

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problémem syndromu vyhoření u pomáhající profese pracovník přímé obslužné péče v domově pro seniory. V první kapitole teoretické části se zabývá definicí syndromu vyhoření, pohledy odborníků, odlišením syndromu vyhoření od jiných zátěžových situací a negativních psychických stavů, typem příznaků, činiteli syndromu vyhoření, vývojem, terapií a prevencí syndromu vyhoření.

Ve druhé kapitole teoretické části se zabývá definicí pojmu pracovník přímé obslužné péče, vznikem této profese, kvalifikačními a osobnostními předpoklady pro výkon této profese, etickými zásadami, celoživotním vzděláváním, supervizí, jejími typy a významem. Cílem bakalářské práce je zjistit míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření pracovníků přímé obslužné péče v Domově Duha – rezidenčním zařízení pro seniory. Pro zjištění cíle byla použita výzkumná metoda dotazník, obsahující dvanáct otázek.

Součástí bakalářské práce je text na CD.

ANNOTATION

This diploma work deals with a problem of the burn out syndrome. In the first chapter there is a description of key words: burn out syndrome, aspects of scientist, differences between this syndrome and other critical situation, negative psychological illnesses, symptoms, therapy and prevention in the second part the definition of the workers at the senior's bed. There is description of this job, qualification, personal aspects, supervision.

The aim is to get know the measure of disposition for the syndrome at the senior's house Duha. Questionnaire as a method of the diploma work has been used.

The text on CD makes the komponent of this thesis.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření, pracovník přímé obslužné péče, supervize, etické zásady, rizikové a zátěžové situace, domov pro seniory, prevence syndromu vyhoření, fáze syndromu vyhoření

KEY WORDS

Burn out syndrome, worker at senior's bed, ethical princips, critical situation, home for elderly people, prevention of burnout, phases of the syndrome.

OBSAH

1	TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1	Syndrom vyhoření	10
1.1.1	Definice syndromu vyhoření.....	10
1.1.2	Pohledy odborníků na syndrom vyhoření	11
1.1.3	Odlišení syndromu vyhoření od jiných zátěžových situací.....	12
1.1.4	Typy příznaků a syndromu vyhoření	16
1.1.5	Činitelé syndromu vyhoření.....	18
1.1.6	Fáze syndromu vyhoření.....	19
1.1.7	Terapie syndromu vyhoření.....	20
1.1.8	Prevence syndromu vyhoření.....	23
1.2	Pracovník přímé obslužné péče	26
1.2.1	Definice pojmu	26
1.2.2	Vznik profese pracovník přímé obslužné péče	26
1.2.3	Předpoklady pro výkon povolání	27
1.2.4	Etické zásady.....	28
1.2.5	Celoživotní vzdělávání	31
1.2.6	Supervize.....	33
1.2.7	Rizikové faktory syndromu vyhoření.....	38
1.2.8	Nejčastější situace vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření	40
2	PRAKTICKÁ ČÁST	41
2.1.	Popis dotazníku	42

2.2. Vyhodnocení dotazníku.....	42
2.2.1 Celkové vyhodnocení rizika syndromu vyhoření.....	42
2.2.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření v jednotlivých rovinách.....	45
2.2.3 Shrnutí.....	47
3 Závěr	48
Literatura	49
Přílohy	51

ÚVOD

Sociální práce patří mezi pomáhající profese. Hlavní náplní této činnosti je pomoc člověku, který se díky svým zdravotním problémům či neutěšené životní situaci ocitnul ve fázi, kdy potřebuje odbornou pomoc. Tuto pomoc mu může poskytnout mimo jiné i pracovník v sociálních službách. Profese pracovníka přímé obslužné péče vyžaduje, aby člověk vykonávající tuto službu byl fyzicky a psychicky zdravý, vstřícný, komunikativní a hlavně empatický. Což znamená, aby se uměl vcítit do problému člověka, který potřebuje pomoc. Profese pracovníka přímé obslužné péče je psychicky i fyzicky velice náročná a tudíž zde hrozí reálné nebezpečí výskytu syndromu vyhoření. Tomuto problému bych se chtěla věnovat ve své bakalářské práci.

Teoretickou část věnuji vymezení pojmů. Budou zde vysvětleny definice syndromu vyhoření, odlišení syndromu vyhoření od ostatních zátěžových situací, typy příznaků, činitelé, terapie a prevence syndromu vyhoření, pohledy odborníků na syndrom vyhoření. Dále definice pojmu pracovník přímé obslužné péče a související pojmy jako kvalifikační a osobnostní předpoklady, etické zásady, rizikové situace, supervize.

V praktické části bakalářské práce chci pomocí dotazníkového šetření zjistit míru rizika vzniku syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v Domově Duha. Výsledky dotazníkového šetření chci poskytnout managementu Domova Duha k praktickému využití.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Syndrom vyhoření

Ten, kdo hoří, může vyhořet. Na počátku jedné cesty, která končí syndromem vyhoření, je nadšení. Na konci studia nebo na konci předcházející profesní dráhy se člověk upřímně těší na nové zaměstnání. Ztotožní se s novými úkoly, s týmem kolegů, nevdá mu pracovat přesčas. Práce je zábavou, je smysluplná. Postupně však narůstají potíže. Mnohé z velkolepých cílů se oddalují, mnohé se ukážou jako nedosažitelné. Zdá se, že k revolučním změnám nedojde. Ztráta důvěry ve vlastní schopnosti jde v ruku v ruce se ztrátou smysluplnosti práce samé – jen pokračující velké zatížení pomáhá od negativních myšlenek. Avšak zatížení víc a víc vyčerpává, nakonec vede k vyhoření. Povolání ztratilo veškerý smysl.¹

Chronicky vyčerpaní lidé nesnadno přiznávají sobě i jiným své potíže. Zatajují úzkost, strach, vnitřní neklid, únavu, slabost, nervozitu, neschopnost koncentrovat se, poruchy spánku, bolesti hlavy apod. Připadá jim nepatřičné, zejména pokud pracují v pomáhající profesi, si stýskat na zpočátku nepodstatné příznaky. Je jim obtížné dát najevo, že si neví rady sami se sebou, vždyť pracují s lidmi, kteří si se sebou nevědí rady v daleko větší míře.²

Zátěžové situace se postupně přenášejí i do rodinného prostředí. Rodinní příslušníci poznávají, že něco není v pořádku, že se partner či partnerka mění, je podrážděný, hádá se, vybuchuje – houstne domácí atmosféra. Stres z povolání se přelévá do domácího stresu a naopak. Na druhé straně může vyrovnané a harmonické domácí prostředí značně zmírnit intenzitu profesionální zátěže.

1.1.1 Definice syndromu vyhoření

Pojem „burnout“ byl uveden do literatury H. Freudenbergem v jeho stati publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974, a to víceméně v rozměrech současného pojetí. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat vzápětí, tj. na přelomu 70. a 80.let, a to ve vztahu k převážně většině profesí, u nichž lze

1 KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*, páté vydání. Praha : Portál, 2006. s.101.

2 TOŠNEROVI, J.T., *Burn – out syndrom*. Praha : Hestia, 2002.

výskyt syndromu vyhoření předpokládat.³ Syndrom vyhoření v odborné literatuře je vysvětlován mnoha definicemi. Pro uvedení do problematiky zde cituji několik definicí, které dobře vystihují problematiku.

„Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy).“⁴

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí - velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“⁵

„Burnout je stav člověka, který se podobá vysychání pramenů či vybíjení baterie. Stejně jako stres, i burnout není mimo nás, ale v nás. Neznáme ho, dokud se v nás nezabydlí.“⁶

1.1.2 Pohledy odborníků na syndrom vyhoření

Jak jsem se dočetla v literatuře, odborníci studující tento stav se shodují ve svých studiích, že burnout syndrom lze chápat jako stav, jenž vzniká v důsledku řady okolností, zvláště pak chronického stresu. Jedná se o stále se vyvíjející proces, kdy v první fázi lze pozorovat nadšení, které vystřídá nový pohled. Ten způsobí, že člověk zjistí, že jeho ideály nebudou zcela realizovatelné. Následuje období frustrace, kdy cítí zklamání ze své profese. Nastává stav apatie, kdy jedinec je lhostejný k řešení dalších nových problémů, ztrácí zájem o nové věci ve své profesi, neboť zastává názor, že všechno je zbytečné. Dochází k nepřátelskému, podrážděnému chování ke všemu, co souvisí s jeho prací. Poté následuje období pohrdání, odmítání až ztráta lidskosti.

3 PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. str.6.

4 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 47.

5 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 49.

6 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 48.

„Jedním z přístupů ke stanovení fází burnoutu je koncepce čtyř základních fází burnoutu reprezentovaná např. pracemi Ch. Maslachové, autorky řady dalších prací o burnoutu a jedné z nejužívanějších metod k jeho diagnóze. Podstatou první fáze je prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s déletrvajícím přetěžováním. V druhé fázi se postupně objevuje psychické a částečně i fyzické vyčerpání, ve třetí nastupují počátky dehumanizované percepce okolí jako ochranného mechanismu před dalším vyčerpáním a konečně ve čtvrté převažuje totální vyčerpání, negativismus, nezáměr a lhostejnost.“⁷

1.1.3 Odlišení syndromu vyhoření od jiných zátěžových situací

Odlišení syndromu vyhoření od jiných zátěžových situací a negativních psychických stavů je důležité a ne vždy snadné. Zátěžové situace vedou k narušení psychické rovnováhy. Toto narušení je jedním z faktorů způsobujících syndrom vyhoření. V této kapitole bych se chtěla zmínit o psychických stavech, které rovněž mohou člověka potkat a které by bylo možno za syndrom vyhoření zaměnit.

- **Syndrom chronické únavy**

„Soubor příznaků v popředí se zvýšenou únavností, nevykonností, pocitem duševního i tělesného vyčerpání a zvýšenou potřebou spánku. Může být příznakem proběhlé nebo přetrvávající virové infekce, ale též některých duševních poruch, eventuelně též nedostatku některých vitamínů či stopových prvků. Obvykle je spojen s poruchou imunity.“⁸ Nemocný vypadá jako by jeho organismus, jeho imunitní systém, nebyl schopen se zbavit původce choroby a zregenerovat se do normálního stavu. Příčiny tohoto onemocnění nejsou zcela známy. Odborníci se domnívají, že příčinou mohou být původci některých bakteriálních chorob (borrelióza, brucelóza, tularemie), ale také selhání imunity.

- **Neurastenie – diagnóza F 48**

Onemocnění, u něhož by mohlo dojít k záměně za syndrom vyhoření je neurastenie. Ta se vyznačuje duševními i tělesnými příznaky, pro něž je charakteristická tzv. dráždivá slabost. Projevuje se střídáním podrážděnosti a únavy, bolestmi hlavy,

7 PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. s. 14.

8 VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv, *Velký lékařský slovník*. 3. vydání. Praha : Maxdorf: 2002, 2003. s. 141.

poruchami soustředění, neschopností se uvolnit, nespavostí, řadou vegetativních obtíží (poruchy stolice, impotence, bušení srdce, aj.). Je součástí neurózy nebo doprovází některá onemocnění jiných orgánů (tzv. pseudoneurastenie.)⁹

- **Stres**

Jako akutní reakce je stres „stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už tělesnou nebo duševní. Při stresu se uplatňují vývojově staré mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí. Probíhá mobilizace veškerých sil organismu, která slouží pro „boj“ nebo „útek“.“¹⁰

„Stres je definován napětím mezi tím, co člověka zatěžuje (tzv. stresory) a zdroji možností tyto zátěže zvládat (tzv. salutory). Do stresu se může dostat každý člověk. Stres se může objevit při různých činnostech. Pravdou je, že stres obvykle přechází do burnout, avšak ne každý stresový stav dochází do fáze celkového vyčerpání. Tam, kde práce je pro určitého člověka smysluplná a překážky jsou zdolatelné, tam k burnout nedochází.“¹¹ Při dlouhotrvající stresové zátěži může stres přejít až do deprese nebo do úzkostných poruch.

- **Deprese – diagnóza F 32**

Jedinec prožívá nezdravý psychický stav, doprovázený úzkostí, pocitem osamělosti a bezcennosti. Přítomna je i únava, malá sebedůvěra. Nemocný má problémy se soustředěním, má rovněž problémy s pamětí a pozorností.

„Může propuknout u lidí, kteří intenzivně pracují – jako burnout. Může však stejně dobře propuknout u lidí, kteří intenzivně nepracují a nepracovali téměř vůbec. Deprese může být vedlejším příznakem burnout, avšak se může vyskytovat i nezávisle na burnoutu. Deprese má často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, které burnout nemá. Deprese se dá léčit farmakoterapeuticky, u burnout se to však dosud nepodařilo.“¹²

9 VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv, *Velký lékařský slovník*. 3.vydání. Praha : Maxdorf, 2002, 2003. s. 598.

10 VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv, *Velký lékařský slovník*. 3.vydání. Praha : Maxdorf, 2002, 2003. s. 831.

11 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 52.

12 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 53.

Odlišit deprese jako diagnózu od syndromu vyhoření je možné na základě anamnézy a reakce pacienta na antidepresiva.

- **Únava**

Únava se vyskytuje i u burnout. „Obecně má však užší vztah k fyzické zátěži (tělesné únavě), než tomu je u burnout. Únava z intelektuální práce je často spojována s radostí z toho, co se nám podařilo udělat. U burnout jde však o únavu, která je vždy něčím negativním, tíživým, těžkým, bezvýhledným. U burnout je únava úzce spojována s pocitem selhání a marnosti.“¹³

- **Frustrace**

Frustrace je pocit zklamání, pokud se člověku něco - pro něj důležitého, nepovede a nemá možnost to v nejbližší době napravit. Dlouhotrvající stav frustrace může mít za následek vznik zdravotních problémů. Frustraci potřeb je třeba brát individuálně.

„To, co se někomu jinému může zdát smysluplným, případně kladně hodnoceným úsilím, dodatečně oceněnou odměnou atp., to se mně takovým zdát nemusí. To, co jeden může považovat za výhru, může druhý subjektivně hodnotit jako prohru. Přitom se tyto zážitky frustrace – zklamáných očekávání mohou v člověku hromadit a kumulovat (sečítat).“¹⁴

- **Odcizení**

Je to pocit, který se řadí do skupiny negativních emocionálních zážitků. Je běžný u zdravého člověka v rámci vyčerpání a únavy, což jsou stavy, které se rovněž vyskytují ve spektru příznaků syndromu vyhoření.

„Pravdou je, že pocity odcizení je možno pozorovat i v syndromu burnout. Tyto příznaky se tam však objevují až v posledním stadiu burnout. Nikdy ne na začátku tohoto procesu. Na začátku je situace naprosto opačná. Burnout se vyskytuje jen u lidí, kteří byli zpočátku nadšeni prací. Odcizení se vyskytuje i u těch, kteří nikdy ničím nadšeni nebyli, kterým moc nešlo o to, co dělali. Odcizení

13 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 53.

14 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 28.

se vyskytuje u lidí, pro které to, co dělali, nebylo smyslem jejich života, „celoživotním cílem“ (ideálem či idolem). U burnout je tomu naopak.“¹⁵

- **Existenciální neuróza**

„Při existenciální neuróze jde o pocit zplanění života a naprosté existenční beznaděje. Oč jde, to je možno přiblížit výrokem spisovatele Cause: „Viděl jsem mnoho lidí, kteří zemřeli, protože neměli proč žít.“ Viktor E. Frankl hovořil v této souvislosti o ztrátě smysluplnosti života. Pravdou je, že s něčím podobným existenciální neuróze se setkáváme i při burnout. Setkáváme se s tím však jen na konci tohoto procesu. Na začátku je naopak mimořádně intenzivní prožitek smysluplnosti života (práce, existence atp.). S pocitem ztráty smyslu života se setkáváme u těchto lidí, kteří propadli psychickému vyhoření, až na konci tohoto procesu, když jejich snaha selhala, když překážky byly příliš velké, když okolnosti byly nepředstavitelně nepříznivé, když se jejich úsilí zcela zhroutilo.“¹⁶

- **Konflikt**

Ačkoliv jako medicínská jednotka v podstatě neexistuje, s konflikty se můžeme setkat v každodenním životě. Jedná se o střet dvou či více stran, které se nemohou nebo nechtějí dohodnout. Konflikt může být vyvolaný např. nezvládnutím aktuální role (manželka, matka), zklamáním z nesplněného očekávání, aktuálním psychickým stavem. Konflikt, který nebyl jedincem zvládnut, může v něm vyvolat pocit frustrace. Pokud se vyskytne konflikt jako součást reakce na aktuální stres, lze je v tomto případě označit diagnózou F 43.0.

- **Psychické trauma**

Psychické trauma může nastat v důsledku traumatizujících, bolestivých událostí, např. úmrtí blízké osoby, úraz s trvalými následky, přepadení, šikana. Jediněc si z této události odnáší trvalý strach a nejistotu, která může vyústit v neurózu či psychózu. Dochází k poruše duševní rovnováhy.

15 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 54.

16 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 54.

- **Psychická krize**

Psychická krize vzniká jako reakce na události či překážky, které člověk není schopen zvládnout běžným způsobem, nepomáhají ani dřívější zkušenosti. Člověk se dostává do stavu zmatku a chaotickému přístupu s velkým množstvím marných pokusů o řešení. Psychická krize může být spouštěčem pro vznik nemoci.

Zde jsem vyjmenovala několik základních negativních psychických stavů, které mohou svými příznaky připomínat syndrom vyhoření. Lidé v zátěžových situacích se ocitají v negativních psychických stavech, které způsobují i jejich zdravotní problémy, které mohou jedince i upoutat na lůžko. Touto částí jsem chtěla upozornit na nejčastěji se vyskytující negativní psychické stavy, které člověka zatěžují a mohou být díky svým příznakům zaměňovány za syndrom vyhoření.

Z krátkého přehledu je patrné, že na psychický stav mají vliv různé faktory, které se mohou kombinovat nebo kumulovat. Rovněž zdravotní postižení může zapříčinit negativní psychický stav. Odlišení je možné na základě podrobnějších informací. Typy příznaků u syndromu vyhoření se dělí na subjektivní a objektivní, příznaky na psychické úrovni apod.

1.1.4 Typy příznaků a syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit na subjektivní příznaky, objektivní příznaky, příznaky na psychické úrovni, fyzické úrovni a na úrovni sociálních vztahů.

- **Subjektivní příznaky**

„Mimořádně velká únava, snížené sebecenění a sebehodnocení (self-esteem), vyplývající z pocitů snížené profesionální kompetence (schopnosti a dovednosti něco dělat a udělat). Patří sem i problémy špatného soustředění, pozornosti (koncentrace), snadného podráždění (iritability) a negativismu (vidění všeho v černých barvách), dále celá řada příznaků stresového stavu při absenci chronického onemocnění.

„Vyhořelý“ člověk má dojem, že jako člověk nemá žádnou hodnotu. Prožívá odliv veškeré síly, energie, osobního zaujetí a nadšení. Není sto se pro něco rozhodnout, proti něčemu se postavit a do něčeho se dát. Nemá valné mínění sám o sobě a o tom, co dělá – spíše naopak. Neví si rady ani sám se sebou, ani s problémy, které ho trápí. I sebemenší činnost (námaha) se mu zdá nadlidskou (nesmírně

těžkou). Vše ho nesmírně zatěžuje. Ztratil všechny iluze, ideje, naděje, plány a žije v neustálém napětí – i když nic nedělá“¹⁷

- **Objektivní příznaky**

Objektivní příznaky zahrnují po řadu měsíců trvající sníženou celkovou výkonnost. Tato okolnost je dobře zjistitelná i členy rodiny, spolupracovníky (kolegy), příjemci služeb (zákazníky, pacienty, klienty, stranami, žáky, studenty apod.)

Vyhoření nepostihuje všechny lidi stejně intenzivně. Nejde jen o osobní charakteristiky, které mohou vyhoření buď umožňovat, nebo mu bránit. Jde také o druh činnosti. Při některé činnosti se vyhoření dostavuje dříve, při jiné později (obtížněji).¹⁸

- **Příznaky na psychické úrovni**

Převažuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí již trvá nadměrně dlouho a účinnost snažení je v porovnání s námahou nepatrná. Výrazný je pocit celkového, především duševního vyčerpání, v duševní oblasti je prožíváno vyčerpání emocionální, dále vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace. Dochází k útlumu celkové aktivity. Zvláště v oblasti nenuceného projevu, tvořivosti, podnikavosti a důvtipu. Převažuje pocit smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje. Je prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho bezsmyslnost. Je možno pozorovat projevy odmítání kladných a vyzdvihování stinných stránek situace, pohrdání morálkou a nepřátelství ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi. Je patrný i pokles zájmu nebo úplná ztráta zájmu o témata, která souvisejí s profesí. Přítomna je sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání.

- **Příznaky na fyzické úrovni**

Zde je možno sledovat celkovou ochablost, únavu organismu. Rychlá unavitelnost, která se dostavuje po krátkých etapách relativního zotavení. Přítomny jsou vegetativní obtíže jako jsou bolest srdce, změny srdeční frekvence, zažívací potíže, dýchací potíže, bolesti hlavy, které jsou často nespecifikované, poruchy tlaku,

17 KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha : Portál, 2001. s. 114.

18 KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha : Portál, 2001. s. 115.

spánku. Přetrvává celkové napětí. Je zde riziko vzniku závislosti jakéhokoli druhu. Jsou přítomny zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity.

- **Příznaky na úrovni sociálních vztahů**

Dostavuje se celkový útlum sociability. Nezáměr o hodnocení ze strany druhých. Výrazné, záměrné snížení kontaktů s klienty a s kolegy. Přítomná je zjevná nechuť k vykonané profesi a ke všemu, co s ní souvisí, nízká empatie. Dochází k postupnému narůstání konfliktů, které většinou pramení z nezájmu, lhostejnosti, sociální apatie ve vztahu k okolí.

1.1.5 Činitelé syndromu vyhoření

Mezi hlavní činitele syndromu vyhoření patří neustále rostoucí životní tempo a zvyšující se nároky na člověka jako takového, rovněž i zvyšující se nároky na jeho profesionální práci. Jedinec je nucen čelit chronickému stresu, který vyplývá z vysokých až nadměrných požadavků na jeho výkon, z nízké autonomie pracovní činnosti a jednotvárnosti práce. Důležité je se zmínit o nemožnosti či neschopnosti jedince relaxovat. Z toho vyplývá negativní podrážděnost a depresivní ladění, které navazuje na chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese. Jedinec stabilně prožívá hněv, hostilitu a agresi. Rovněž je přítomen prožitek bezmoci a beznaděje. Zde lze hovořit o komplexu vzdávání se versus zanechání druhými. Za neutrální faktory z hlediska burnoutu jsou považovány inteligence a hlavní demografické charakteristiky: věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru, doba, po kterou je zastávána současná pracovní pozice, atd. Nejednotné názory na burnout jsou z hlediska intersexuálních diferenciací. Z dřívějších výzkumů vyplývá, že výskyt vyhoření je u žen až dvakrát častější než u mužů. V pozdějších studiích jsou výsledky vyrovnanější.¹⁹

V této části jsem vyjmenovala hlavní typy příznaků syndromu vyhoření ve všech oblastech působení na člověka, dle kterých lze poznat míru nebezpečí vzniku syndromu vyhoření. Rovněž jsem objasnila činitele syndromu vyhoření. V další části vysvětlím vývoj syndromu vyhoření a jeho fáze.

¹⁹ PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. s. 15 – 17.

1.1.6 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření lze rozdělit do tří fází. Každá tato fáze má svá specifika, podle kterých odborníci jsou schopni určit závažnost situace.

- **První fáze**

Člověk je nadšený a má před sebou určitý cíl, pro který chce žít. Jeho život má smysl. Práce, prostřednictvím které dosáhne cíle, se mu jeví jako smysluplná činnost. Tato fáze je fází nadšení, kdy jsou přítomny vysoké ideály a vysoká angažovanost.

- **Druhá fáze**

Zde dochází k postoji a hodnocení podle míry užitečnosti. Z cíle se stává užitková hodnota. „Ten, kdo zprvu pracoval, protože měl před sebou určitý ideál, pracuje nyní proto, že se mu žádoucím stal vedlejší produkt – např. peníze, které za práci dostává. Tragédie je v tom, že tento člověk pozvolna přestává dělat to, co dělá, z toho důvodu, že v tom vidí smysl svého života, ale proto, že mu to „něco“ přináší - - i když toto „něco“ se neustále vzdaluje od prvotního cíle. Není tím, kým chtěl být a kým by podle původního rozhodnutí i měl být.“²⁰

Druhá fáze je typická stagnací - ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných a zaměstnavatele obtěžují v čím dál větší míře. Pracovník vnímá klienta negativně. Pracoviště i práce samotná pro něj představuje velké zklamání. Pracovník pociťuje apatii. Je netečný, lhostejný vůči klientovi i kolegům. Lze u něj vyzorovat i jistý druh nepřátelství. Není nakloněn odborným rozhovorům s kolegy a pociťuje nechutenství vykonávat jakékoliv aktivity.

- **Třetí fáze**

Tuto fázi lze nazvat samotným syndromem vyhoření. V tomto stadiu bylo dosaženo úplného vyčerpání jedince. Došlo k naprosté ztrátě smyslu práce a života. Je přítomný cynismus – ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Na lidi kolem je pohlíženo jako na materiál. Je přítomné necitelné a necitlivé chování se znaky ironie a sarkasmu. Jedinec ztrácí úctu k vlastnímu životu. Ztrácí úctu k vlastnímu tělu, přesvědčení nadšení a k vlastním snahám. Chová se cynicky i k vůči sobě.

20 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada. 1998. s. 64.

Nemá se rád, neváží si sám sebe. „Ničeho si neváží. Nic pro něho nemá opravdovou hodnotu. O nic smysluplného mu nejde. Propadá se do existenčního vakua - bezsmyslného života. Život se stává pouhým „vegetováním“.“²¹

Vývoj syndromu vyhoření může probíhat různě. Některé fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být nevýrazné nebo jenom naznačené. Někdy si člověk uvědomuje, že je „přepracovaný“, jindy se necítí dobře a nezná důvod svého stavu. Příčinu hledá povětšinou jinde než ve svém životním rytmu, komunikačním stylu. Z poslední fáze úplně rozvinutého syndromu vyhoření je návrat jedince zpět – ke znovunalezení smyslu života náročný. Jedinci je zde poskytnuta pomoc v podobě odborné terapie.

1.1.7 Terapie syndromu vyhoření

Terapeutické činnosti používané při léčbě syndromu vyhoření se opírají o psychoterapeutické zdroje, k nimž patří existenciální psychoterapie, daseinsanalýza, logoterapie, behaviorální terapie, kognitivně – behaviorální terapie, Rogersovská terapie, relativní terapie, tvarová terapie, medikamentózní léčba.

- **Existenciální psychoterapie**

„Tato terapie se soustřeďuje především na vnitřní svět prožitků, umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka.“²²

V Evropě se utvořily dvě psychoterapeutické školy. Jejich názory napomáhají vytvářet vhodné zázemí v léčbě syndromu vyhoření.

- **Daseinsanalýza**

„Daseinanalýza se snaží pomoci nalézt pacientovi cestu k pochopení jeho existence a pomoci mu jeho existenci (což je z hlediska burnoutu velmi významné) co nejlépe, nejpřístupněji a nejodpovědněji realizovat. Důraz se klade na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta, jež se maximálně respektují a akceptují, a na jeho další vývoj. Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence, ovládnutí

21 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 66.

22 PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. s.18 – 19.

umění „být sám sebou“. Role terapeuta je modifikována na konzultanta udílejícího doporučení, nikoli však pokyny či dokonce příkazy“.²³

- **Logoterapie**

Napomáhá pacientovi najít vlastní smysl života v souladu s jeho osobností a jeho životem. „Logoterapie si klade za cíl pomoci pacientovi nalézt řešení v situacích existenciální frustrace a za terapeutický prostředek považuje v tomto úsilí pomoci v nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot. Pro osoby ve finálním stádiu burnoutu může být tato pomoc velmi podstatná, neboť jejich svět (především svět práce, entuziasmu, nadšení a zapálení pro věc) se zhroutil a život přestal dávat smysl.“²⁴

- **Behaviorální terapie**

Behaviorální terapie se zaměřuje na změnu konkrétního chování člověka v souvislosti s prostředím. Chování je zde chápáno jako soubor reakcí organismu mezi které patří fyziologická reakce (např. bušení srdce, pocení, bolest břicha), emoční reakce (např. strach, hněv, nejistota), kognitivní reakce (např. očekávání, přesvědčení) a motorická reakce (např. útěk, útok).

„Základním východiskem je předpoklad, že většina našeho chování „normálního“, „abnormálního“ je naučena v procesu interakce s naším prostředím. Behaviorální terapeuti se snaží porozumět těm interakcím, kterými si osvojujeme určité chování, a také těm, které toto chování udržují, anebo mění. Odhalené zákonitosti využívají k ovlivnění „problémového“ chování tak, aby se dosáhlo žádoucí změny v životě člověka.“²⁵

- **Kognitivně – behaviorální terapie**

Terapeut v behaviorální oblasti pomáhá klientu ke změně jeho zjevného chování. V oblasti kognitivní se snaží o změnu maladaptivního myšlení klienta, které

23 PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. s.19.

24 PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. s.19.

25 VYMĚTAL, J., a kolektiv, *Obecná psychoterapie*. 2. vydání. Praha : Grada, 2004. s.183.

je příčinou jeho nežádoucího chování. Cílem terapie je ukázat klientovi a pomoci mu pochopit, že má schopnost a odpovědnost řešit svoje problémy.²⁶

- **Rogersovská psychoterapie**

Základem této terapie je subjektivní, prožitková zkušenost člověka. Psychoterapie je založena na respektu a základní důvěře v individualitu a možnosti jedince. „V tomto přístupu, kromě důrazu na bezprostředně žitou osobní zkušenost, která se vztahuje na poznávání nás samých, jsou zdůrazňovány vztahy k druhým lidem a k sobě. Na porozumění souvislostech našeho života a světa kolem nás navazují otázky po smyslu života, existence nás samých.“²⁷

Terapie je zaměřena na člověka, nikoli na podaný problém. Cílem terapie je naučit klienta vyvázat se z navyklých vzorců chování a myšlení, které mu způsobují nesnáze v jeho životě.

- **Relativní terapie**

Relativní terapie se soustřeďuje na běžné činy a myšlenky klienta. Hlavním úkolem terapeuta je povzbudit klienta k tomu, aby zhodnotil svůj současný styl života. Je terapeutem veden k tomu, aby zhodnotil, zda to, co dělá, vede skutečně k uspokojování jeho potřeb. Základním pojmem terapie je zodpovědnost. Cílem terapie je pomoci klientovi zvážit, zda jeho tužby jsou realistické a zda mu jeho chování pomáhá je naplňovat.²⁸

- **Tvarová terapie**

Tvarová terapie klade důraz na proces prožívání než na obsah prožívaného. Zaměřuje se především na rozšiřování klientova uvědomění sebe sama a svého těla. Využívá k tomu dřívější zkušenosti, vzpomínky, emocionální stavy, tělesné vjemy. Úkolem terapeuta je zdůraznit klientovi uvědomit si plně své pocity a předat klientovi vědomí odpovědnosti za jeho pocity, které byly dosud popřené. Terapeut vede klienta k mocnému uvědomění emocí jako je vztek, radost a zármutek. Umožňuje tak prožít klientovi prožít pocit celistvosti a lidskosti.

26 KLIMENTOVÁ, E., *Teorie a sociální metody II*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. s. 8.

27 VYMĚTAL, J., a kolektiv, *Obecná psychoterapie*. 2. vydání. Praha : Grada, 2004. s. 210.

28 KLIMENTOVÁ, E., *Teorie a sociální metody II*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001, s. 42.

- **Medikamentózní terapie**

Syndrom vyhoření doprovází celá řada příznaků např. stres, deprese, agrese bolest zad, svalové napětí apod. K jejich zmírnění se používají léky, které jsou vyrobeny chemickou cestou např. Oxazepam, Diazepam, Lorazepam apod. nebo produkty vyrobené na přírodní bázi, obsahující výtažky z bylin např. třezalky, meduňky, chmelové šišťice, mučenky, kořen kozlíku lékařského. Kombinace syntetických a rostlinných léků je možná, neboť ty se mohou vhodně doplňovat. Léčebný postup stanoví odborný lékař, který je podrobně seznámen s případem klienta a dohlíží na jeho léčbu. Konzultace lékaře s klientem je nutná, jelikož jakýkoliv laický přístup v medikamentózní terapii může zhoršit stav klienta.²⁹

V této části bakalářské práce jsem se zmínila o možných terapiích používaných u syndromu vyhoření. Při každé terapii je nutná přítomnost odborníka, který zváží na základě zjištěných informací, jaká vhodná terapie bude u klienta aplikována. Při každé terapii je nutná spolupráce mezi odborníkem a klientem, neboť jen tak se dostaví žádoucí výsledek, tj. znovunalezení smyslu klientova života.

V dnešní době odborná i laická veřejnost klade důraz na prevenci syndromu vyhoření. Prevence má předcházet vzniku syndromu vyhoření, který jedince zatíží tak, že v jeho těžkých fázích je nucen opustit svůj dosavadní profesní život a nastoupit náročně časovou léčbu. Syndrom vyhoření se tak stává i společenským problémem.

1.1.8 Prevence syndromu vyhoření

Základem prevence syndromu vyhoření je **duševní hygiena**. Její zvládnutí naučí jedince chránit a upevňovat duševní zdraví a zvyšovat jeho odolnost vůči nejrůznějším škodlivým vlivům.

„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“³⁰

29 VOLLMEROVÁ, H., *Pryč s únavou* 1. vydání. Praha : MOTTO, 1998. s. 140.

30 KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha : Portál, 2001. s.143.

Duševní hygiena poskytuje návod, jak cílevědomě upravovat svůj životní styl a životní podmínky tak, aby se nejen zabránilo nepříznivým vlivům, ale aby se co nejvíce uplatnily vlivy působící na naši duševní kondici, duševní rovnováhu. Učí člověka předcházet psychickým obtížím. Pokud již nastaly, učí jej, jak je nejlépe zvládat.

Pro člověka má duševní hygiena přínos v několika oblastech. Jako prevence somatických a psychických nemocí. V dobré pracovní výkonnosti, neboť vyrovnaný člověk se dokáže dobře koncentrovat na práci i odpočinek. Duševní hygiena má své zastoupení i v oblasti správně fungujících sociálních vztazích, protože člověk vyrovnaný, duševně zdravý, klidně působí na své okolí, pro které je přínosem. Nelze opomenout i subjektivní spokojenost jedince, neboť vyrovnaný člověk neprožívá citové napětí a tudíž se nevystavuje konfliktům sám se sebou či se svým okolím.

Důležitý je aktivní přístup k životu, ten zahrnuje tyto zásady:

- Otevřenost tomu, co se kolem nás děje, zájem o okolí a snaha chápat události a jevy v okolí jako zajímavé a smysluplné.
- Nebát se změn. Chápat a přijímat je jako něco běžného, přirozeného. Považovat je za příležitost ukázat co znám a dovedu.
- Při setkání se stresujícími vlivy nebýt pasivní, ale aktivně hledat řešení, jak jim správně čelit . Podniknout důrazné a rozhodné protireakce.
- Počítat se stresujícími situacemi.
- Umět izolovat stres – patří sem umění uzavřít své pracovní starosti v práci a nenarušovat jimi partnerské či rodinné vztahy a naopak.
- Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi, neboť pocit podpory ze strany ostatních, pocit přináležení někomu, možnost probrat s někým blízkým své problémy pomáhá lépe se vyrovnat s životními těžkostmi.
- Vytvořit kolem sebe příznivé prostředí. Najít si uspokojující práci, aktivně a s rozvahou řešit průběžné problémy. Harmonický rodinný život poskytuje nezbytnou oporu nutnou k doplnění rezerv vyčerpaných vysokými nároky ze strany pracovního prostředí.
- Osvojit si zdravý životní styl. Aktivní přístup k životu a aktivní odpovědnost za vlastní zdraví jsou spojeny s dodržováním správné životosprávy,

dostatkem spánku, s pohybovou aktivitou a s vyloučením škodlivých návyků jako je kouření, nadměrné pití alkoholu apod.³¹

Regenerace nervového systému a osvěžení celého organismu souvisí nejen s délkou spánku, ale i s jeho kvalitou. Ta je závislá na správné životosprávě jedince, kterou tvoří nejen vhodný výběr jídla, ale i jeho pravidelnost a nepřejídání se.

Aktivní provozování sportu zvyšuje úroveň fyzické kondice a napomáhá ke zlepšení psychiky a to hlavně v oblasti sebehodnocení a sebevědomí. Díky těmto aktivitám posiluje jedinec sociální vazby a vztahy.

Duševní hygiena je obsažena i v pracovním prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. To by mělo být čisté a upravené, fyzické vlivy jako je hluk, světlo, teplo, vlhkost vzduchu by měly být v souladu s potřebami jedince. Nutný je i dostatečný pracovní prostor a jeho materiální vybavení.

Je užitečné, aby se člověk naučil hospodařit s vlastním časem a vlastními silami. Měl by dbát na pořádek ve svých věcech i na přiměřené pracovní tempo. Pravidelný rytmus a střídání práce a odpočinku šetří energii jedince a napomáhá k jeho tak důležité duševní vyrovnanosti.

Příznaky syndromu vyhoření lze pozorovat častěji u lidí v pomáhajících profesích. Zde také patří pracovník v přímé obslužné péči domova pro seniory. Tento je neustále konfrontován s požadavky klientů – seniorů, s jejich problémy a potížemi, kterými je nucen se zabývat. Vymezením pojmu pracovník přímé obslužné péče se budu zabývat v dalším oddíle bakalářské práce.

31 PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. s. 21 – 22.

1.2 Pracovník přímé obslužné péče

1.2.1 Definice pojmu

Pracovník přímé obslužné péče je ten, který vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. Jeho činnost spočívá v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.³²

Provádí obtížnou pečovatelskou práci spojenou s přímým stykem s klienty s fyzickými a psychickými obtížemi. Vede klienta k samostatnosti, provádí nácvik dovedností, rozvíjí klientovy vlastní schopnosti při sebeobsluze a pomáhá mu při naplňování jeho osobních cílů. Sleduje klientovy potřeby a vede individuální záznamy o průběhu sociální služby. Řeší záležitosti spojené s poskytovanou službou, popřípadě zprostředkování kontaktu klienta s kompetentním pracovníkem.³³

1.2.2 Vznik profese pracovník přímé obslužné péče

Profese pracovníka přímé obslužné péče je velmi mladá. Vznikla v souvislosti se zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Do té doby pracovali na místě nynějších pracovníků přímé obslužné péče v pobytových zařízeních pro seniory sanitáři a ošetřovatelé. Sanitář je pomocný zdravotnický pracovník, který vykonává pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetřovatelské, léčebné a preventivní péče pod dozorem zdravotní sestry. Ošetřovatel je nižší odborný zdravotnický pracovník, který se podílí na poskytování základní ošetřovatelské péče a specializované ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu. V době před rokem 2006 byla pobytová zařízení pro seniory vnímána jako „zdravotnická“ zařízení, kde působí hlavně zdravotnický personál, který se stará o zdravotní stav seniorů. Na seniora bylo pohlíženo jako na člověka nemocného a nesoběstačného. S příchodem sociálního zákona č.108/2006 Sb. došlo k výrazným změnám

32 *Sbírka zákonů č.108/2006 §116*. Praha: Ministerstvo vnitra, 2006. s.1286.

33 *Katalog prací ve veřejných službách a správě*. Úplné znění . 1. vydání. Ostrava – Hrabůvka : Sagit, 2010. s. 79.

v rezidenčních zařízeních pro seniory. Bylo zdůrazněno, že tato zařízení jsou sociálně zaměřena, a tudíž by zde měl být personál, který se bude zabývat nejen zdravotním stavem seniorů, ale hlavně jejich potřebami. Bylo apelováno na nutnost pohlížet na seniora jako na bytost, která má svoje bio–psycho-sociální a spirituální potřeby. K tomu, aby s ním personál uměl správně komunikovat a zjišťovat jeho potřeby, musí být řádně vyškolený v sociální oblasti. Rok 2006 byl přelomový, v rezidenčních zařízeních pro seniory se personál, který byl doposud orientovaný na zdravotní stránku klienta - seniora, přeškolil na personál zabývající se sociálními potřebami klienta. Tak na místo ošetřovatelů a sanitářů přišel pracovník přímé obslužné péče. Vznikla nová dokumentace klienta, tzv. sociální dokumentace, ve které pracovník přímé obslužné péče vede veškeré záznamy o sledování a následném plnění individuálních potřeb klienta - seniora.

V této stati jsem všeobecně popsala situaci v době před a po vzniku zákona č. 108/2006Sb. o sociálních službách. Nyní se budu věnovat požadavkům ze strany zaměstnavatele na samotné pracovníky přímé obslužné péče. V bakalářské práci, která je věnována pracovníkům přímé obslužné péče, se zaměřím na požadavky managementu Domova Duha určené pro pracovníky týkající se této profese.

Pro výkon a náročnost profese pracovníka přímé obslužné péče vyžaduje management Domova Duha – rezidenčního zařízení pro seniory - určité kvalifikační a osobnostní předpoklady.

1.2.3 Předpoklady pro výkon povolání

- bezúhonnost
- zdravotní způsobilost
- odborná způsobilost – základní vzdělání nebo střední vzdělání a akreditovaný kurz v rozsahu nejméně 150 hodin (absolvování kvalifikačního kurzu u nového zaměstnance je nutno splnit do 18 měsíců od nástupu). Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pod dozorem odborně způsobilého pracovníka.³⁴

³⁴ Standart č.9. *Personální a organizační zajištění sociální služby*. Domov pro seniory. Nový Jičín, 2009, s. 4.

- Osobnostní předpoklady – vstřícný a kladný přístup k uživatelům služby, schopnost pracovat samostatně, schopnost pracovat v týmu, empatie, zvědavost, komunikativnost, adaptabilita, spolehlivost, nápaditost, zodpovědnost, ochota se vzdělávat.³⁵

Od pracovníka přímé obslužné péče management vyžaduje, aby se choval dle etického kodexu pracovníků domova Duha v tomto znění:

1.2.4 Etické zásady

Při poskytování služeb dbáme na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců v souladu s Listinou základních práv a svobod a v souladu s dalšími dokumenty a prameny lidských práv.

Respektujeme jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

Respektujeme právo každého člověka v takovém rozsahu, aby současně nedocházelo k omezení práva u jiného člověka. Usilujeme o vytváření podmínek, ve kterých mohou uživatelé svá práva naplňovat.

Během výkonu pracovní činnosti stavíme svou profesionální zodpovědnost nad soukromé zájmy a služby poskytujeme veškerou odbornou schopností, kterou máme.

Ve vztahu k uživatelům:

Při kontaktu s uživateli dodržujeme pravidla slušného chování a běžného společenského styku. Jednáme s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímáme se o postavení uživatele v rámci rodiny, komunity a usilujeme o rozpoznání všech aspektů jeho života.

Jednáme tak, abychom chránili důstojnost a lidská práva uživatelů. Jednáme s uživateli vždy s úctou a respektem k jejich soukromí a individualitě.

³⁵ Standart č.9. *Personální a organizační zajištění sociální služby*. Domov pro seniory, Nový Jičín 2009, s. 4

Individuálním přístupem vedeme uživatele v rámci jejich možností k vědomí odpovědnosti sám za sebe. Pomáháme všem uživatelům se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace.

Chráníme a respektujeme důvěrnost sdělení uživatelů. Data a informace požadujeme vždy s ohledem na zajištění kvalitní sociální služby, která má být uživatelům poskytnuta a o potřebnosti těchto dat a informací, uživatele informujeme. Žádná data a informace o uživatelích neposkytujeme bez jejich souhlasu. Výjimka nastává v případě, kdy uživatelé nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu, nebo v případě, kdy jsou data a informace vyžádány policií, soudem a dalšími příslušnými institucemi.

Hledáme možnosti, jak zapojit a podpořit uživatele v procesu řešení jejich nepříznivé situace. Každý uživatel je pro nás vždy rovnocenným partnerem. Dle fyzických a duševních sil uživatele, se snažíme, aby se na řešení své nepříznivé sociální situace podílel.

Dbáme na to, aby uživatelé obdrželi veškeré potřebné informace a služby, na které mají nárok, a to nejen od našeho zařízení, ale i od ostatních příslušných zdrojů. Současně uživatele seznamujeme i o povinnostech, které z poskytovaných služeb vyplývají. Uživatelé našich služeb mají právo na to, aby informace, které jsou jim poskytovány, byly úplné, pravdivé, a aby jejich forma odpovídala jejich schopnostem a potřebám porozumění.

Jsme si vědomi svých odborných a profesních omezení a všech omezení, která vycházejí z prostředí, v němž sociální služby poskytujeme. Pokud s žadatelem o službu či již s jejím příjemcem nemůžeme nadále kvalitně spolupracovat, předáme mu, popř. pověřeným osobám, informace o dalších formách péče a podpory.

S uživateli jednáme vždy s pochopením, empatií a s úctou. Způsob komunikace přizpůsobujeme potřebám uživatele a v případě potřeby využíváme pomůcek (jako např. audioport, komunikační knihu a další), které nám komunikaci s uživatelem usnadní.

Ve vztahu k organizaci:

Dodržujeme hodnoty, na nichž je činnost organizace stavěna – poslání, zásady a cíle poskytovaných sociálních služeb.

Odpovědně plníme své povinnosti vyplývající ze závazku k zaměstnavateli.

Podílíme se na vytváření dobrých pracovních vztahů v organizaci.

Podílíme se na tvorbě a praktickém uplatňování metodik, pracovních postupů apod., aby úroveň poskytovaných služeb byla kvalitní.

Ve svém vystupování dbáme na zájmy organizace a informace, které podáváme, musí být v souladu s našimi kompetencemi.

V souvislosti s výkonem zaměstnání nevyžadujeme a nepřijímáme soukromé dary, úsluhy a laskavosti, ani žádná jiná zvýhodnění, která by mohla ovlivnit naše rozhodování či způsob poskytování služeb a narušit profesionální přístup ke svěřeným povinnostem.

Ve vztahu ke svým pracovníkům:

Při kontaktu se svými spolupracovníky dodržujeme pravidla slušného chování a běžného společenského styku.

Respektujeme znalosti a zkušenosti svých spolupracovníků a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků, úzce s nimi spolupracujeme a zvyšujeme tak kvalitu sociálních služeb. Respektujeme rovněž jejich rozdíly v názorech a praktické činnosti a kritické připomínky k nim vyjadřujeme vhodným způsobem na vhodném místě, ve vhodný čas a nikdy ne před uživatelem, žadatelem o službu či návštěvou.

Ve vztahu k naší odbornosti:

Dbáme o udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

Celoživotním vzděláváním se snažíme neustále zvyšovat odbornou úroveň své práce a prostřednictvím nových přístupů a metod poskytovat našim uživatelům ty služby, které potřebují v odpovídající kvalitě.

Každý z nás je členem týmu, který využívá znalosti a dovednosti svých kolegů, má právo je žádat o podporu a poskytovat podporu druhým.

Ve vztahu ke společnosti:

Působíme na okolí tak, abychom snižovali možné předsudky veřejnosti vůči našim uživatelům, aktivně pracujeme proti stigmatizaci uživatelů. Spolupracujeme s ostatními organizacemi, institucemi, rodinou. V rámci možností se snažíme uživatelům vytvářet podmínky, které odpovídají běžnému způsobu života ve společnosti.³⁶

1.2.5 Celoživotní vzdělávání

Pro realizaci vzdělávání v sociálních službách je klíčový zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka zákon definuje vyhláškou, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách č.505/2006 Sb.c části čtvrté – **kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách** – uvádí §37. Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách se skládá z obecné a zvláštní části.

Obecná část kurzu obsahuje tyto tématické okruhy:

- Úvod do problematiky kvality v sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb
- Základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace
- Úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie
- Základy ochrany zdraví
- Etika činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost
- Základy vzniku prevence závislosti osob na sociální službě
- Sociálně právní minimum
- Metody sociální práce

Zvláštní část kurzu obsahuje tyto tématické okruhy:

- Základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění

³⁶ *Etický kodex Domov pro seniory*. Nový Jičín, 2010.

- Aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času
- Prevence týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby
- Základy výuky péče o domácnost
- Odborná praxe
- Krizová intervence
- Úvod do problematiky zdravotního postižení
- Zvládání jednání osoby, které je poskytovaná sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany

Maximální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin, přičemž zvláštní část kurzu činí minimálně 80 výukových hodin. Počet výukových hodin jednotlivých tematických okruhů zvláštní části kurzu se stanoví s přihlédnutím k odbornému zaměření účastníku kurzu, jejich pracovnímu zařazení a druhu sociální služby, kterou poskytují.

Absolvování tohoto kurzu umožňuje pracovníkovi v přímé obslužné péči pracovat samostatně, bez dohledu. Pracovník přímé obslužné péče je i nadále povinen se vzdělávat a to 20 výukovými hodinami za rok. K jeho dalšímu celoživotnímu vzdělání určenému v sociálních službách přispívají akreditované kurzy komunikační dovednosti, např. komunikace s problémovými klienty, vzdělávání v oblasti standardů kvality sociálních služeb, metody sociální práce a péče o klienty, supervize v sociální práci.

V sociální oblasti celoživotního vzdělávání se stává velmi zajímavou a žádanou formou zkvalitňování práce supervize.

1.2.6 Supervize

„Supervize je setkání pracovníků (jednoho nebo skupiny) se supervizorem. Při otevřeném rozhovoru probírají obtížné situace v práci s klienty. Objevují se pocity spojené s klienty, s kolegy, reflexe vlastní práce.“³⁷

Slovo „supervize“ pochází z angličtiny. Anglicko - český slovník překládá „supervision“ jako „dohled, dozor, kontrolu, řízení, inspekci“. Supervize jako metoda zaměřená na zvyšování kvality a profesionality práce se u nás v České republice nejprve objevila v šedesátých letech 20. století. Hess definuje supervizi jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba - supervizor - setkávala s druhou osobou - supervidovaným - ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem.“³⁸

Funkce supervize

- Vzdělávací
- Podpůrná
- Řídící

Vzdělávací neboli formativní funkce se týká rozvoje dovedností, porozumění a schopností supervidovaných. To se děje prostřednictvím reflektování a rozboru práce supervidovaných s klienty. Při takovém rozboru supervizor může supervidovanému pomáhat:

- lépe klientovi porozumět - více si uvědomovat jeho reakce a odezvy na klienta
- chápat dynamiku toho, jak probíhá vzájemná interakce s klientem
- podívat se na to, jak intervenují a jaké jsou dopady jejich intervence
- zkoumat další způsoby práce s touto a podobnými situacemi klientů

37 VENGLÁŘOVÁ, M., *Supervize v zařízeních sociální péče*. 1.vydání. Ostrava: 2008.

38 MATOUŠEK, O., a kol., *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání, Praha: Portál, s.r.o., 2003.

Podpůrná neboli restorativní funkce je způsob reagování na skutečnost, že na všechny pracovníky účastníci se důvěrné terapeutické práce s klienty nevyhnutelně působí zoufalství, bolest a roztržitost klienta, a potřebují čas, aby si začali uvědomovat, jakým způsobem je to může ovlivňovat, a aby své reakce mohli zvládat. To je nezbytné, nemají-li být pracovníci přeplněni emocemi. Tyto emoce mohly vzniknout v důsledku empatie s klientem, nebo je klient mohl oživit, případně mohly být reakcí na klienta. Nevěnovat takovým emocím pozornost vede brzy k nižší účinnosti pracovníků, kteří se buď se svými klienty začnou nadměrně identifikovat, nebo se začnou bránit další možnosti nechat na sebe klienty působit. To časem vede ke stresu a k jevu nyní běžně označovanému jako vyhoření.

Řídící neboli normativní funkce supervize plní při práci s lidmi úlohu kontroly kvality. Potřebu mít někoho, kdo se spolu s námi dívá na naši práci, si u pomáhajících pracovníků vynucuje nejen nedostatečný výcvik či malá zkušenost, ale i naše nevyhnutelná lidská selhání, hluchá místa, citlivé oblasti v důsledku vlastních zranění i naše předsudky. V mnoha prostředích nese supervizor určitou zodpovědnost za blaho klientů a za to, jak s nimi supervidovaný pracuje. Téměř všichni supervizoři, i když nejsou nadřízenými supervidovaných, nesou určitou odpovědnost za správné vykonávání jejich práce i za to, že bude odpovídat vytyčeným etickým standardům.

Supervidovaný pracovník by měl mít možnost v průběhu supervize otevřeně mluvit o všech svých potřebách, emocích, fantaziích, postojích. Při této otevřenosti se objeví pracovníkova „slabá místa“ a budou probírány situace, ve kterých byl „neúspěšný“. Je velmi žádoucí, aby všechnen materiál poskytnutý supervizorovi měl důvěrný charakter.

Supervizor může být jakýmsi mostem mezi vedoucími pracovníky a zaměstnanci organizace. Supervizor svá sdělení v průběhu supervize i očekávání manažerů oběma zúčastněným stranám filtruje³⁹. Cíle supervize mohou být krátkodobé – např. získání několika elementárních profesionálních dovedností, vytvoření základních podmínek pracovního týmu k úspěšné práci, nebo dlouhodobé – např. formulace a monitoring plánů osobního rozvoje pracovníků, harmonizace fungování celé organizace.

39 HAWKINS, P., SHOHET, R., *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha : Portál, s.r.o., 2004.

Překážky v supervizi

Supervize je určena kvalifikovaným pracovníkům. Musí mít dostatek informací o průběhu supervize. Cítit se v procesu práce bezpečně. Je potřeba, aby supervidovaní pracovníci viděli zájem ze strany supervizora a nebáli se svěřit se svými problémy. V supervizi jsou konzultovány otázky týkající se těch problémů, které samotné supervidované pracovníky trápí, a na které hledají odpověď. Supervizor může nabízet nové směry ke konzultaci, ale je vždy na rozhodnutí pracovníků, zda návrhy supervizora přijmou či nikoli. Pro dobrý průběh supervize je nutné, aby byli pracovníci motivováni k práci, k novým pohledům na své vztahy s klienty i v týmu.

Mezi nejčastější překážky supervize patří:

- porušování důvěrnosti supervize
- kritika
- nedodržování organizačních pravidel (pozdní příchody, časté rušení supervizí)
- neznalost prostředí supervidovaných
- nesrozumitelnost, přílišná expertnost supervizora
- odtažitost, nenavázání kooperativního vztahu⁴⁰

Po pracovnících přímé obslužné péče, tak jako u ostatních pomáhajících profesí, se vyžaduje, aby byli po všech stránkách profesionálové. Byli silní, vyrovnaní, znali vždy správné řešení problémů. Aby nenesli své osobní problémy do práce, odkládali své pocity. Okolí pracovníků má představu „silného pomáhajícího“, který zvládne všechno, se vším si ví rady a nepocituje a neupřednostňuje své potřeby. Má vždy dobrou náladu. Pracovníci přímé obslužné péče, přehlížejí své potřeby (přecházejí onemocnění, porušují hygienu práce – přestávky na jídlo, pauzy mezi jednotlivými směny). Nabývají přesvědčení, že nic nepotřebují a při tom v nich roste vnitřní pocit nespokojenosti, který ovlivní jejich fyzický i psychický stav. Tak nastává přetížení pracovníka a vzniká syndrom vyhoření. Z tohoto důvodu je potřebná supervize, která pomůže odhalit tíživé problémy pracovníků a najít pro ně řešení.

40 VENGLAŘOVA, M., *Supervize v zařízeních sociální péče*. 1. vydání. Ostrava : Untraco v.o.s., 2008.

Etika supervize

- Nejvyšším prospěchem supervize je prospěch klienta
- Supervizor chrání autonomii klienta
- Supervize se řídí pravidlem – vše vychází z dobrých úmyslů
- Důvěrnost - supervize je založena na důvěrném vztahu, pro ten je nutná ochrana všech sdělení, která proběhnou mezi zúčastněnými
- Informace jsou důvěrné, výjimku tvoří informace, kdy jde o závažné ohrožení zájmů klienta
- Neublíživání

Aby mohli supervizoři tomuto závazku dostát, musí se řídit následujícími kritérii:

- je kompetentní pro práci v oboru supervize (vzdělání, supervizí výcvik)
- ovládá nezbytné dovednosti
- má dostatečné znalosti a zkušenosti
- je dostatečně emočně stabilní
- je ochoten se dále učit a rozvíjet⁴¹

V této části bakalářské práce jsem vás seznámila se supervizí, která je pro pracovníky přímé obslužné péče jako u jiných pomáhajících profesí důležitá a potřebná.

41 VENGLAŘOVÁ, M., *Supervize v zařízeních sociální péče*. 1. vydání. Ostrava : Untraco v.o.s., 2008.

Další metodou používanou při supervizi je bálintovská skupina.

Bálintovská skupina

Zvláštní metoda supervize v psychoterapii, která byla původně určena pro lékaře, ale rozšířila se i na ostatní pomáhající profese. Zakladatelem této metody byl v 50. letech 20. století anglický psychoanalytik M. Bálinta. Bálintova skupina pracuje na principu, kdy se pravidelně setkávají pracovníci pomáhající profese pod vedením kvalifikovaného vedoucího. Na sezení předloží jeden z pracovníků svůj případ, se kterým není spokojen a žádá od svých kolegů pomoc. Pracovník vypráví vše o svém případě jak začal, jeho průběh a závěr. Po jeho prezentaci se ostatní kolegové dotazují na události, které potřebují více objasnit. Následně podávají návrhy na řešení případu.

„Skupinová práce má pět řešení:

Expozice případu. Ten, kdo případ předkládá, přednese problém tak, jak si ho pamatuje (nebývají zde důležitá objektivní data z dokumentace – to, čím se skupina zabývá, je subjektivní obraz případu v duši pomáhajícího).

Otázky. Účastníci se ptají na okolnosti, které potřebují vědět, aby si mohli utvořit obraz o tom, co se dělo v pomáhajícím, klientovi a případně i v dalších osobách, které v příběhu vystupují.

Fantazie. Účastníci říkají, co si představují o citech a vztazích jednotlivých postav případu. Slovo „fantazie“ má povzbudit k uvolněné tvořivosti na základě intuice. V žádném případě zde nejde o vyslovení prokazatelných pravd.

Praktické náměty na řešení. V této fázi účastníci říkají, jaký praktický postup by v daném případě zvolili na místě pomáhajícího.

Vyjádření protagonisty. Ten, kdo případ předložil, se vyjádří k tomu, co slyšel během předchozích fází. Ocení to, co bylo pro něj užitečné. Cílem celé práce není najít objektivní pravdu, nýbrž předestřít pomáhajícímu spektrum představ, z nichž si vyberete to, co má pro něj cenu.⁴²

42 KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání. Praha : Portál, 2006. s. 138.

Bálintovská skupina a práce v ní je zajímavá, pokud v ní působí pracovníci z více pracovišť. Je tak zajištěna různorodost názorů, velký výběr pohledů na samotný případ a větší množství jeho řešení. V případě, že se v bálintovské skupině setkávají pracovníci ze stejného pracoviště, je zde předpoklad, že atmosféra bude ve skupině jiná, ne tak produktivní, více tíživá.

Význam a přínos supervize i bálintovské skupiny je v pomoci pracovníkovi najít řešení k jeho problémům, se kterými se setkává na pracovišti a zasahují mu i do jeho soukromého života.

V další teoretické části bakalářské práce se budu věnovat rizikovým faktorům, které vedou ke vzniku syndromu vyhoření.

1.2.7 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření není výsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání, jako dlouhodobé působení stresujících podnětů. Ve své nejvýraznější podobě se projevuje až po delším působení faktorů ovlivňujících jeho vznik. V pracovním procesu je mnoho podnětů, které se při větším nahromadění a spolu s ostatními stávají příčinou vzniku vyhoření a jsou považovány za rizikové faktory. Mezi tyto rizikové faktory lze zařadit rizikové prostředí, rizikovou osobnost a rizikovou profesi.

Rizikové prostředí

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti neustále roste. Důvodem je stále se zvyšující pracovní a životní tempo, rostoucí nároky na ekonomickou, sociální a emoční stránku člověka, který žije ve společnosti, jenž je zaměřená především na materiální hodnoty.⁴³

Nejprve se myslelo, že pro vznik syndromu vyhoření je základní podmínka práce s lidmi v pomáhajících profesích. Nyní se zdá, že k té to základní charakteristice přibývá i jiná a to neméně důležitá – trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na perfektní výkon, který je považován za standart dobře odvedené práce. Jakékoli chyby, omyly či úlevy nejsou přijatelné. Odevzdání výsledků práce

43 PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. s. 9

v před termínu se stává často vyžadovanou normou. Toto prostředí tak vytváří úrodnou půdu pro syndrom vyhoření.⁴⁴

Prostředí, které umožňuje vznik burnoutu, se vyznačuje především tím, že neumožňuje pracovníkům dostatek odpočinku, chybí zde kladné oceňování práce podřízených nadřízenými, chybí zde úcta k lidem kolem sebe, nepříjemné věci nemá snahu nikdo odpovědně řešit, pracovníci nemají možnost se rozvíjet ve svých dovednostech a vědomostech, jejich snaha o zlepšení situace na pracovišti je zlehčována a nebo potlačena ostatními kolegy nebo nadřízenými. Prostředí, kde se tyto skutečnosti odehrávají se vyznačuje velkou fluktuací pracovníků. Důsledkem toho je nestálého zázemí a nespolupráce a neochota mezi pracovníky.⁴⁵

Riziková osobnost

Za rizikovou osobnost můžeme považovat člověka, který byl zprvu nadšen tím, co dělal a nyní jeho zanícení ochablo. Jsou na něho kladeny stále větší požadavky, a proto často pracuje nad úroveň své kapacity, kompetence, schopností či dovedností. Neúspěch prožívá jako osobní porážku, neboť se jedná o člověka se sklony perfekcionisty. Dostává se tak do konfliktů a to nejen sám se sebou, ale s ostatními lidmi v jeho okolí. Tento člověk neumí říci slůvko ne tam, kde by to bylo potřebné. A tak místo, aby mu práce a povinnosti ubývalo díky rozdělení mezi ostatní pracovníky či lidi z blízkého okolí, tak mu jí přibývá. Dostávají se u něj zdravotní problémy, které mu ubírají jeho zbytky energie. Vzhledem k tomu, že se snaží všem vyhovět za každou cenu a chce být dokonalý ve všech svých oblastech, zapomíná na pravidelný odpočinek a relaxaci, která by ho uspokojovala a pomáhala mu tak nabrat nové síly do další činnosti. Tento člověk má pocit, že nic nestíhá a žije v neustálém časovém stresu.⁴⁶

Riziková profese

Mezi rizikové lze zařadit všechny profese, které pomáhají lidem nebo se lidmi a jejich problémy zabývají. Mezi tyto profese lze zařadit zdravotníky, lékaře,

44 PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření - funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. s. 9.

45 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 18.

46 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 15 – 16.

právníky, učitele, vychovatele, sociální pracovníky, pracovníky přímé obslužné péče, úředníky v bankách, na úřadech, poštách, pracovníky ve věznicích, policisty, dispečery záchranné služby. Všechny tyto vyjmenované profese mají za úkol pomáhat lidem, zabývat se jejich problémy, a pokud je to v jejich možnostech a náplni, tyto problémy řešit. Každá tato profese nese s sebou emocionální zátěž, na kterou pracovník nemusí být vždy plně připraven. Vyskytují se zde případy, které vyvolávají u pracovníků ve zvýšené míře stres, od něhož je jen malý krůček k burnoutu.⁴⁷

1.2.8 Nejčastější situace vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření

Zde bych se na závěr teoretické části chtěla zmínit o nejčastějších situacích, se kterými se mohou setkat pracovníci přímé obslužné péče, a které mohou svým častým výskytem být příčinou vzniku syndromu vyhoření. Pracovník přímé obslužné péče pomáhá uspokojovat potřeby seniorů v bio-psycho-sociální oblasti. Setkává se tak přímo se vším, co přináší stáří – s nemocí, beznadějí, s bolestí, trápením, úzkostí, strachem, nepochopením, nesoběstačností, která způsobuje seniorovu závislost na okolí a způsobuje, že senior je zlostný a nespokojený. V neposlední řadě pracovník přímé obslužné péče je svědkem smrti seniora. Ne každý pracovník přímé obslužné péče je na tyto skutečnosti připraven. Neumí se s nimi vyrovnat a cítí, že jeho existenciální potřeba není uspokojena. To má vliv na jeho sebehodnocení a celkový postoj. K tomu ještě přispívá bezmocnost, se kterou stojí před smrtí seniora, kterému nemůže již pomoci. Tyto situace nesou sebou vždy napětí, které se odráží v psychickém a zdravotním stavu pracovníka přímé obslužné péče. Neuspokojení ze své práce může přinášet i konflikty na pracovišti, např. špatná spolupráce s ostatními pracovníky, hádky, neochota vyjít vstříc ostatním, nezáměr se seznamovat s novými poznatky a s novými lidmi.

47 KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998. s. 26.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části své bakalářské práce se budu zabývat výsledky výzkumu zaměřeného na výskyt a riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v Domově Duha.

Poslání Domova Duha

Domov Duha je rezidenční zařízení poskytující nepřetržitou celodenní službu devadesáti šesti seniorům. Pracovníci přímé obslužné péče se starají o tělesné, psychické, sociální a spirituální potřeby seniora. Jejich cílem je tyto potřeby a přání sledovat a uspokojovat, přistupovat k seniorům profesionálně s individuálním přístupem, vytvářet pohodové a klidné prostředí.

Posláním domova Duha je poskytovat pobytovou službu sociální péče nepřetržitě lidem, kteří vzhledem ke svému věku a ztrátě soběstačnosti potřebují péči, která jim nemůže být poskytnuta a zajištěna rodinnými příslušníky a ani jinou formou pomoci. Pracovníci Domova Duha usilují o to, aby senioři prožili důstojný život a snaží se udržet a podporovat jejich tělesné a duševní schopnosti nepřetržitě.

K zjišťování výskytu projevů a míry syndromu vyhoření jsem použila metodu dotazníkového šetření. V něm jsem oslovila třicet devět respondentů – pracovníků přímé obslužné péče. Tito pracovníci obdrželi dotazník „Inventář projevů syndromu vyhoření“. Tento dotazník sestavili v roce 2002 Tamara a Jiří Tošnerovi⁴⁸, kteří se dlouhodobě zabývají syndromem vyhoření. Samotný dotazník „Inventář projevů syndromu vyhoření“ je v mé bakalářské práci uveden jako příloha č. 2, vyhodnocení dotazníku je pak uvedeno jako příloha č. 1.

2.1. Popis dotazníku

Dotazník obsahuje dvacet čtyři otázek, zaměřených na projevy a symptomy, které mohou signalizovat riziko vzniku syndromu vyhoření. Otázky dotazníku jsou rozděleny dle zaměření do jednotlivých rovin - rozumové, emocionální, tělesné a sociální. Na každou otázku lze odpovědět v rozpětí pěti úrovní – škálování od nuly do pěti bodů. Vyhodnocení dotazníku pak probíhá součtem bodů v jednotlivých rovinách i celkově za celý dotazník. Součty pak udávají míru rizika vzniku syndromu vyhoření respondentů.

Postup při zadávání dotazníku

Pro vyplnění dotazníků jsem oslovila zaměstnance přímé obslužné péče Domova Duha. Oslovení respondenti byli požádáni o anonymní pravdivé vyplnění dotazníku. Věk respondentů je mezi 25 – 50 lety. Dotazník měli k dispozici po dobu tří týdnů, během nich jej mohli kdykoli vyplnit a odevzdat na domluvené místo. Po obdržení vyplněných dotazníků jsem sečetla body získané v jednotlivých rovinách a také celkově za celý dotazník. Tímto součtem jsem získala povědomí o úrovni rizika výskytu syndromu vyhoření pracovníků přímé obslužné péče v Domově Duha. Výsledky výzkumu jsem zpracovala v přehledných grafech a uvádím je v níže uvedených kapitolách mé bakalářské práce.

2.2. Vyhodnocení dotazníku

2.2.1 Celkové vyhodnocení rizika syndromu vyhoření

Výzkumu se zúčastnilo a dotazníky vyplnilo třicet devět respondentů – pracovníků přímé obslužné péče Domova Duha. V jednotlivých rovinách testu mohli získat minimálně 0 bodů a maximálně 24 bodů. Celkově v součtu všech rovin testu mohli

48 TOŠNEROVI, J., T., *Burn – out syndrom*. Praha : Hestia, 2002.

získat minimálně 0 a maximálně 96 bodů. Výše bodového hodnocení znázorňuje orientačně riziko výskytu syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče a zároveň může být pro ně podnětem ke změně životního stylu a postoje při řešení problémů. Pro lepší přehlednost jsem si celkový součet bodů rozdělila stanovila jsem si jednotlivá rozmezí bodů pro vyjádření míry rizika výskytu syndromu vyhoření:

- 0 – 19 bodů minimální riziko
- 20 – 39 bodů mírné riziko
- 40 – 59 bodů střední riziko
- 60 – 79 bodů zvýšené riziko
- 80 – 96 vysoké riziko

Předpokládané výsledky

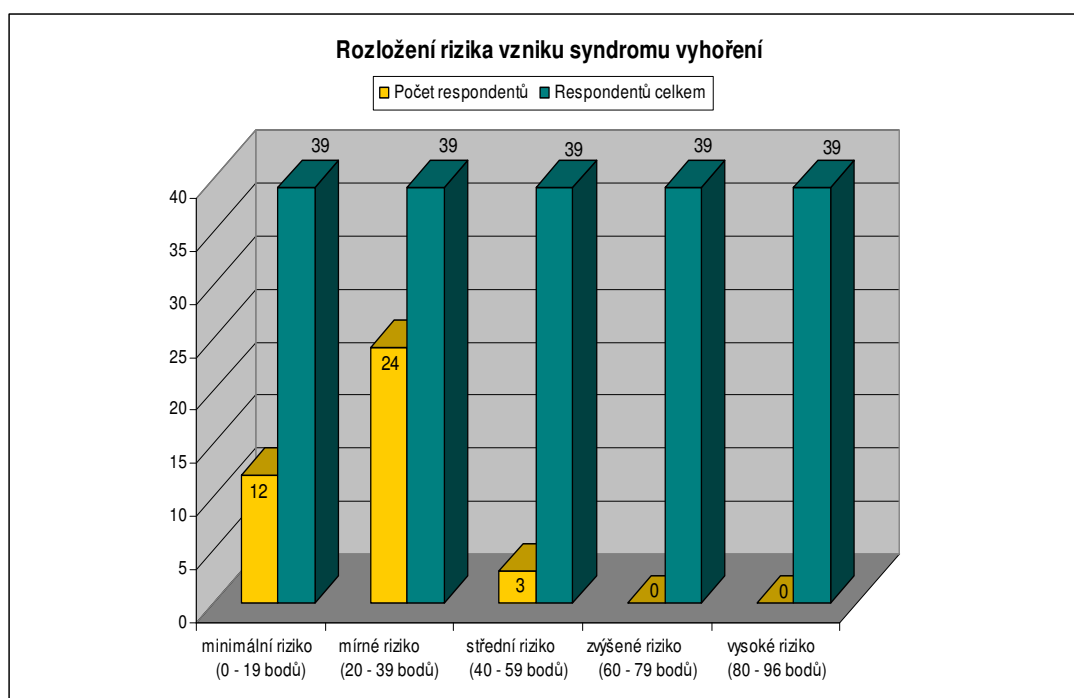
Při zadávání dotazníku jsem předpokládala, že většina pracovníků přímé obslužné péče se bude nalézat ve středním pásmu výskytu rizika syndromu vyhoření. Dále jsem předpokládala, že malé množství pracovníků se umístí v minimální a také i ve zvýšené rovině rizika vzniku výskytu syndromu vyhoření. K těmto předpokladům mne vedly poznatky vycházející z praxe, například stížnosti na zdravotní problémy pracovníků, psychickou únavu, vyčerpanost, rozladěnost, které často vyústí v neochotu ke spolupráci v týmu. Vyskytovaly se i občasné neodůvodněné kritické postoje vůči pracovním záležitostem, které vyvolávaly zbytečné napětí na pracovišti. Tyto projevy se vyskytly u větší části pracovníků. Další, menší skupinu, tvořili pracovníci, kteří mají kritický postoj téměř ke všem pracovním záležitostem, pracují jen kvůli výdělku, mají velkou fluktuaci. Zde jsem předpokládala, že se projeví zvýšené riziko syndromu vyhoření. Třetí skupinou pracovníků jsou takoví, kteří svou práci dělají krátce, jsou plní nadšení a ideálů, u nich jsem předpokládala minimální míru ohrožení vznikem syndromu vyhoření.

Skutečné výsledky – vyhodnocení dotazníkového šetření

Po vyhodnocení dotazníku jsem vyvodila tyto závěry. Dvanáct pracovníků z celkového počtu se vyskytuje v pásmu minimálního rizika vzniku syndromu vyhoření. Dvacet čtyři pracovníků se nachází v pásmu mírného rizika vzniku syndromu vyhoření. Pouze tři pracovníci se nacházejí v pásmu středního rizika vzniku syndromu vyhoření. V pásmu zvýšeného a vysokého rizika se nenachází žádný z pracovníků.

Výsledek vyhodnocení dotazníků nepotvrdil mé předpoklady. Celkově vypovídá o tom, že míra rizika výskytu syndromu vyhoření na pracovišti je nízká, středního pásma dosahují pouze tři pracovníci. Z nich pouze jeden respondent dosahuje padesátiprocentní míry rizika syndromu vyhoření, když dosáhl čtyřiceti sedmi bodů z možných devadesáti šesti. Rozdíl mezi mými předpoklady a skutečností lze vysvětlit několika faktory. Roli zde může hrát momentální rozpoložení pracovníka, lze také brát v úvahu nedůvěru pracovníků vůči anonymitě dotazníků, kdy mohli mít obavu, zda jim pravdivé vyplnění neuškodí, pokud by si je přečetl nadřízený. V úvahu lze brát také snahu pracovníků vytvořit o sobě co nejlepší obraz. Rovněž je možné, že mé předpoklady byly subjektivní, ovlivněné mojí osobní zainteresovaností, tudíž nemusí přesně odpovídat realitě.

Výsledky dotazníkového šetření jsem zpracovala přehledně v níže uvedeném grafu, který ilustruje uvedené skutečnosti.



Graf č. 1 - Rozložení rizika vzniku syndromu vyhoření

2.2.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření v jednotlivých rovinách

Dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření je rozdělen do čtyř rovin – rozumové, emocionální, tělesné, sociální. V jednotlivých rovinách mohou respondenti získat minimálně 0 a maximálně 24 bodů. Součet za všechny dotazníky v jedné rovině je pak 936 bodů.

Předpokládané výsledky

Můj předpoklad byl, že největší zatížení pracovníka přímé obslužné péče se projeví v rovině tělesné, jelikož je tato práce velice fyzicky namáhavá. Rovina emocionální a rozumová budou přibližně na stejné úrovni. Nejméně zasažená bude, dle mého názoru, rovina sociální. Moje předpoklady vycházejí z pozorování a rozhovorů s pracovníky.

Skutečné výsledky

Po vyhodnocení jednotlivých rovin v dotaznících jsem zjistila, že největší míra rizika a zatížení je skutečně v rovině tělesné, jak jsem předpokládala. Následuje rovina emocionální. Třetí v pořadí, s větším odstupem, je rovina rozumová. Rovinou s nejmenší mírou rizika je rovina sociální.

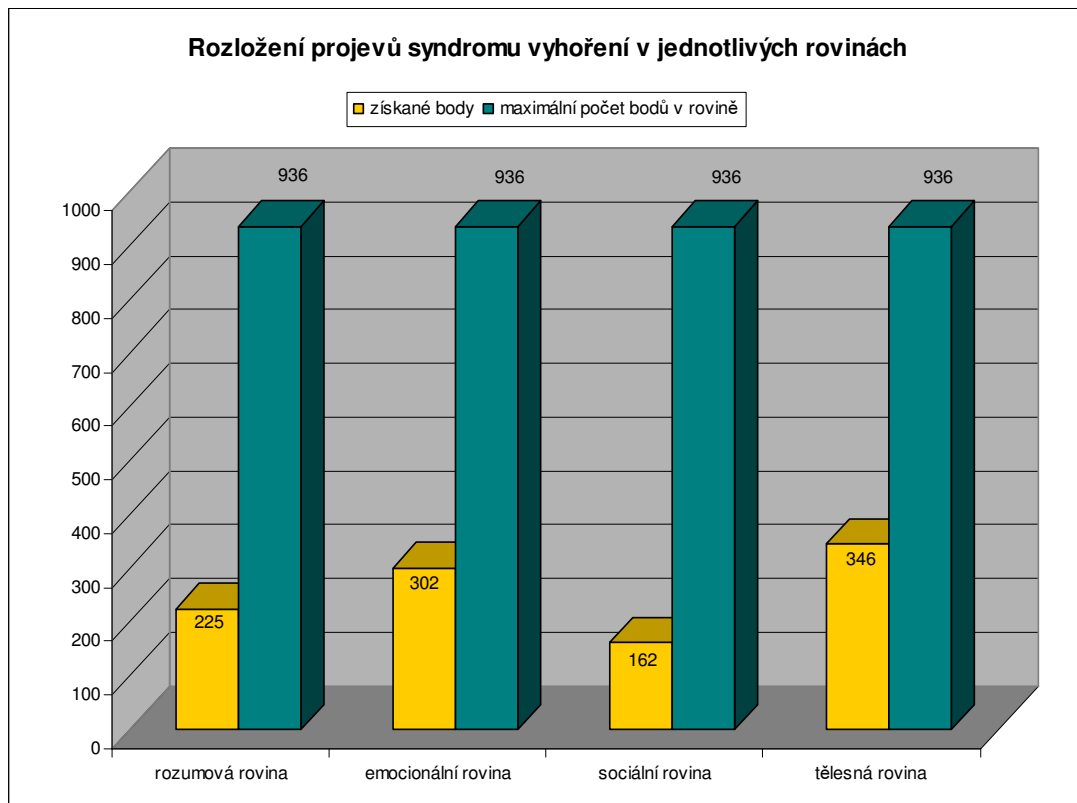
Výsledek vyhodnocení částečně potvrdil mé předpoklady. Skutečně největší riziko výskytu syndromu vyhoření se projevilo v tělesné rovině. Oproti mému předpokladu však roviny emocionální a rozumová nejsou na stejné úrovni. Ukázalo se, že riziko ohrožení je větší v rovině emocionální, rozumová rovina má riziko znatelně nižší. Předpoklad, že nejnižší riziko vzniku projevů syndromu vyhoření nese rovina sociální, se potvrdil.

Vyšší úroveň rizika u roviny emocionální oproti mému předpokladu si vysvětluji tím, že práce pracovníka přímé obslužné péče je po této stránce náročná, často vyžaduje sebezapření a velkou dávku odolnosti a empatie. Tyto vlastnosti lze u druhých těžko odhadnout. Můj názor může být ovlivněn také mými subjektivními pocity, proto mé předpoklady nemusí korespondovat se skutečností a s výsledky dotazníkového šetření ve všech rovinách.

Dotazník potvrdil mé předpoklady pouze zčásti. Po vyhodnocení jednotlivých rovin dotazníku lze říci, že pracovníci přímé obslužné péče Domova Duha jsou nejvíce ohroženi rizikem vzniku syndromu vyhoření v rovině tělesné a emocionální. Míra

rizika vzniku syndromu vyhoření je nízká až střední. Pouze mírnou míru rizika vzniku syndromu vyhoření vykazuje rovina rozumová a sociální.

Výsledky dotazníkového šetření jsem zpracovala v přehledném grafu, který ilustruje výše uvedené skutečnosti.



Graf č. 2 - Rozložení projevů syndromy vyhoření v jednotlivých rovinách

2.2.3 Shrnutí

Po vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření jako celku lze konstatovat, že míra rizika syndromu vyhoření u pracovníků přímé péče Domova Duha je mírná. Pokud se týká vyhodnocení zvláště jednotlivých rovin dotazníku, míra rizika vzniku syndromu vyhoření je nízká až střední. Předpokládané výsledky a skutečné výsledky se shodují pouze částečně. Zjištěné hodnoty jsou dle mého názoru uspokojivé, vypovídají o dobrém pracovním prostředí Domova Duha. Nízkou míru ohrožení pracovníků přímé péče syndromem vyhoření připisují kvalitní péči managementu o pracovníky přímé obslužné péče, o jejich vzdělávání a relaxaci. Pracovníci mají např. možnost rehabilitační terapie, saunování, plavání, masáže, jsou pořádány společné zájezdy pro zaměstnance na atraktivní místa, motivace v podobě finanční odměny, slovního ocenění od nadřízených, apod. významným prvkem zkvalitňování práce a přístupu pracovníků přímé obslužné péče jsou také pravidelné supervize, prováděné externími odborníky. Toto vše se pak podílí na kvalitě práce, vztahů na pracovišti a nízké míře rizika vzniku syndromu vyhoření u dotazovaných pracovníků.

3 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala výskytem a mírou syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v Domově Duha. V teoretické části jsem přiblížila problematiku syndromu vyhoření. Uvedla jsem několik definic zabývajících se syndromem vyhoření, popsala jsem příčiny vzniku syndromu vyhoření. Upozornila jsem na zátěžové a negativní psychické stavy, které mohou být zaměněny za syndrom vyhoření. Zabývala jsem se příznaky na fyzické, psychické a sociální úrovni jedince. Popsala jsem jednotlivé fáze syndromu vyhoření a prevenci, která je často opomíjená. V teoretické části jsem se rovněž zabývala definicí pojmu pracovník přímé obslužné péče, jeho historií, vzděláním, pracovním zařazením. Zmínila jsem se také o supervizi, balintovské skupině. Popsala jsem rizikové prostředí, rizikovou osobnost a rizikové profese.

Ve své práci jsem se snažila zdůraznit, jak je důležité najít vztah sám k sobě a na tomto základě budovat vztah k druhým. Tím, že pomáhající pozná dobře sám sebe – své možnosti, pozná, jak dalece může být prospěšný druhým, aniž by to zanechalo na něm, či na jeho blízkém okolí nějaké negativní následky, které by vedly k neuspokojivému životu pomáhajícího. Toto zjištění bylo jedním ze základních úkolů mé bakalářské práce. Další úkol byl splněn v praktické části, kde jsem zjišťovala míru výskytu syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v Domově Duha pomocí orientačního testu „Vyhodnocení inventáře projevů syndromu vyhoření“. S výsledky testování jsem seznámila management Domova Duha, pro který může být jedním z hledisek hodnocení efektivity a kvality práce, podpory managementu pracovníkům přímé obslužné péče.

Literatura

Monografie

KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání. Praha : Grada, 1998.

136 s. ISBN 80-7169-551-3.

PhDr. KEBZA, V., CSc., PhDr. ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření – funkční duševní porucha*. 1. vydání. Praha : Státní zdravotní ústav, 1998. 22 s. ISBN 80-7071-099-3.

KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. 2. vydání. Praha : Portál, 1997.

152 s. ISBN 80-7178-150-9.

MATOUŠEK, O., a kol., *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha : Portál,

2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

VOLLMEROVÁ, H., *Pryč s únavou*. 1. vydání. Praha : MOTTO, 1998. 167 s.

ISBN 80-85-872-90-0.

VENGLÁŘOVÁ, M., *Supervize v zařízeních sociální péče*. 1. vydání. Ostrava :

Untraco v.o.s., 2008. 32 s.

VOKURKA, M., HUGO, J., a kolektiv, *Velký lékařský slovník*. 3. vydání. Praha :

Maxdorf, 2002, 2003. 965 s. ISBN 80-85912-97-X.

KLIMENTOVÁ, E., *Teorie a sociální metody II*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita

Palackého v Olomouci, 2001. 77 s. ISBN 80-244-0320-X.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha : Portál, 2001. 279 s.

ISBN 80-71-78-774-4.

VYMĚTAL, J., a kolektiv., *Obecná psychoterapie*. 2. vydání. Praha : Grada, 2004.

339 s. ISBN 80-247-0723-3.

HAWKINS, P., SHOHET, R., *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha :

Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-71-78-715-9.

Internetové zdroje

TOŠNEROVI, J., T., *Burn-Out Syndrom, Syndrom vyhoření*. Praha : Hestia, 2002.
[online]. Dostupné z www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc.

www.mpsv.cz

Právní zdroje

Sbírka zákonů č.108/2006 §116. Praha: Ministerstvo vnitra, 2006.

Katalog prací ve veřejných službách a správě. Úplné znění . 1. vydání. Ostrava – Hrabůvka : Sagit, 2010.

Ostatní

Etický kodex Domov pro seniory. Nový Jičín, 2010.

Standart č. 9. *Personální a organizační zajištění sociální služby*. Domov pro seniory Nový Jičín 2009.

Přílohy

Příloha č. 1

VYHODNOCENÍ INVENTÁŘE PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = bodů

Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = bodů

Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č.23..... = bodů

Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = bodů

Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = bodů
(podrobný popis potíží charakterizujících jednotlivé roviny uvádíme na následující stránce)

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0

Pamatujte, že se nejedná o hodnotící test ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u vás vše v pořádku.

Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o vašem syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po vašem životním stylu, resp. po vašich stylech chování a vypořádávání se s problémy.

Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat.

Nyní, když si na základě vyhodnocení inventáře dokážete představit jak jsou definovány jednotlivé roviny syndromu vyhoření, vám bude srozumitelnější i následující stránka.

V jednotlivých rovinách lidské psychiky - rozumové, emocionální, tělesné a sociální, hodnotí syndrom vyhoření **mezinárodní klasifikace nemocí ...**

INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)

	<i>počet bodů</i>	vždy 4	často 3	někdy 2	zřídka 1	nikdy 0
1. Obtížně se soustředíuji	4	3	2	1	0	
2. Nedokáží se radovat ze své práce	4	3	2	1	0	
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0	
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0	
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0	
6. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0	
7. Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0	
8. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0	
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0	
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0	
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0	
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0	
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0	
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0	
15. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0	
16. Svou práci omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0	
17. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0	
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0	
19. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0	
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0	
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0	
22. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0	
23. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0	
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0	