	9
Celkem	58	19	8	85

Část 3 – PA – osobní uspokojení

Tabulka č. 12 : Závislost mezi vzděláním a PA

Vzdělání /PA	PA – nízký	PA - mírný	PA -vyhoření	Součet řádky
Rekvalifikační kurz	25	6	6	37
Odborné učiliště	2	0	1	3
Střední škola	16	8	5	29
Vyšší odborná škola	2	3	2	7
Vysoká škola	6	2	1	9
Celkem	51	19	15	85

Pozorované četnosti u všech oblastí EE, DP, PA obsahují 0.

Očekávané (teoretické) četnosti nesplňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto nemůžeme použít test dobré shody χ^2 – kvadrát.

Závěr:

Alternativní hypotézu nelze potvrdit ani vyvrátit.

Hypotéza č. 4

H4: *Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a velikostí týmu.*

Část 1 – EE – emoční vyčerpání

Tabulka č. 13 : Závislost mezi velikostí týmu a EE

Velikost týmu/EE	EE – nízký	EE -mírný	EE - vyhoření	Součet řádky
do 10	13	8	2	23
do 16	26	16	8	50
nad 16	5	6	1	12
Celkem	44	30	11	85

Část 2 – DP – depersonalizace

Tabulka č. 14 : Závislost mezi velikostí týmu a DP

Velikost týmu/DP	DP - nízký	DP -mírný	DP - vyhoření	Součet řádky
do 10	16	5	2	23
do 16	32	13	6	51
nad 16	10	1	0	11
Celkem	58	19	8	85

Část 15 – PA – osobní uspokojení

Tabulka č. 15 : Závislost mezi velikostí týmu a PA

Velikost týmu/PA	PA - nízký	PA - mírný	PA - vyhoření	Součet řádky
do 10	14	5	6	25
do 16	31	11	4	46
nad 16	6	3	5	14
Celkem	51	19	15	85

Pozorovaná četnost v tabulce č. 14 má u DP vyhoření 0.

Očekávané (teoretické) četnosti všech oblastech EE, DP, PA nesplňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto nemůžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Závěr:

Alternativní hypotézu nelze potvrdit ani vyvrátit v žádné z oblastí.

Hypotéza č. 5

H5: Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a jejich profesí.

Část 1 – EE – emocionální vyčerpání

Tabulka č. 16 : Závislost mezi profesí a EE

PROFESE/EE	EE - nízký	EE - mírný	EE vyhoření	Součet řádky
Zdravotní setra	17	14	2	33
Pracovník v sociálních službách	27	16	9	52
Celkem	44	30	11	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 2,751$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,253, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti emocionálního vyčerpání se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a profesí.

Část 2 – DP - depersonalizace

Tabulka č. 17 : Závislost mezi profesí a DP

PROFESE/DP	DP - nízký	DP - mírný	DP- vyhoření	Součet řádky
Zdravotní setra	23	8	1	32
Pracovník v sociálních službách	35	11	7	53
Celkem	58	19	8	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 2,416$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,299, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti depersonalizace se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a profesí.

Část 3 – PA – osobní uspokojení

Tabulka č. 18 : Závislost profesí a PA

PROFESE/PA	PA - nízký	PA - mírný	PA - vyhoření	Součet řádky
Zdravotní setra	18	9	5	32
Pracovník v sociálních službách	33	10	10	53
Celkem	51	19	15	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 1,004$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,770, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti osobního uspokojení se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a věkem pracovníků.

Hypotéza č. 6

H6: *Existuje statisticky významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření pracovníků a jejich vírou.*

Část 1 – EE – emoční vyčerpání

Tabulka č. 19 : Závislost mezi vírou pracovníků a EE

VÍRA/EE	EE - nízký	EE – mírný	EE - vyhoření	Součet řádky
Věřící	22	24	5	51
Nevěřící	22	6	6	34
Celkem	44	30	11	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 7,803$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,020, **p < 0,05**, proto přijímáme alternativní hypotézu.

V oblasti depersonalizace se potvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a vírou pracovníků.

Část 2 – DP – depersonalizace

Tabulka č. 20: Závislost mezi vírou pracovníků a DP

VÍRA/DP	DP - nízký	DP – mírný	DP – vyhoření	Součet řádky
Věřící	36	15	3	54
Nevěřící	22	4	5	31
Celkem	58	19	8	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $x^2 = 4,342$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,037, **p < 0,05**, proto přijímáme alternativní hypotézu.

V oblasti depersonalizace se potvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a vírou pracovníků.

Část 3 – PA – osobní uspokojení

Tabulka č. 21 : Závislost mezi vírou pracovníků a PA

VÍRA/PA	PA - nízký	PA – mírný	PA -vyhoření	Součet řádky
Věřící	31	10	11	52
Nevěřící	20	9	4	33
Celkem	51	19	15	85

Očekávané (teoretické) četnosti splňují podmínky dobré aproximace (očekávané četnosti musí být větší než 5 v 80%, zbylých 20% nesmí být menší než 1), proto můžeme použít test dobré shody chí – kvadrát.

Hladina volnosti – 2 stupně.

Hladina významnosti 0,05.

Vypočítaná hodnota testového kritéria chí – kvadrát je $\chi^2 = 1,520$.

Vypočítaná p – hodnota = 0,217, **p > 0,05**, proto zamítáme alternativní hypotézu.

V oblasti osobního uspokojení se nepotvrdila významná souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a vírou pracovníků.

Závěr:

V emocionální oblasti a depersonalizace byla potvrzena souvislost mezi výskytem syndromu vyhoření a vírou pracovníků. V oblasti osobního uspokojení byla vyvrácena alternativní hypotéza.

5.9 Diskuse a interpretace dat

Syndrom vyhoření je citlivé téma, při oslovování některých organizací, pracovníků jsem se setkala s odmítavým nebo pochybovačným přístupem, který mohl být důvodem neúčasti ve výzkumu a tím i návratnost dotazníků nebyla 100%, pouze 83%, několik dotazníků bylo pro nepochopení a špatné vyplnění vyřazeno, pro výzkum bylo použito 77% dotazníků.

V dotazníkovém šetření v první části týkajících se faktografických údajů získaná data ukazují, že všichni respondenti 100% výzkumu byly ženy, tento výsledek odráží zastoupení žen v pomáhajících profesích, na které byl výzkum zaměřen a to na pracovníky sociálních služeb a zdravotní sestry. Nejvyšší věkové zastoupení má skupina nad 45 let je to 42% souboru naopak nejnižší zastoupení má skupina do 29 let pouze 18% je mladá generace. Zjištění odpovídá trendu kdy mladých zdravotních sester a pracovníků v pomáhajících profesích je celorepublikový nedostatek. Další otázka byla zaměřena na délku praxe, v této otázce největší počet 43% odpověděl vyšší než 10 let. Velikost týmu do 16 pracovníků si vybralo 60%. V otázce zařazení dle pracovní profese bylo 53% pracovníků v sociálních službách, zbývající počet jsou zdravotní sestry. Z celkového počtu respondentů se v odborném vzdělání nejčastěji vyskytuje rekvalifikační kurz 44%, na druhém místě pak středoškolské vzdělání 34%. Podle daných údajů týkajících se počtu absolvovaných rekvalifikačních kurzů, společně ve srovnání s věkem a pracovním zařazením nám naznačuje, že většina pracovníků v sociálních službách si toto povolání zvolilo v pozdějším věku a nebylo jejich původním pracovním zaměřením. K otázce víry se 61% odpovědělo ano – věřící, tento výsledek odpovídá obecnému předpokladu, že člověk věřící má blíže k pomoci druhým. V zastoupení dle druhu poskytovaných služeb byl vyšší počet pracovníků pobytových zařízení 53%.

Podle získaných dat můžeme vytvořit profil respondenta výzkumu:

- žena (100%),
- věk nad 43 let (42%),
- praxe nad 10let (43%),
- věřící (61%),
- odborné vzdělání rekvalifikační kurz (44%),
- pracovník v sociálních službách (62%),
- pracující v týmu do 16 osob.

Při zpracování výsledků dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI), který je dělen do třech oblastí ve kterých se syndrom vyhoření vyskytuje, bylo zjištěno, že z celého výzkumného souboru je u 2 pracovníků prokázán syndrom vyhoření ve všech třech oblastech, v každém druhu sledované služby 1 pracovník. Ve dvou oblastech je prokázán syndrom vyhoření u 2 pracovníků terénních služeb a tři pracovníci pobytových služeb. V jedné oblasti je výskyt syndromu vyhoření u terénních služeb v 9 případech u pobytových služeb taktéž. Syndromem vyhoření v některé z oblastí trpí 25 pracovníků z celkového počtu což je 21%. Srovnání výskytu syndromu vyhoření dle druhu služby ukazuje, že v terénních službách je výskyt syndromu vyhoření u 12 pracovníků v pobytových službách 13 pracovníků, výskyt je poměrně vyrovnaný.

Nejvyšší výskyt syndromu vyhoření v oblasti osobního uspokojení byl prokázán u 18% pracovníků tj. 15 pracovníků z výzkumného souboru. Nedostatkem osobního uspokojení jsou pracovníci pomáhajících profesí velmi ohroženi, tím byla potvrzena tvrzení popsána v teoretické části práce. Další kategorií bylo emocionální vyčerpání 13% pracovníků tj. 11 pracovníků, nejméně pracovníků trpí syndromem vyhoření v oblasti depersonalizace 9% tj. 8 pracovníků.

Mírný stupeň se vyskytuje v nejčastěji v oblasti emocionálního vyčerpání 30 pracovníků, v oblasti depersonalizace a osobního uspokojení je stejný po 19 pracovnících. Toto číslo není zanedbatelné, především, protože jde o předstupeň vyhoření a v případě kombinace s vyhořením v jiné oblasti je zde velký předpoklad celkového vyhoření.

Nízké hodnocení ve všech oblastech bylo zjištěno u 32 pracovníků, což je 27 %.

Hlavní hypotéza výzkumu byla zaměřena na rozdíl ve výskytu vyhoření u terénních a pobytových služeb. Hypotéza byla zamítnuta pomocí testovací metody test dobré shody chí – kvadrát. Nebyla tedy prokázána souvislost mezi druhem poskytované služby

a výskytem syndromu vyhoření a to v žádné ze sledovaných oblastí – emocionální vyčerpání – EE, depersonalizace – DP, osobní uspokojení – PA.

Druhá hypotéza se týkala souvislosti výskytu syndromu a délkou praxe. V oblasti emocionálního vyčerpání byla tato hypotéza zamítnuta, nebyla prokázána souvislost mezi těmito jevy. V oblastech depersonalizace a osobního uspokojení nebylo možné hypotézu ani potvrdit ani vyvrátit.

Další hypotéza č. 3. se týkala věku. V oblastech depersonalizace nemohla být hypotéza potvrzena ani vyvrácena. V oblastech emočního vyčerpání a osobního uspokojení byla hypotéza vyvrácena, to znamená, že nebyl potvrzen vztah mezi věkem a výskytem syndromu vyhoření.

U hypotéz č. 4 a č. 5 nebylo možné provést ověření pomocí testu dobré shody chí-kvadrát z důvodu nesplnění podmínek.

Oblast profese a výskytu syndromu byla zkoumána hypotézou č. 6. Byly vybrány pro srovnání profese zdravotní sestra a pracovník v sociálních službách. Ve všech zkoumaných oblastech byla hypotéza vyvrácena, syndrom vyhoření a porovnání profesí zdravotní sestry a pracovníka v sociálních službách nemá souvislost výskytem vyhoření.

Poslední hypotéza se týkala souvislostí výskytu vyhoření a vírou jednotlivých pracovníků. V oblasti emocionálního vyhoření a depersonalizace byla potvrzena alternativní hypotéza a tím i vliv mezi vírou pracovníka a výskytem vyhoření. V oblasti osobního uspokojení nebyl vliv na výskyt vyhoření potvrzen.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda druh poskytované služby má souvislost s výskytem syndromu, tato souvislost se nepotvrdila. Ze získaných statistických dat je patrné, že syndrom vyhoření se vyskytuje u obou druhů služeb přibližně stejně.

5.10 Doporučení pro praxi

Syndrom vyhoření provází pomáhající profese, proto je důležité jej neopomíjet a mít stále na paměti, že může tento problém potkat každého pracovníka.

Doporučením pro praxi je především předcházení a včasné řešení problému, tedy prevence. Mohlo se tak předejít případné náročné léčbě, psychické újmě a možné ztráty pracovníka. Zde záleží především na zaměstnavateli a vedoucím týmu, jaký má přístup ke svým zaměstnancům, zda je ochoten poskytnout svým zaměstnancům určité benefity pro

vhodnou relaxaci, zda dokáže naslouchat svým zaměstnancům a rozpoznat rozladu v kolektivu. Velmi důležité je neopomíjet supervizi, z vlastní zkušenosti vím o pracovnících s dlouholetou praxí, kteří o supervizi pouze slyšeli a přitom by ji v případě problémových situací mohli využít.

Výsledky výzkumu poukázaly na problém ve věkovém složení pracovníků, které se pohybuje od 45 let výše. Bylo by dobré, kdyby tyto profese získaly větší přitažlivost pro mladou generaci, především pracovníci v sociálních službách jsou zastoupeni pracovníky staršího věku, kteří si vzdělání doplní rekvalifikačním kurzem. Přitažlivost a určitou prevenci by mohlo zajistit i dostatečné finanční ohodnocení těchto profesí.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u pomáhajících profesí pracujících se seniory. V teoretické části práce je přiblížena problematika související s výzkumem a to specifika pomáhajících profesí, syndromu vyhoření a vybraných sociálních služeb. Praktická část je založena na statistickém zpracování a interpretaci výsledků získaných v dotazníkovém šetření.

Cílem bylo zjistit, zda se syndrom vyhoření vyskytuje rozdílně podle druhu poskytované služby, pro výzkum byly vybrány pobytové a terénní služby. Souvislost mezi druhem služeb a výskytem syndromu se nepotvrdila, obě služby měly téměř stejný výskyt. Při ověřování dalších hypotéz nebyly zjištěny souvislosti, pouze u hypotézy týkající víry pracovníků byla potvrzena souvislost v oblasti emočního vyhoření a depersonalizace.

Výsledky statistického zpracování přinesly zajímavá zjištění díky použití Maslach Burnout Inventory (MBI), který je dělen do tří oblastí výskytu vyhoření, díky tomuto rozložení bylo možné zhodnotit jednotlivé oblasti a zjistit v jaké síle se syndrom vyskytuje. U zkoumaného vzorku byl nejvyšší výskyt potvrzen v oblasti osobního uspokojení z práce. Další zjištění nám ukázalo, že pouze necelá třetina dotazovaných netrpí syndromem v žádné oblasti, což potvrzuje, že syndromem vyhoření je třeba se zabývat a není možné jej opomíjet. Z dat získaných v otázce věku pracovníků bylo nejvíce pracovníků zařazeno do kategorie nad 45 let – starší dospělost, z čehož můžeme říci, že pro mladou generaci práce v sociální péči není příliš zajímavá, je to zřejmě spojeno s trendem dnešní doby – uctíváním kultu mládí, potvrzovalo by to názor M. Štílce, který byl uveden v kapitole o seniorské populaci v teoretické části.

Díky prostudované literatuře pro diplomovou práci týkající se syndromu vyhoření jsem zjistila a uvědomila si, co všechno může spouštěčem syndromu a mnohdy jak málo stačí k tomu, abychom vyhořeli. Bylo by dobré všimnout si více svých kolegů na pracovišti, vnímat varovné signály a podat pomocnou ruku. Přitom dobrá prevence a to jak za pomoci vlastního úsilí nebo za pomoci zaměstnavatele, může předejít mnoha komplikacím.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna. Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5147-4.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

ČVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHRÁSKA, Miroslav, *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007, ISBN 978-80-247-1369.

JANÁČKOVÁ, Laura, *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. 2008, ISBN 9788073871796.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. (2003) Syndrom vyhoření. SZÚ: Praha. Dostupné online: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyhoreni.pdf

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra. ISBN 978-80-247-3600-6.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. 152 s. ISBN 80-7178-150-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání Praha: Grada Publishing 1998, 136 s. ISBN 80-7169-551-3.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, Hořet, ale nevyhořet. 2., přeprac. vyd. V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2012, ISBN 9788071955733.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Etika v ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 163 s. Sestra. ISBN: 9788024720692.
- MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MAROON, Istifan, Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Praha: Portál. 2012 ISBN 978-80-262-0180-9.
- MATOUŠEK, Oldřich et al. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- PRAŠKO, Ján, 2005. Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. Praha: Grada. ISBN 80-2470185-5.
- PRIEB, Mirriam, Jak zvládnout syndrom vyhoření. Praha: Garda. 2015, ISBN 978-80-2475394-2.
- POSCHKAMP, Thomas, Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence. Brno: Edika. 2013, ISBN 9788026601616.
- RUSH, Myron D., Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů. 2003, ISBN 8072550748.
- SEKOT, Miroslav. Nové trendy v léčbě úzkostných poruch. Postgraduální medicína. Focus – psychiatrie. Praha: Mladá fronta a.s., 2014, roč. 16, č. 6, s. 641. ISSN 1212-4184.
- STOCK, Christian, Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada. 2010, ISBN 9788024735535.
- SUCHOPÁR, Josef et al., 2009. REMEDIA Compedium. 4., přeprac. a rozšířené vyd. Praha: Panax. ISBN 9788090280649.
- ŠTILEC, Miroslav. Program aktivního stylu života pro seniory. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-7178-920-8.

ULRICHOVÁ, Monika. Logoterapie jako prevence burnout syndromu pro lékaře. Praktický lékař. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2011, roč. 91, č. 4, s. 200 – 202. ISSN 0032-6739.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2667-0.

Internetové zdroje:

Víra dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Víra>, 2016.

Zákon 108/ 2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE CHOROB A PŘIDRUŽENÝCH ONEMOCNĚNÍ 10 III. díl, WHO, ÚZIS ČR, 2014. [cit. 2014-12-28] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

SVOBODOVÁ, Kamila. Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce, [online], 23. 3. 2012, [cit. 2015-1-27]. Dostupné na WWW: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd.	a tak dále
BM	Burnout Measure
č.	Číslo
DP	stupeň depersonalizace
EE	stupeň emocionálního vyčerpání
HH	helplessness a hopelessness
MBI	Maslach Burnout Inventory
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
OSN	Organizace spojených národů
OU	odborné učiliště
RK	rekvalifikační kurz
PA	osobní uspokojení
PSA	Personat Subjektive Analysis
s.	strana
Sb.	sbírka
SŠ	střední škola
str.	strana
tj.	to je
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Rozložení dle věku

Graf č. 2: Rozložení dle délky praxe

Graf č. 3: Rozložení dle velikosti týmů

Graf č. 4: Rozložení dle víry

Graf č. 5 Rozložení dle vzdělání v oboru

Graf č. 6: Rozložení dle pracovního zařazení

Graf č. 7: Rozložení dle druhu služby

Graf č. 8 Vyhodnocení MBI dotazníku %

Graf č. 9 Vyhodnocení MBI dotazníku

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Závislost mezi druhem služby a EE

Tabulka č. 2: Závislost mezi druhem služby a DP

Tabulka č. 3: Závislost mezi druhem služby a PA

Tabulka č. 4: Závislost mezi délkou praxe a EE

Tabulka č. 5: Závislost mezi délkou praxe a DP

Tabulka č. 6: Závislost mezi délkou praxe a PA

Tabulka č. 7: Závislost mezi věkem a EE

Tabulka č. 8: Závislost mezi věkem a DP

Tabulka č. 9: Závislost mezi věkem a PA

Tabulka č. 10 : Závislost mezi vzděláním a EE

Tabulka č. 11 : Závislost mezi vzděláním a DP

Tabulka č. 12 : Závislost mezi vzděláním a PA

Tabulka č. 13 : Závislost mezi velikostí týmu a EE

Tabulka č. 14 : Závislost mezi velikostí týmu a DP

Tabulka č. 15 : Závislost mezi velikostí týmu a PA

Tabulka č. 16 : Závislost mezi profesí a EE

Tabulka č. 17 : Závislost mezi profesí a DP

Tabulka č. 18 : Závislost mezi profesí a PA

Tabulka č. 19 : Závislost mezi vírou pracovníků a EE

Tabulka č. 20: Závislost mezi vírou pracovníků a DP

Tabulka č. 21 : Závislost mezi vírou pracovníků a PA

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: Dotazník

Příloha P 2: Obraz syndromu vyhoření dle MKN 10

PŘÍLOHA P I : : DOTAZNÍK

DOTAZNÍK – průzkum rozvoje syndromu vyhoření pracovníků pomáhajících profesí.

Dobrý den,

Jmenuji se Marie Šálková, studuji obor Sociální pedagogika na Humanitní fakultě Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.

Dovoluji si Vás požádat o spolupráci na výzkumu realizovaném v rámci praktické části diplomové práce na téma „Syndrom vyhoření pracovníků pomáhajících profesí pracujících se seniory“. Jedná se o vyplnění dotazníku na dané téma a faktorů s touto problematikou spojených. V případě zájmu Vám mohu výsledky zaslat zpět - napište prosím na dotazník Váš e-mail. Doba potřebná pro vyplnění je 5 -10 minut.

Dotazník je anonymní a výsledky budou využity pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji za Váš čas a ochotu. Marie Šálková

1. Pohlaví: a) žena b) muž

2. Váš věk:

3. Délka praxe v oboru:

4. Počet pracovníků v týmu:

5. a) Praktikující věřící b) nevěřící

6. Výše dosaženého vzdělání v oboru:

a) rekvalifikační kurs

b) odborné učiliště

c) střední zdravotnická škola

d) vyšší odborná škola zdravotnická

e) vysokoškolské

7. Druh poskytované služby:

a) pobytové služby

b) terénní služby

8. Pracovní zařazení:

a) zdravotní sestra

b) pracovník v sociálních službách

Dotazník pro zjištění syndromu vyhoření Maslach Burnout Inventory (MBI)

Číslo otázky	Síla pocitů na škále vůbec 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 velmi silně	
1	Práce mě 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.	
4	Celodenní práce s lidmi je pro skutečně namáhavá.	
5	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
6	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
7	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.	
8	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
9	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým/á k lidem.	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým/ou.	
12	Mám pocit, že někdy s klienty zacházím jako s neosobními věci.	
13	Cítím, že klienti mi přičítají některé své problémy.	
14	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty.	
15	Jsem schopen/na velmi účinně vyřešit problémy svých klientů.	
16	Mám stále hodně energie.	
17	Dovedu u svých klientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18	Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji se svými klienty.	

19	Za roky práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a jsem hodně dobrého.	
20	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuju.	
21	Citové problémy v práci řeším velmi kladně – vyrovnaně.	
22	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů.	

Poznámka autora: EE emocionální část x DP odosobnění x PA osobní uspokojení z práce

PŘÍLOHA 2: OBRAZ SYNDROMU VYHOŘENÍ DLE MKN 10

Obraz syndromu vyhoření dle Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN)

Kategorie Z 73.0 - Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života,

další položky této kategorie: Vyprahlost (vyhasnutí, vyhoření), chybění relaxace, odpočinek.

Diagnóza: F 48. 0

Psychické příznaky

Kognitivní rovina (poznávací a rozumová)

- ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti;
- nechut', lhostejnost k práci;
- negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu;
- únik do fantazie;
- potíže se soustředěním, zapomínání.

Emocionální rovina

- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost;
- pocit nedostatku uznání.

Tělesné příznaky

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání);
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak.

Sociální vztahy

- ubývání angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům;
- omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými;
- omezení kontaktů s kolegy;
- přibývání konfliktů v oblasti soukromí;

□ nedostatečná příprava k výkonu práce.

Příznaky syndromu vyhoření provázejí nejenom jednotlivce samého, ale i kvalitu jeho práce, postižení bývají častěji nemocní a déle setrvávají v nemoci. Často se problém rozpozná velmi pozdě, než okolí diagnostikuje stav jako postižení.

Postižení burn-out syndromem se týká:

- nejčastěji těchto profesí: zdravotních sester, ošetřovatelů, velmi často pracovníků na oddělení intenzivní péče, sociálních pracovníků, lékařů, psychoterapeutů, právníků, policistů a učitelů, kteří jsou především postiženi, dále všech, kteří přicházejí do styku s člověkem v nouzi, v náročných životních situacích, - často těch, kteří se s velkou radostí a horlivostí zapojili do svého povolání,
- utrpení postihne především ty, kteří s velkým idealismem přistupují ke svému povolání.